

RESUMO DAS COMUNICAÇÕES

XXVII CONGRESSO DA SOCIEDADE MINEIRA DE CARDIOLOGIA

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS



Sociedade Mineira de
CARDIOLOGIA

**Agradecemos a todos pelas
relevantes contribuições e
participação no**



**Congresso da Sociedade
Mineira de Cardiologia**

06 a 08 de julho 2017 | Minascentro - Belo Horizonte

Diretor Científico

Raul Dias dos Santos Filho

Editor-Chefe

Luiz Felipe P. Moreira

Editores Associados

Cardiologia Clínica

José Augusto Barreto-Filho

Cardiologia Cirúrgica

Paulo Roberto B. Evora

Cardiologia Intervencionista

Pedro A. Lemos

Cardiologia Pediátrica/ Congênitas

Antonio Augusto Lopes

Arritmias/Marcapasso

Mauricio Scanavacca

Métodos Diagnósticos Não-Invasivos

Carlos E. Rochitte

Pesquisa Básica ou Experimental

Leonardo A. M. Zornoff

Epidemiologia/Estatística

Lucia Campos Pellanda

Hipertensão Arterial

Paulo Cesar B. V. Jardim

Ergometria, Exercício e Reabilitação Cardíaca

Ricardo Stein

Primeiro Editor (1948-1953)

† Jairo Ramos

Conselho Editorial

Brasil

Aguinaldo Figueiredo de Freitas Junior (GO)

Alfredo José Mansur (SP)

Aloir Queiroz de Araújo Sobrinho (ES)

Amanda G. M. R. Sousa (SP)

Ana Clara Tude Rodrigues (SP)

André Labrunie (PR)

Andrei Sposito (SP)

Angelo A. V. de Paola (SP)

Antonio Augusto Barbosa Lopes (SP)

Antonio Carlos C. Carvalho (SP)

Antônio Carlos Palandri Chagas (SP)

Antonio Carlos Pereira Barretto (SP)

Antonio Cláudio L. Nóbrega (RJ)

Antonio de Padua Mansur (SP)

Ari Timerman (SP)

Armênio Costa Guimarães (BA)

Ayrton Pires Brandão (RJ)

Beatriz Matsubara (SP)

Brivaldo Markman Filho (PE)

Bruno Caramelli (SP)

Carisi A. Polanczyk (RS)

Carlos Eduardo Rochitte (SP)

Carlos Eduardo Suaide Silva (SP)

Carlos Vicente Serrano Júnior (SP)

Celso Amodeo (SP)

Charles Mady (SP)

Claudio Gil Soares de Araujo (RJ)

Cláudio Tinoco Mesquita (RJ)

Cleonice Carvalho C. Mota (MG)

Clerio Francisco de Azevedo Filho (RJ)

Dalton Bertolim Précoma (PR)

Dário C. Sobral Filho (PE)

Décio Mion Junior (SP)

Denilson Campos de Albuquerque (RJ)

Djair Brindeiro Filho (PE)

Domingo M. Braile (SP)

Edmar Atik (SP)

Emilio Hideyuki Moriguchi (RS)

Enio Buffolo (SP)

Eulógio E. Martinez Filho (SP)

Evandro Tinoco Mesquita (RJ)

Expedito E. Ribeiro da Silva (SP)

Fábio Vilas-Boas (BA)

Fernando Bacal (SP)

Flávio D. Fuchs (RS)

Francisco Antonio Helfenstein Fonseca (SP)

Gilson Soares Feitosa (BA)

Gláucia Maria M. de Oliveira (RJ)

Hans Fernando R. Dohmann (RJ)

Humberto Villacorta Junior (RJ)

Ínes Lessa (BA)

Iran Castro (RS)

Jarbas Jakson Dinkhuysen (SP)

João Pimenta (SP)

Jorge Ilha Guimarães (RS)

José Antonio Franchini Ramires (SP)

José Augusto Soares Barreto Filho (SE)

José Carlos Nicolau (SP)

José Lázaro de Andrade (SP)

José Pérciles Esteves (BA)

Leonardo A. M. Zornoff (SP)

Leopoldo Soares Piegas (SP)

Lucia Campos Pellanda (RS)

Luís Eduardo Rohde (RS)

Luís Cláudio Lemos Correia (BA)

Luiz A. Machado César (SP)

Luiz Alberto Piva e Mattos (SP)

Marcia Melo Barbosa (MG)

Marcus Vinícius Bolívar Malachias (MG)

Maria da Consolação V. Moreira (MG)

Mario S. S. de Azeredo Coutinho (SC)

Maurício I. Scanavacca (SP)

Max Grinberg (SP)

Michel Batlouni (SP)

Murilo Foppa (RS)

Nadine O. Clausell (RS)

Orlando Campos Filho (SP)

Otávio Rizzi Coelho (SP)

Otoni Moreira Gomes (MG)

Paulo Andrade Lotufo (SP)

Paulo Cesar B. V. Jardim (GO)

Paulo J. F. Tucci (SP)

Paulo R. A. Caramori (RS)

Paulo Roberto B. Évora (SP)

Paulo Roberto S. Brofman (PR)

Pedro A. Lemos (SP)

Protásio Lemos da Luz (SP)

Reinaldo B. Bestetti (SP)

Renato A. K. Kalil (RS)

Ricardo Stein (RS)

Salvador Rassi (GO)

Sandra da Silva Mattos (PE)

Sandra Fuchs (RS)

Sergio Timerman (SP)

Silvio Henrique Barberato (PR)

Tales de Carvalho (SC)

Vera D. Aiello (SP)

Walter José Gomes (SP)

Weimar K. S. B. de Souza (GO)

William Azem Chalela (SP)

Wilson Mathias Junior (SP)

Exterior

Adelino F. Leite-Moreira (Portugal)

Alan Maisel (Estados Unidos)

Aldo P. Maggioni (Itália)

Cândida Fonseca (Portugal)

Fausto Pinto (Portugal)

Hugo Grancelli (Argentina)

James de Lemos (Estados Unidos)

João A. Lima (Estados Unidos)

John G. F. Cleland (Inglaterra)

Maria Pilar Tornos (Espanha)

Pedro Brugada (Bélgica)

Peter A. McCullough (Estados Unidos)

Peter Libby (Estados Unidos)

Piero Anversa (Itália)

Sociedade Brasileira de Cardiologia

Presidente

Marcus Vinícius Bolívar Malachias

Vice-Presidente

Eduardo Nagib Gauri

Presidente-Eleito

Oscar Pereira Dutra

Diretor Científico

Raul Dias dos Santos Filho

Diretora Financeira

Gláucia Maria Moraes Oliveira

Diretor Administrativo

Denilson Campos de Albuquerque

Diretor de Relações Governamentais

Renault Mattos Ribeiro Júnior

Diretor de Tecnologia da Informação

Osni Moreira Filho

Diretor de Comunicação

Celso Amodeo

Diretor de Pesquisa

Leandro Ioshpe Zimerman

Diretor de Qualidade Assistencial

Walter José Gomes

Diretor de Departamentos Especializados

João David de Sousa Neto

Diretor de Relacionamento com Estaduais e Regionais

José Luis Aziz

Diretor de Promoção de Saúde Cardiovascular – SBC/Funcor

Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza

Ouvidor Geral

Lázaro Fernandes de Miranda

Editor-Chefe dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Luiz Felipe P. Moreira

Governador do Capítulo Brasil do ACC

Roberto Kalil Filho

Coordenadorias Adjuntas

Coordenador de Relações Internacionais

David de Pádua Brasil

Coordenador da Universidade Corporativa

Gilson Soares Feitosa Filho

Coordenador de Diretrizes e Normatizações

José Francisco Kerr Saraiva

Coordenador de Registros Cardiovasculares

Otávio Rizzi Coelho

Coordenador de Valorização Profissional

Carlos Japhet da Matta Albuquerque

Coordenador de Novos Projetos

Fernando Augusto Alves da Costa

Coordenadores de Educação Continuada

Marcelo Westerlund Montera e Rui Manuel dos Santos Póvoa

Conselho de Planejamento Estratégico

Andrea Araújo Brandão, Ari Timeman, Dalton Bertolin Precoma, Fábio Biscegli Jatene

Editoria do Jornal SBC

Carlos Eduardo Suaide Silva

Presidentes das Soc. Estaduais e Regionais

SBC/AL – Pedro Ferreira de Albuquerque

SBC/AM – Marcelo Mouco Fernandes

SBC/BA – Nivaldo Menezes Filgueiras Filho

SBC/CE – Sandro Salgueiro Rodrigues

SBC/CO – Danilo Oliveira de Arruda

SBC/DF – José Roberto de Mello Barreto Filho

SBC/ES – Bruno Moulin Machado

SBC/GO – Aguinaldo Figueiredo Freitas Jr.

SBC/MA – Márcio Mesquita Barbosa

SBC/MG – José Carlos da Costa Zanon

SBC/MS – Delcio Gonçalves da Silva Junior

SBC/MT – Max Wagner de Lima

SBC/NNE – Claudine Maria Alves Feio

SBC/PA – Sônia Conde Cristino

SBC/PE – Paulo Sérgio Rodrigues Oliveira

SBC/PB – Miguel Pereira Ribeiro

SBC/PI – Wildson de Castro Gonçalves Filho

SBC/PR – Gerson Luiz Bredt Júnior

SBC/RJ (SOCERJ) – Ricardo Mourilhe Rocha

SBC/RN – Maria de Fátima Azevedo

SBC/RO (SOCERON) – João Roberto Gemelli

SBC/RS (SOCERGS) – Gustavo Glotz de Lima

SBC/SC – Maria Emilia Lueneberg

SBC/SE – Sergio Costa Tavares Filho

SBC/SP (SOCESP) – Ibraim Masciarelli
Francisco Pinto

SBC/TO – Andrés Gustavo Sánchez

Presidentes dos Departamentos Especializados e Grupos de Estudos

SBC/DA – André Arpad Faludi

SBC/DCC – José Carlos Nicolau

SBC/DCC/CP – Maria Angélica Binotto

SBC/DCM – Elizabeth Regina Giunco Alexandre

SBC/DECAGE – José Maria Peixoto

SBC/DEIC – Luis Eduardo Paim Rohde

SBC/DERC – Salvador Manoel Serra

SBC/DFCVR – João Jackson Duarte

SBC/DHA – Eduardo Costa Duarte Barbosa

SBC/DIC – Samira Saady Morhy

SBCCV – Fabio Biscegli Jatene

SBHCI – Marcelo José de Carvalho Cantarelli

SOBRAC – Denise Tessariol Hachul

GAPO – Bruno Caramelli

GECC – Mauricio Wajngarten

GECESP – Daniel Jogaib Daher

GECETI – Gilson Soares Feitosa Filho

GECHOSP – Evandro Tinoco Mesquita

GEICIP – Gisela Martina Bohns Meyer

GEEN – Andréa Maria Gomes Marinho Falcão

GECO – Roberto Kalil Filho

GEECABE – José Antônio Marin Neto

GEECG – Nelson Samesima

GEICPED – Estela Azeka

GEMCA – Álvaro Avezum Junior

GEMIC – Felix Jose Alvarez Ramires

GERCPM – Tales de Carvalho

GERTC – Marcello Zapparoli

GETAC – João David de Souza Neto

GEVAL – Luiz Francisco Cardoso

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Volume 109, Nº 1, Suplemento 2, Julho 201

Indexação: ISI (Thomson Scientific), Cumulated Index Medicus (NLM),
SCOPUS, MEDLINE, EMBASE, LILACS, SciELO, PubMed



Av. Marechal Câmara, 160 - 3º andar - Sala 330
20020-907 • Centro • Rio de Janeiro, RJ • Brasil

Tel.: (21) 3478-2700

E-mail: arquivos@cardiol.br

www.arquivosonline.com.br

SciELO: www.scielo.br

Departamento Comercial

Telefone: (11) 3411-5500

e-mail: comercialsp@cardiol.br

Produção Editorial

SBC - Tecnologia da Informação e
Comunicação

Núcleo Interno de Publicações

Produção Gráfica e Diagramação

SBC - Tecnologia da Informação e
Comunicação

Núcleo Interno de Design

SMC - OGAFreitas

Os anúncios veiculados nesta edição são de exclusiva responsabilidade dos anunciantes, assim como os conceitos emitidos em artigos assinados são de exclusiva responsabilidade de seus autores, não refletindo necessariamente a opinião da SBC.

Material de distribuição exclusiva à classe médica. Os Arquivos Brasileiros de Cardiologia não se responsabilizam pelo acesso indevido a seu conteúdo e que contrarie a determinação em atendimento à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 96/08 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que atualiza o regulamento técnico sobre Propaganda, Publicidade, Promoção e informação de Medicamentos. Segundo o artigo 27 da insígnia, "a propaganda ou publicidade de medicamentos de venda sob prescrição deve ser restrita, única e exclusivamente, aos profissionais de saúde habilitados a prescrever ou dispensar tais produtos (...)".

Garantindo o acesso universal, o conteúdo científico do periódico continua disponível para acesso gratuito e integral a todos os interessados no endereço:
www.arquivosonline.com.br.



Filiada à Associação
Médica Brasileira

APOIO



Ministério da
Educação

Ministério da
Ciência e Tecnologia





Resumo das Comunicações

***XXVII CONGRESSO DA SOCIEDADE
MINEIRA DE CARDIOLOGIA***

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS



06 a 08 de julho 2017 | Minascentro - BH/MG

"Abordagem das doenças cardiovasculares: da prevenção ao tratamento."

Mensagem da SMC

Prezados(as) Colegas,

A Sociedade Mineira de Cardiologia – SBC/MG apresenta, com enorme satisfação, as pesquisas originais selecionadas para o 27º Congresso da Sociedade Mineira de Cardiologia, no Minascentro - Belo Horizonte / Minas Gerais.

Agradecemos à comunidade científica pelo envio de expressivo número de temas livres (TL), consolidando o Congresso como um foro amplo de estímulo à pesquisa e congregação de inúmeros pesquisadores Brasileiros, atuantes nas mais diversas áreas e instituições.

Recebemos pesquisas de nove Estados Brasileiros. O processo de submissão, análise e seleção decorreu nos prazos estipulados e ao final foram aprovadas 259 pesquisas, das quais, 31 para apresentação oral (em seis Sessões de Temas Livres Orais e Monografias Oral) e 228 para apresentações em três Sessões de Pôsteres, Relato de Casos e Monografia Pôster.

Algumas novidades importantes, implementadas a partir deste ano foram:

- premiação dos melhores TL do 27º Congresso da Sociedade Mineira de Cardiologia em nove categorias: Oral; Pôster; Relato de Caso; Monografia Acadêmico de Medicina Oral; Monografia Acadêmico de Medicina Pôster; Monografia Residente de Cardiologia Oral; Monografia Residente de Cardiologia Pôster; Ciências Básicas; Profissionais da Saúde – Não-Médicos.
- expansão da premiação "Prêmio Jovem Investigador da Cardiologia Mineira" para as categorias: Oral; Pôster; Relato de Caso; Monografia Residente de Cardiologia; Ciências Básicas.
- certificado especial ao autor que apresentar o Tema Livre.

Parabenizamos e agradecemos o empenho da Comissão Científica, Comissão Julgadora de Temas Livres e todos os pesquisadores que tanto contribuíram para o sucesso do Congresso!



José Carlos da Costa Zanon
Presidente da SMC - SBC/MG



Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas
Diretor Científico SMC - SBC/MG



José Maria Peixoto
Presidente 27º Congresso SMC



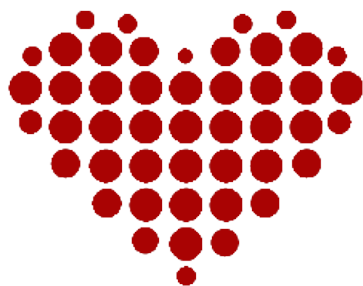
Sociedade Mineira de Cardiologia - SBC/MG



Congresso da Sociedade Mineira de Cardiologia

06 a 08 de julho 2017 | Minascentro - BH/MG

"Abordagem das doenças cardiovasculares: da prevenção ao tratamento."



Sociedade Mineira de
CARDIOLOGIA

DIRETORIA SMC - SBC/MG
Biênio 2016-2017

PRESIDENTE

José Carlos da Costa Zanon

VICE-PRESIDENTE

Carlos Eduardo de Souza Miranda

DIRETOR CIENTÍFICO

Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas

DIRETOR ADMINISTRATIVO

Epotamenides Maria Good God

DIRETOR FINANCEIRO

Thiago da Rocha Rodrigues

DIRETOR QUALIDADE ASSISTENCIAL

Henrique Patrus Mundim Pena

DIRETOR DE COMUNICAÇÃO

Carlos Henrique Garcez de Carvalho

DIRETOR RELAÇÃO COM SBC/FUNCOR

Evandro Guimarães de Souza

PRESIDENTE 27º CONGRESSO SMC

José Maria Peixoto

**Comissões Especiais da
Diretoria SMC - SBC/MG**

ASSESSOR RELAÇÕES INSTITUCIONAIS

Eustáquio Guerino

ASSESSOR RELAÇÕES COM REGIONAIS

Eduardo Dias Chula

ASSESSOR TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Ricardo Wang

ASSESSOR DE PESQUISA

Estêvão Lanna Figueiredo

COMITÊS E GRUPOS DE ESTUDO

PRESIDENTES COMITÊ HIPERTENSÃO ARTERIAL

Carlos Eduardo Ornelas
Murilo Carvalho de Rezende

PRESIDENTES COMITÊ CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

Cristiane Nunes Martins
Marly de Oliveira

PRESIDENTES COMITÊ IMAGEM CARDIO-VASCULAR

José Luiz Barros Pena
Glauco Franco Santana

PRESIDENTES COMITÊ DE ARRITMIA

Henrique Barroso Moreira
Ricardo Alkmim Teixeira

PRESIDENTES COMITÊ DE HEMODINÂMICA

Antônio Fernandino de Castro Bahia Neto
Mauricio Cavalieri Machado

PRESIDENTES COMITÊ ERGOMETRIA E REABILITAÇÃO

Kátia Nuic
Ézio Guilherme da Silva

PRESIDENTES COMITÊ CORONARIOPATIAS

Bárbara Campos Abreu Marino
José Dondici Filho

PRESIDENTES COMITÊ DE CARDIOLOGIA NA MULHER

Cláudia Maria Vilas Freire
Marildes Luiza de Castro

PRESIDENTES COMITÊ MIOCARDIOPATIAS

Manoel Domingos de Carvalho Oliveira
Frank Nunes

PRESIDENTE COMITÊ CIRURGIA CARDÍACA

Luiz Cláudio Moreira Lima
Maurício de Castro Gomes

PRESIDENTES COMITÊ DE ATEROSCLEROSE

Rodrigo Pinheiro Lanna
Marco Antônio Cotta Peralva

PRESIDENTES COMITÊ CARDIOGERIATRIA

Edson Dell Amore Filho
Donizetti Aparecido Pereira

PRESIDENTES COMITÊ CIÊNCIAS BÁSICAS

Alessandro BaoTravizani

PRESIDENTES COMITÊ DE VALVOPATIAS

José Ronaldo Moreira Júnior
Noasses Neiva Diamantino

PRESIDENTE COMITÊ ASSUNTOS INTERIOR

Eduardo Dias Chula

PRESIDENTES COMITÊ REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR

Heberth César Miotto
Norberto de Sá Neto

PRESIDENTES COMITÊ TERAPIA INTENSIVA

Sérgio Lages Murta
Patrícia Martins

PRESIDENTE COMITÊ MEDICINA TRÁFEGO

Heloisa Borges de Figueiredo

PRESIDENTES COMITÊ CARDIO-ONCOLOGIA

Ariane Vieira Scarlatelli Macedo
Raldner Borgese Reges

GRUPO DE ESTUDO DE REABILITAÇÃO

Júlio Cesar Moraes Lovisi
Luiz Guilherme Passaglia
Maria Clara Noman de Alencar

GRUPO ESTUDOS CARDIOLOGIA ESPORTE

Marconi Gomes da Silva
Lennon Leonardo de Oliveira

GRUPO DE ESTUDOS ECG

Rose Mary Ferreira Lisboa da Silva
Sônia Francisca de Souza
Cláudia Madeira Miranda

GRUPO ESTUDOS CARDIOLOGIA NUCLEAR

Ivana Sena do Nascimento
Leonardo Neuenschwander Magalhães

COMISSÃO DE DEFESA E ÉTICA MÉDICA

José Maria Peixoto
Maria da Consolação Vieira Moreira
Francisco Rezende Silveira

COMISSÃO DE PREVENÇÃO

Leonor de Oliveira Diniz
Eduardo Dias Chula
Luiz Antônio Avelar
Admilson de Oliveira Terra
Evânio Rodrigues Cordeiro
Frederico Toledo Campo Dall'Orto
Rodrigo Penha de Almeida
Marco Aurélio Toledo de Miranda
Gustavo de Araujo Assis Júnior

PRESIDENTES DAS REGIONAIS

REGIONAL SUL

Frederico Toledo Campo Dall'Orto

REGIONAL LESTE

Luiz Antônio Avelar

REGIONAL LESTE/NORDESTE

Admilson de Oliveira Terra

REGIONAL CAMPO DAS VERTENTES

Leonor de Oliveira Diniz

REGIONAL CENTRO /OESTE

Eduardo Dias Chula

REGIONAL NORTE

Evânio Rodrigues Cordeiro

REGIONAL TRIÂNGULO

Rodrigo Penha de Almeida

48956

Predição por meio de escores para causas e modalidades de tratamento de pacientes internados por síncope

ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA, ÍTALA FERREIRA DE JESUS, SARA MAGRO BORIGATO e GIOVANNA OLIVEIRA CARVALHO

Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Entre 12% e 83% dos pacientes (pts) com síncope são internados. Conforme sua causa, a morbimortalidade é distinta, com uma mortalidade anual de até 33% para causa cardíaca. Assim, a estratificação de risco é determinante na sua abordagem racional.

Objetivos: verificar o perfil clínico e avaliar a acurácia dos escores de risco para causa e tipo de tratamento de pts internados por síncope.

Métodos: foram avaliados 375 pts internados por síncope, consecutivamente, durante 18 meses. Foram submetidos a avaliação clínica, estratificação de risco, investigação e tratamento, sendo o estudo observacional e prospectivo.

Resultados: a média da idade foi de 52 ± 18 anos, 203 do sexo masculino. As causas de síncope foram taquicardia ventricular (TV) em 127 pts, supraventricular em 117, bradiarritmias em 56, neuromediada em 44 e por cardiopatia estrutural em 18 pts. Em 3,2% dos pts, a causa não foi identificada. Houve diferença estatística entre os sexos quanto à causa de síncope ($p < 0,0001$, qui-quadrado), com 63% de taquicardia supraventricular entre as mulheres; e 66,1% de TV, 66% de bradiarritmias e 83,3% de cardiopatia estrutural entre os homens. Receberam tratamento específico 269 pts, com implante de marca-passo em 38, de cardioversor-desfibrilador (CDI) em 43 e uso de antiarrítmico e/ou ablação em 188 pts. Conforme esse tratamento, a idade foi de $61,3; 60,7$ e $45,7$ anos, respectivamente ($p < 0,0001$, teste de Kruskal-Wallis), sem diferença quanto ao sexo. Entre os escores de Martin, Oesil e EGSYS, o primeiro apresentou a maior área pela curva de operação característica (0,84), $p < 0,0001$, intervalo de confiança de 95% entre 0,792 a 0,898 para implante de CDI. Escore de Martin ≥ 2 foi observado em 93,7% dos pts com TV, e em 100% dos pts submetidos ao CDI.

Conclusões: As principais causas de síncope foram a TV e bradiarritmias, entre homens, e as taquicardias supraventriculares, entre as mulheres. O escore de Martin apresentou maior acurácia para identificar TV como causa de síncope e para o implante de CDI.

48958

Correlação entre o escore HATCH e os escores de embolia sistêmica e a evolução de pacientes com insuficiência cardíaca em ritmo sinusal

ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA, SARA MAGRO BORIGATO, ÍTALA FERREIRA DE JESUS, NADYA MENDES KAZZAZ, ROSÁLIA MORAIS TORRES e MARIA DA CONSOLAÇÃO VIEIRA MOREIRA

Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamentos: Insuficiência cardíaca (IC) é um dos preditores de fibrilação atrial (FA). Recentemente, foi desenvolvido o escore HATCH, o qual permitiu estimar o risco de FA e de eventos cardiovasculares em pacientes (pts) com diferentes comorbidades.

Objetivos: avaliar a correlação entre os escores HATCH, CHADS2, CHA2DS2VASc e R2CHADS2 em pts com IC e verificar sua utilidade para predição de FA e eventos cardiovasculares.

Métodos: estudo prospectivo e longitudinal com 78 pts estáveis com IC, em ritmo sinusal, 52 homens, média de idade de $64,8 \pm 12,9$ anos. Os pts foram submetidos à avaliação clínica e laboratorial com cálculos dos escores e ao ecocardiograma por ocasião do aceite para participação no estudo. Somente o escore HATCH foi calculado retrospectivamente, com os dados clínicos iniciais e sem o conhecimento da evolução dos pts. Durante o seguimento clínico, foram considerados eventos cardiovasculares as condições como internação por IC, ocorrência de FA, acidente vascular encefálico, transplante cardíaco, terapia de ressincronização cardíaca e morte cardíaca.

Resultados: as médias das variáveis foram: HATCH de 2,4; CHADS2 1,6; CHA2DS2VASc 2,0; R2CHADS2 2,0; fração de ejeção 0,37; e volume do átrio esquerdo 69,7 ml. As principais etiologias da IC foram idiopática (31%), chagásica (21%), isquêmica (18%) e hipertensiva (14%). Os coeficientes de Pearson foram de 0,85; 0,61 e 0,62 ($p < 0,0001$) entre os escores HATCH e CHADS2, CHA2DS2VASc e R2CHADS2, respectivamente. A pontuação do HATCH foi de 2 em 50 pts, de 3 em 24 pts, e de 4 em 4 pts, ou seja, de moderado risco para toda a casuística. Durante o tempo de seguimento de 5,7 anos, 10 pts cursaram com FA e 46 apresentaram eventos cardiovasculares. Aplicando-se a curva de Kaplan-Meier para aqueles eventos, não houve diferença de sobrevida com base no escore HATCH ($p = 0,17$, teste de Mantel-Cox).

Conclusões: Houve forte correlação entre o escore HATCH e os escores de embolia sistêmica. Todavia, esse escore não foi preditor de FA ou de eventos cardiovasculares nessa população, na qual todos os pts já apresentavam IC.

49521

O uso dos novos anticoagulantes orais é eficaz e seguro em pacientes octogenários e nonagenários com fibrilação atrial não valvar?

THIAGO DA ROCHA RODRIGUES, e ANA LUISA CALIXTO RODRIGUES

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Os estudos de fase III que validaram o uso dos novos anticoagulantes orais (NOACs) na fibrilação atrial não valvar (FANV) incluíram pacientes (PTs) com idade média de 72 anos. Pacientes > 80 anos foram pouco representados nestes estudos e frequentemente são privados desta terapia. Objetivos - Avaliar a incidência de acidentes vasculares cerebrais isquêmicos (AVCI) e hemorrágicos (AVCh), embolias sistêmicas, hemorragias maiores, sangramentos fatais e hemorragias menores clinicamente relevantes (HMCR) em PTs > 80 anos com FANV em uso de NOACs. Métodos - Foram incluídos 90 PTs com FANV > 80 anos, 40 homens e 50 mulheres, com idades de $85,8 \pm 3,8$ anos (72 octogenários e 18 nonagenários). Foram excluídos PTs < 80 anos, com clearance de creatinina < 30 ml/min (dabigatran) ou < 15 ml/min. (apixabana e rivaroxabana) ou com outras contra-indicações para o uso de anticoagulantes. Foram estudados 42 PTs em uso de apixabana, 28 com dabigatran e 20 com rivaroxabana. As doses foram reduzidas (110 mg BID, 2,5 mg BID ou 15 mg MID, respectivamente para a dabigatran, apixabana e rivaroxabana) em 69 PTs (76,6%), de acordo com as recomendações de diretrizes. O escore CHADS2 foi $2,84 \pm 2,31$ e o CHA2DS2-VASc $3,98 \pm 1,48$. O seguimento clínico foi de $33,9 \pm 19$ meses (1 a 80 meses). O peso médio foi de $69 \pm 13,3$ Kg e o clearance de creatinina $42,26 \pm 13,89$. O seguimento desta coorte revelou que não houve nenhum AVC isquêmico ou hemorrágico e nenhuma embolia sistêmica. Houve apenas 1 (1,1%) sangramento maior (hemorragia digestiva baixa) e 11 (12,2%) HMCR (epistaxes, hematomas cutâneos, equimoses, sangramento no ouvido, hemorragia digestiva baixa). Não houve nenhum sangramento fatal. Considerando-se um CHA2DS2-VASc = 4, cujo risco anual de AVCI é 4,8% e AVCI+AIT+embolia sistêmica é 6,7%, num seguimento de 33,9 meses, cerca de 17 pacientes ficaram livres destes desfechos combinados. Conclusões - Esta coorte apresentou baixo índice de hemorragias maiores, ausência de eventos tromboembólicos e nenhuma hemorragia fatal. Respeitando-se as contra-indicações usuais aos anticoagulantes orais e reduzindo-se as doses quando necessário, o uso de NOACs é eficaz e seguro em octogenários e nonagenários com FANV.

49533

Desempenho dos stents farmacológicos de segunda geração no tratamento de pacientes com lesões obstrutivas no terço proximal da artéria descendente anterior

JOSE ARMANDO MANGIONE, BERNARDO MONTEIRO DE AGUIAR GIORDANO, ADNAN ALI SALMAN, MARIA FERNANDA ZULIANI MAURO, NÁDIA DE MENDONÇA CARNIETO, PAULO VASCONCELOS SILVA,, MARIA CAROLINA TREVIZANI TICLY e GUSTAVO ALEXANDRE DUTRA

Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.

Embora esteja consagrada a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) no tratamento de lesões severas no terço proximal da (ADA), principalmente em diabéticos, o que se observa é o surgimento cada vez maior de estudos levando a uma reavaliação do papel da intervenção coronariana percutânea (ICP) no tratamento desse tipo de lesão, principalmente após o surgimento dos stents farmacológicos (STF). Estes novos estudos indicam que a ICP com implante de STF pode ser uma alternativa aceitável a CRM em pacientes com lesão grave proximal da ADA.

Objetivo: analisar o segmento clínico, os desfechos primários e secundários e a taxa de patência do vaso tratado dos pacientes submetidos a ICP com implante de STF de segunda geração no terço proximal da ADA.

Método: estudo tipo Coorte histórico realizado em centro único de julho de 2007 a fevereiro de 2014, utilizando Registro SAFIRA. Incluídos 147 pacientes apresentando critérios de elegibilidade para o estudo (maiores de 18 anos com quadro de angina estável ou instável, isquemia silenciosa ou IAMSSST, na vigência de lesão unilaterar da ADA proximal) e que foram submetidos a ICP com STF de segunda geração.

Resultados: na evolução hospitalar foram registrados 02 casos de IAMSSST (1,4%), um caso de Insuficiência Renal Aguda (0,7%), e um paciente não se obteve fluxo TIMI III (0,7%). No segmento tardio não foi observado diferença estatisticamente significativa quando comparados: óbitos por todas as causas (7,2%); Óbitos por todas as causas, AVC ou IAM (9,1%); e necessidade de revascularização do vaso alvo (8,6%); EAM ou eventos cerebrovasculares (11,5%).

Limitações :realizado em centro único com grande experiência, não considerando centros de menor número de intervenções ano.

CONCLUSÕES: entre as duas modalidades não se observa diferença estatisticamente significativa no segmento clínico de sete anos de acompanhamento quanto a incidência de Óbito por todas as causas, AVC, IAM, necessidade de revascularização do vaso alvo, ECAM ou eventos cerebrovasculares.

49551

Efeito do Exercício Físico Recreativo nas Células Progenitoras Endoteliais de Crianças Saudáveis.

LIVIA VICTORINO DE SOUZA, FRANCIELE DE MENECK, VANESSA APARECIDA DE OLIVEIRA e MARIA DO CARMO PINHO FRANCO

Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte nos países desenvolvidos. Estudos tem constatado que os mecanismos envolvidos do desenvolvimento das DCV podem começar a atuar ainda na infância e adolescência. Além disso, um dos principais mecanismos envolvidos no desenvolvimento das DCV são alterações na função vascular. Considerando que as células progenitoras endoteliais (CEPs) podem contribuir para manutenção da integridade vascular e a formação dos vasos sanguíneos, levantamos a hipótese de que a redução na função moduladora do endotélio vascular pode estar relacionada com prejuízo nas CPes. Por outro lado, tem sido observado que o treinamento físico pode aumentar o número e a capacidade funcional das CEPs. Dessa forma torna-se de importante avaliar os efeitos do treinamento físico no número e capacidades das CEPs, em crianças e adolescente. Objetivo: Avaliar o efeito de 10 semanas de exercício físico recreativo no número e propriedades funcionais das CEPs em crianças e adolescentes saudáveis com idade entre 6 e 12 anos. Metodologia: Para tanto, foram avaliadas 74 crianças (31 meninas e 43 meninos) com idade entre 6 e 12 anos. Foram realizadas avaliações antropométricas, de composição corporal e das capacidades físicas. Além disso, avaliamos o número de CPes por meio de citometria de fluxo (triplas marcações: CD34+/CD133+/CD309+ e CD34+/CD133+/CD45low), a funcionalidade das CPes pela avaliação das unidades formadoras de colônias (UFC), bem como, os níveis plasmáticos do VEGF-A, MMP-9 e MMP-2 e NO. Resultados: Após a prática de exercícios físicos recreativos, houve redução significativa do peso corporal, aumento da massa magra, da força muscular e da flexibilidade. Em relação às CPes foi observado aumento significativo tanto no número quanto na funcionalidade dessas células. Em relação aos marcadores vasculares observamos aumento significativo nos níveis circulantes de VEGF-A, MMP-9 e NO após 10 semanas de exercício físico recreativo. Por outro lado, após esse período observamos redução significativa nos níveis circulantes de MMP-2. Conclusão: Podemos concluir que o protocolo de 10 semanas de exercício físico recreativo foi capaz de promover efeitos benéficos sobre os parâmetros antropométricos e de composição corporal, além de ter um efeito positivo sobre as aptidões físicas de crianças saudáveis. Constatamos também aumento significativo no número e na funcionalidade das CPes.

49552

Relação neutrófilo-linfócito como biomarcador prognóstico da cardiomiopatia dilatada na infância e adolescência

CAMILIA ANDRADE LIMA, FÁTIMA DERLENE ROCHA ARAÚJO, NATHALIA MUSSI MONTEZE, VANESSA TAVARES DE OLIVEIRA REZENDE, HENRIQUE DE ASSIS FONSECA TONELLI, SANDRA REGINA TOLENTINO CASTILHO, ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA e ZILDA MARIA ALVES MEIRA

Hospital Das Clínicas Da UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil - Departamento De Pediatria Da Faculdade De Medicina Da UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil - Setor De Cardiologia Do Hospital Das Clínicas Da UFMG, Belo Horizonte, Brasil.

Introdução: A cardiomiopatia dilatada (CMD) é o tipo mais comum de cardiomiopatia na infância e cursa com diferentes graus de insuficiência cardíaca (IC). A despeito do tratamento, o prognóstico continua pobre, com alto risco de óbito, rehospitalização ou necessidade de transplante cardíaco (Tx). A IC cursa com processo inflamatório crônico, com mecanismos hormonais e imunológicos ainda não bem conhecidos. Na análise do hemograma de pacientes com doenças crônicas, as relações neutrófilo-linfócito (RNL) e plaqueta-linfócito (RPL) emergem como novos biomarcadores inflamatórios, úteis para avaliação prognóstica e estratificação de risco destes pacientes. Objetivos: Avaliar os achados hematológicos e as relações RNL e RPL de crianças e adolescentes com CMD, e correlacioná-las com evolução clínica. Métodos: Estudo observacional, longitudinal, realizado entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2015, incluindo pacientes de 0 a 18 anos com CMD e em tratamento regular de IC que foram alocados em dois grupos de acordo com evolução clínica: grupo 1 – classe funcional I-II (NYHA); grupo 2 – classe funcional III-IV (NYHA), evolução para óbito ou Tx. Foram analisados dados do hemograma coletados após terapêutica otimizada. Utilizou-se o programa SPSS versão 14.0, com utilização dos testes de Qui-quadrado ou de Fisher e Mann-Whitney, quando apropriados. Foi utilizado o coeficiente de Spearman para avaliar a correlação das variáveis categóricas, a curva ROC para avaliar a sensibilidade e especificidade de variáveis com significância estatística e a curva de Kaplan-Meier para análise da sobrevida livre de eventos. Fixou-se o nível de significância em 5%. Resultados: Foram estudados 57 pacientes, 60% feminino, idade entre 1 mês e 16,7 anos (média de 48 meses), com acompanhamento de 6 meses a 17,4 anos (média de 64 meses). As médias de hemoglobina, leucócito total, linfócitos, plaquetas e RPL foram semelhantes nos grupos. A média da dosagem de neutrófilos foi maior no grupo 2 do que no grupo 1 (7026 versus 3903; $p=0,011$), assim como a média da RNL (5,5 versus 1,9; $p=0,034$). A área sob a curva ROC foi de 70%, sendo o melhor ponto de corte para $RNL \geq 5,2$ (sensibilidade: 93,8% e especificidade: 87,8%). A curva de Kaplan Meier mostrou maior sobrevida nos pacientes com RNL menor ou igual a 5,2 ($p=0,001$). Conclusões: Houve boa correlação da RNL com prognóstico da CMD no grupo de crianças e adolescentes. Recomenda-se valorizar esta relação no acompanhamento evolutivo destes pacientes.

49558

Cardiopatias: uma análise epidemiológica da população do Brasil e do estado de Minas Gerais

BIANCA ALVES DE MIRANDA, CAMYLLA SANTOS DE SOUZA, BIANCA DE NEGRI SOUZA, JESSIANE JARDER COELHO DA SILVA, LUCAS ROBERTO DA SILVA BARBOSA, THIAGO GUIMARES TEIXEIRA, PATRICIA FRAGA PAIVA e JOAO DAVID DE SOUZA NETO

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA, Volta Redonda, RJ, BRASIL - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, BRASIL.

Introdução: Considerando o envelhecimento populacional e o controle da natalidade como principais mudanças no padrão epidemiológico e demográfico no mundo, as doenças crônicas passam a ser responsáveis pelas principais morbidades da população. As doenças crônicas de origem cardiovascular representam os maiores índices de complicações, o que se torna preocupante quando consideramos os quase 8 milhões de acometidos no país. Objetivo: Realizar um levantamento epidemiológico acerca da prevalência das cardiopatias em um comparativo entre o Estado de Minas Gerais e o Brasil, visando mapear e elucidar os índices de acometimento dessas doenças. Metodologia: Estudo exploratório documental sobre as internações hospitalares por cardiopatias no Estado de Minas Gerais e no Brasil no período de 2010 a 2016. Os dados foram obtidos junto ao Ministério da Saúde/DATASUS, analisados e comparados quanto à distribuição por sexo, faixa etária, tempo médio de internação, custos com o tratamento hospitalar e óbitos. Resultados: Estima-se que entre os anos de 2010 a 2016, mais de 4 milhões de pessoas tenham sido internadas no Brasil devido a cardiopatias. A região que apresentou maior número de internações foi a Sudeste (45,18%). Foram registrados 336.868 óbitos, com predomínio de pacientes do sexo masculino (51,94%), sendo o valor gasto com serviços hospitalares estimado em 10 bilhões de reais. A média de permanência foi de 6,8 dias, já na faixa etária menor de 1 ano 13,9 dias. O maior número de internações ocorreu devido à insuficiência cardíaca, responsável por 39,64% dos casos, predominando o sexo masculino (51,27%). No mesmo período, 576.404 pessoas foram internadas no Estado de Minas Gerais devido a cardiopatias. Destes, a maior parte foi do sexo masculino (53,30%). Foram registrados 40.569 óbitos, predominando o sexo masculino (51,14%). O valor gasto com serviços hospitalares foi estimado em aproximadamente 1,5 bilhões de reais. A média de permanência foi de 6,7 dias; já na faixa etária menor de 1 ano, 14,8 dias. Referente ao número de internações a insuficiência cardíaca representou 42,66% dos casos, predominando o sexo feminino (50,8%). Conclusão: Diante dos resultados apresentados, evidencia-se o impacto social e financeiro resultante das cardiopatias na saúde pública. Além disso, esses dados servem de alerta para a criação de políticas públicas e de estratégias de atenção à saúde primária a fim de modificar esse panorama e suas consequências para a saúde pública.

49591

Correlação entre a cintilografia e tomografia computadorizada de múltiplos detectores na avaliação da isquemia miocárdica: protocolo de estresse simultâneo

WILTER DOS SANTOS KER, DANIEL GAMA NEVES, MARCELO SOUTO NACIF e CLAUDIO TINOCO MESQUITA

HUAP, Niterói, RJ, BRASIL - Hospital Pró-Cardíaco, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Américas Medical City, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Objetivo: Avaliar a capacidade diagnóstica da tomografia computadorizada (TC) em detectar defeitos perfusionais significativos identificados pela cintilografia miocárdica (SPECT). Material e Métodos: Estudo prospectivo, aprovado pelo comitê de ética incluindo todos os pacientes que respeitaram os critérios de inclusão, exclusão e assinaram o termo de consentimento informado deste protocolo. A injeção do 99mTc-sestamibi durante o estresse com dipiridamol foi realizada na sala da TC. Foi realizada análise multivariada por regressão logística e o critério de significância foi $P<0,05$. Resultados: Foram adquiridos 35 pacientes e a média de idade foi $52 \pm 5,9$ anos, sendo 51% mulheres. Encontramos uma correlação intermediária entre os achados da TC e da cintilografia, especialmente por ter havido uma sensibilidade de apenas 50% para a detecção de defeitos perfusionais na TC em relação aos defeitos do SPECT. A sensibilidade da análise do SPECT em relação ao TC foi um pouco mais sensível que a perfusão (66%). Quando o exame foi considerado normal pela cintilografia (15 pacientes) a TC também apresentou perfusão normal na maioria dos casos (12 casos), demonstrando uma concordância para exames normais elevada. Diferentemente quando o exame SPECT foi alterado (20 pacientes) apenas em 10 casos houve uma TC com perfusão alterada. Conclusão: A TC possui boa capacidade na detecção de defeitos perfusionais identificados pelo SPECT, e também pode trazer informações importantes sobre a anatomia coronariana.

49592

Excursão máxima dos folhetos valvares como fator determinante da área valvar após a valvoplastia mitral percutânea: importância na predição de reestenose valvar

WILLIAMANTONIO M. ESTEVES, VICTOR TEATINI RIBEIRO, JULIANA RODRIGUES SOARES, LUCAS CAMPOS BARBOSA E SILVA, CLARA LEAL FRAGA, GUILHERME RAFAEL SANT'ANNA ATHAYDE, LUCAS LODI JUNQUEIRA e MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES

Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Programa de Pós-

Graduação em Medicina Tropical da FM-UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A área valvar mitral (AVM) constitui um critério de sucesso da valvoplastia mitral percutânea (VMP), além de determinar a sobrevida livre de eventos. Entretanto, os fatores preditores da AVM final pós VMP são subjetivos, baseados na análise da morfologia valvar mitral ao ecocardiograma, necessitando de um parâmetro quantitativo que possa prever essa área.

Objetivos: Definir os preditores da AVM pós VMP em pacientes com estenose mitral (EM) grave.

Métodos: Incluiu-se 154 pacientes com EM submetidos à VMP no período de fevereiro/2014 a dezembro/2016. A avaliação da morfologia valvar mitral incluiu análise dos folhetos, comissuras e aparato subvalvar mitral. A excursão dos folhetos foi obtida na diástole, medindo-se a distância entre a abertura máxima dos folhetos e o anel valvar ("altura do dome"). Os seguintes desfechos pós VMP foram avaliados: 1: imediato, definido pela área valvar final, sem complicações; e 2: longo prazo, definido por desfecho combinado de morte, nova VMP, troca valvar, ou surgimento de fibrilação atrial (FA).

Resultados: A idade foi de $42,8 \pm 12$ anos, 135 (88%) mulheres, 70 (45%) em classe funcional III/IV. A AVM basal foi de $0,95 \pm 0,25$ cm² com aumento significativo após o procedimento ($1,65 \pm 0,25$ cm²; $p < 0,001$). Os fatores associados à AVM pós VMP foram idade, AVM pré, escore ecocardiográfico e a excursão máxima dos folhetos. Na análise multivariada pelo modelo de regressão linear múltipla, a AVM pré ($r = 0,27$; $p = 0,001$), escore ecocardiográfico ($r = 0,24$; $p = 0,007$), e a excursão máxima dos folhetos ($r = 0,36$; $p < 0,001$) correlacionaram-se, independentemente, com a AVM pós VMP. Durante um seguimento médio de 18 meses, 26 eventos adversos ocorreram (3 submeteram à VMP, 15 à troca valvar, 6 desenvolveram FA, e 2 morreram). A excursão máxima dos folhetos foi maior nos pacientes com sobrevida livre de eventos em relação aos demais ($15,4 \pm 2,6$ vs $13,7 \pm 2,7$; $p = 0,018$).

Conclusões: Esse estudo demonstrou que a redução da excursão dos folhetos valvares, uma característica do acometimento reumático da valva mitral, foi fator determinante da AVM pós VMP e de eventos adversos em longo prazo.

49606

Perfil de citocinas séricas está associado com gravidade da doença valvar mitral reumática

ADRIANA COSTA DIAMANTINO, GABRIEL PRADO SAAD, ANDRE GORLE DE MIRANDA CHAVES, TATIANA COSTA DIAMANTINO, LIVIA SILVA ARAUJO PASSOS, WALDEREZ ORNELAS DUTRA e MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES

Pós Graduação em Infectologia e Medicina Tropical - UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Laboratório de Interações Celulares, Dep. Morfologia - UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A cardiopatia reumática (CR) permanece como um grave problema de saúde pública nos países em desenvolvimento. O padrão de resposta imune após exposição ao estreptococo é um dos principais determinantes do processo inflamatório da CR, tornando essencial identificar os pacientes que estão sob maior risco de progressão da doença. Este estudo teve como objetivo avaliar os níveis de citocinas séricas em pacientes em diferentes estágios de evolução da CR e correlacionar este perfil de citocinas com a gravidade da doença, estratificada pela necessidade de intervenção valvar. **Métodos:** 89 pacientes com valvopatia mitral reumática foram incluídos. Todos os pacientes realizaram ecocardiograma para quantificar a gravidade da lesão valvar. Amostras de sangue periférico foram analisadas usando o método CBA (cytometric bead array) para a medida da expressão das interleucinas (IL): IL-10, IL-6, IL-2, IL-4, IL-17A, fator de necrose tumoral- α (TNF- α) e interferon- γ (IFN- γ). **Resultados:** Idade média $41 \pm 11,5$ anos, 85% mulheres. 60 pacientes (67,4%) apresentavam doença reumática da valva mitral isolada. Na inclusão no estudo, 64 pacientes já haviam sido submetidos a algum tipo de intervenção valvar (percutânea ou cirúrgica). Pacientes que nunca tiveram indicação de intervenção valvar relataram um início mais precoce do uso da penicilina para profilaxia secundária, comparados aos pacientes com doença valvar grave ($15,7 \pm 10,5$ x $23,9 \pm 10,2$ anos, $p = 0,002$). A concentração sérica das citocinas inflamatórias (IL-6, TNF- α , IL-2, IL-4, IL-17A, IFN- γ) foi maior no grupo com doença valvar grave. A expressão da citocina anti-inflamatória, IL-10, foi similar entre os dois grupos ($p = 0,366$). A análise em cluster de todas as citocinas mostrou um padrão de segregação diferente entre os grupos de pacientes, com IL-6/TNF- α e IL-6/IL-17A associados com doença valvar grave e doença valvar estável, respectivamente. Quando foram analisados os parâmetros ecocardiográficos, o escore de Wilkins-Block teve uma correlação negativa com IL-17A, mostrando que quanto menor a concentração sérica desta interleucina, maior o acometimento valvar. **Conclusão:** Pacientes com doença valvar mitral reumática grave tiveram uma resposta inflamatória mais intensa evidenciada pelas altas concentrações séricas de citocinas inflamatórias, comparado com os pacientes assintomáticos com doença valvar estável. A interleucina IL-17A pode estar associada com uma resposta imune protetora na CR.

49609

Perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a cirurgia de revascularização miocárdica em hospital de referência

NOASSES NEIVA DIAMANTINO, LUCIANA C DIAMANTINO, GUSTAVO MONTEIRO SOARES e FERNANDO ROTATORI NOVAES

Hospital Santa Casa de Montes Claros, Montes Claros, MG, BRASIL.

Introdução: A doença arterial coronariana (DAC) é a principal causa de óbito no mundo e os pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica (CRVM) constituem grupo de maior risco. O objetivo do presente estudo foi analisar os aspectos epidemiológicos dos pacientes submetidos a CRVM em hospital de referência em cirurgia cardíaca. **Métodos:** Estudo retrospectivo, transversal. Foram analisados prontuários de 354 pacientes consecutivos submetidos à CRVM no período de julho de 2008 a junho de 2013. **Resultados:** A média de idade foi de 62,9 anos, maior prevalência do gênero masculino (67,8%) e maioria dos pacientes internada pelo SUS (85,6%). A média do IMC foi de $25,55$ kg/m². O valor médio do EuroSCORE I bruto foi $4,03 \pm 2,51$. A média da fração de ejeção do ventrículo esquerdo avaliada por ecocardiograma no pré-operatório foi de 62,85%. A cirurgia foi realizada eletivamente em 40,4% dos casos. O tempo médio de internação hospitalar foi de 16,2 dias. O tempo médio de cirurgia foi de 203,45 minutos, de circulação extracorpórea de 80,09 minutos e de clampamento da aorta de 50,65 minutos. A frequência de pacientes que apresentavam um vaso com lesão grave submetido a enxerto foi de 11%, dois vasos 24,3%, três vasos 42,9%, quatro vasos 18,1% e cinco ou mais vasos 3,6%. Na maioria dos pacientes (88,7%) não houve outras cirurgias associadas. A maioria dos pacientes (79,4%) recebeu enxerto de artéria mamária, além de veia safena. Não apresentaram complicações no pós-operatório 39,8% dos pacientes. Entre os 213 pacientes que apresentaram complicações, as mais frequentes foram: derrame pleural (28,6%), drenagem de tórax (19,7%), sangramento importante (13,1%), atelectasia (10,3%), pneumonia (9,4%), fibrilação atrial (8,0%), descontrole glicêmico (6,6%), ventilação mecânica prolongada (5,2%), outras arritmias (4,2%), infecção na ferida operatória (2,8%) e mediastinite (2,5%). Foram submetidos à reoperação devido sangramento importante 4,2% dos pacientes. A incidência de óbito foi 5,4%, sendo o choque cardiogênico a principal etiologia (68,4%). **Conclusão:** Existem várias abordagens para o tratamento da DAC, sendo muitas vezes necessária a revascularização miocárdica cirúrgica, levando em consideração fatores como anatomia coronariana, comorbidades e condição clínica do paciente. Sendo assim, conhecer fatores de risco no pré-operatório permite atuar na prevenção de complicações no pós-operatório e na escolha da melhor técnica de revascularização.

49611

Impacto da oximetria de pulso na detecção de cardiopatia congênita dependente de canal arterial

TAIZA DE C C DIAMANTINO, GUSTAVO MONTEIRO SOARES, LUCIANA C DIAMANTINO e NELMA MARIA NEVES ANTUNES

Hospital Santa Casa de Montes Claros, Montes Claros, MG, BRASIL - Faculdades Pitágoras de Montes Claros, Montes Claros, MG, BRASIL.

Introdução: O rastreamento com oximetria de pulso para detecção de cardiopatias congênitas críticas auxilia no diagnóstico precoce e melhora o prognóstico dos recém-nascidos com essa condição. Trata-se de um instrumento relativamente novo de avaliação, com poucos estudos a respeito da sua aplicabilidade e acurácia em detectar estas patologias. **Objetivo:** Implantar e avaliar o impacto da triagem com oximetria de pulso na detecção de cardiopatia congênita dependente de canal arterial. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal. Foram incluídos 3087 recém-nascidos a termo consecutivos, no período de julho de 2013 a junho de 2014, em maternidade de hospital referência para gestações de alto risco, assintomáticos. Todos os pacientes foram submetidos à oximetria de pulso entre 24 e 48 horas de vida, antes da alta da maternidade. Foram utilizados dois monitores de oximetria de pulso para medição simultânea. O local de aferição foi membro superior direito e em um dos membros inferiores. O teste era considerado normal se a saturação periférica fosse maior ou igual a 95% em ambas as medidas (membro superior direito e membro inferior) e a diferença entre elas fosse menor que 3%. Caso o teste fosse alterado, uma nova aferição era realizada 1 hora depois. Caso o resultado se mantivesse alterado, um ecocardiograma era realizado dentro das 24 horas seguintes. **Resultados:** No período de julho de 2013 a junho de 2014 foram registrados 4.948 nascidos vivos. Dentre os 3087 recém-nascidos incluídos no estudo, foi diagnosticada cardiopatia congênita no período neonatal em 31 pacientes (1%) e, dentre estes, 8 (26%) apresentavam cardiopatia congênita crítica. As cardiopatias congênitas críticas diagnosticadas foram transposição de grandes artérias (4), tetralogia de Fallot (1), dupla via de saída de ventrículo direito (1), interrupção de arco aórtico (1) e coarctação de aorta (1). Em relação ao total dos participantes, a prevalência de cardiopatia congênita crítica foi de 0,26%. A oximetria de pulso foi capaz de detectar todos os recém-nascidos com cardiopatia congênita crítica e a taxa de exame falso positivo foi 0,23%. **Conclusão:** A oximetria mostrou-se um teste de triagem seguro, de baixo custo, fácil realização e aceitação pelos pais. A sensibilidade para detecção de cardiopatias congênitas foi alta, com baixa taxa de falsos positivos.

49616

Mecanismo da regurgitação mitral avaliado pelo ecocardiograma tridimensional como determinante do desfecho clínico após valvoplastia mitral percutânea

NAYANA FLAMINI ARANTES GOMES, RENATO BRAULIO, RAFAEL FIGUEIREDO DOS SANTOS, MATHEUS TOZZATO BAPTISTA COELHO, THIAGO MENDONA NUNES DE PAULA, PAULO HENRIQUE NOGUEIRA COSTA, CLÁUDIO LÉO GELAPE e MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES

PPG em Ciências da Saúde: IMT da FM-UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Regurgitação mitral (RM) constitui a principal complicação da valvoplastia mitral percutânea (VMP) com tolerância clínica variável dependendo de vários fatores. A identificação do mecanismo da lesão valvar desencadeada pela intervenção pode ajudar na tomada da decisão clínica em relação à indicação cirúrgica precoce.

Objetivos: Definir o impacto do mecanismo da RM avaliado pelo eco 3D nos desfechos clínicos adversos após VMP.

Métodos: Incluiu-se 257 pacientes submetidos à VMP com eco 3D antes e após o procedimento. A VMP foi guiada pelo eco transtorácico, avaliando-se a área valvar e o grau de RM após cada insuflação do balão. O critério para indicação de cirurgia de emergência foi RM grave com instabilidade hemodinâmica. O desfecho avaliado foi necessidade de troca valvar ou morte.

Resultados: A idade foi de 44 ± 12 anos, 221 (86%) mulheres, mediana do escore de Wilkins de 7, variando de 4 a 12 pontos. Trinta e três pacientes desenvolveram RM após a VMP, classificada como grave em 15 (5,8%). RM decorrente da laceração de um dos segmentos do folheto posterior (P1 ou P3), central ou comissural foram bem toleradas, sem piora da classe funcional. Lesões do folheto anterior e do aparato subvalvar resultaram em grave repercussão hemodinâmica, com troca valvar de emergência em 5 pacientes (2%). Durante um seguimento médio de 3 anos, 12 pacientes (36%) dos que desenvolveram RM permaneceram em tratamento clínico e 14 (42%) foram submetidos à troca valvar eletiva, sem complicações.

Conclusões: O mecanismo da lesão valvar foi um determinante da evolução e do prognóstico da RM após VMP. A predição da piora clínica é fundamental na abordagem do paciente com RM grave para indicar intervenção cirúrgica imediata com impacto direto na mortalidade.

49622

Aumento da complacência atrial esquerda como preditor independente da melhora da capacidade funcional após a valvoplastia mitral percutânea por balão

GUILHERME RAFAEL SANT'ANNA ATHAYDE, BRUNO R NASCIMENTO, LUCAS LODI JUNQUEIRA, GABRIEL PRADO SAAD, THIAGO PASCELE DE OLIVEIRA BATISTA, CLÁUDIO ARAÚJO SALGADO RIBEIRO, LUCAS QUEIROZ FERNANDES CAMPOS e MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A valvoplastia mitral percutânea por balão (VMPB) é a opção terapêutica para pacientes com estenose mitral (EM) sintomática ou com repercussão hemodinâmica. A complacência das câmaras esquerdas é um determinante da capacidade funcional e pode ser útil em avaliar melhora clínica pós VMPB. Esse estudo prospectivo foi desenhado para determinar os efeitos agudos da VMPB na complacência das câmaras esquerdas e se alterações da complacência contribuem para melhora da capacidade funcional após abertura valvar.

Métodos: O estudo incluiu 137 pacientes submetidos à VMPB. Todos os parâmetros ecocardiográficos e hemodinâmicos foram registrados antes e imediatamente após o procedimento. As complacências do átrio esquerdo (Ca) e do VE (Cv) foram medidas, calculando-se a complacência atrio-ventricular (Cn). O Qp/Qs foi calculado em uma amostra de 25 pacientes antes e após a plastia para avaliar a repercussão do shunt interatrial produzido pelo procedimento. O desfecho primário foi a classe funcional de NYHA após 6 meses do procedimento.

Resultados: A idade média foi de 43 ± 12 anos e 87% eram do sexo feminino. O procedimento foi bem sucedido em 82% dos casos sendo observada melhora significativa das complacências atrial (Ca) e atrio-ventricular (Cn) de $5,3 [3,2-8,3]$ para $8,7 [5,3-19,2]$ mL/mmHg ($p < 0,001$) e $2,2 [1,6-3,4]$ para $2,8 [2,1-4,1]$ mL/mmHg ($p < 0,001$), respectivamente. Não houve mudança da complacência ventricular (Cv). Qp/Qs pós procedimento foi $1,0 [0,98/1,03]$, demonstrando ausência de repercussão hemodinâmica da comunicação interatrial. No seguimento de 6 meses a classe funcional NYHA melhorou de $2,5 \pm 0,8$ para $1,6 \pm 0,7$ ($p < 0,001$) permanecendo inalterada em 32 pacientes (23%). Aqueles que tiveram os maiores aumentos de Ca foram os que tiveram maior melhora sintomática. Na análise multivariada, os preditores independentes de melhora funcional foram o percentual de aumento de Ca (odds ratio ajustado [OR] 1,42; [IC 95%] 1,02 - 1,97; $p = 0,037$) e idade (OR 0,95; IC 95% 0,92 - 0,98; $p = 0,004$).

Conclusões: A VMPB aumentou significativamente a Ca e a Cv, correlacionando-se com a melhora funcional, independente de outros parâmetros hemodinâmicos. A melhora de Ca é um importante preditor de evolução livre de sintomas pós VMPB.

49629

Proteína C reativa à admissão hospitalar como preditor independente de mortalidade em pacientes com endocardite infecciosa

MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES, MILTON HENRIQUES GUIMARAES JUNIOR, RODRIGO MATOS PINTO COELHO, PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA MURTA PINTO, NICOLE DE PAULA AARÃO FALEIRO MAIA, DAYANE AMARAL MADUREIRA, CLÁUDIO LÉO GELAPE e TERESA CRISTINA DE ABREU FERRARI

Hospital das Clínicas UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) é uma doença grave com elevada taxa de mortalidade a despeito dos avanços no diagnóstico e tratamento. A identificação precoce de marcadores de risco de complicações e morte logo ao diagnóstico tem impacto na abordagem dos pacientes acometidos por essa condição.

Objetivos: Analisar o valor dos níveis séricos de proteína C reativa (PCR) à admissão na predição de morte hospitalar por EI.

Métodos: Foram incluídos 203 pacientes consecutivos com EI definitiva ou provável. À admissão hospitalar, os pacientes foram submetidos ao exame clínico, exames laboratoriais e ecocardiograma. O diagnóstico foi definido de acordo com os critérios de Duke modificados. O desfecho avaliado foi morte durante a internação.

Resultados: A idade média foi $48,2 \pm 16,6$ anos, sendo que 125 (62%) eram do sexo masculino. PCR à admissão foi de 121 mg/L , variando de 5 a 519. Cirurgia precoce foi realizada em 111 (57%) dos indivíduos, principalmente por desenvolvimento de insuficiência cardíaca (48%) seguida de infecção não controlada (26%). Durante internação, 65 pacientes evoluíram para o óbito (32%). À análise multivariada, a proteína C reativa (PCR) foi o único preditor de morte obtido logo após a internação hospitalar (OR, 1,011; IC95%, 1,005-1,017; $p = 0,001$), após ajuste por outros fatores relacionados à evolução da doença incluindo, desenvolvimento de insuficiência cardíaca (IC) durante o tratamento (OR, 4,173; IC95%, 1,667-10,443), maior dimensão da vegetação ao diagnóstico (OR, 1,131; IC95%, 1,040-1,230; $p = 0,004$) e idade (OR, 1,046; IC95%, 1,004-1,090; $p = 0,033$). EI causada por *S. aureus* foi associada com níveis elevados de PCR e indicação cirúrgica precoce, mas não se manteve como um fator independente de morte.

Conclusão: Os níveis séricos de PCR constituem marcadores de gravidade da EI associados à mortalidade hospitalar, independente de outras complicações durante o tratamento. *S. aureus* como agente causador foi associado a EI mais grave com evolução para insuficiência cardíaca.

49693

Segurança a médio prazo dos pacientes com reserva de fluxo fracionado $> 0,8$

MANOEL A B ESTEVES, AUGUSTO L FILHO, RAIMUNDO A MELO, UBIRAJARA LIMA FILHO, HENRIQUE A B CAMPOS, FERNANDO C NEVENSCHWANDER, RENATO R RABELLO e GUSTAVO FIDELIS DA CRUZ CAMPOS

Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Mostrar a segurança, a médio prazo, dos pacientes submetidos a avaliação invasiva de reserva de fluxo fracionado (FFR) com resultado $> 0,8$. A angiografia coronariana ainda tem um papel central no diagnóstico e tratamento da insuficiência coronariana, mas ela tem limitada sensibilidade para determinar o significado fisiológico da estenose coronariana. É importante enfatizar que, na doença coronariana, os fatores mais importantes determinantes do prognóstico são a presença e a extensão da isquemia. A estenose coronariana funcionalmente significativa deve ser revascularizada. Trabalhos científicos mostram que na estenose coronariana que não exibe significado funcional, o tratamento clínico mostrou um excelente prognóstico. No nosso meio, o FFR ainda não é realizado de maneira rotineira, sendo a conduta baseada, principalmente, na angiografia coronariana. **Método:** Estudo retrospectivo realizado em único centro, com 98 pacientes, sendo avaliadas 126 obstruções entre 28/11/2011 e 06/09/2016. Os critérios de inclusão foram: pacientes com quadro de insuficiência coronariana sem isquemia comprovada naquela região e obstrução na angiografia coronariana $\geq 50\%$. Foram avaliados os eventos cardiovasculares maiores, sendo eles: acidente vascular cerebral (AVC), morte e infarto agudo do miocárdio (IAM). **Resultados:** o FFR foi realizado em 98 pacientes, num total de 126 lesões. Foram 100 obstruções com resultado $> 0,8$ e 26 obstruções $\leq 0,8$. 86,7% dos pacientes eram hipertensos e 26,5% diabéticos. Foram 4 óbitos nos pacientes com FFR $> 0,8$, sendo 3 óbitos relacionados a causa não cardíológica e um paciente com morte súbita. Não houve casos de IAM ou AVC. No grupo de FFR $\leq 0,8$, tivemos 3 óbitos, sendo 2 em pós-operatório de cirurgia de revascularização miocárdica (CRVM) e 1 paciente de complicações relacionadas a câncer. Também não houve casos de AVC ou IAM neste grupo. **Conclusão:** a não realização de revascularização, nos casos em que o FFR maior que 0,8, foi segura, em concordância com os dados da literatura.

49696

Associação entre apneia obstrutiva do sono, pressão arterial elevada e o excesso de peso em trabalhadores de turno

MARIANA CAMPOS BELO MOREIRA, GUILHERME AUGUSTO SOUSA BATISTA, BRUNO FRANCA MAIA ATHADEU, TAIANA LOPES RANGEL MIRANDA, AMANDA POPOLINO DINIZ, VIRGINIA CAPISTRANO FAJARDO e RAIMUNDO MARQUES NASCIMENTO NETO

Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A apneia obstrutiva do sono (AOS) é uma condição multifatorial causada por colapso faringiano repetitivo durante o sono, que é restaurado por despertares recorrentes com a ativação simpática e maior risco cardiovascular. Evidências científicas apontam a relação da AOS com obesidade e hipertensão arterial, porém, são poucos os estudos realizados em trabalhadores de turnos. Para tanto, objetiva-se verificar a associação entre a AOS, a pressão arterial elevada e o excesso de peso nesta população. **MÉTODOS:** Estudo transversal realizado com 114 operadores de máquina, do sexo masculino com pelo menos três fatores de risco clássicos para doenças cardiovasculares. Foram obtidos dados clínicos e realizados exame de polissonografia, e classificados com ausência de AOS quando o índice de apneia/hipopneia (IAH < 5 eventos/hora.), leve (IAH > 5 e ≤ 15) e moderada/grave (IAH > 15). A pressão arterial (PA) foi classificada em alterada conforme International Diabetes Federation (2006), quando PA Sistólica ≥ 130 mmHg ou PA Diastólica ≥ 85 mmHg, ou em uso de anti-hipertensivo. Os indivíduos foram classificados com e sem excesso de peso através do índice de massa corporal (IMC) (IMC ≥ 25 kg/m²). Para verificar a relação da AOS com PA e o IMC utilizou-se o teste do Qui-Quadrado. As análises foram realizadas no software R, considerando p<0,05. **RESULTADOS:** Os 114 trabalhadores de turno avaliados apresentaram idade média 36 anos, variando entre 18-57 anos. A AOS apresentou relação significativa com a PA e o IMC (p=0,0006). Observa-se aumento da frequência de PA normal e IMC alterado com a maior gravidade da AOS (16%; 46% e 59%), quando PA e IMC alterado observou-se maior frequência de AOS, independente da gravidade (27%, 36% e 30%). **DISCUSSÃO:** Houve associação significativa entre AOS, PA e IMC alterados. Outros estudos mostram uma prevalência de AOS de até 50% em pacientes hipertensos, e identificam a AOS como fator de risco para a Hipertensão Arterial Sistêmica. Sabendo que o excesso de peso constitui um importante fator de risco para a AOS, por alterações metabólicas e mecânicas do acúmulo de gordura. **CONCLUSÃO:** As evidências atuais sugerem que a AOS contribui independentemente para o aumento dos riscos cardiovasculares, assim como o excesso de peso para a ocorrência da AOS. Portanto, são necessários mais estudos populacionais para provar a relação causal da AOS em relação às doenças cardiovasculares a fim de reduzir os subdiagnósticos e a morbimortalidade.

49706

Ativação plaquetária e geração da trombina em pacientes com fibrilação atrial em uso de rivaroxabana ou varfarina

ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO, RITA CAROLINA FIGUEIREDO DUARTE, FRANCISCO REZENDE SILVEIRA, RODRIGO PINHEIRO LANNA, EDUARDO BACK STERNICK, FERNANDA FREIRE CAMPOS NUNES, CLAUDIA NATALIA FERREIRA e MARIA DAS GRAÇAS CARVALHO

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Hospital Lifercenter, Belo Horizonte, MG, - Hospital Sempre, Belo Horizonte, MG

INTRODUÇÃO: Uma das principais estratégias para o tratamento da FA é a prevenção de eventos tromboembólicos mediante o uso dos anticoagulantes orais (ACO). Nesse contexto, o presente estudo teve por objetivo avaliar a ativação plaquetária e o potencial de GT em pacientes com FA em uso de varfarina ou rivaroxabana. **MÉTODOS:** Participaram desse estudo 120 indivíduos, incluindo os pacientes com FA em uso de rivaroxabana (n=39) ou varfarina (n=39), e o grupo controle (n=42). Para avaliação da ativação plaquetária foram determinados, por citometria de fluxo, os níveis da glicoproteína (GP) IIb/IIIa (CD41 PE+). O teste de GT, pela primeira vez utilizado em nosso Estado, foi realizado pelo método de CAT (Calibrated Automated Thrombogram), incluindo a análise dos parâmetros de Lagtime, Endogen Thrombin Potential (ETP) e Peak. Os dados foram analisados pelo teste ANOVA ou Kruskal Wallis e p<0,005 foi considerado significativo. **RESULTADOS:** Quanto à expressão da GP IIb/IIIa, foram observados níveis diminuídos em relação ao controle, apenas para aqueles em uso de varfarina (p=0,011). Para o teste de GT, os usuários de ACO apresentaram valores mais baixos em relação ao grupo controle (p<0,05 para todos os parâmetros de GT) sendo que foi observada uma maior inibição da GT nos pacientes em uso de varfarina (ETP: p=0,000; Peak: p=0,002). **DISCUSSÃO:** No estudo clínico de fase III, ROCKET AF, foram observadas menores taxas de hemorragia fatal e intracraniana nos pacientes em uso de rivaroxabana, portanto, os resultados do presente estudo corroboram com os do ROCKET AF, uma vez que foi observada uma maior GT nos pacientes em uso desse medicamento, comparados aos pacientes em uso de varfarina. Essa maior inibição da GT nos pacientes em uso de varfarina pode ter levado a uma menor ativação das plaquetas pela trombina, expressa pela diminuição dos níveis de GP IIb/IIIa nos pacientes em uso de varfarina. **CONCLUSÃO:** O perfil de ativação plaquetária se mostrou reduzido pelo uso apenas de varfarina. Por outro lado, o uso tanto de varfarina como de rivaroxabana resultou em menor potencial de GT nos pacientes, tendo aqueles em uso de varfarina se mostrado aparentemente mais hipocoagulados. Esse estudo vem reforçar a importância do uso de ACO na FA, considerando o papel desencadeador da ativação plaquetária e da coagulação nos processos trombóticos, contribuindo para o agravamento da FA. Suporte: CNPq, CAPES e FAPEMIG.

49713

Fatores preditores de acidente vascular cerebral isquêmico nas miocardiopatias dilatadas

MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES, STELLA CRISTINA SILVA DE SOUZA, RAUL SILVA SIMES DE CAMARGO, PEDRO FERRARI SALES DA CUNHA, PEDRO DAMIAO JANSEN, ISABELA DE FREITAS DIAS, ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO e MANOEL OTÁVIO DA COSTA ROCHA

Faculdade de Medicina/UFGM, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Hospital das Clínicas/UFGM, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: As miocardiopatias dilatadas (MD) constituem causa comum de acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico, com grande impacto na morbi-mortalidade dos pacientes. Embora o principal mecanismo fisiopatológico seja o cardioembólico, a identificação dos fatores envolvidos na gênese do AVC tem impacto direto no tratamento. **Objetivos:** Identificar os fatores associados à incidência de AVC isquêmico nas miocardiopatias dilatadas idiopática e chagásica. **Métodos:** Foram incluídos 493 pacientes com MD, fração de ejeção do VE (FEVE) de 35 ± 12%, idade de 49 ± 13 anos, 375 de etiologia chagásica (MCh) e 118 idiopática (MDI). O desfecho analisado foi AVC durante o seguimento. Pacientes com fibrilação atrial (FA), evento embólico prévio ou com trombo intracavitário cardíaco foram anticoagulados à entrada no estudo. A análise de sobrevivência foi realizada considerando-se a presença de riscos competitivos. **Resultados:** A inclusão no estudo, AVC prévio foi confirmado em 43 pacientes, mais frequente na MCh em relação à MDI (39 vs 4 pacientes; p=0,002). Trinta e quatro pacientes (7%) estavam com FA e 26% em uso de anticoagulantes. Durante um seguimento médio de 4 anos, variando de 1 mês a 16 anos, 213 morreram (43%) e 53 (11%) apresentaram AVC, sem diferença entre as etiologias da MD, após análise por riscos competitivos. Na análise multivariada pelo modelo de Cox, volume do átrio esquerdo indexado (HR 1,02; IC 95% 1,01 - 1,03; p=0,034), FEVE (HR 1,04; IC 95% 1,01 - 1,07; p=0,004), classe funcional III-IV (HR 2,23; IC 95% 1,09 - 4,56; p=0,029) e trombo apical (HR 2,93; IC 95% 1,55 - 5,32; p=0,001) foram preditores independentes de AVC, após ajuste por FA, anticoagulação e etiologia da MD. **Conclusão:** A presença de trombos associados à disfunção ventricular e a dilatação atrial esquerda foram os principais fatores de risco de AVC em pacientes com MD, independente de FA.

49754

BDNF sérico como preditor de sobrevida em pacientes com cardiomiopatia dilatada chagásica

HENRIQUE SILVEIRA COSTA, MARCIA MARIA OLIVEIRA LIMA, ANTONIO LUCIO TEIXEIRA, ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO, MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES e MANOEL OTÁVIO DA COSTA ROCHA

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, BRASIL.

Introdução: O fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) encontra-se aumentado em pacientes com cardiomiopatia chagásica (CCh) pela disautonomia e pela presença de processo inflamatório crônico. No entanto, o valor prognóstico dos níveis séricos do BDNF nesses pacientes ainda não foi estabelecido. **Objetivo:** Verificar o papel do BDNF sérico na predição de sobrevida de pacientes com CCh. **Métodos:** Quarenta e nove pacientes com CCh (50,1±7,5 anos, NYHA II-III, FEVE 35±7%) foram avaliados pelo ecocardiograma e teste ergométrico e acompanhados durante 41±12 meses. Os níveis séricos de BDNF foram determinados pelo método ELISA. A curva ROC foi realizada para determinar o valor de corte do BDNF na predição de morte de causa cardíaca e o ponto de corte foi utilizado na curva de Kaplan-Meier. O valor prognóstico do BDNF foi determinado pela análise de Cox uni e multivariada. **Resultados:** Após o seguimento, 12 pacientes morreram. A concentração de 2,49 ng/mL foi o valor de corte ideal para prever a morte de causa cardíaca (AUC=0,78). O diagrama de Kaplan-Meier demonstrou diferença significativa entre os grupos com alta e baixa concentração de BDNF sérico (p=0,006). Na regressão de Cox univariada, a idade, sexo, índice de massa corporal, diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo e relação E/e' não estavam associados à morte de causa cardíaca. Na regressão multivariada, os baixos níveis de BDNF sérico (HR 2,6, IC 95% de 2,1 a 3,1, p=0,001), o pico do consumo de oxigênio (HR 1,2, IC 95% de 1,1 a 1,3, p=0,009) e a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (HR 0,9, IC 95% de 0,7 a 0,9, p=0,001) foram preditores independentes de sobrevida nos pacientes com CCh. **Conclusão:** Os níveis séricos de BDNF podem fornecer informações prognósticas úteis em pacientes com CCh.

49756

Protocolo ecocardiográfico altamente abreviado para detecção de cardiopatia reumática com aparelho portátil

ADRIANA C. DIAMANTINO, MARIA D. C. P. NUNES, KACIANE K. B. OLIVEIRA, ISABELLA M. TEIXEIRA, TAINÁ V. LOURENÇO, KARLLA C. A. LAURIANO, ANTONIO L. P. RIBEIRO e BRUNO R. NASCIMENTO

Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Childrens National Health System, Washington-DC, E.U.A.

Introdução: O rastreamento ecocardiográfico representa uma oportunidade para o diagnóstico precoce e a redução das taxas globais de Cardiopatia Reumática (CR). Um protocolo de rastreamento altamente abreviado permite um treinamento rápido de profissionais de saúde não-médicos e rastreamento mais rápido de pacientes. **Objetivo:** Determinar a sensibilidade e especificidade de um protocolo ecocardiográfico abreviado para diagnóstico de CR em crianças, com apenas uma janela ecocardiográfica (eixo paraesternal longo) em um aparelho de ecocardiografia portátil (HAND). **Métodos:** Nove leitores foram divididos em 3 grupos de leitura dos estudos ecocardiográficos; cada um interpretou retrospectivamente 200 estudos HAND de uma seleção de estudos combinados dando diagnósticos de rastreamento positivo (se regurgitação mitral $\geq 1,5$ cm e/ou qualquer grau de insuficiência aórtica) ou negativo. As performances dos especialistas que receberam estudos do protocolo HAND abreviado, dos não especialistas que receberam estudos do protocolo HAND completo foram determinadas pela comparação entre diagnósticos obtidos nas interpretações de estudos HAND e diagnósticos obtidos nos estudos ecocardiográficos em aparelhos convencionais. Foram utilizados critérios da World Heart Federation 2012. **Resultados:** 587 estudos (76 com CR definitiva, 122 CR borderline e 389 sem alterações) foram analisados. O protocolo abreviado com apenas uma janela ecocardiográfica teve uma sensibilidade de 81,1%, especificidade de 75,5%; valor preditivo negativo de 88,5% e valor preditivo positivo de 63,2%; leitores especialistas tiveram especificidade maior (86,1% x 64,8%, $p < 0,01$), mas igual sensibilidade. Sensibilidade (especialista 96%; não-especialista 95%) e valor preditivo negativo (especialista 99%; não-especialista 98%) foram melhores para os casos de CR definitiva. Falsos positivos resultantes da errônea identificação de regurgitação mitral e insuficiência aórtica com o Color Doppler foram mais frequentes com o protocolo abreviado e dentre os não-especialistas (52% não-especialistas com HAND abreviado, 30% especialistas com HAND abreviado e 2,6% especialistas com HAND completo; $p < 0,01$). **Conclusão:** Nossos dados permitem um protocolo abreviado limitado ao eixo paraesternal longo. Esses dados mostram ser promissora a implementação de rastreio ecocardiográfico para CR em regiões que a doença permanece endêmica, como no Brasil.

49770

Fechamento percutâneo do forame oval permeável (FOP) para prevenção de embolia paradoxal: experiência de 17 anos.

EDMUNDO CLARINDO OLIVEIRA, MARCO ANTÔNIO MOURA, JOSE AUGUSTO ALMEIDA BARBOSA e TAMARA KATINA

HOSPITAL VILA DA SERRA, BH, MG, BRASIL - HOSPITAL FELICIO ROCHO, BH, MG, BRASIL - HOSPITAL VERA CRUZ, BH, MG, BRASIL.

Introdução: FOP é um remanescente embriológico presente em 25% das pessoas normais e encontrado 50 a 60% dos pacientes com AVEI e outras formas de isquemia sistêmica sem causa definida. Diante disso, o fechamento FOP nessas condições tem sido sugerido. Entretanto a interpretação dos trabalhos publicados justificando esse tratamento tem trazido dúvidas principalmente em relação a profilaxia secundária de AVCi.

Objetivo: Mostrar a experiência do serviço em 17 anos com a oclusão percutânea de FOP. **Método:** Entre Janeiro 2000 e Maio de 2017, 377 pacientes com idades entre 15 e 74 anos ($m = 54$) foram submetidos a fechamento percutâneo do FOP: 371 pacientes para profilaxia do AVCi (98%); profilaxia da enxaqueca em 3 (0,85%), profilaxia para embolia coronariana em 1 paciente e embolia periférica e 3 pacientes. Todos pacientes realizaram ECO TE e DOPPLER TRANSCRANIANO confirmando FOP com grande SHUNT D/E espontâneo ou após manobra de Valsava.

Análise estatística: As variáveis quantitativas foram descritas através de médias $\pm$ DP e as qualitativas através das frequências absoluta e porcentagem. Foram ilustrados os dados através dos gráficos: histograma, de pontos e de setores. O software utilizado foi o SPSS versão 20.0.

Resultado: O implante das próteses foi realizado com sucesso em 100% dos casos, com alta hospitalar em 24 horas, com tempo de fluoroscopia de $6,8 \pm 3,0$ mi (2,8 a 19). Diagnóstico de hematoma local em 3 pacientes (0,8%), fistula AV femoral em dois pacientes (0,5%) com resolução espontânea, tamponamento cardíaco em um paciente e 1 (0,2%), sem registro de óbito. Observou-se arritmia SV transitória em 22 pacientes (5,8%), cefaléia em 29 pacientes (7,6%). Shunt residual pequeno em 10 pacientes (2,6%) com novos episódios de AVE isquêmicos em 4 (1%).

Conclusões: FOP e sua relação com embolia paradoxal é indiscutível e a sua maior incidência entre os paciente com AVCi de causa indefinida sugere a forte associação entre ambos. O fechamento percutâneo é seguro, de baixa morbidade, com baixo índice de complicações e recidiva, devendo ser considerado nesses pacientes.

49805

Comparação entre estratégias de rastreamento ecocardiográfico da cardiopatia reumática no Brasil: dados do estudo PROVAR

BRUNO R. NASCIMENTO, MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES, ADRIANA C. DIAMANTINO, GABRIEL A. L. D. CARMO, KACIANE K. B. OLIVEIRA, CASSIO M. OLIVEIRA, ISABELLA M. TEIXEIRA e ANTONIO L. P. RIBEIRO

Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Childrens National Health System, Washington-DC, MG, BRASIL.

Introdução: A sensibilidade do exame clínico é limitada para o diagnóstico precoce da Cardiopatia Reumática (CR), e o rastreamento ecocardiográfico surgiu como uma ferramenta epidemiológica importante para estimar o impacto da doença nas comunidades. Os critérios diagnósticos foram padronizados pela World Heart Federation (WHF) em 2012. Ainda busca-se avaliar as melhores estratégias para o rastreamento ecocardiográfico de CR no Brasil. **Objetivo:** Avaliar a prevalência da CR em crianças e adolescentes (5-18 anos) e comparar o rastreamento em escolas públicas (EPu), escolas privadas (EPp) e em centros de saúde da atenção primária (CS). **Métodos:** O estudo PROVAR utiliza profissionais não-especialistas, telemedicina e aparelhos ecocardiográficos ultrapotenciais e portáteis para o rastreamento ecocardiográfico de CR em Minas Gerais. Cardiologistas nos EUA e no Brasil interpretam os exames de acordo com os critérios de 2012 da WHF. Nesse estudo são apresentados dados de 26 meses de rastreamento, analisados fatores de risco para a CR e comparados os diferentes cenários de rastreamento. **Resultados:** Foram rastreados 12.056 estudantes em 52 EPu ($n = 10.909$), 2 EPp ($n = 589$) e 3 CS ($n = 558$). A idade média foi de $12,9 \pm 2,9$ (5 a 19) anos, 55,3% do sexo feminino. A prevalência geral de CR foi de 4,5%; 4,0% borderline ($n = 486$) e 0,5% CR definitiva ($n = 63$), com taxas estatisticamente similares entre EPu (4,6%), EPp (3,6%) e CS (4,8%), $p = 0,48$. O percentual de termos de consentimento assinados foi maior nos CS (84,4%) e nas EPp (67,3%) em comparação com as EPu (38,7%); $p < 0,001$. O padrão da doença valvar foi de regurgitação mitral patológica em 79,5% dos casos e de regurgitação aórtica patológica em 13,3%; 31 crianças apresentaram doença valvar mista. Crianças mais velhas (≥ 12 anos) apresentaram maior prevalência (5,3% x 3,2%, $p < 0,001$), assim como aquelas do sexo feminino (4,9% x 4,0%, $p = 0,02$). Idade (OR = 1,13, 95% CI: 1,09-1,17, $p < 0,001$) e rastreamento em EPu (OR = 1,78, 95% CI: 1,12-2,84, $p = 0,015$) estiveram independentemente associados aos achados ecocardiográficos de CR. **Conclusões:** A prevalência ecocardiográfica de CR entre crianças brasileiras é significativamente elevada, sobretudo em EPu e CS, mas com taxas superiores às esperadas em EPp de regiões de alta renda. O rastreamento na atenção primária parece ser mais eficiente em relação à adesão. Tais dados são importantes para a formulação de políticas públicas para o enfrentamento da CR.

49899

Fatores ecocardiográficos associados aos níveis séricos do BNP em pacientes com doença falciforme

MARIA B. S. RESENDE, CHRISTIANO G. ARAUJO, JULIA T. TUPINAMBÁS, REBECA C. T. M. DIAS, FLÁVIO C. BARROS, TERESA C. A. FERRARI, ANTONIO L. P. RIBEIRO e MARIA D. C. P. NUNES

Faculdade de Medicina UFMG-Pós-graduação Ciências da Saúde, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A doença falciforme (DF) é uma das alterações genéticas mais comuns no Brasil e no mundo. As manifestações clínicas da DF estão relacionadas às alterações físicas do fluxo sanguíneo na microcirculação. É caracterizada por anemia hemolítica crônica e fenômenos vaso-oclusivos que levam a crises dolorosas agudas e à lesão tecidual e orgânica crônica e progressiva. As alterações cardiovasculares relacionadas à DF são várias, incluindo aumento das câmaras cardíacas, hipertrofia ventricular, disfunção diastólica e hipertensão pulmonar. O peptídeo natriurético tipo-B (BNP) é um hormônio liberado em resposta ao estiramento dos cardiomiócitos e ao aumento da tensão parietal no final da diástole, induzidos por uma sobrecarga volumétrica ou de pressão nas câmaras cardíacas. A importância prognóstica do BNP já foi demonstrada em várias desordens cardiovasculares. O BNP permite detectar precocemente pressões intracardíacas aumentadas contribuindo para melhor definição da condição cardíaca associada à DF.

Objetivos: Identificar os fatores ecocardiográficos associados aos níveis séricos do BNP nos pacientes com DF.

Métodos: Foram incluídos 106 pacientes recrutados em serviço de referência, com hemoglobinopatia SS (62), SC (39) e S-beta-talassemia (5). Todos os pacientes foram submetidos ao exame clínico, seguido da dosagem do BNP e ecocardiograma.

Resultados: A idade foi de 36 ± 12 anos, 54 mulheres (51%), 26 em classe funcional III/III na NYHA (25%). Sessenta e três pacientes (59%) estavam em uso de hidroxiureia. O valor médio do BNP foi de $63,8$ pg/ml, variando de 5 a 1310 pg/ml, com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de $62 \pm 6\%$, variando de 34 a 75%. Vários fatores associaram-se aos níveis de BNP, incluindo diâmetros do VE, parâmetros de função diastólica e de função do ventrículo direito. Na análise multivariada, os fatores associados independentemente ao BNP foram volume do átrio esquerdo indexado ($p < 0,001$), velocidade máxima da regurgitação tricúspide ($p = 0,047$), fração de mudança de área do ventrículo direito ($p = 0,042$) e área do átrio direito ($p = 0,036$).

Conclusões: Os parâmetros ecocardiográficos que expressam pressões de enchimento elevadas e hipertensão pulmonar foram os fatores determinantes dos níveis séricos do BNP na DF.

49910

Predição de eventos adversos na estenose mitral reumática: o papel do ecocardiograma de esforço

HENRIQUE SILVEIRA COSTA, SANNY CRISTINA DE CASTRO FARIA, ANDRE GORLE DE MIRANDA CHAVES, IARA LISA MARTINS SILVA, LUCAS CAMPOS BARBOSA E SILVA, SUEMARA FERNANDES DA SILVA MARTINS, WILLIAM ANTONIO M. ESTEVES e MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A apresentação clínica da estenose mitral (EM) pode ser variável, com divergências entre sintomas e critérios de gravidade da obstrução valvar. O ecocardiograma de esforço permite avaliar a repercussão da EM com potencial valor na predição de eventos adversos. **Objetivos:** Identificar os preditores de eventos adversos em pacientes com EM ao ecocardiograma de esforço. **Métodos:** Foram selecionados pacientes estáveis com EM pura ou associada a outras lesões valvares leves e sem limitações para realizar exercício físico. O ecocardiograma de esforço foi realizado com o paciente na posição supina e conduzido de acordo com o protocolo de rampa. A carga inicial foi de 5W, com velocidade média de 50 rpm e duração máxima de 12 minutos. Os desfechos adversos considerados foram as intervenções valvares (valvoplastia percutânea ou troca valvar). **Resultados:** Foram avaliados 112 pacientes com idade de $45,6 \pm 11$ anos, sendo 103 mulheres (92%) e 26 pacientes (23%) em fibrilação atrial. No pico do esforço, houve elevação significativa da pressão sistólica na artéria pulmonar (PSAP), de $38,3 \pm 13,8$ mmHg (valor basal) para $66,2 \pm 21,2$ mmHg (pico do esforço) ($p < 0,001$), especialmente nos pacientes com complacência atrioventricular (CAV) ≤ 4 mL/mmHg ($63,4 \pm 19,1$ vs $76,2 \pm 20,8$ mmHg; $p = 0,023$). Durante seguimento médio de 18 meses, 20 pacientes foram submetidos à intervenção valvar (11 plastias e 9 trocas). Na análise multivariada ajustada pela área valvar, frequência cardíaca máxima atingida no esforço e função ventricular direita, os preditores independentes de eventos adversos foram a complacência atrioventricular basal (HR 0,67; 95% IC 0,48-0,94; $P = 0,020$) e o delta da PSAP (HR 1,05; 95% IC 1,02-1,09; $P = 0,005$). **Conclusão:** A baixa complacência atrial associada à elevação da pressão arterial pulmonar ao esforço expressam a consequência hemodinâmica da EM e predizem pior prognóstico nessa população.

TEMAS LIVRES - 06 e 07/07/2017

APRESENTAÇÃO PÔSTER



48946

Perfil dos pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de clínica médica no Rio de Janeiro

PATRICIA LOPES TEIXEIRA, e FRANCYS VICENTE CORREA RIMOLO

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO, CAXIAS, RJ, BRASIL - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITEROI, RJ, BRASIL.

A hipertensão arterial sistêmica é caracterizada por níveis elevados de pressão arterial. Associa-se a alterações funcionais dos órgãos-alvo e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares.

Objetivo: Quantificar e caracterizar os pacientes hipertensos de um ambulatório de clínica médica e descrever sua associação com outras doenças, assim como o encaminhamento para o ambulatório de cardiologia.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo transversal em um ambulatório de clínica médica em Nova Iguaçu. Elaborado a partir do levantamento dos prontuários dos pacientes, respondendo em uma tabela as seguintes questões: sexo; idade; comorbidades e fatores de risco; número de comorbidades associadas; encaminhamento para cardiologia. Foram excluídos do presente estudo os pacientes sem comorbidades e os que estavam em investigação. O estudo não inclui crianças. Os dados são de 2014 até 2016.

Resultados: O total de pacientes foi de 459. Destes, 57,5 % (264) eram mulheres e 42,5%(195) homens. A idade média foi de 51,77 anos. A idade média das mulheres foi de 52,66 anos e a dos homens foi de 50,88 anos. O mais novo tinha 15 anos e o mais velho 92 anos. A patologia que apresentou maior número após a hipertensão foi o diabetes. Dos 459 pacientes 208 eram diabéticos (111 mulheres e 97 homens). As principais doenças encontradas foram: hipertensão (316), diabetes (208), dislipidemia (79), doenças neurológicas e psiquiátricas (29), doença renal (18), doença ortopédica e reumatológica (18) doença hematológica (12), hiperuricemia (9), outras doenças cardíacas (9), obesidade (74), tabagismo (18). A hipertensão foi a patologia mais encontrada, 68% do total de pacientes eram hipertensos correspondendo a 316 pacientes. Dos 316 hipertensos 196 eram mulheres, que correspondeu a 62% do total de pacientes hipertensos. Na análise feita, 156 pacientes eram hipertensos e diabéticos; 17 eram hipertensos, diabéticos e dislipidêmicos; e 3 eram hipertensos, diabéticos, dislipidêmicos e obesos. Do total, somente 10 pacientes (2,2%) foram encaminhados para o ambulatório de cardiologia, devido insuficiência cardíaca e fibrilação atrial.

Conclusão: A prevalência da hipertensão foi elevada no ambulatório de clínica médica, portanto o clínico deve ter bom manejo dessa patologia.

48957

Comparação da evolução de pacientes com fibrilação atrial com e sem marca-passo cardíaco

ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA, SARA MAGRO BORIGATO, ÍTALA FERREIRA DE JESUS e GIOVANNA OLIVEIRA CARVALHO

Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Entre 20 a 50% dos pacientes (pts) com marca-passo (MP) cursam com fibrilação atrial (FA), a qual aumenta a mortalidade. Associada a isso, a estimulação ventricular direita artificial resulta em dissincronia ventricular. Objetivos: avaliar o perfil clínico, os eventos cardiovasculares (hemorragia, internação por insuficiência cardíaca, acidente vascular embólico, morte cardíaca e geral) e a sobrevida de pts com FA, comparando aqueles com e sem MP.

Métodos: foram incluídos, de modo consecutivo e prospectivo, 318 pts, média de idade 57,7 anos, 176 mulheres, sendo 31 pts com MP. Os pts foram submetidos a avaliação clínica, exames complementares, cálculos dos escores de embolia e sangramento, e seguimento clínico.

Resultados: não houve diferença estatística, pelos testes de qui-quadrado e Mann-Whitney, entre os grupos em relação às variáveis sexo; apresentação de FA (paroxística, persistente, permanente); escores CHADS2, CHA2DS2VASc, R2CHADS2, HAS-BLED e ATRIA; classificação EHRA; diâmetro do átrio esquerdo, uso de anticoagulante e faixa terapêutica de coagulação. Entre pts com e sem MP, a idade foi de 64,0 versus 51,1 anos ($p=0,012$), a fração de ejeção do ventrículo esquerdo foi de 0,39 vs 0,53 ($p<0,0001$) e o clearance de creatinina de 49,4 vs 73,8 ml/min ($p=0,001$), respectivamente. Durante o seguimento clínico de 12,8 meses (12,9 vs 12,8, respectivamente), pela curva de Kaplan-Meier, o valor-p foi de 0,05 para morte cardíaca; 0,59 para hemorragia e de 0,001 para eventos cardiovasculares, os quais ocorreram em 61% dos pts com MP e em 29% dos pts sem MP, com intervalo de confiança de 95% entre 15,1 e 36,4.

Conclusões: pts com FA e MP apresentaram evolução desfavorável em relação aqueles sem MP, apesar de perfil clínico e escores semelhantes. Entretanto, a idade foi mais avançada, e houve mais disfunção sistólica e insuficiência renal entre pts com MP.

48974

Comparação das arritmias em obesos e não-obesos durante teste ergométrico

JOSÉ RICARDO COSTA DE OLIVEIRA,

Ncor, Itajubá, MG, BRASIL - Magsul, Itajubá, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: As arritmias podem ocorrer em corações estruturalmente normais e em cardiopatias, podendo aumentar o risco de patologias mais graves e até mesmo morte. O Teste Ergométrico pode ser usado na avaliação de arritmias tanto em pacientes obesos quanto não obesos. O estudo objetiva comparar os tipos mais frequentes de arritmias apresentados por indivíduos obesos e não obesos durante o Teste Ergométrico. MÉTODOS: Analisou-se 510 laudos de pacientes submetidos Teste Ergométrico em duas clínicas particulares de Itajubá-MG, que apresentaram algum tipo de arritmia durante o exame: ectopias supra ventriculares (EsV) ou ventriculares (EV) nas mais variadas formas. A partir da análise do Índice de Massa Corporal (IMC), foram divididos em dois grupos: obesos ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) e não obesos ($IMC \leq 29,99 \text{ kg/m}^2$) e os grupos então foram comparados entre si. RESULTADOS: Dos indivíduos analisados, 45,5% eram obesos e 54,5% não-obesos. Nos obesos os tipos mais frequentes de arritmia foram: EV monomórficas isoladas (10,3% dos casos), EsV em salvas (5,2%), EsV isoladas (5,2%) e EV polimórficas isoladas (4,7%). Entre os não obesos as arritmias mais presentes foram: EsV isoladas (6,5%), EV monomórficas isoladas (6,5%), EsV em salvas (4,7%) e EV polimórficas isoladas (2,5%). DISCUSSÃO: Observou-se uma maior predominância absoluta de ectopias em obesos, especialmente as EV em relação aos não obesos. Por outro lado, entre os não-obesos, os quais apresentaram menos arritmia do que os obesos, em números absolutos, as formas mais encontradas foram as EsV tanto isoladas quando em salvas e estas foram mais prevalente em não-obesos do que em obesos. Isso que pode ter ocorrido uma vez que a obesidade aumenta a chance da presença de fatores de risco para cardiopatias ao passo que as EV têm relação teórica maior com doenças cardíacas, mas isso não pôde ser comprovado por nosso trabalho já que não foi avaliada a presença de fatores de risco nos grupos estudados. Entretanto, não houve diferença significativa entre a frequência e a forma de arritmias apresentadas por obesos e não-obesos no nosso trabalho. CONCLUSÃO: A obesidade é fator de risco considerável para desenvolvimento de patologias cardíacas porque pode ser si só desenvolvê-las e porque aumenta a chance de fatores de risco ligados às cardiopatias. Contudo nosso trabalho não conseguiu demonstrar prevalência maior de arritmias ligadas à obesidade durante o teste ergométrico.

48986

Fatores de risco cardiovasculares associados ao hipotireoidismo

JOSÉ RICARDO COSTA DE OLIVEIRA,

Ncor, Itajubá, MG, BRASIL - Magsul, Itajubá, MG, BRASIL - Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: O hipotireoidismo pode vir acompanhado de Síndrome Metabólica (SM), a qual predispõe as doenças cardiovasculares. A SM propõe que ao menos três de quatro fatores de risco estejam presentes: obesidade (OBD), dislipidemia (DLP), hipertensão (HAS) e diabetes (DM). Nosso estudo objetiva caracterizar a amostra de pacientes hipotireóides portadores de síndrome metabólica. MÉTODOS: Analisou-se 116 laudos de hipotireóides submetidos à consulta pré-exame cardiológico em duas clínicas particulares da cidade de Itajubá-MG e foram coletados dados em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), e presença dos fatores de risco citados. Foram considerados portadores da SM os indivíduos que apresentavam pelo menos três desses fatores de risco. RESULTADOS: A maioria dos indivíduos eram mulheres (83,6%), tinha mais de 60 anos (74,8%) e possuía IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$ (70,4%). Os fatores de risco mais frequentes foram HAS (98,3%) e DLP (93,1%). DISCUSSÃO: A maior parte de indivíduos femininos entre os hipotireóides ratifica dados prévios, e a idade mais avançada obtida no nosso estudo pode ter ocorrido porque os pacientes que foram incluídos no estudo foram aqueles que procuraram espontaneamente avaliação cardiológica nas clínicas citadas, sendo que a idade e as comorbidades inerentes certamente o fazem procurar atendimento mais comumente. Em relação aos fatores de risco mais comumente encontrados, por outro lado, nossos dados reflicam a presença de obesidade como fator adjunto do hipotireoidismo, mas diferenciam daqueles da literatura, no que se refere à presença de HAS e DLP como os mais prevalentes no nosso estudo. Em estudos prévios indicam, ao contrário, que o DM é o fator de risco mais comum entre os hipotireóides e na nossa amostra isso não ocorreu provavelmente porque os pacientes incluídos aqui eram pacientes que estavam em investigação de patologias cardiovasculares, cujos fatores de risco mais comuns são HAS e DLP. CONCLUSÃO: Entre os pacientes hipotireóides, como se pôde atestar que, fatores de risco como HAS, DLP, Obesidade e DM, nessa ordem, prevalecem como adjuntos, aumentando o risco cardiovascular associado ao hipotireoidismo.

48995

O consumo da farinha de mandioca como fator relacionado ao insucesso do controle glicêmico dos pacientes diabéticos usuários do Centro Estadual de Atenção Especializada Jequitinhonha

CRISTIANE ASSIS MOTTA, TERESA R P CUNHA, MARCO POLO ASSIS DA MOTTA, VIVIANE P SOUSA, MILLENE F CUNHA, MARIANA LEMOS PEREIRA ALVES, FLAVIELLI C S CARMONA e VIVIANI C FURINI

Centro Estadual de Atenção Especializada Jequitinhonha, Jequitinhonha, BRASIL.

Justificativa: O diabetes é considerado a epidemia do século XXI segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) que estima na atualidade 346 milhões de diabéticos no mundo, sendo 11 milhões no Brasil. No âmbito da atenção à saúde dos portadores de diabetes, um dos principais desafios é o controle da glicemia, reduzindo assim a morbimortalidade causada pela doença. Os baixos níveis socioeconômicos e hábitos regionais relacionados à alimentação, como por exemplo, o consumo de farinha de mandioca adicionada às principais refeições diárias são fatores contribuintes aos percentuais de insucesso do controle glicêmico dos pacientes. **Objetivos:** Detectar entre os pacientes usuários os que se encontravam com controle inadequado da glicemia abordando o uso da farinha de mandioca na dieta destes, orientar sobre a dieta restritiva em carboidratos simples, incentivar o uso de farináceos, promover a educação em saúde. **Metodologia:** Estudo transversal realizado entre 12/07/2016 a 30/12/2016 no ambulatório de Cardiologia. Os diabéticos eram entrevistados sobre uso e frequência da farinha de mandioca na dieta, considerando ocasional (1 a 2 vezes por semana) frequente (três ou mais vezes). Foram entrevistados 496 pacientes adultos, com idade igual ou superior a 34 anos, sendo que 263 destes se encontravam com controle inadequado da glicemia (o critério utilizado foi da SBEM hemoglobina glicada <7,0-controle adequado). **Resultados:** Dos 263 pacientes com controle inadequado, 81 eram homens (30,8% do total) e 182 mulheres (69,2% do total). Apenas 22,8% não utilizavam farinha de mandioca, dentre estes 3% utilizavam farinha de aveia. Entre os homens, utilizavam ocasionalmente a farinha de mandioca 27,1% e frequentemente 48,1%, entre as mulheres 27,5% consumiam ocasionalmente farinha de mandioca e frequentemente 50,5%. **Conclusão:** Em nosso estudo, identificamos dificuldade por parte dos diabéticos em aderirem a uma dieta restritiva em farinha de mandioca (regionalmente nomeada esta condição como "comer bebido"), sendo que o sexo feminino consome mais farinha de mandioca e com maior frequência. A equipe vem trabalhando através da conscientização acerca do tema, propiciando mudanças individuais e coletivas, abordados em consulta e em grupo: apresentação de paródias musicais e peças teatrais.

48999

Estudo do valor prognóstico do escore de grace após dois anos de seguimento em pacientes admitidos com quadro de síndrome coronariana aguda

BRUNO ALENCAR FONSECA, MÁRCIO VINÍCIUS LINS DE BARROS, IRENA APARECIDA GONÇALVES DA SILVA, CAROLLYNE FERREIRA ALVES PEREIRA, TALLES CASTRO MOREIRA, MÁRCIA LEYDIANE CORDEIRO, FERNANDA FÁTIMA LUZ e CARLOS EDUARDO ORNELAS

Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: O escore de risco do Registro Global de Evento Coronariano Agudo (GRACE) tem sido considerado uma ferramenta importante, de validade clínica comprovada por diversos estudos, visto que suas variáveis possuem comprovadamente valor prognóstico para pacientes que apresentaram síndrome coronariana aguda (SCA). **METODOLOGIA:** Foi realizada uma coorte retrospectiva com pacientes admitidos por SCA no serviço de Unidade Coronariana e submetidos à avaliação de risco pelo escore de GRACE em um hospital de Belo Horizonte. A avaliação de sobrevivência foi realizada pelo método de Kaplan Meier, sendo correlacionado o período de seguimento com a evolução para o desfecho das três categorias do GRACE. O objetivo era avaliar a predição do escore após 31 meses de seguimento, analisando se os desfechos de morte por todas as causas, nova SCA e/ou acidente vascular encefálico (AVE). Os dados dos pacientes foram obtidos por meio de prontuário eletrônico. O seguimento foi estabelecido por meio de entrevista telefônica. **RESULTADOS:** Foram incluídos 348 pacientes, com datação da internação por SCA a partir de fevereiro de 2012 até março de 2015, consecutivamente, sendo 63,2% do sexo masculino, com idade média de 65,9 ± 13,8 anos. O seguimento médio foi de 31 meses, com 303 pacientes (86,8%). Durante este período, 80 eventos adversos ocorreram. Óbito ocorreu em 21 pacientes, AVE em 15 pacientes e nova SCA em 44 pacientes. **DISCUSSÃO:** A maior ocorrência de eventos adversos se deu no grupo C do GRACE (odds ratio, 3,67; 95% CI: 1,91 a 7,08; p<0,001), sendo que as medidas de pressão arterial sistólica (p=0,045), níveis de creatinina (odds ratio, 2,26; 95% CI: 1,38 a 3,68; p=0,01), classificação de KILLIP (odds ratio, 2,59; 95% CI: 1,56 a 4,31; p<0,001) e idade (odds ratio, 1,05; 95% CI: 1,03 a 1,08; p<0,001) demonstraram diferença significativa entre os grupos avaliados. As curvas de sobrevida também mostraram que maiores valores no GRACE estavam associados com maior mortalidade independente da causa. **CONCLUSÃO:** O GRACE determinou com precisão os desfechos em um período de 31 meses e demonstrou proporcionalidade se comparadas às taxas de admissão.

49077

Perfil clínico do paciente com história de Acidente Vascular Cerebral e portador de Hipertensão Arterial Resistente

MARIA TEREZA DE MAGALHÃES ANDRADE, CRISTIANO RICARDO BASTOS DE MACEDO, ROQUE ARAS JUNIOR, JONATAS PEREIRA DOS SANTOS, LOUISE MEDEIROS PORTO, PRISCILA NERI LACERDA, JULIANA QUEIROZ VASCONCELOS MUNIZ e THIAGO MATOS E SILVA

Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, BRASIL.

Introdução: Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica, multifatorial e de alta prevalência, caracterizada por níveis persistentemente elevados de pressão arterial (PA). Hipertensão Arterial Resistente (HAR) é a incapacidade de atingir níveis de 140x90mmHg de PA apesar do uso de 3 anti-hipertensivos de classes diferentes em doses máximas toleradas, sendo um deles diurético; ou PA controlada com uso de 4 ou mais anti-hipertensivos de classes diferentes em doses máximas toleradas. O AVC (Acidente Vascular Cerebral) é uma das principais lesões de órgão-alvo em pacientes com HAS. **Metodologia:** Estudo de caráter observacional, descritivo, série de casos que avaliou a prevalência de AVC em pacientes com HAR e seu perfil. Amostra composta por pacientes de um ambulatório de Hipertensão Arterial. Dados coletados e analisados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0. **Análise estatística:** efetuada por médias, percentuais das taxas de incidência e teste de significância estatística. **Resultados:** Participaram da pesquisa 176 pacientes, sendo 75,6% mulheres, média de idade 63,5 anos e 55% negros. As médias de tempo de HAS e tempo de acompanhamento foram, respectivamente, 21,5 e 15,5 anos. A PA sistólica média e diastólica média foram 155 e 95 mmHg, respectivamente, o uso médio de 4,47 drogas anti-hipertensivas por paciente. Sobre episódios prévios de AVC, apenas 36 pacientes (20,5%) afirmaram o acometimento, sendo alocados no grupo 1, ao passo que 140 pacientes (79,5%) negaram, e foram alocados no grupo 2. A média de idade do grupo 1 foi de 63,8 anos, e do grupo 2 foi de 63,4 anos (t=-0,17; p=0,86). Em relação ao tempo de HAS teve-se uma média de 23,9 e 20,3 anos, para o grupo 1 e 2, respectivamente (t=-1,73; p=0,08). Para tempo de acompanhamento teve-se 16,2 e 15,6 como média de anos para o grupo 1 e 2, respectivamente (t=-0,29; p=0,77). Analisando-se a média de PA sistólica para os grupos 1 e 2, teve-se 149 e 156mmHg, respectivamente (t=0,44; p=0,66); e de PA diastólica, 90 mmHg e 96 mmHg (t=0,42; p=0,67) para os grupos 1 e 2, respectivamente. Para número de hipertensivos em uso, teve-se em média 4,91 e 4,33 para pacientes do grupo 1 e 2, respectivamente (t=-2,56; p=0,01). **Conclusão:** Associação positiva entre o número de anti-hipertensivos e passado de AVC nos pacientes com HAR; Pacientes com HAR e passado de AVC possuem alta média de PA sistólica e diastólica, porém sem significância estatística.

49078

Prevalência de fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares em grupo com Hipertensão Arterial Resistente

MARIA TEREZA DE MAGALHÃES ANDRADE, CRISTIANO RICARDO BASTOS DE MACEDO, ROQUE ARAS JUNIOR, LOUISE MEDEIROS PORTO, PRISCILA NERI LACERDA, JONATAS PEREIRA DOS SANTOS, THIAGO MATOS E SILVA e JULIANA QUEIROZ VASCONCELOS MUNIZ

Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, BRASIL.

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica, multifatorial e de alta prevalência, caracterizada por níveis persistentemente elevados de pressão arterial (PA). A Hipertensão Arterial Resistente (HAR) é a incapacidade de atingir metas de normalidade da PA (140x90mmHg) apesar do uso de 3 anti-hipertensivos de classes diferentes em doses máximas toleradas, sendo um deles diurético; ou uma PA controlada ao uso de 4 ou mais anti-hipertensivos de classes diferentes em doses máximas toleradas. Os fatores de risco modificáveis como alcoolismo, tabagismo atual e prévio, e obesidade pelo IMC (Índice de Massa Corporal) >29,9 kg/m²; aumentam os riscos de doenças cardiovasculares já agravados pela HAR. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caráter observacional, descritivo, do tipo série de casos que avaliou a prevalência de AVC em pacientes com HAR e seu perfil. Foram elegíveis uma amostra composta por pacientes que frequentam um ambulatório de Hipertensão Arterial de uma unidade de referência. Os dados coletados foram analisados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0. **Análise estatística:** efetuada por frequências absolutas e relativas dos eventos. **Resultados:** Foram analisados, no total, 209 pacientes portadores de HAR, sendo 152 (72,72%) mulheres e 57 homens (27,27%), com média de idade de 64 anos, que possuem HAS e fazem acompanhamento médico para tal por, em média, 21 e 16 anos, respectivamente; em uso médio de 4,5 anti-hipertensivos por pessoa. Pelo IMC, obteve-se que 71 (49%) dos pacientes eram obesos (IMC>29,9 kg/m²), apenas 30 (15%) afirmaram serem etilistas, 62 (36%) alegaram tabagismo no passado, porém apenas 3 (1,4%) afirmaram ainda fumar. Pela análise de prevalência dos fatores de risco por sexo, nas mulheres encontrou-se que 53% eram obesas, 10% tinham hábito de alcoolismo, 66% ex-tabagistas e 1,5% ainda fumam. E para os homens, uma prevalência de 45% obesos, 27% etilistas, 56% ex-tabagistas e 2,5% tabagistas atuais. **Conclusão:** Há maior proporção de mulheres do que de homens entre os portadores de HAR, porém uma prevalência semelhante dos fatores de risco modificáveis em ambos os sexos, quando comparados. Nota-se prevalências ainda altas de fatores de riscos modificáveis, ressaltando a necessidade do aumento e manutenção de orientações médicas sobre mudança de hábitos de vida para esses pacientes.

49090

A importância da curva de aprendizado no valor preditivo positivo da perfusão miocárdica por ressonância magnética

GLAUCO FRANCO SANTANA, THALLES OLIVEIRA GOMES, ANA CAROLINA RUELA VIEIRA e ONIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, PATOS DE MINAS, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A Ressonância Magnética do Coração de Perfusão Miocárdica (RMC-P) tem alta sensibilidade e moderada especificidade para detecção de doença arterial coronariana e valor preditivo positivo (VPP) girando em torno de 77% a 83%, conforme a população estudada. **OBJETIVO:** Avaliar a mudança no VPP da RMC-P através dos anos em um centro único. **MÉTODOS:** Realizado RMC-P com dipiridamol em 415 pacientes no período de maio de 2013 até abril de 2017. Considerados positivos aqueles com presença de déficit perfusional no stress em pelo menos 1 segmento miocárdico, com ou sem realce tardio (RT) associado. Feito busca ativa no Serviço de Hemodinâmica da instituição bem como através de contato com os médicos assistentes solicitando o resultado do cateterismo cardíaco (CAT) quando realizados. Considerados verdadeiros positivos quando o déficit de perfusão correspondia a território coronariano com estenose $\geq 70\%$ ou estenose de tronco da coronária esquerda $\geq 50\%$. **RESULTADOS:** Do total, 87 exames (21%) foram considerados positivos e levantou-se o CAT de 67 deles. Foram considerados verdadeiros positivos (VP) 51 dos exames, permitindo calcular o VPP em 76%. Quando separados por ano de experiência do serviço, o VPP foi de 70%, 67%, 82% e 85% no primeiro, segundo, terceiro e quarto ano, respectivamente, ou 69% e 83% quando separados os grupos dos primeiros 2 anos e a partir do terceiro ano, respectivamente. **DISCUSSÃO:** A curva de aprendizado é fundamental para a melhoria dos resultados do ato médico em todas as áreas, porém dificilmente encontramos dados estatísticos que apontem essa afirmativa. O reconhecimento de que inicialmente os resultados da RMC-P possam ser aquém daqueles da literatura é importante tanto para o cardiologista responsável pelo método em sua fase inicial, para que busque sistematicamente conhecer os fatores que diminuem a acurácia diagnóstica, quanto para os médicos solicitantes, visando não tirar conclusões precipitadas negativas em relação ao método. **CONCLUSÃO:** A RMC-P é método amplamente estudado no contexto da investigação diagnóstica de doença arterial coronária apresentando um bom VPP. Deve-se levar em conta a necessidade de uma curva de aprendizado para que um serviço alcance o VPP semelhante ao da literatura.

49129

Correspondência entre a área de lesão isquêmica miocárdica diagnosticada no exame cintilográfico e a artéria coronariana responsável pela alteração no cateterismo

CAROLINE CRUZ TERRA, e LARISSA CRUZ TERRA

HOSPITAL BIOCOR, NOVA LIMA, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo avaliar o grau de correspondência entre a área de lesão isquêmica diagnosticada no exame de Cintilografia Miocárdica no estresse/repouso e a artéria coronariana responsável pela lesão diagnosticada no cateterismo.

METODOLOGIA

O estudo utilizado do tipo descritivo foi realizado com dados colhidos nos períodos de Julho a Dezembro de 2012 e de Janeiro a Junho de 2013 somando um total de 129 pacientes que realizaram o exame de Cintilografia Miocárdica, assim como o cateterismo cardíaco.

Quanto à amostra, foram selecionados pacientes com apenas uma área afetada no exame cintilográfico, sendo os mesmos avaliados pela técnica do "bull's eye", assim como pacientes com lesão em uma única artéria ao cateterismo coronariano.

RESULTADOS O trabalho consistiu na avaliação de 129 pacientes sendo que 76 deles (59%) são do sexo masculino e 53 (41%) do sexo feminino. A média de idade analisada foi de 65 anos $\pm$ 10 (amplitude de 38 a 88 anos). A concordância total nas três comparações realizadas apresentou um valor percentual de 66% (85/129) no qual os resultados não concordantes da relação estabelecida corresponderam a um percentual de 34% (44/129) do total analisado. Na avaliação individualizada entre concordância da região anteroapical no exame de Cintilografia com a Arteria Descendente Anterior no cateterismo foi obtido um valor de 83%. Entre a região Inferior na Cintilografia e a Coronária Direita no cateterismo foi observado um valor de 43% de concordância entre os exames. Já na avaliação entre a região Lateral relacionando com a Arteria Circunflexa foi obtido um valor de 60% de concordância entre os grupos estudados. Dentre os fatores de risco, o que obteve maior prevalência foi a hipertensão arterial sistêmica totalizando 86% dos pacientes avaliados neste estudo.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO O exame de Cintilografia Miocárdica representa um importante método na pesquisa funcional de doença aterosclerótica coronariana, que em conjunto com o cateterismo de coronárias tornam-se os métodos mais acurados. Os resultados obtidos no estudo realizado foram considerados significantes ($p < 0,001$) quando analisada a parede Anterior e seu grau de correspondência com a Arteria Descendente Anterior, assim como, a parede Inferior e seu grau de correspondência com a Arteria Coronária Direita.

49429

Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em um grupo de pessoas em situação de rua da cidade de Uberaba

SAMIR IDALÓ, PAULA SEPULVEDA MESQUITA, LUCIANA DORNFELD BICHUETTE, THAIS LOPES RIBEIRO, LUCAS TEIXEIRA DE AVILA NETO, JUAN THOMAZ GABRIEL DE SOUZA RAMOS, MARCUS VINICIUS OSHIO MARIANO e TACITO LEANDRO BORGES DE BESSA

UNIVERSIDADE DE UBERABA, UBERABA, MG, BRASIL.

Introdução As Doenças Cardiovasculares são, atualmente, a maior causa de mortes no mundo. Dentre elas, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares, sendo considerada um problema de saúde pública (32,5% da população adulta pelas VII diretrizes de HAS). Este trabalho teve como objetivo determinar a prevalência de HAS entre um grupo de moradores de rua da cidade de Uberaba.

Metodologia Foi feito um estudo transversal através da amostragem voluntária de 35 pessoas em situação de rua e após assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido os participantes responderam a um questionário sobre antecedentes pessoais, medicações em uso e hábitos de vida. Além disso, foi realizado aferição da pressão arterial, bem como glicemia e colesterol total capilares.

Resultados Dos 35 moradores de rua a hipertensão foi informada em 11,4% (4/35) dos casos e diagnosticada pela média de duas aferições maior ou igual a 140x90mmHg em 34,3% (12/35). Dos quatro participantes que se afirmaram hipertensos, apenas um faz uso de medicação anti-hipertensiva.

Discussão: A HAS é uma doença de alta prevalência e baixas taxas de controle, além de ser considerada um dos principais fatores de risco cardiovasculares. Nota-se prevalência significativa dessa entidade na população estudada bem como falta de conhecimento da mesma, decorrente de fatores como baixo poder aquisitivo, falta de acesso aos serviços de saúde e estresse social.

Conclusão: Diante do impacto negativo das doenças cardiovasculares no perfil epidemiológico da população brasileira, fica evidente a importância de se rastrear doenças como a HAS em populações em que o sub diagnóstico ainda é expressivo, como moradores de rua. A prevalência encontrada corrobora com os dados das VII diretrizes de HAS da Sociedade Brasileira de Cardiologia

49437

Avaliação do perfil eletrocardiográfico de uma população em situação de rua na cidade de Uberaba.

SAMIR IDALÓ, PAULA SEPULVEDA MESQUITA, LUCIANA DORNFELD BICHUETTE, LUCAS TEIXEIRA DE AVILA NETO, JUAN THOMAZ GABRIEL DE SOUZA RAMOS, MARCUS VINICIUS OSHIO MARIANO, TACITO LEANDRO BORGES DE BESSA e THAIS LOPES RIBEIRO

UNIVERSIDADE DE UBERABA, UBERABA, MG, BRASIL.

Introdução: As doenças cardiovasculares são responsáveis pelo maior índice de mortalidade no mundo. As populações em situação de rua, possuem pouca, ou nenhuma, assistência médica e exames laboratoriais, e por isso são acometidos por uma ampla variedade de doenças. Este estudo procurou avaliar o perfil eletrocardiográfico de 35 indivíduos em situação de rua na cidade de Uberaba (30% do total). **Métodos:** A análise foi realizada 35 indivíduos em situação de rua, sendo submetidos questionário com vários dados, dentre eles idade, hábitos, sintomas relacionados a doença isquêmica do coração e meio locomoção e distância percorrida dia. Realizaram exame eletrocardiográfico e laboratoriais de glicemia e colesterolemia pelo dosador Accutrend Plus. Os registros foram analisados de acordo com a III diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Análise e Emissão de Laudos Eletrocardiográficos. **Resultados:** Dos 35 exames realizados, 14 (40%) foram considerados normais, 5 onda T invertida (14,3%), 3 com sobrecarga ventricular esquerda (8,6%), 3 com bloqueio de ramo direito (8,6%), 3 com bloqueio divisional anterossuperior esquerdo (8,6%), 3 área elétrica inativa (8,6%), 3 com complexos de baixa voltagem (8,6%) e 3 com bradicardia sinusal. 2 tiveram isquemia subepicárdica e 2 tiveram taquicardia sinusal (5,7%). Apenas um com sobrecarga atrial esquerda e um com bloqueio de ramo esquerdo. (2,9%). **Discussão:** Apesar de muito incidente na população em geral, os achados eletrocardiográficos encontrados na doença cardiovascular e aterosclerótica tiveram uma baixa incidência no resultado do estudo. Este fato pode estar relacionado com o baixo índice de obesidade entre os pacientes analisados, assim como o as grandes distâncias percorridas. **Conclusão:** Apesar da pouca assistência médica prestada à população em situação de rua, foi possível observar que não foram encontradas significativas alterações eletrocardiográficas. Sendo assim, mesmo na tal população analisada, não foi possível avaliar um aumento nos achados eletrocardiográficos relacionados a doença isquêmica ou distúrbios de condução. São necessários maiores estudos para que sejam tiradas conclusões definitivas sobre o assunto.

49513

Prevalência de sobrepeso, obesidade, obesidade abdominal e hipercolesterolemia em uma população em situação de rua da cidade de Uberaba.

SAMIR IDALÓ, LUCIANA DORNFELD BICHUETTE, JUAN THOMAZ GABRIEL DE SOUZA RAMOS, MARCUS VINICIUS OSHIO MARIANO, TACITO LEANDRO BORGES DE BESSA, PAULA SEPULVEDA MESQUITA, LUCAS TEIXEIRA DE AVILA NETO e THAIS LOPES RIBEIRO

UNIVERSIDADE DE UBERABA, UBERABA, MG, BRASIL.

Introdução: As doenças cardiovasculares são principal causa de morbimortalidade no mundo. A relação entre fatores de risco como dislipidemia, obesidade e obesidade abdominal (OA) e o surgimento de doenças cardiovasculares já está bem estabelecida. O uso de indicadores antropométricos como índice de massa corporal (IMC), medida de Circunferência abdominal (CA) e colesterol capilar (CC) têm ganhado importância para a avaliação de risco cardiovascular. Sendo assim, este trabalho objetiva determinar a prevalência de sobrepeso, obesidade, OA e níveis de CC alterado em uma população em situação de rua.

Métodos: Amostragem voluntária de 35 indivíduos em situação de rua, após a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Questionário sobre antecedentes pessoais, hábitos vida e medicações em uso e tiveram colhidos dados antropométricos e aferição de Pressão Arterial, além de glicemia e CC.

Resultados: 31 sexo masculino e 4 sexo feminino. Nos homens 9,7% com CA alterada. Mulheres 75% com CA aumentada. Em relação ao IMC, 75% das mulheres na normalidade e 25% sobrepeso. Nos homens, 71% na normalidade, 19,4% sobrepeso, 6,4% obesidade grau I e 3,2% abaixo da faixa normal. Quanto à medida CC, 80,8% homens medidas desejáveis (CC <200mg/dL), 16,1% limítrofes (CC 200-239mg/dL) e 3,3% altos (CC >240mg/dL). Mulheres 100% medidas normais.

Discussão: Foi avaliada uma pequena parcela (33% da população), porém o grupo estudado é capaz de refletir bem a realidade do risco cardiovascular. A prevalência OA é baixa entre homens, mas nas mulheres esta alta. IMC o valor da normalidade foi maioria ambos os sexos. Apenas homens apresentou obesidade e abaixo do peso normal. A análise das medidas de CC mostrou que todas as mulheres apresentavam-se com valores desejáveis, enquanto nos homens alguns apresentaram com valores alterados, apesar da maioria estar na faixa desejável.

Conclusão: Por meio do estudo realizado, pudemos notar que mesmo com um estilo de vida não considerado saudável dos indivíduos dessa população, a prevalência de indicadores de risco cardiovascular foi pequena.

49514

Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em indivíduos obesos no pré-operatório de cirurgia bariátrica

SAMIR IDALÓ, PAULA SEPULVEDA MESQUITA, LUCIANA DORNFELD BICHUETTE, THAIS LOPES RIBEIRO, FERNANDA OLIVEIRA MAGALHÃES, THIAGO MIRANDA FERREIRA, LUCAS PONTES BICHUETTI e LUIS FLAVIO VILELA DE MESQUITA

UNIVERSIDADE DE UBERABA, UBERABA, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO A obesidade é uma condição médica cada vez mais singular, cuja prevalência está aumentando e alcançando proporções epidêmicas. A obesidade relaciona-se a elevada incidência de hipertensão arterial sistêmica (HAS), um dos principais fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares. Este trabalho tem como objetivo determinar a incidência de HAS em um grupo de pacientes obesos no pré-operatório de cirurgia bariátrica. **METODOLOGIA** Foi feito um estudo longitudinal observacional através da amostragem voluntária de 98 pacientes obesos (IMC >30) durante o pré-operatório de Cirurgia Bariátrica na cidade de Uberaba, e após assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi realizado aferição da pressão arterial dos pacientes, bem como um questionamento sobre o uso de anti-hipertensivos. **RESULTADOS** Dos 98 pacientes avaliados, a HAS foi informada em 25,5 % (25/98) dos casos e diagnosticada pela média de duas aferições maior ou igual a 140x90 mmHg em 11,2 % (11/98). Dos 25 que afirmaram ser hipertensos, 14 eram mulheres (56%) e 11 homens (44%). Em relação ao uso de anti-hipertensivos, dos 25 com HAS, 5 (20%) não estavam em tratamento, 11 (44%) estavam em monoterapia, 6 (24%) em terapia dupla e 3 (12%) em terapia com 3 medicações. **DISCUSSÃO** Diversas condições associam-se a obesidade. Uma vez derivada da deposição de gordura intra-abdominal ou visceral tende a aumentar a produção hormonal e de citocinas, diminuindo a sensibilidade à insulina e levando a disfunção endotelial por diversos mecanismos. É notável a maior prevalência dos componentes da síndrome metabólica, como a HAS, em indivíduos obesos. Em indivíduos com obesidade a utilização de indicadores de risco para doença cardiovascular é prioridade no que diz respeito ao acompanhamento, sendo a pressão arterial um importante preditor. **CONCLUSÃO** Diante da análise dos dados obtidos no trabalho fica evidente a íntima relação entre a Obesidade e a Hipertensão Arterial, dois importantes elementos no perfil desfavorável da doença cardiovascular.

49515

Análise dos níveis de dislipidemia em pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica na cidade de Uberaba.

SAMIR IDALÓ, PAULA SEPULVEDA MESQUITA, LUCIANA DORNFELD BICHUETTE, THAIS LOPES RIBEIRO, THIAGO MIRANDA FERREIRA, LUCAS PONTES BICHUETTI, LUIS FLAVIO VILELA DE MESQUITA e FERNANDA OLIVEIRA MAGALHÃES

UNIVERSIDADE DE UBERABA, UBERABA, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A obesidade vem atingindo níveis epidêmicos, e traz consigo fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares, que são as principais causas de morbimortalidade no Brasil. Entre estes fatores encontram-se as dislipidemias. Concentrações anormais de lipoproteínas no sangue favorecem o desenvolvimento da aterosclerose. Este estudo visa analisar os níveis de dislipidemia em pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica.

METODOLOGIA: Estudo longitudinal, observacional, amostragem voluntária de 98 pacientes obesos (IMC >30) durante pré-operatório de cirurgia bariátrica. Após assinatura de Termo de Consentimento Livre Esclarecido, os pacientes responderam questionário sobre antecedentes pessoais, e foram solicitados exames laboratoriais que incluíam a dosagem de colesterol total (CT), HDL, LDL, e triglicérides (TG).

RESULTADOS: Entre os 98 pacientes avaliados, informaram serem dislipidêmicos 22,4% (22/98), dos quais 77,3% (17/22) não realizavam tratamento medicamentoso; 13,6% (3/22) faziam uso de estatinas; 4,5% (1/22) faziam uso de fibrato; e 4,5% (1/22) faziam uso de estatina e fibrato em associação. CT, 32,5% (28) apresentaram valores superiores a 200, sendo o valor médio de 186,98. TG, 36,0% (31) apresentaram níveis superiores a 150, sendo o valor médio de 137,27. Entre os 80 pacientes que realizaram dosagem de LDL, 8,7% (7) apresentaram valores superiores a 160, sendo o valor médio de 113,82. Entre os 88 pacientes que realizaram dosagem de HDL, o valor médio foi de 44,86.

DISCUSSÃO: Os níveis lipídicos encontram-se significativamente alterados em pacientes obesos demonstrando íntima relação entre a gênese da obesidade e da dislipidemia. Uma dieta pobre em nutrientes, e rica em gorduras e açúcares favorece o surgimento da obesidade e dos distúrbios dos lipídios. O controle adequado das dislipidemias, em especial as reduções mais intensivas do LDL-C, têm se associado a importantes benefícios na redução de eventos e mortalidade cardiovascular.

CONCLUSÃO: Pode-se concluir que existe aparente correlação entre a obesidade e a dislipidemia, além de evidentes benefícios na redução do risco cardiovascular com o controle dos níveis lipídicos e de perda de peso.

49518

Avaliação do perfil lipídico e glicêmico em acadêmicos de uma universidade em Alfenas-MG

LARISSA N LIMA, LUIZ H T COTA, MONICA C L FERREIRA, JULIA A ALMEIDA, THAMARA P CASTRO e ALESSANDRA S D SILVERIO

Universidade José do Rosário Velano, Alfenas, MG, BRASIL.

Introdução: A dislipidemia e o diabetes são patologias responsáveis por desencadear inúmeras outras alterações no organismo. Salvo os casos hereditários, essas duas doenças podem ser evitadas com uma vida saudável. Os estudantes, muitas das vezes não levam uma vida assim, pois, tem pouco tempo livre, rotina exaustiva e esquecem de cuidar da saúde. Por isso, deve-se analisar o perfil lipídico e glicêmico desses acadêmicos, com o fito de conscientizar a prevenção de doenças relacionadas aos hábitos inadequados de vida. **Métodos:** Análises laboratoriais da glicemia e do perfil lipídico foram realizadas em soro segundo método enzimático colorimétrico de acordo com Burtis & Ashwood (2008). O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, UNIFENAS doc.n. 1.448.979 em 14/03/2016. **Resultados:** 91,5% (n=141) do total dos indivíduos analisados demonstraram a glicemia dentro do limite de normalidade. De 100 e 126 mg/dL foi encontrado um valor de 5,8% (n=9), e acima de 126 mg/dL (hiperglicemia) foi de 2,7% (n=4). Sobre a concentração de TG, observa-se que 79,2% (n=122) dos acadêmicos apresentaram concentrações inferiores a 150 mg/dL. Mas 14,3% (n=22) apresentaram-se limítrofes (150 a 200 mg/dL). E, 6,5% (n=10) concentrações altas (>200 mg/dL). Evidencia-se que 72,0% (n=111) dos acadêmicos apresentaram concentrações séricas de CT desejáveis (<200 mg/dL), enquanto, 20,8% (n=32) concentrações consideradas limítrofes (200 a 239 mg/dL). 16,8% (n=26) apresentaram concentrações de HDL-C (>60 mg/dL). Contudo, 40,3% (n=62) dos acadêmicos apresentaram concentrações limítrofes de 40 a 60 mg/dL. E, 42,9% (n=66) concentrações abaixo dos valores preconizados (<40 mg/dL). Por fim, 39,7% (n=61) dos acadêmicos apresentaram concentrações de LDL-C preconizados como ótimo (<100 mg/dL). Enquanto, 22,8% (n=35) concentrações desejáveis de 120 a 129 mg/dL e 29,2% (n=45) concentrações limítrofes de 130 a 159 mg/dL. **Discussão:** Os resultados parciais do estudo concluem que as concentrações de glicemia, CT e TG apresentaram valores dentro da normalidade preconizados pelas Diretrizes Brasileiras de Diabetes (2014) e de Dislipidemia (2015). Além disso, foram determinadas as concentrações de HDL que mostraram-se valores abaixo dos recomendados e concentrações de LDL elevadas em parte dos participantes da pesquisa, o que pode estar relacionado a ausência da prática de atividades físicas, sobrepeso e estresse. Trata-se de fatores modificáveis e, como tal, desempenham um papel importante na prevenção do DM2 e dislipidemia.

49561

Avaliação do nível de conhecimento dos acadêmicos de medicina do Brasil sobre hipertensão arterial sistêmica.

RÔMULO NASCIMENTO MUNDIN, CAMYLLA SANTOS DE SOUZA, BRENDA LIMA FERRAZ TRANCOSO, ALINE LOPES COELHO, ANNA ELISA BORGES BARCELOS, LIVIA LIBERATA BARBOSA BANDEIRA, CAIO TEIXEIRA DOS SANTOS e JOAO DAVID DE SOUZA NETO

Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, MG, BRASIL - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade Severino Sombra, Vassouras, RJ, BRASIL.

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) possui etiologia multifatorial que cursa com a elevação continuada nos níveis pressóricos sistólicos e diastólicos, ≥ 140 e/ou 90 mmHg, respectivamente. No Brasil, a HAS afeta aproximadamente 36 milhões de indivíduos adultos, e mais de 60% de idosos. **Objetivo:** Avaliar o nível de conhecimento dos acadêmicos de medicina do Brasil sobre HAS. **Materiais e Métodos:** Realizou-se o estudo através de um questionário online utilizando o Google Forms, contendo 10 questões fechadas, baseado na 7ª Diretriz de HAS da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Foram convidados a respondê-lo os mais de 600 acadêmicos da Associação Acadêmica de Cardiologia. Os dados colhidos foram armazenados na própria plataforma para posterior análise. **Resultados:** 146 acadêmicos responderam o questionário. 92,1% dos acadêmicos afirmaram já terem tido contato com algum conteúdo de HAS durante o curso de medicina. 21,2% dos candidatos acertaram a questão 1, que discorria sobre fatores de risco de HAS. 74,7% dos candidatos acertaram a questão 2, que abordava sobre lesões em órgão-alvo. 44,5% dos candidatos acertaram a questão 3, que perguntava sobre exames de rotina para hipertensos. 30,8% acertaram a questão 4, que era sobre tratamento anti-hipertensivo não medicamentoso. 16,4% acertaram a questão 5, que discutia as reações adversas relacionadas ao uso de diuréticos no tratamento. 18,5% acertaram a questão 6, que discutia hipertensão arterial na gestação; 24,7% acertaram a questão 7, que abordava sobre a patologia em criança e adolescente. 49,3% acertaram a questão 8, que perguntava sobre o acometimento crônico no idoso. 23,3% acertaram a questão 9, que discorria sobre causas secundárias de HAS. 42,5,1% acertaram a questão 10, que versava sobre crise hipertensiva. **Conclusão:** Notou-se dificuldade em encontrar o item incorreto sobre fatores de risco, nas questões que envolviam quadros pediátricos e gestacionais e também sobre os eventos adversos relacionados ao uso de diuréticos no tratamento anti-HAS. De maneira geral, o resultado obtido não foi satisfatório dada a relevância da patologia na população brasileira. Todavia, deve-se observar que a pesquisa envolveu alunos de todos os períodos, o que pode comprometer a análise dos dados. Por outro lado, 41,8% dos alunos que responderam afirmaram estar cursando o 3º ano de universidade, ou seja, compreende a fase do ciclo clínico que, por sua vez, envolve o diagnóstico e tratamento de HAS.

49564

Achados eletrocardiográficos em um grupo de pacientes no pré operatório de cirurgia bariátrica

SAMIR IDALÓ, PAULA SEPULVEDA MESQUITA, LUCIANA DORNFELD BICHUETTE, THAIS LOPES RIBEIRO, THIAGO MIRANDA FERREIRA, LUCAS PONTES BICHUETTI, LUIS FLAVIO VILELA DE MESQUITA e FERNANDA OLIVEIRA MAGALHÃES

UNIVERSIDADE DE UBERABA, UBERABA, MG, BRASIL.

Introdução Atualmente, tem-se presenciado um aumento na incidência da obesidade tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento, representado um sério problema de saúde pública. A obesidade está associada a um aumento do risco de desenvolvimento de patologias como hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia, bem como associa-se a uma grande variedade de alterações eletrocardiográficas. Este trabalho teve como objetivo identificar e avaliar a presença de achados eletrocardiográficos em pacientes no pré operatório de cirurgia bariátrica. **Metodologia** Foi realizado um estudo longitudinal através da amostragem voluntária de 98 pacientes em pré operatório de cirurgia bariátrica e após assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido os participantes responderam a um questionário sobre antecedentes pessoais, medicações em uso e hábitos de vida. Além disso, foram realizados exames laboratoriais bem como eletrocardiograma.

Resultados Dos participantes do estudo, 97 realizaram eletrocardiograma, sendo que 80,4% (78/97) apresentaram ECG dentro da normalidade. Dentre as alterações encontradas, as mais frequentes foram bloqueio incompleto de ramo direito (BIRD) representando 7,2% (7/97) e taquicardia sinusal representando 6,2% (6/97). Outros achados foram intervalo PR curto (3,1%), bloqueio divisional anteroposterior esquerdo (2,1%) e alterações difusas da repolarização ventricular (1%).

Discussão: A obesidade está associada a uma grande variedade de achados eletrocardiográficos, sendo que a maioria reflete alterações na morfologia cardíaca. Dentre as alterações mais frequentes em obesos estão desvio do eixo para esquerda, complexo QRS de baixa voltagem e hipertrofia de ventrículo esquerdo. Diferente do que demonstra a maioria dos trabalhos, no presente estudo as alterações mais encontradas foram BIRD e taquicardia sinusal.

Conclusão: Pode-se concluir que a obesidade está associada a uma grande variedade de anormalidades eletrocardiográficas, muitas das quais são corrigidas ou estabilizadas pela perda de peso.

49565

Associação entre hipertensão arterial sistêmica e resistência insulínica em um grupo de pacientes no pré operatório de cirurgia bariátrica

SAMIR IDALÓ, PAULA SEPULVEDA MESQUITA, LUCIANA DORNFELD BICHUETTE, THAIS LOPES RIBEIRO, LUIS FLAVIO VILELA DE MESQUITA, FERNANDA OLIVEIRA MAGALHÃES, THIAGO MIRANDA FERREIRA e LUCAS PONTES BICHUETTI

UNIVERSIDADE DE UBERABA, UBERABA, MG, BRASIL.

Introdução

A obesidade de forma isolada é um problema sério de saúde e representa um importante fator de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Atualmente, é amplamente estudado o papel da resistência à insulina (RI) como elo entre a obesidade de distribuição central e a HAS. Este trabalho teve como objetivo avaliar a associação entre resistência insulínica e HAS em um grupo de pacientes no pré operatório de cirurgia bariátrica.

Metodologia

Foi realizado um estudo longitudinal através da amostragem voluntária de 98 pacientes em pré operatório de cirurgia bariátrica e após assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido os participantes responderam a um questionário sobre antecedentes pessoais, medicações em uso e hábitos de vida. Além disso, foi realizada aferição da pressão arterial, sendo o diagnóstico de HAS dado pela média de duas aferições maior ou igual a 140x90mmHg, bem como feito o cálculo do índice HOMA.

Resultados

Dos 98 participantes do estudo, a HAS foi diagnosticada em 25,5% (25/98) dos casos e a resistência a insulina esteve presente em 100% (80/80) dos casos, tendo como base o índice HOMA. No presente estudo, não houve correlação positiva entre HAS e resistência insulínica.

Discussão:

Em relação ao efeito da insulina sobre a pressão arterial, sabe-se que a hiperinsulinemia aguda provoca diminuição na excreção de sódio, porém, não afeta a pressão arterial em indivíduos normotensos. Assim, um possível mecanismo é que a hiperinsulinemia crônica exerce ação trófica na musculatura do vaso sanguíneo e isto pode resultar no aumento da resistência vascular e consequentemente no aumento da pressão arterial.

Conclusão:

Apesar de trabalhos demonstrarem relação entre resistência insulínica e o desenvolvimento de hipertensão arterial, tal associação não foi encontrada em nosso estudo.

49566

Análise da perda de peso em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e o seu benefício cardiovascular.

SAMIR IDALÓ, PAULA SEPULVEDA MESQUITA, LUCIANA DORNFELD BICHUETTE, THAIS LOPES RIBEIRO, LUIS FLAVIO VILELA DE MESQUITA, FERNANDA OLIVEIRA MAGALHÃES, THIAGO MIRANDA FERREIRA e LUCAS PONTES BICHUETTI

UNIVERSIDADE DE UBERABA, UBERABA, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A obesidade é uma doença multifatorial, definida como crônica e progressiva devido às numerosas comorbidades associadas, dentre elas a síndrome metabólica (SM), com aumento de 2 a 3 vezes no risco de doenças cardiovasculares. Na obesidade grave, os tratamentos conservadores promovem melhora da SM, mas a recuperação do peso é frequente, enquanto a cirurgia bariátrica promove perda mais significativa e sustentada de peso. A reversão da SM e de suas manifestações pós-cirurgia bariátrica associa-se à redução da mortalidade cardiovascular. Este estudo tem objetivo analisar a perda de peso em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, e discutir os benefícios cardiovasculares associados.

METODOLOGIA: Realizado estudo longitudinal, observacional, comparativo, através da amostragem voluntária de 47 pacientes obesos, submetidos à cirurgia bariátrica pela técnica de By-pass gástrico videolaparoscópico, em Uberaba/MG. Após assinatura de Termo de Consentimento Livre Esclarecido, foram coletados dados antropométricos no pré, e no pós-operatório entre 6 e 8 meses.

RESULTADOS: Entre os 47 pacientes avaliados no pré-operatório 53,2% (25) foram classificados como Obesidade Mórbida; 42,6% (20) classificados como Obesidade Grau II; 4,3% (2) classificados como Obesidade Grau I, com IMC médio de 41,86 Kg/m². No pós-operatório, 32 desses pacientes foram reavaliados entre 6 e 8 meses, sendo que 2,1% (1) ainda apresentava Obesidade Mórbida; 6,4% (3) apresentavam Obesidade Grau II; 29,8% (14) apresentavam Obesidade Grau I; 27,7% (13) apresentavam Sobre peso (IMC 25-29,9); e 2,1% (1) apresentava IMC normal, com IMC médio de 30,96 Kg/m², e a porcentagem média de perda de peso, para o mesmo período, de 26,04%.

DISCUSSÃO: Sabe-se que no tratamento cirúrgico de indivíduos obesos com ou sem SM, a perda ponderal é bastante relevante. Dados da literatura apontam que a perda de 7-10 % do peso inicial já é suficiente para promover melhora na circunferência abdominal, no perfil lipídico e na glicemia. Neste estudo os pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico apresentaram significativo percentual de perda peso.

CONCLUSÃO: A abordagem cirúrgica de pacientes obesos foi capaz de induzir perda ponderal superior àquela recomendada para se obter o benefício de redução do risco cardiovascular.

49574

Avaliação ecocardiográfica de pacientes obesos no pré-operatório de cirurgia bariátrica

SAMIR IDALÓ, PAULA SEPULVEDA MESQUITA, LUCIANA DORNFELD BICHUETTE, THAIS LOPES RIBEIRO, LUIS FLAVIO VILELA DE MESQUITA, FERNANDA OLIVEIRA MAGALHÃES, LUCAS PONTES BICHUETTI e THIAGO MIRANDA FERREIRA

UNIVERSIDADE DE UBERABA, UBERABA, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO A obesidade representa um fator de risco singular para doença cardiovascular. Observa-se uma associação importante entre excesso de peso, hipertensão arterial e hipertrofia ventricular esquerda. Este trabalho tem como objetivo avaliar possíveis alterações ecocardiográficas em pacientes obesos no pré-operatório de cirurgia bariátrica.

METODOLOGIA Foi realizado um estudo longitudinal observacional através amostragem voluntária de 95 pacientes obesos (IMC>30) durante o pré-operatório de Cirurgia Bariátrica na cidade de Uberaba, e após assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi realizado ecocardiograma dos pacientes.

RESULTADOS 95 exames: aumento diâmetro da aorta (DAO) em 3,1% (3/95), do diâmetro do átrio esquerdo (DAE) em 6,3% (6/95), do diâmetro diastólico final do ventrículo esquerdo (DDVE) em 2,1% (2/95), do diâmetro sistólico do VE (DSVE) em 3,1% (3/95). A idade da população variou entre 18 e 57 anos e o IMC médio 41,80.

DISCUSSÃO A fisiopatogenia das alterações cardíacas que podem ser encontradas no indivíduo obeso, é pouco conhecida. No obeso é observado um expressivo aumento do volume de plasma e da volemia circulante. É importante salientar, ainda, que a intensidade das alterações encontradas é proporcional, além do excesso de peso, ao tempo de instalação ou de convivência com este estado de sobrecarga energética. Em uma população selecionada de indivíduos obesos teoricamente saudáveis, sem quaisquer alterações clínicas ou complicações cardiovasculares encontrou-se nítida tendência a valores elevados da pressão arterial sistólica, um aumento da hipertrofia e consequentemente da massa miocárdica, uma elevação do estresse circunferencial da parede do VE e uma indiscutível presença de disfunção diastólica já instalada.

CONCLUSÃO Pode-se concluir a associação aparente da obesidade com alterações da morfologia cardíaca, mesmo em pacientes relativamente jovens. Diante desses achados no trabalho e na literatura, torna-se imperativo a avaliação cardiovascular mais aprofundada dessa população.

49576

Correlação entre hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e diabetes como risco cardiovascular identificado no teste ergométrico

SAMIR IDALÓ, LUCAS PONTES BICHUETTI, FERNANDA ROCHA DORNELES, GIOVANNI FRANCO POSTUMA, MATHEUS PONTES MEIRELLES, RAQUEL DA SILVA MOREIRA e ANA CAROLINA GONCALVES

UNIVERSIDADE DE UBERABA, UBERABA, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO Teste ergométrico (TE) é método aceito diagnóstico doenças cardiovasculares. Indivíduo é submetido esforço físico programado e individualizado finalidade avaliar respostas clínicas, hemodinâmica, autonômica, eletrocardiográfica e metabólica. Hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e dislipidemia são clássicos fatores risco cardiovascular.

MATERIAIS E MÉTODOS Estudo transversal 490 pacientes submetidos TE. Correlacionar fatores risco como HAS, DM e dislipidemia com probabilidade doença arterial coronariana (DAC) de acordo Escore de Duke.

RESULTADOS Analisados 490 pacientes (9 a 84 anos), média 47 anos. Média de IMC 27,51 kg/m². 402 baixo risco (82,04%), 80 risco moderado (16,33%) e 8 alto risco (1,63%) probabilidade de DAC. HAS isolada: 123 pacientes sendo que 100 (81,3%) baixo risco, 21 (17,07%) risco moderado e 2 (1,62%) alto risco. Dislipidemia isolada: 27 pacientes, 18 (66,6%) baixo risco e 9 (33,3%) risco moderado. Diabetes mellitus: 5 pacientes, 4 (80%) baixo risco, 1 (20%) risco moderado. HAS + DM e dislipidemia: 2 (15,3%) alto risco, 9 (69,2%) baixo risco e 2 (15,3%) risco moderado. HAS e Dislipidemia: 24 pacientes, 15 (62,5%) baixo risco, 9 (37,5%) risco moderado e 0 alto risco. HAS + DM: 12 (66,6%) baixo risco, 6 (33,3%) risco moderado e 0 alto risco. DM + dislipidemia: 5 (83,3%) baixo risco, 1 (16,6%) moderado risco. Discussão 3 fatores de risco juntos mostraram relação direta com alto risco DAC. A HAS isolada e HAS + dislipidemia apresentaram maior proporção de baixo risco. 18% apresentaram moderado/alto risco na HAS isolada. Conclusão As associações entre fatores risco cardiovasculares aumentam chances desenvolvimento DAC, principalmente alto risco. As morbidades isoladas também são capazes alterar risco pelo Escore Duke. Nota-se maior prevalência alto risco para DAC pacientes com associação três fatores e maior prevalência moderado risco grupos com dislipidemia, HAS e dislipidêmicos e HAS e DM.

49580

Efeitos do exercício físico na estrutura cardíaca e capacidade funcional do miocárdio de ratos tratados com Doxorubicina.

FERNANDA RODRIGUES DE SOUZA, ALEXANDRE GONÇALVES, LEANDRO TEIXEIRA PARANHOS LOPES, MARCELO CARNEIRO PEREIRA HONRIO, ÉRICA CAROLINA CAMPOS e ELMIRO SANTOS RESENDE

Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, BRASIL.

Introdução: Adoxorrubicina encontra-se entre os mais importantes agentes antitumorais. O principal fator limitante do uso desses agentes antineoplásicos é a cardiotoxicidade dose-dependente com o desenvolvimento de cardiomiopatia e insuficiência cardíaca. O exercício físico é um importante aliado, pois proporciona melhora da função cardiovascular, tem efeitos anti-inflamatórios e antioxidantes, refletindo na melhora da capacidade funcional global e da qualidade de vida, principalmente em indivíduos que possuem insuficiência cardíaca. **Objetivo:** Analisar os efeitos do exercício físico na estrutura cardíaca e capacidade funcional do miocárdio de ratos tratados com Doxorubicina. **Material e métodos:** Foram utilizados 40 ratos Wistar machos, adultos, divididos aleatoriamente em quatro grupos identificados como: controle (C), exercício (EX), doxorubicina (DX), doxorubicina e exercício (DXEX). Os animais dos grupos DX e DXEX, receberam injeções intraperitoneais de cloridrato de doxorubicina, três vezes/semana durante duas semanas, até atingir-se a dose cumulativa de 7,5 mg/kg. Os grupos EX e DXEX participaram de um protocolo de natação com carga adicional de 5% do peso corporal. O treinamento foi conduzido ao longo de quatro semanas com três sessões semanais de natação. Após período de tratamento, foram realizados o ecocardiograma e microscopia óptica convencional. Para analisar o comportamento das variáveis foram utilizados os Modelos Lineares Generalizados com significância de 5%. **Resultados:** Diferentemente do grupo DX, foram observadas células miocárdicas aumentadas em tamanho sem infiltrado de células inflamatórias no grupo DXEX. O comportamento da fração de ejeção do grupo DX (62%) apresentou valor menor em comparação ao grupo C (77,33%), EX (76,66%) e DXEX (77%). **Conclusão:** O exercício físico preservou a estrutura e a função cardíacas de ratos após tratamento com doxorubicina.

49614

Variabilidade da frequência cardíaca em repouso e durante o exercício físico: diferenças na doença arterial coronariana e na insuficiência cardíaca crônica

NAYARA YAMADA TAMBURUS, ÉRICA CAROLINA CAMPOS e MARLENE APARECIDA MORENO

Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, MG, BRASIL - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, BRASIL.

Introdução: Dentre as alterações que ocorrem no sistema cardiovascular, frente as doenças cardíacas, destaca-se a disfunção autonômica cardíaca. Entretanto, os ajustes hemodinâmicos que ocorrem, especialmente no controle autonômico da frequência (FC) para manter a homeostase frente um estímulo, podem diferir entre uma cardiopatia e outra. **Objetivo:** Analisar e comparar a modulação autonômica cardíaca em repouso e durante teste de caminhada de seis minutos (TC6) na doença arterial coronariana (DAC) e na insuficiência cardíaca crônica (ICC). **Métodos:** Foram avaliados 9 pacientes com DAC e com fração de ejeção do ventrículo esquerdo preservada (FEVE >50%) e 6 pacientes com ICC e com FEVE reduzida (FEVE <40%). A FC e os intervalos RR foram coletados através de um cardiofrequencímetro (Polar RS800CX) durante 10 minutos na postura supina e em ortostatismo e durante TC6. Para análise da variabilidade da FC foram selecionados 256 batimentos consecutivos e aplicado os índices no domínio do tempo (SDNN, ms) e da frequência (bandas de alta e baixa frequência em unidades normalizadas - AFun e BFun). **Análise estatística:** Teste de Mann-Whitney e Wilcoxon (p<0,05). **Resultados:** O DAC apresentou valores maiores para o índice SDNN (em ortostatismo e durante TC6) e na distância percorrida durante o TC6 (p<0,05), em relação ao ICC. Os índices BFun, AFun e BF/AF foram similares entre os grupos (p>0,05) em todas as condições estudadas. Durante a mudança postural, somente o grupo DAC apresentou aumento dos índices BFun e BF/AF (p<0,05), com concomitante redução na AFun. O grupo DAC apresentou valores menores dos índices SDNN e AFun e valores maiores dos índices BFun e BF/AF, enquanto que o grupo ICC apresentou valores menores somente de SDNN durante o TC6, em relação a postura supina e ortostática (p<0,05). **Conclusão:** Os pacientes com DAC apresentaram resposta autonômica cardíaca apropriada tanto durante a mudança postural quanto durante o exercício físico (TC6). Já os pacientes com ICC, os resultados evidenciaram o impacto negativo da doença, uma vez que houve resposta atenuada da modulação autonômica cardíaca frente a mudança postural e durante exercício físico. Nesse sentido, o conhecimento dos ajustes autonômicos da FC nas doenças cardiovasculares contribui para uma adequada avaliação e reavaliação de diferentes intervenções fisioterapêuticas e na prescrição de treinamento físico em programas de Reabilitação Cardiovascular.

49618

Avaliação da capacidade funcional de idosos: comparação entre o teste de caminhada e do degrau de seis minutos

LAURENE MONTEIRO PEIXOTO, MARIA DELIA RODRIGUES VIEIRA, JAYNE S FERNANDES, ANGELO P BIAGINI, CARLOS F RONCHI, NAYARA Y TAMBURUS e ÉRICA C CAMPOS

Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, BRASIL - Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, MG, BRASIL.

Introdução: O teste de caminhada de seis minutos (TC6) é comumente utilizado na avaliação da capacidade funcional na população idosa. Além desse, o teste do degrau de seis minutos (TD6) pode ser uma alternativa em condições em que há limitação de espaço. Ambos os testes podem ser utilizados como indicadores da capacidade funcional, porém é necessário investigar, se na população idosa, as respostas cardiovasculares e de percepção de esforço diferem entre os testes. **Objetivo:** Avaliar e comparar as respostas cardiovasculares e de percepção do esforço durante o TC6 e o TD6, em idosos. **Métodos:** Trinta e três idosos, idade $71,60 \pm 8,25$ anos, que participavam das atividades recreacionais. Estes foram randomizados para realização do TC6 (3 homens e 12 mulheres) ou TD6 (7 homens e 11 mulheres). Os testes foram realizados duas vezes, com intervalo de 30 minutos. O TD6 foi feito em degrau de 20 cm de altura e o TC6 foi realizado em corredor de 30 metros. Todos os participantes foram instruídos a subir e descer ou caminhar o mais rápido possível durante seis minutos. A frequência cardíaca (FC), a pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD), a saturação periférica de oxigênio (SpO2) e a percepção subjetiva de esforço CR-10 (Borg-dispneia e Borg-membros inferiores (MMII)) foram coletadas no repouso, no 6º minuto e no 1º minuto de recuperação. A capacidade funcional foi avaliada a partir da distância percorrida em metros (TC6) ou número de degrau subidos. **Análise estatística:** T de student, com $\alpha=5\%$. **Resultados:** A média da distância percorrida no TC6 foi 381,70 metros e a média de degraus foi 103,03 degraus. A FC no 6º minuto do TD6 foi maior comparado ao TC6. A PAS, a PAD e SpO2 não diferiram entre os testes. A percepção subjetiva de esforço, MMII e dispneia, foi maior no 6º minuto do TD6 comparado ao TC6. No 1º minuto pós esforço a FC, a PAS, a PAD, a SpO2, Borg-MMII e Borg-dispneia não diferiram entre os testes. Já a FC, Borg-MMII e Borg-dispneia foram maiores no 6º minuto de ambos os testes comparado ao repouso e 1º minuto pós esforço. **Conclusão:** O TD6 provocou maior estresse cardiovascular, fadiga de MMII e dispneia, provavelmente pela maior exigência metabólica e ajustes posturais em relação ao TC6. Apesar das respostas cardiovasculares diferirem entre os testes, houve rápida recuperação destas variáveis após o esforço físico. Assim, o TD6 pode ser uma alternativa simples e reproduzíveis para a avaliação da capacidade funcional de idosos.

49627

Comparação da capacidade funcional, metabolismo oxidativo e economia de caminhada em indivíduos com obstrução proximal e distal na doença arterial periférica: um estudo piloto.

DÉBORA PANTUSO MONTEIRO, ADELIA ALMEIDA REZENDE VIDAL, ANA CLÁUDIA BORGES DE FREITAS, ANA LUIZA REIS DINIZ, ANA LUIZA SILVA DETOMI, CÍNTIA DIAS HALFELD e DANIELLE APARECIDA GOMES PEREIRA

Universidade Federal de Minas Gerais, BELO HORIZONTE, BRASIL.

INTRODUÇÃO: Indivíduos com doença arterial periférica (DAP) apresentam comprometimento da capacidade funcional, com redução da distância e velocidade de caminhada. A claudicação intermitente é um sintoma comum, decorrente da redução do aporte sanguíneo muscular e diminuição do aproveitamento de oxigênio pelo tecido. Na literatura é demonstrado que a gravidade clínica está diretamente associada ao nível de obstrução arterial. Por dedução o comprometimento da capacidade funcional pode também ser influenciado pelo nível de obstrução. Assim, objetivo do presente estudo foi comparar a capacidade funcional e o metabolismo oxidativo muscular entre indivíduos com doença arterial periférica com obstrução proximal e distal. **MÉTODOS:** Foram avaliados 32 indivíduos com DAP, por meio do teste de esteira, utilizando velocidade de 3,2 Km/h e inclinação de 10 % constantes. O índice de oxigênio muscular durante o teste foi avaliado por meio de Espectroscopia por Infravermelho Próximo ou Near-infrared Spectroscopy (NIRS). A saturação tecidual muscular de oxigênio (StO2) foi mensurada pela NIRS no repouso e ao final do teste. A economia de caminhada foi definida como a razão entre metros percorridos no teste e a variação da StO2. Os dados foram apresentados como média $\pm$ desvio padrão. Foi utilizado teste t independente para comparar as variáveis entre os grupos de obstrução proximal e distal. Considerado para significância $p < 0,05$. **RESULTADOS:** Do total de pacientes, 70% eram do sexo masculino, sendo que 21 apresentaram obstrução distal. A média de idade foi de $63,56 \pm 11,06$ anos, e de ITB direito e ITB esquerdo foram de $0,6 \pm 0,17$, $0,6 \pm 0,16$, respectivamente. Pacientes com obstrução proximal caminharam $106,67 \pm 76,2$ metros no teste de esteira enquanto os indivíduos com obstrução distal percorreram $205,84 \pm 202,03$ metros ($p=0,056$). Em relação a economia de caminhada foi verificado que indivíduos com obstrução proximal caminhavam $6,14 \pm 4,88$ metros por unidade de queda de StO2 enquanto os indivíduos com obstrução distal caminharam $27,82 \pm 80,85$ metros por unidade de queda de StO2 ($p=0,41$). **CONCLUSÃO:** Os resultados, apesar de não serem estatisticamente significativos, são clinicamente relevantes na prática clínica indicando que os pacientes com obstrução distal apresentaram melhor capacidade funcional e maior economia de caminhada do que os pacientes com obstrução proximal.

49630

Efetividade da sinvastatina como agente redutor de LDL-Colesterol em pacientes sob prevenção secundária: um estudo coorte

ISABELA GALIZZI FAÉ, THIAGO SANTIAGO FERREIRA, ITALO URCELINO DINIZ SILVA, MARIANA BATISTA DE OLIVEIRA, ISADORA REZENDE SOARES DE MIRANDA, AMANDA MOREIRA GONÇALVES, ANA CAROLINA SILVA ANTUNES e GILMAR REIS

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Fundação Hospitalar São Francisco de Assis, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Cardresearch - Cardiologia Assistencial e de Pesquisa LTDA, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamento: A introdução dos inibidores da PCSK-9 evidenciou a necessidade da aferição dos níveis de LDL-Colesterol (LDL-C), o qual ainda persiste como variável mais importante na predição de eventos macrovasculares em pacientes (P) após síndrome coronariana aguda (SCA). Evidências da literatura sugerem necessidade de manutenção de LDL-C < 70 mg% e o não-HDL colesterol (não-HDL-C) < 100 mg%. **Objetivo:** Aferir efetividade do controle com sinvastatina (S) em uma população não selecionada de P após evento de SCA e em uso estável de sinvastatina.

Material e Métodos: Durante 24 meses foram avaliados 632 P, com histórico de evento de SCA nos últimos 3 anos, sendo 430 homens (69,5%) e idade média $60,4 \pm 9,7$ anos, com tempo médio de evento $11,9 \pm 10,2$ meses. Excluídos desta análise 13 P em uso de Atorvastatina, restando 619 P em uso de S. Nestes, observa-se hipercolesterolemia em 471 P (76,0%), 307 dos quais identificados por ocasião do evento coronariano (49,5%) e 164 P com diabetes (26,4%).

Resultados: Em relação ao uso de S, 483 P (78,0%) utilizaram 40 mg/dia, 89 P (13,5%) 20 mg/ dia e 47 P (7,4%) sem utilizar estatina devido a evento adverso associado. Cento e cinquenta e cinco P (25,0%) mantiveram LDL colesterol < 70 mg%, 239 P entre 70 e 100 mg% e 225 P (36%) > 100 mg%. Em relação ao Não HDL-C, 209 P mantiveram-se < 100 mg% e 215 P > 130 mg%.

Conclusões: Nesta amostra de pacientes ambulatoriais após evento de SCA, 75% dos P estão com LDL-C acima das metas recomendadas e 66% dos P com não-HDL-C. Observa-se uma baixa efetividade da S em manter P em prevenção secundária dentro das metas recomendadas. Estratégias alternativas de controle do colesterol devem ser estabelecidas, Notadamente o incremento do uso de Atorvastatina.

49658

Validade do Walking Impairment Questionnaire na avaliação da capacidade funcional em indivíduos com doença arterial periférica

ANA CLÁUDIA BORGES DE FREITAS, CÍNTIA DIAS HALFELD, DÉBORA PANTUSO MONTEIRO e DANIELLE APARECIDA GOMES PEREIRA

UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A doença arterial periférica (DAP) é caracterizada pela obstrução arterial, que reduz a oferta de sangue oxigenado para nutrição dos tecidos e tem como principal sintoma a claudicação intermitente (CI). Para mensurar o nível de dificuldade de locomoção de pacientes com CI, foi desenvolvido o Walking Impairment Questionnaire (WIQ). O WIQ já validado para população brasileira, foi realizada a partir de testes máximos, apesar do WIQ avaliar atividades de características submáximas. Assim, é questionável se o WIQ é capaz de medir o que se propõe. O objetivo foi avaliar a capacidade do WIQ em refletir a capacidade funcional de indivíduos com DAP, claudicantes. **Métodos:** estudo metodológico que inclui indivíduos com diagnóstico de DAP e CI, confirmado pelo índice tornozelo-brago (ITB) menor que 0,9. Foram excluídos indivíduos que apresentaram instabilidade clínica no dia do teste, comprometimento cognitivo e cirurgia de revascularização do miocárdio. O primeiro momento foi composto de avaliação e aplicação do questionário. Após a aplicação do questionário, foi solicitado ao participante que executasse as atividades descritas no questionário. Foi avaliado se o relato do paciente foi concordante ou não com o desempenho real no teste. Foi considerado resultado concordante os casos em que o participante caminhou 20 % acima ou abaixo do relatado no questionário. No item velocidade, foi concordante caso ele conseguisse caminhar a distância de um quarteirão na velocidade respondida no questionário. Para o domínio escadas foi considerado concordante os casos em que o participante subia 20 % acima ou abaixo do relatado no questionário, sendo que também foram considerados concordantes aqueles que relataram subir 24 degraus e subiram mais de 20% acima desse valor. A ordem de realização das atividades foi aleatorizada. **Resultados:** O estudo foi realizado com 20 indivíduos com idade de $63,3 \pm 8,82$ anos, sendo 30% do sexo feminino. Na análise de concordância entre as respostas dos participantes no WIQ e a atividade efetivamente realizada, o domínio que apresentou maior concordância foi o de velocidade de caminhada (80%). No domínio distância de caminhada a concordância foi de 50% e para o domínio escadas foi de 55%. **Conclusão:** Os resultados indicam que o WIQ subestima a capacidade funcional de indivíduos com doença arterial periférica. É necessário estudos que comprovem sua eficiência em detectar mudanças a longo prazo.

49672

Evento cerebrovascular isquêmico como preditor independente de morte em pacientes com cardiopatia chagásica

PEDRO FERRARI SALES DA CUNHA, MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES, STELLA CRISTINA SILVA DE SOUZA, FERNANDA RODRIGUES DE ALMEIDA, OMAR RIBEIRO SANTOS JUNIOR, THIAGO MENDONA NUNES DE PAULA, VICTOR TEATINI RIBEIRO e MANOEL OTÁVIO DA COSTA ROCHA

Faculdade de Medicina/UFGM, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Hospital das Clínicas/UFGM, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Eventos embólicos, especialmente cerebrais, constituem a terceira causa de morte na doença de Chagas. Entretanto, o valor dos eventos embólicos como marcadores de risco de morte não se encontra definido.

Objetivos: Avaliar o impacto dos eventos isquêmicos cerebrovasculares (EIC) na mortalidade de pacientes com cardiopatia chagásica (CC).

Métodos: Foram incluídos prospectivamente 360 pacientes com CC, sendo 215 homens (60%), idade de $49,6 \pm 12$ anos. O desfecho avaliado foi morte cardíaca, considerando-se morte por outras causas e transplante cardíaco como censura. EIC durante o seguimento foi ajustado no modelo como covariável dependente do tempo. Dados ausentes foram tratados através da técnica de imputação múltipla.

Resultados: À inclusão, 266 pacientes (74%) estavam em classe funcional NYHA I e II, com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de $38 \pm 13\%$. Setenta e seis pacientes (21%) relataram EIC prévio e estavam anticoagulados. Durante o seguimento médio de 57 meses, 60 pacientes (17%) tiveram EIC, incluindo ataque isquêmico transitório e AVC isquêmico, 148 morreram (7 por AVC fatal), e 19 realizaram transplante cardíaco. Na análise multivariada, EIC durante o seguimento foi um preditor independente e adicional de morte cardíaca (HR= 2,13; p=0,003), após ajuste por vários parâmetros clínicos e ecocardiográficos, incluindo classe funcional de NYHA III/IV (HR= 1,59; p=0,004), evidências de insuficiência ventricular direita (VD) com congestão sistêmica (HR= 1,66; p=0,008), FEVE (HR= 0,92; p<0,001), índice de performance miocárdica do VD (HR = 3,33; p=0,001), volume do átrio esquerdo (HR= 1,02; p<0,001) e a relação E/e' (HR= 1,06; p<0,023).

Conclusões: EIC constituem preditores de morte em pacientes com CC, independente de outros fatores prognósticos. EIC no contexto da doença de Chagas identifica os pacientes de alto risco de evolução desfavorável.

49686

Valor da ecocardiografia na predição de cardiotoxicidade em pacientes com câncer de mama submetidos à quimioterapia

ARIANE VIEIRA SCARLATELLI MACEDO, MÁRCIO VINÍCIUS LINS DE BARROS, GUILHERME NOGUEIRA SANTANA, LUCAS RODRIGUES DE SOUZA, LUCIANA PEIXOTO DOS ANJOS, RIBANA DE LACERDA MERLIN, ROMULO SANTOS PECANHA REZENDE e PATRICIA TAVARES FELIPE

FACULDADE DE SAÚDE E ECOLOGIA HUMANA, VESPASIANO, MG, BRASIL - REDE MATERDEI DE SAÚDE, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: o tratamento do câncer de mama com quimioterápicos da classe das antraciclínicas e dos anticorpos monoclonais, tal como o Trastuzumab, são altamente eficazes e amplamente utilizados e que levaram à melhora na mortalidade do câncer de mama. No entanto, estes agentes apresentam risco de cardiotoxicidade, sendo importante a identificação precoce do dano miocárdico nestes pacientes.

Objetivo: Verificar o valor da ecocardiografia convencional e com strain bidimensional na predição de cardiotoxicidade em pacientes com câncer de mama em tratamento com medicação quimioterápica.

Metodologia: Coorte prospectiva de pacientes diagnosticados com câncer de mama e em tratamento quimioterápico com doxorubicina e/ou trastuzumab. Foram realizados ecocardiogramas transtorácicos em tempos padronizados, antes, durante e depois do tratamento, para avaliar a presença ou não de cardiotoxicidade. Modelos de regressão logística multivariada foram utilizados para verificar os fatores que influenciavam na ocorrência de cardiotoxicidade ao longo do tempo.

Resultados: Dos 112 pacientes selecionados, 18 (16,1%) apresentaram cardiotoxicidade. Alteração contrátil segmentar (4,69 [IC: 1,62; 13,56], p<0,05), disfunção diastólica (4,37 [IC: 1,71; 11,15], p<0,05) e strain bidimensional (3,81 [IC: 1,25; 11,59], p<0,05) foram preditores independentes para cardiotoxicidade nesta coorte.

Conclusão: A presença de alteração contrátil segmentar, bem como disfunção diastólica e strain foram marcadores independentes na predição de cardiotoxicidade em pacientes submetidos à quimioterapia para câncer de mama, podendo ser útil na estratificação de risco destes pacientes.

49687

Experiência de um centro brasileiro com retransplante cardíaco

FÁBIO MORATO CASTILHO, SÍLVIO AMADEU DE ANDRADE, CLÁUDIO LÉO GELAPE, PAULO HENRIQUE NOGUEIRA COSTA, RENATO BRAULIO, KARLA CORDEIRO GONALVES, WAGNER DO NASCIMENTO CARVALHO e MARIA DA CONSOLAÇÃO VIEIRA MOREIRA

Faculdade de Medicina da UFGM, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Hospital das Clínicas da UFGM, Belo Horizonte, BRASIL.

Introdução: O transplante cardíaco (TC) constitui tratamento estabelecido para os pacientes portadores de insuficiência cardíaca grave e refratária ao tratamento clínico otimizado. Segundo o Registro Internacional de Transplantes a sobrevida após TC é de 81% em um ano e de 69% em cinco anos. Uma das principais complicações tardias com impacto na sobrevida é a doença vascular do enxerto (DVE), responsável por 30% das mortes anualmente após três anos do TC. O tratamento é o retransplante, o qual tem maior risco quando comparado com o primeiro TC. **Objetivo:** analisar a experiência e resultados do retransplante no nosso Centro.

Desenho: entre 2006 e 2017 foram realizados em nosso Centro 250 TCs. O tratamento imunossupressor foi constituído da combinação de ciclosporina A ou tacrolimus, micofenolato de mofetila ou micofenolato sódico associados à prednisona que foi suspensa após seis meses sempre que possível. As biópsias endomiocárdicas foram realizadas rotineiramente de acordo com protocolo institucional e tratamento imediato da rejeição se indicado. Foi instituída terapia para prevenção da DVE com sinvastatina e dilatazem, controle de HAS, Diabetes e outros fatores de risco. Um ecocardiograma de estresse com dobutamina foi realizado anualmente em todos os pacientes e se positivo para isquemia era realizada cineangiografia na sequência. **Resultado:** três pacientes foram submetidos a retransplante: dois pacientes devido a DVE (doença trivascular grave) e um paciente devido a rejeição aguda e disfunção grave e crônica do enxerto (FEVE de 19%). Idade média 52 anos, miocardiopatia dilatada (2) e Chagas (1), tempo decorrido após o primeiro transplante foi 10 anos para o primeiro paciente, três anos e cinco meses para o segundo e um ano e 11 meses para o terceiro paciente (rejeição). A sobrevida foi de 100% em seguimento médio de 66,6 meses (período de um mês a 10 anos). **Conclusão:** a medida que os pacientes sobrevivem às complicações agudas da fase inicial do transplante e a sobrevida em longo prazo aumenta, a necessidade de retransplante vai se tornando mais frequente. O retransplante é um procedimento de alto risco que pode ser realizado com sucesso em centros experientes. Tem como grande limitação a escassez de doadores.

49694

Caracterização do perfil de pacientes avaliados no último ano em um serviço particular de reabilitação cardiovascular

SABRINA COSTA LIMA, RENATA CRUZEIRO RIBAS e GABRIELA SUÉLLEN DA SILVA CHAVES

Reabilitação Cardíaca BH, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Programas de Reabilitação Cardiovascular (RCV) são reconhecidos por contribuírem para diminuição da recorrência de eventos cardiovasculares e internações hospitalares, além das taxas de morbidade e mortalidade. No entanto, segundo diretrizes, apenas 5 a 30% dos pacientes elegíveis são encaminhados.

Objetivo: Descrever o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes avaliados, no último ano, em um serviço particular de Fisioterapia Cardiovascular em Belo Horizonte. **Metodologia:** Estudo descritivo, realizado através da análise dos prontuários dos pacientes. Foi utilizada estatística descritiva e frequência para caracterização dos dados. **Resultados:** Foram analisados prontuários de 24 pacientes com média de idade de $66 \pm 13,8$ anos, 71% do sexo masculino, 58% casados e 46% aposentados. A média de IMC foi de $26,7 \pm 5,5 \text{ kg/m}^2$, circunferência abdominal de $101,8 \pm 10,3 \text{ cm}$ e FEVE de $52 \pm 15\%$. Em relação ao diagnóstico clínico, 46% apresentaram DAC, 37,5% IC, 33% arritmia, 29,2% valvulopatia, 17% DAOP e 8% doença cardíaca congênita. Setenta e um por cento apresentaram HAS, 75% dislipidemia, 42% diabetes, 75% sedentarismo, 25% faziam uso de bebida alcoólica e 25% tabagistas. Das comorbidades associadas, 50% eram ortopédicas, 21% reumáticas, 17% pulmonares e 17% neurais. Trinta e oito por cento dos pacientes já sofreram IAM, 12,5% tinham dispositivo cardíaco elétrico implantado, 25% realizaram troca valvar, 12,5% foram submetidos à CRVM e 33% realizaram angioplastia. Apenas 33% dos pacientes realizaram o teste ergométrico ou teste de esforço cardiopulmonar. Sobre o Questionário de Qualidade de Vida, a pontuação média obtida foi de $38 \pm 19,3$ pontos. Nos testes de avaliação fisioterapêutica de capacidade funcional e força muscular respiratória os pacientes apresentaram: média de 8 ± 4 repetições no teste da cadeira; média de $44,8 \pm 28,7\%$ do predito para distância percorrida no Incremental Shuttle Walk Test; média de $56,3 \pm 48,4\%$ do predito para pressão inspiratória máxima e $81,4 \pm 23\%$ do predito para pressão expiratória máxima. **Conclusão:** Apesar da heterogeneidade clínica, foi observada predominância de pacientes do sexo masculino com diagnóstico de DAC, hipertensos e sedentários. Estes resultados contribuem para o melhor planejamento das condutas adotadas de forma personalizada, visando a promoção de saúde através da diminuição de fatores de riscos e comorbidades, além de reforçar a importância de encaminhamentos médicos aos programas de RCV em diferentes diagnósticos.

49717

Estudo do perfil epidemiológico da miocardiopatia chagásica no município de paracatu- MG

GUILHERME AUGUSTO FÉLIX DA SILVA, LANUCY PEIXOTO DOS SANTOS, LUANA MARTINS DA SILVA, THAMILLYS TAVEIRA TEODORO DE MOURA, ARACELI HELENA PIRES SENA THOMAZ e RICARDO ALEIXO RODRIGUES DA ROCHA

Faculdade Atenas, Paracatu, GO, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A Doença de Chagas, parasitose causada pelo *Trypanosoma cruzi*, é transmitida ao homem por via vetorial; hemotransfusão; via transplacentária; transmissão oral por comida contaminada; transplantes de órgãos; via sexual e dentre outros. No quadro clínico verifica-se desde sinais e sintomas de insuficiência ventricular, taquiarritmias e/ou bradiarritmias, até eventos tromboembólicos. A avaliação do comprometimento cardíaco pode ser vista a partir do exame clínico e geralmente é confirmada através de exames de imagem. **OBJETIVO:** Verificar a incidência da miocardiopatia chagásica em pacientes no município de Paracatu, Minas Gerais. **METODOLOGIA:** Foi realizado um levantamento epidemiológico e os dados foram coletados da plataforma do DATASUS no SIAB, de 1998 a 2013, além de complementação textual dos sites Scielo, Bireme, Lilacs e PubMed. **RESULTADOS:** Em 1998 foram notificados 1.940 casos de miocardiopatia chagásica à cada 100 mil habitantes em Paracatu, Minas Gerais. Em 1999: 1.713/100.000 hab. Em 2000: 1.472/100.000 hab. Em 2001: 1.283/100.000 hab. Em 2002: 1.300/100.000 hab. Em 2003: 1.290/100.000 hab. Em 2004: 1.298/100.000 hab. Em 2005: 1.258/100.000 hab. Em 2006: 1.152/100.000 hab. Em 2007: 1.056/100.000 hab. Em 2008: 1.025/100.000 hab. Em 2009: 1.019/100.000 hab. Em 2010: 959/100.000 hab. Em 2011: 911/100.000 hab. Em 2012: 756/100.000 hab. Em 2013: 640/100.000 hab. Sendo que a média nacional em 1999 era de 96. Em 2000: 129. Em 2001: 115. Em 2002: 107. Em 2003: 100. Em 2004: 97. Em 2005: 98. Em 2006: 97. Em 2007: 95. Em 2008: 95. Em 2009: 93. Em 2010: 91. Em 2011: 88. Em 2012: 85. Em 2013: 82. **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:** Observou-se que a incidência de cardiomiopatia chagásica no Município de Paracatu, Minas Gerais é cerca de 95% maior do que a média brasileira. Em função do contexto apresentado, denota-se a necessidade de promoção e prevenção da doença através da ação dos profissionais de saúde de diversas maneiras, a exemplo da realização de campanhas em busca do diagnóstico precoce. Igualmente é essencial melhorias nas condições de vida socioeconômica a fim de erradicar os focos do vetor, como ocorre em moradias de taipa(pau a pique), eliminando o "habitat" do hospedeiro. Medidas assim, são imprescindíveis para minimizar a incidência da doença de Chagas. Além de que é preciso um maior comprometimento da secretaria de saúde na atualização dos dados, pois as informações são essenciais para um melhor controle epidemiológico.

49738

Associação entre os níveis séricos de vitamina D e a pressão arterial em trabalhadores de turnos da região dos incondientes

BRUNO FRANCIA MAIA ATHADEU, MARIANA CAMPOS BELO MOREIRA, GUILHERME AUGUSTO SOUSA BATISTA, GLEIZER RICHARD PARO GARRIDO, VIRGINIA CAPISTRANO FAJARDO, RAIMUNDO MARQUES NASCIMENTO NETO, PATRICIA PICARDI MORAIS DE CASTRO e AMANDA POPOLINO DINIZ

UFOP, Ouro Preto, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: Nos últimos anos a vitamina D tem surgido como um potencial fator relacionado às doenças cardiovasculares (DCV) devido à sua relação com seus principais fatores de risco, entre eles a hipertensão arterial (HA). Consequentemente a esse fator, a hipovitaminose D é considerada um problema de saúde pública devida à sua alta prevalência, parcialmente gerada pelos hábitos de vida atuais, como pouca exposição à radiação UVB e sua baixa ingestão na dieta. Atualmente, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) considera a 25(OH)D, forma biologicamente inerte e mais estável, como parâmetro para avaliar a reserva orgânica de vitamina D. Em meta-análise realizada por Kunutsor et al (2013) demonstrou-se que o aumento em 10 ng/ml de 25(OH)D reduz o risco de ocorrência de hipertensão futura em 12%. Nesse sentido, objetiva-se com o presente estudo investigar a relação dos níveis de vitamina D com a prevalência de HA em trabalhadores de turno alternante. **MÉTODOS:** Foi realizado um corte transversal numa população de 383 trabalhadores de turnos. Amostras de sangue foram coletadas e analisou-se o nível sérico de 25(OH)D por método de eletroquimioluminescência. Os trabalhadores foram divididos em dois grupos de acordo com a faixa etária: <45 anos e ≥45 anos e foi mensurada a pressão arterial (PA) segundo metodologia preconizada pela SBC. Foi utilizado o software estatístico R para avaliar a relação dos níveis de 25(OH)D com os valores pressóricos aferidos nos trabalhadores, por meio do Teste de Kruskal-Wallis e do Teste de Correlação de Spearman, considerando o nível de significância alfa de 5%. **RESULTADOS:** Em ambos os grupos etários não foram encontradas relações significativas quando se comparou 25(OH)D com a PA e os valores-P encontrados foram de 0,8317 e 0,1111. **DISCUSSÃO:** Na literatura são encontrados diversos estudos que relacionam níveis insuficientes de 25(OH)D com o aumento da PA ou maior risco de HA, associação não encontrada nesse estudo. Como a HA é uma doença multifatorial, a influência da vitamina D ainda não está completamente elucidada, o que pode explicar os resultados encontrados. Além disso, cabe ressaltar que por ser um estudo transversal, não estabelece relação temporal entre as baixas concentrações de 25(OH)D e a HA. **CONCLUSÃO:** Deste modo, estudos com maior poder estatístico que investiguem essa relação de causa e efeito são necessários a fim de avaliar os benefícios da vitamina D sobre os fatores de risco para DCV.

49748

Treinamento aeróbio em pacientes com cardiopatia chagásica após acidente vascular encefálico: impacto na qualidade de vida e capacidade funcional

ALINE CRISTINA DE SOUZA, HENRIQUE SILVEIRA COSTA, LORENN LAGES GUSMO, LIDIANE APARECIDA PEREIRA DE SOUSA, MANOEL OTÁVIO DA COSTA ROCHA, MARCIA MARIA OLIVEIRA LIMA e MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, BRASIL.

Introdução: A cardiopatia chagásica (CCh) é uma importante causa de acidente vascular encefálico (AVE). Apesar da importância do exercício em pacientes com CCh, seus efeitos em pacientes com CCh após AVE não foram verificados. **Objetivo:** Investigar o impacto do treinamento aeróbio (TA) na qualidade de vida (QV) e na capacidade funcional dos pacientes com CCh após AVE e comparar os efeitos do treinamento com pacientes com CCh sem eventos cardioembólicos submetidos ao mesmo protocolo de exercício. **Métodos:** Vinte e oito pacientes com CCh foram selecionados e divididos em dois grupos: pacientes após AVE (CCh-AVE) e pacientes CCh sem AVE, pareados por idade e sexo. Ambos os grupos foram submetidos a 12 semanas de TA. A QV foi avaliada pelo Short Form Health Survey (SF-36) e a capacidade funcional pelo teste ergométrico e pelo Teste de Caminhada de Seis Minutos (TC6') no início e no final do TA. **Resultados:** No grupo CCh-AVE, houve melhora significativa em todos os domínios do SF-36, no pico do consumo de oxigênio (VO2pico) ($p<0,01$) e na distância percorrida durante o TC6' ($p<0,01$) após o treinamento. Comparado aos pacientes sem sequelas de AVE, o grupo CCh-AVE apresentou melhora significativa nos domínios capacidade funcional ($p=0,02$), função física ($p=0,01$), percepção geral da saúde ($p<0,01$) e vitalidade ($p<0,01$) do SF-36. Além disso, o grupo CCh-AVE também teve aumento semelhante na distância percorrida no TC6' ($\Delta=12$ e 14% , $p=0,55$), mas aumento mais modesto no VO2pico ($\Delta=18$ e 27% , $p<0,01$). **Conclusão:** O TA resultou em melhorias significativas na QV e na capacidade funcional em pacientes com CCh e sequelas de AVE. A melhora na QV foi significativamente maior que a do grupo sem AVE. Estes resultados confirmam o efeito positivo do TA em pacientes com CCh associada ao AVE, mesmo na presença de incapacidades.

49758

Acidente vascular cerebral isquêmico na insuficiência cardíaca: características dos pacientes sem eventos isquêmicos à ressonância magnética encefálica

PEDRO DAMIAO JANSEN, JOICE COUTINHO DE ALVARENGA, THAIS APARECIDA REIS LAGE, THIAGO MENDONA NUNES DE PAULA, IARA LISA MARTINS SILVA, ISABELA DE FREITAS DIAS, MANOEL OTÁVIO DA COSTA ROCHA e MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES

Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Pós Graduação em Ciências da Saúde da UFMG: Inf. e Med T, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) constitui fator predisponente para acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico. Entretanto, o infarto cerebral pode ocorrer na ausência de sintomas. Com o advento da ressonância magnética (RM) de alta resolução, AVC subclínicos estão sendo mais frequentemente diagnosticados. **Objetivos:** Comparar as características clínicas dos pacientes com IC que sofreram AVC em relação aos que não apresentaram evidências de isquemia cerebral à RM encefálica. **Métodos:** 159 pacientes com IC diagnosticada pelos critérios de Framingham, maior secundária à doença de Chagas, foram incluídos. Os pacientes foram divididos em 2 grupos. Grupo 1 definido pela presença de AVC diagnosticado clinicamente e confirmado por imagem ($n=106$) e grupo 2 sem sintomas, submetidos à RM para afastar evento isquêmico subclínico ($n=53$). Os grupos foram comparados na proporção 2:1 (eventos e não eventos). Pacientes sem AVC, porém de alto risco, como fibrilação atrial ou trombo intracavitário, foram excluídos. Quatro pacientes do grupo 2 (7,5%) apresentaram isquemia cerebral à RM e foram posteriormente excluídos. **Resultados:** Os pacientes com AVC (grupo 1) apresentavam idade menor (50 ± 12 vs 57 ± 14 anos; $p=0,002$), maior frequência do sexo masculino (64 vs 16 ; $p=0,001$), sem diferença na classe funcional da NYHA em relação aos demais pacientes (grupo 2). Entretanto, as dimensões do ventrículo esquerdo (VE) e a fração de ejeção do VE (FEVE) foram diferentes entre os grupos, demonstrando maior dilatação do VE com menor fração de ejeção no grupo 1 (FEVE de 48 vs 40% ; $p=0,004$). Da mesma forma, o volume do átrio esquerdo foi maior nos pacientes do grupo 1 em relação ao grupo 2 (38 vs 45 mL/m²; $p=0,017$). A prevalência de aneurisma apical foi de 96% no grupo 1 e 4% no grupo 2 ($p=0,002$). **Conclusão:** Os pacientes com IC que se manifestam clinicamente com AVC isquêmico apresentam disfunção ventricular mais grave, apesar de mais jovens e terem classe funcional semelhante aos demais sem evidências clínicas e à RM de isquemia cerebral.

49759

Associação entre a vitamina D e os níveis séricos de lipídeos de trabalhadores de turno de uma empresa mineradora da Região dos Inconfidentes, Minas Gerais.

MARIANA CAMPOS BELO MOREIRA, BRUNO FRANCA MAIA ATHADEU, GUILHERME AUGUSTO SOUSA BATISTA, RAIMUNDO MARQUES NASCIMENTO NETO, TAIANA LOPES RANGEL MIRANDA, AMANDA POPOLINO DINIZ e VIRGÍNIA CAPISTRANO FAJARDO

Universidade Federal de Ouro Preto, ouro preto, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A dislipidemia é definida por concentrações anormais de lipídeos ou lipoproteínas no sangue. Dados do National Cholesterol Education Program (NCEP) apontam a dislipidemia como um problema global e um dos principais fatores de risco de doenças cardiovasculares (DCV). Estudos epidemiológicos indicam associação entre DCV, dislipidemia e deficiência de vitamina D. Autores observam que um mecanismo pelo qual concentrações de vitamina D afetam o risco de DCV é através do efeito sobre os lipídios, no qual a redução nos níveis de 25 hidroxivitamina D (25(OH)D) coexistiriam com queda dos níveis de colesterol HDL e com alta dos níveis de colesterol total (CT), colesterol LDL e triglicerídeos (TG). O presente estudo objetiva correlacionar o perfil lipídico e os níveis de vitamina D em uma amostra de trabalhadores de turno. **MÉTODOS:** Foi realizado um estudo transversal com 363 trabalhadores de turno de empresa mineradora da Região dos Inconfidentes, Minas Gerais. As análises das amostras de sangue e de 25(OH)D foram feitas pelo método enzimático e pela eletroquimioluminescência, respectivamente. Os níveis medianos encontrados são: 24.55 (25(OH)D), 206.2 (CT), 52.49 (HDL), 119.07 (LDL) e 165.6 (TG). Para verificar a relação da vitamina D com esses lipídeos aplicou-se o teste de Correlação. As análises foram realizadas no software R, considerando $p < 0,05$. **RESULTADOS:** Não foram obtidos resultados significativos na correlação entre a vitamina D e os níveis de lipídeos séricos (p -valores $> 0,05$). **DISCUSSÃO:** Estudos sobre a relação entre a vitamina D e o perfil lipídico ainda são controversos. A maioria obtém correlação, mas nem sempre é identificado a mesma variável lipídica como dependente. Possíveis explicações para tal fato são a influência das vias metabólicas da vitamina D e fatores externos que compõem os indivíduos da amostra. O presente estudo teve várias limitações: não houve ajuste de variáveis clínicas que afetam os dados coletados como raça, IMC, diabetes, hipertensão; a amostra tem certa homogeneidade de dados (97,52 % do sexo masculino, prevalência de faixa etária entre 30-50 anos e estilo de vida análogos); não verifica efeito de tempo entre as variáveis estudadas. **CONCLUSÃO:** Apesar dos resultados desse estudo, há indicio na literatura da relação entre vitamina D e dislipidemia. Analisar esses fatores de correlação pode ser relevante para diminuir a taxa de dislipidemia e de DCV. Faz-se necessário desenvolver novas pesquisas sobre o tema.

49763

Índices de Hipertensão Arterial Primária em Minas Gerais em cinco anos

BIANCA ALVES DE MIRANDA, CAROLINE LOPES GONÇALVES DE ANDRADE e VITOR PEREIRA SCARPETTE

UnifOA, VOLTA REDONDA, RJ, BRASIL - USS, VASSOURAS, RJ, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais ou estruturais dos órgãos-alvo como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS tem alta prevalência e taxas de controle variadas, sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. **OBJETIVOS:** Elucidar o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de HAS. **MÉTODOS:** Estudo transversal epidemiológico no DATASUS sobre HAS no período entre 2012 e 2016. **RESULTADOS:** Neste período de cinco anos no Brasil foram registradas 367.712 internações por HAS, sendo o Sudeste o segundo a mais internar com 122.015, e dentro dele o terceiro estado a mais internar foi Minas Gerais com 26.917 internações. Os homens são responsáveis por 10640 internações e as mulheres por 16227. Quanto à cor e raça, a maioria internada foi parda com 34%, 32,7% brancos, 7,5% negros, 0,66% amarelos, 0,02% indígenas, e 25% não tinham esse registro. A capital Belo Horizonte foi a que mais internou com 954, seguida dos municípios de Montes Claros com 821, Ipatinga com 818, Uberlândia com 627, 575 em Aimorés, 535 em Carangola e as demais cidades com menos de 500 internações registradas. Quanto às faixas etárias, em MG a idade que mais internou foi de 60-69 anos, com 5.956 internações, seguindo com as faixas entre 70-79 anos com 5404, adiante com entre 50 e 59 anos com 5239. As faixas etárias infantis que mais internaram foram entre 15 e 19 anos, com 186, e entre 10 e 14 anos com 60. Do total, 26538 foram internações de caráter de urgência, e 379 eletivas. Quase 6,7 milhões gastos em MG com serviços hospitalares, sendo 500mil gastos somente na capital. Registrou-se 298 óbitos em MG, com 138 do sexo masculino e 160 do feminino e taxa de mortalidade de 1,1% no estado. **CONCLUSÃO:** As grandes prevalências e taxas de complicações crônicas e agudas da HAS constituem um importante agravante da morbimortalidade das doenças cardiovasculares, que são as maiores em mortalidade no mundo. Mapear e elucidar as localidades e quantidades de acometimento por HAS é uma das principais formas de direcionar investimento público em saúde.

49764

A carga de febre reumática aguda continua alta no Brasil e está correlacionada a condições socioeconômicas desfavoráveis

BRUNO R NASCIMENTO, LETÍCIA M M RABELO, GABRIELA Z L RUIZ, TAINÁ VITTI LOURENÇO, KARLLA C A LAURIANO, JULIANA P A SANTOS, MARIA D C P NUNES e ANDREA Z BEATON

Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Childrens National Health System, Washington-DC, E.U.A.

Introdução: A carga global de Cardiopatia Reumática (CR) não é distribuída igualmente. A maioria dos indivíduos acometidos vive em países subdesenvolvidos ou em áreas de poucos recursos de países mais desenvolvidos. O Brasil tem uma das maiores taxas de desigualdade social e a CR continua prevalente no país. Entender a carga nacional de Febre Reumática Aguda (FRA), o antecessor da CR, é essencial para o planejamento das políticas de Saúde pública e para assegurar e destinar recursos para os grupos em maior risco. **Objetivos:** Avaliar as taxas de hospitalização, distribuição geográfica e correlação com níveis socioeconômicos da FRA no Brasil através de uma análise retrospectiva de internações de um banco de dados nacional. **Métodos:** Dados sobre hospitalizações devido a FRA, entre os anos de 2008 e 2015, foram coletados no banco de dados do DATASUS e filtrados por código de procedimento e código CID-10 e as taxas por habitante foram correlacionadas ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região onde ocorreram. **Resultados:** Durante o período de sete anos estudado, houve 26.054 hospitalizações devido a FRA (11.765 (45%) com e 14.289 (55%) sem comprometimento cardíaco). A idade média dos pacientes foi 11,9±4.9 anos, e o tempo médio de hospitalização foi de 8,0±2.9 dias. O número de hospitalizações por ano permaneceu estatisticamente estável, com um pico (4.156) em 2009 e o menor número em 2015 (2.395). O custo direto total das hospitalizações para o SUS foi de US\$3,5 milhões. As regiões Norte e Nordeste tiveram as maiores taxas de internação por FRA (2,26 e 2,02 por 10.000 habitantes, respectivamente). A Região Nordeste teve o menor IDH avaliado (0,659) e representou 41% das hospitalizações (10.721). Encontrou-se uma forte correlação negativa entre IDH regional e as taxas de hospitalização por FRA por habitante ($r = -0,86$, $p < 0,05$). No geral, a taxa de mortalidade intra-hospitalar foi de 1,79% (3,27% para pacientes com cardiite e 0,57% para aqueles sem comprometimento cardíaco, $p < 0,001$). A maior mortalidade global foi observada na região Sudeste (2,26%). **Conclusão:** As taxas de hospitalização devido a FRA no Brasil permanecem altas e se correlacionam com as condições socioeconômicas desfavoráveis do país. Os dados ainda estão provavelmente subestimados por questões de notificação e codificação. Registros hospitalares podem ajudar a identificar regiões de maior risco, ajudando a direcionar medidas educacionais e preventivas, primárias e secundárias.

49765

Primeiro ano do Serviço de Cardiologia Intervencionista (CI) e Cirurgia Cardiovascular (CCV) em uma Instituição Pública

GIBRAN BHERING NASCIF, LIANNA FERREIRA BRINGEL CAVALIERI, JUAN DEMOLINARI FERREIRA, GUSTAVO DE MORAES RAMALHO, JOSE MARCIO TROMA BARROSO FILHO, VAGNER CAMPOS DA SILVA, DIANE MICHELA NERY HENRIQUE e MARSELHA MARQUES BARRAL

Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, Juiz de Fora, MG, BRASIL - SUPREMA, Juiz de Fora, MG, BRASIL.

Introdução/fundamentos: As doenças cardiovasculares são as mais frequentes causas de morbimortalidade. O Hospital estudado é público, recentemente habilitado pelo Ministério da Saúde em alta complexidade em CI e CCV. O Hospital assiste mais de 559.636 mil habitantes em Juiz de Fora, além de municípios conveniados e pacientes via Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC). **Fundamento:** avaliar a mortalidade e o tempo de permanência hospitalar de pacientes (P) que foram submetidos a procedimentos em CI ou CCV na Instituição estudada em 2016. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, no qual foram analisados os procedimentos em CI e CCV, a partir do banco de dados do Hospital, no período de janeiro a dezembro de 2016, considerando-se as medidas descritivas, taxas de mortalidade e permanência hospitalar. O número de CCV e CI realizados em 2016 foi de 273, sendo: 199 (72,90%) procedimentos de CI e 74 (27,10%) CCV. Dos 199 procedimentos de CI, foram realizadas 142 (71,35%) cineangiogramas e 57 (28,65%) angioplastias, em 142 P, entre eles 79 (55,63%) homens e 63 (44,37%) mulheres, com média de idade de 58,1 anos. Estes P tiveram permanência média 9,4 dias, 131 (92,25%) deles obtiveram alta e 11 (7,75%) evoluíram a óbito. Foram realizadas 74 CCV, entre elas 52 (70,27%) em P pediátricos com média de idade 3,81 anos e 22 (29,73%) em P adultos com média de idade 45,7 anos. Dentre os P pediátricos 17 (32,70%) eram do sexo masculino e 35 (67,30%) feminino, com permanência média de 9,2 dias. 50 (96,15%) receberam alta e 2 P (3,75%) evoluíram a óbito. Destes P, 14 (26,92%) vieram pelo programa CNRAC e todos obtiveram alta. Dentre os P adultos 14 (63,63%) eram do sexo masculino e 8 (36,37%) feminino, permaneceram em média 15,1 dias sendo que 19 receberam alta e 3 evoluíram a óbito. Pelo CNRAC foram admitidos 3 adultos (13,63%) e todos receberam alta após CCV. Diante dos dados podemos observar uma mortalidade global de 6,7% nas CCV e 7,74% em procedimentos em CI. **Discussão:** Estudos mostram uma taxa de mortalidade em torno de 5-7% para CCV e de em torno de 6,1% para CI no Brasil. Em relação a PH no Brasil, a média é de 9 dias para CCV e para CI em torno de 3 dias. **Conclusões:** Podemos observar que a mortalidade global em CCV e CI acompanha a média de Serviços com larga experiência em nosso País, porém apresentamos uma maior taxa permanência hospitalar para ambos os procedimentos.

49768

Fechamento Percutâneo da CIA ostium secundum (CIA OS) em pacientes acima de 60 anos e em pacientes com menos de 15 kgs

EDMUNDO CLARINDO OLIVEIRA, MARCO ANTÔNIO MOURA, JOSE AUGUSTO ALMEIDA BARBOSA e TAMARA KATINA

HOSPITAL VILA DA SERRA, BH, MG, BRASIL - HOSPITAL FELICIO RCOHO, BH, MG, BRASIL - HOSPITAL VERA CRUZ, BH, MG, BRASIL.

Introdução: Apesar do fechamento percutâneo da CIA OS ser realizado como método de escolha na maioria dos grupos de pacientes pelo alto índice de sucesso e baixa morbimortalidade, alguns grupos de pacientes apresentam indicação controversa. Crianças com menos de 15 kg possuem indicações mais restritas pela necessidade e pelo maior risco do procedimento, determinado principalmente pelo tamanho da prótese e sua relação com o tamanho da criança. Da mesma forma, pacientes acima de 60 anos possuem indicação interrogada devido a dúvida do benefício do fechamento nesta faixa etária. **Objetivo:** Mostrar a experiência do serviço com o fechamento percutâneo de CIA nesses grupos de pacientes. **Método:** Entre Janeiro de 2000 e Abril de 2016, 45 crianças com menos de 15 kgs e 104 pacientes acima 60 anos foram referidas para fechamento percutâneo. As indicações para crianças foram grave repercussão hemodinâmica ou crescimento progressivo do CIA e nos adultos piora da classe funcional, sem outras causas para justificar, além da repercussão hemodinâmica pelo CIA. Todos procedimentos foram guiados por ECO TE ou IC e utilizadas as próteses Amplatzer ou Occlutech. Testes de avaliação de hipertensão arterial pulmonar e da função diastólica ventricular esquerda foram realizadas nos pacientes com alguma suspeita de alteração prévia. **Análise estatística:** As variáveis quantitativas foram descritas através de média±DP e as qualitativas através das frequências absoluta e porcentagem. Foram ilustrados os dados através dos gráficos: histograma, de pontos e de setores. O software utilizado foi o SPSS versão 20.0. **Resultado:** O implante das próteses foi realizado com sucesso em 100% dos casos. Entre as crianças com peso entre 4,8 kg e 14,8 (m= 11,4), a relação prótese/peso maior que 1 ocorreu em 86%. Nos adultos com idade entre 61 e 80 anos (67,2 ±5,6), o tamanho da próteses variaram 26 a 40mm. Houve melhora da classe funcional em todos os pacientes com normalização do tamanho das câmaras direitas entre 6 a 12 meses nas crianças e diminuição significativa entre os adultos. **Discussão e conclusões:** O fechamento percutâneo de CIA OS nos grupos de pacientes descritos dependem de cuidados especiais, mas pode ser realizado com a mesma segurança e o mesmo índice de sucesso que nos outros grupos.

49785

Avaliação dos índices de obesidade em Minas Gerais em cinco anos

BIANCA ALVES DE MIRANDA, CAROLINE LOPES GONÇALVES DE ANDRADE e VITOR PEREIRA SCARPETTE

UnifOA, VOLTA REDONDA, RJ, BRASIL - USS, VASSOURAS, RJ, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A obesidade é uma condição multifatorial de etiologia ainda não completamente esclarecida, e, de acordo com a OMS, o diagnóstico é feito pelo Índice de massa corpórea (IMC), considerando-se obesos os indivíduos com valor maior ou igual a 30 kg/m². As principais diretrizes consideram que a obesidade é um fator de risco para doenças cardiovasculares (DCV), com tendência para diabetes, hipertensão e dislipidemia. **OBJETIVOS:** Caracterizar o perfil dos pacientes com obesidade em Minas Gerais (MG). **MÉTODOS:** Estudo transversal epidemiológico no DATASUS sobre obesidade no período entre 2012 e 2016, analisando o estado MG. **RESULTADOS:** Em cinco anos no Brasil foram registradas 51.412 internações por obesidade, sendo o Sudeste o segundo a mais internar com 21.867, e na região o MG é responsável por 3199 internações. Destas, 88% são mulheres e 12% homens. A média de dias de internação é de 3,1. Quanto à cor e raça, a maioria internada foi parda com 58,6%, 28,25% brancos, 5,7% negros, 0,4% amarelos, 0,03% indígenas, e 7,03% não tinham esse registro. A capital Belo Horizonte teve maiores índices com 1.367, seguida dos municípios de Governador Valadares com 542, 473 em Poços de Caldas, 471 em Juiz de Fora, Uberlândia com 267, e as demais cidades com menos de 10 internações registradas. Quanto às faixas etárias, em MG a idade que mais internou foi de 30-39 anos, com 1063 internações, seguindo com as faixas entre 40-49 anos com 992, adiante com entre 50 e 59 anos com 557, de 20 a 29 anos com 397, de 60 a 69 anos 169, e acima de 70 anos apenas 10 registros. As faixas etárias infantis registradas são apenas as entre 15 e 19 com 10 e entre 10 e 14 anos com uma única internação. Do total, 2488 foram internações de caráter eletivo, e 711 urgências. Mais de 10 milhões foram gastos em MG com serviços hospitalares, sendo mais de 08 milhões em atendimentos eletivos. Registrou-se 108 óbitos no Brasil, e apenas 17 em MG, sendo a maioria mulheres, sendo a taxa de mortalidade de 0,53% em MG. **CONCLUSÃO:** Mudanças no perfil epidemiológico apontam para um envelhecimento populacional, que, juntamente às tendências de industrialização alimentar e de sedentarismo que têm avançado nas últimas décadas, favorece o cenário de consolidação da obesidade. Por ser um fator de risco para DCV torna-se necessário controle desta morbidade para profilaxia e promoção de saúde, facilitado pelo rastreo epidemiológico.

49794

Teste de PPD e Quantiferon em Pacientes com Doença Arterial Coronariana Após Infarto do Miocárdio: Implicações Quanto a Utilização de Agentes Imunobiológicos com Propriedades anti TNF-2α.

ROBERTA MARA BATISTA LIMA, LUÍSA CHAVES SIMÕES SILVA, MARCELO VASCONCELOS DIAS, JOÃO HENRIQUE BRANDÃO SANTOS, RÔMULO REIS VIANA, LAIS GONÇALVES VAZANTE DE SOUSA e GILMAR REIS

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Cardresearch - Cardiologia Assistencial e de Pesquisa LTDA, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamento: Evidências de estudos experimentais tem demonstrado o potencial de utilização de agentes anti-inflamatórios (AAI) como tratamento da placa aterosclerótica, sendo uma promissora modalidade de tratamento da doença arterial coronariana (DAC). Recentemente um estudo clínico de fase III foi executado testando um agente anti-TNF em pacientes após o infarto agudo do miocárdio. Estes AAI geralmente são anticorpos imunobiológicos os quais podem comprometer a imunidade celular e portanto reativar tuberculose (TBC) ou favorecer a expressão clínica de uma TBC latente. O Ministério da Saúde preconiza a realização de PPD para afastar a TBC latente no caso de utilização de AAI. So positivo, o P deverá ser tratado com isoniazida previamente à administração do AAI anti-TNF. Dois métodos são aceitos na literatura para esta avaliação: o PPD e o Quantiferon (Q).

Objetivo: Aferir a prevalência de TBC latente utilizando o teste de PPD e de Q em uma população de P com DAC e pós infarto do miocárdio, estáveis e em controle ambulatorial.

Material e Métodos: Após aprovação ética foram avaliados 133 P, 106 dos quais realizaram inicialmente o Quantiferon e logo após o PPD, com idade média de 59,3 ± 9,5 anos, sendo 76 (71%) homens. Dezesete P (16%) possuíam diabetes, 73 (71%) eram tabagistas e 94% dos P estavam em uso de estatinas.

< caption> Relação de positividade entre PPD e Quantiferon Q Normal
Q Positivo
PPD N 56 17
PPD reator 17 16

Conclusões: Nesta amostra de pacientes após infarto do miocárdio a taxa de PPD reator forte é elevada, evidenciando necessidade de identificação prévia deste subgrupo de pacientes, caso seja proposto AAI anti-TNF. Estudos adicionais são necessários para entender a discrepância entre o PPD e o Q para a identificação de TBC latente, especialmente no Brasil, onde a TBC é endêmica.

49795

Presença e severidade de insônia em hipertensos assistidos em unidades básicas de saúde de divinópolis/mg – estudo observacional

WALQUIRIA DA MATA SANTOS, LUÍSA TEIXEIRA PASQUALOTTO, CÍNTIA APARECIDA SANTOS, JACQUELINE ALVES, LAYRA FERNANDA MARTINS, SARAH CRISTINA VIEIRA, MARCO TÚLIO TAVARES SEIXAS e NEWTON SANTOS DE FARIA JÚNIOR

Universidade do Estado de Minas Gerais - UEMG, Divinópolis, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO

A insônia se caracteriza por dificuldade em iniciar o sono ou por acordar durante a noite e apresentar dificuldade para retornar ao sono. Tais alterações têm como consequência uma disfunção do ciclo/vigília que está relacionada com os ciclos da pressão sanguínea, causando assim o aumento da função cardíaca e pressão arterial. Indivíduos que apresentam dificuldade para dormir tem desencadeado uma maior prevalência de aumento na pressão sanguínea. O objetivo deste trabalho foi verificar a presença e severidade de insônia em indivíduos com diagnóstico clínico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) assistidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's) em Divinópolis. **MÉTODOS** Um estudo observacional transversal foi realizado com amostra consecutiva e de conveniência de 143 indivíduos, recrutados a partir de UBS's do município de Divinópolis-MG. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da universidade, sob número de protocolo 1.475.521/2016. Todos estes indivíduos foram avaliados clinicamente e responderam ao Índice de Severidade de Insônia.

RESULTADOS A média de idade foi de 54,3 ± 15,5 anos e de índice de massa corporal 25,8 ± 6,3 kg/m2. Do total, 79,3% dos indivíduos eram do sexo feminino. 84,3% destes apresentaram insônia, sendo que 36,8% apresentaram grau leve, 35,2% grau moderado e 16,8% grau grave de insônia. **DISCUSSÃO** Recentemente, os distúrbios do sono foram considerados problema de saúde pública mundial, e têm sido relacionados cada vez mais às patologias cardiovasculares, principalmente à hipertensão.

Com a análise dos achados do Índice de Severidade de Insônia, notou-se que a maior parte dos sujeitos possui insônia leve, dado confirmado pela pontuação global, uma vez que 143 pacientes (84,3%) obtiveram pontuação superior a cinco. Alguns estudos demonstram a hipótese da insônia e a duração do sono desempenharem papéis importantes na etiologia da HAS.

CONCLUSÃO Verificou-se a presença de insônia em boa parte dos indivíduos com HAS. Resultados de estudos auxiliam no planejamento e implementação de políticas públicas e programas destinados a controlar os distúrbios do sono

49800

Perfil funcional de indivíduos com doença arterial periférica e comparação entre participantes e não participantes de programa de reabilitação vascular

SHEYLA ROSSANA CAVALCANTI FURTADO, AMANDA PEREIRA SANTOS, JHESSICA MACIEIRA PEREIRA, DEBORA URSULA FERNANDES SOUZA e DANIELLE APARECIDA GOMES PEREIRA

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A doença arterial periférica (DAP) leva à isquemia periférica, principalmente em membros inferiores. O principal sintoma é a claudicação intermitente durante a caminhada, podendo levar a limitação de locomoção, interferir na capacidade funcional e na qualidade de vida. O tratamento desses indivíduos é direcionado às deficiências relacionadas à atividade de deambulação. Considerando-se a importância da avaliação global, o objetivo deste estudo é descrever o perfil funcional de indivíduos com DAP através da avaliação de atividade e participação e comparar o componente de atividade e participação entre participantes e não participantes de programa de reabilitação (PR) vascular. **Método:** 87 participantes do ambulatório de atendimento vascular, ≥ 18 anos, com diagnóstico de DAP, 36 realizaram reabilitação vascular. O componente atividade foi avaliado através do perfil de atividade humana (PAH) e participação pela escala de participação. Para análise de dados utilizou teste qui-quadrado e teste t independente, considerando-se um α de 5%. **Resultados:** Indivíduos claudicantes, 66,7% do sexo masculino, com média de idade $64,86 \pm 7,94$ anos, 65,1% não realizavam atividade física. De acordo com o escore do PAH a maioria dos indivíduos foram classificados como debilitados ou inativos. Na escala de participação grande parte dos participantes não apresentavam restrição. Na comparação entre participantes e não participantes do PR foi verificada diferença estatisticamente significativa na locomoção dos indivíduos dentro e fora de casa, sendo esta limitação percebida principalmente nos não participantes do programa de reabilitação vascular. **Discussão:** A maioria dos participantes relatou limitação em atividade, mas não reportou restrição na participação. Possivelmente existe influência de fatores contextuais, pessoais e socioeconômicos que contribuem na percepção destes indivíduos. A reabilitação vascular, embora contribua para a diminuição dos sintomas e melhora da performance na caminhada, não pode ser vista como o único fator para melhora da participação social de indivíduos com DAP. **Conclusão:** A DAP leva à limitação de atividades, mas não existe percepção de impacto importante em relação à participação social. A reabilitação promove impacto positivo do componente atividade, mas sem repercussão no componente de participação. Este achado reforça o modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade no que diz respeito à interação de múltiplos fatores.

49874

Plano de orientações a pacientes após o implante de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis

MAYARA S. VIANNA, SALETE MARIA DE FÁTIMA SILQUEIRA e ALESSANDRA ROCHA LUZ

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: No Brasil, é crescente o número de transtornos de condução e arritmias cardíacas e de implantes de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis (DCEI). Assim, torna-se necessário avaliar o conhecimento e a prática do autocuidado em relação ao uso desses dispositivos, pois o usuário deverá aprender a conviver com este aparelho adaptando-o ao estilo de vida. O estudo teve como objetivo estabelecer um plano de orientações para pacientes submetidos a implante de DCEI, a partir da caracterização da população e identificação das principais dúvidas na alta hospitalar. **Método:** Estudo transversal, descritivo, realizado em um hospital universitário. A amostra incluiu pacientes submetidos a implante de DCEI que realizaram a primeira revisão com telemetria após a cirurgia. A coleta de dados ocorreu por dois meses, durante orientações de enfermagem para a alta hospitalar. Os dados foram lançados em um banco de dados do EpiData 3.1 e a análise descritiva foi realizada com dados relativos a frequência, média e percentual. **Resultados:** Participaram 50 pacientes com idade média de 63,66 anos, 54,0% dos quais eram mulheres, 80,0% havia completado o ensino fundamental, 82,0% era natural do interior do estado, 32,0% era morador de Belo Horizonte e 14%, procedente de zona rural. A maioria foi submetida à troca de gerador do dispositivo (48%) e os demais, a implantes de marcapasso (22%), cardiodesfibrilador implantável (26%) e resincronizador (2%). As dúvidas mais frequentes foram quanto à posição adequada para dormir (90%), sobre o procedimento cirúrgico (80%), cuidados com a cicatriz operatória (72%), uso de caixas de som grandes (70%) ou micro-ondas (62%) e restrições do braço após a cirurgia (62%). **Discussão:** Um plano de orientações e um folheto de orientações foram elaborados e modificados segundo resultados da pesquisa, abordando os cuidados, as restrições após a cirurgia e as informações ao portador de DCEI. O desenvolvimento do trabalho possibilitou uma melhora na atuação dos profissionais de enfermagem na orientação dos pacientes após o implante do DCEI. O processo de orientação tornou-se sistematizado, como uma organização das informações a serem passadas. **Conclusão:** Profissionais de saúde podem contribuir para a prevenção de complicações pós-cirúrgicas e a preservação da qualidade de vida do portador de DCEI, planejando orientações direcionadas a suas dúvidas e mantendo um conhecimento atualizado sobre DCEI.

49880

Perfil demográfico da população em estudo de biomarcadores e eventos cardiovasculares secundários ao uso de doxorubicina no câncer de mama

RICARDO SIMOES, ADRIANO P. SABINO, LUCIANA M. SILVA e KARINA B. G. BORGES

Fundação Hospitalar do Estado MG - Hosp. Alberto Cavalcanti, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Faculdade de Farmácia da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL - FUNED, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Doenças cardiovasculares (DCV) e cânceres são as principais causas de óbito na população mundial. Essa combinação é cada vez mais frequente em decorrência de avanços na terapêutica oncológica que, se por um lado resultaram na melhora da sobrevida, por outro os expõem a um alto potencial de cardiotoxicidade. **Objetivos:** apresentar o perfil demográfico da população de um estudo para avaliar marcadores bioquímicos, bem como microRNAs (miRNA) relacionados ao controle dos genes do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) e correlacioná-los aos eventos cardiovasculares. **Material e método:** amostra de conveniência, coorte prospectiva, de 75 pacientes com câncer de mama e indicação à quimioterapia (QT) com doxorubicina, e 25 mulheres sem câncer. Exames complementares: eletrocardiograma, radiografia do tórax, ecocardiograma, hemograma, glicemia, glicohemoglobina, uréia, creatinina, sódio, potássio, lipídograma, PCR. Todos os biomarcadores foram mensurados antes da QT, uma semana e 12 meses após a conclusão do ciclo de ACT. **Resultados:** a idade média foi de $52,52 \pm 12,44$ anos, com mediana de 54 anos e intervalo de 24 a 82 anos; escolaridade distribuída entre analfabetos: 5 pacientes (5,88%), com estudo ≤ 4 anos: 31 pacientes (36,47%), e com > 4 anos: 49 pacientes (57,65%). Considerando os fatores de risco: idade: > 65 anos: 14 (16,47%); obesidade: 31 (37,80%); hipertensão arterial: 40 (47,06%); Diabetes melito: 10 (17,6%); arritmia cardíaca: 11 (12,94%) pacientes. Na determinação histológica foram encontrados: carcinoma ductal invasor: 70 (85,36%); carcinoma lobular: 10 (12,2%) e especiais (leiomiossarcoma, papilar): 2 (2,44%); diagnóstico molecular: luminal: 24 (32,43%); HER2 positivo: 30 (40,54%); triplo negativo: 20 (27,0%). Três pacientes evoluíram para óbito por avanço do câncer. Apenas 01 paciente teve redução da fração de ejeção do VE acima de 10%, mas sem sintomas. **Conclusão:** descrevemos o perfil das pacientes submetidas ao ciclo de ACT para posterior descrição de uma relação entre os níveis de marcadores bioquímicos coletados e o desenvolvimento de eventos cardiovasculares e de uma elevação dos níveis destes analitos com o tratamento. Estes resultados poderão auxiliar no diagnóstico precoce dos eventos cardiovasculares em mulheres com câncer de mama sob tratamento com doxorubicina. **Palavras-chave:** câncer de mama; cardiotoxicidade; doxorubicina; biomarcadores

49882

Cardiomiopatia de Takotsubo - manifestações clínicas e evoluções - série de dez casos

ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO, GUSTAVO FONSECA WERNER, KLEISSON ANTONIO PONTES MAIA, ROBERTO DRUMOND FERREIRA DE MELO, DANIEL DE FREITAS MORAES, ARI MANDIL e JOSE CARLOS DE FARIA GARCIA

HOSPITAL LIFECENTER, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

FUNDAMENTOS: A cardiomiopatia de takotsubo (CT), cardiomiopatia do estresse ou síndrome do coração partido caracteriza-se pela transitoria discinesia ou acinesia apical e hipercontractilidade basal do VE, associada a alterações sugestivas de isquemia ao eletrocardiograma (ECG) e elevação de marcadores de necrose miocárdica (MNM), simulando infarto do miocárdio. À coronariografia (CATE) visualiza-se balonamento apical e coronárias isentas de obstruções significativas. Corresponde a 1-2% das admissões por SCA e 2,2% das por insuficiência cardíaca agudamente descompensada. Acomete mulheres pós-menopausadas; um fator estressante físico ou psíquico precedente normalmente está presente. Pode ser fatal, mas 95% recuperam a função ventricular em 4-8 semanas. Recorrência ocorre em menos de 10%. Variantes raras são a forma "invertida" e a associada às emoções felizes (happy heart syndrome). O tratamento é suportivo. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Estudo observacional, retrospectivo, de acompanhamento de casos. **RESULTADOS:** Entre janeiro de 2007 e maio de 2017, 10 pacientes femininas, idades entre 53-85 anos, tiveram diagnóstico de CT em nosso serviço. Todas manifestaram dor torácica típica; 6 (60%) tiveram dispnéia. Quanto ao ECG, 6 (60%) elevaram segmento ST, 4 (40%) inverteram ondas T; em todas, a derivação V1 foi preservada. Os MNM e NT-proBNP elevaram-se em todas. Ao Ecocardiograma (Eco), a FEVE inicial variou entre 38% e 47%. Uma paciente realizou ressonância magnética cardíaca, que confirmou o diagnóstico. Todas submetem-se a CATE e nenhuma mostrava lesão coronariana obstrutiva. Como fator predisponente, 6 tiveram discussões familiares, 3 perderam entes queridos, 1 apresentou fratura cirúrgica no pulso. Sete reportaram algum grau de depressão. No acompanhamento clínico, todas as pacientes receberam alta hospitalar, normalizaram a FEVE e o NT-proBNP em até 6 semanas. Prescrevemos e mantivemos AAS e estatinas para todas; 8 usaram algum antidepressivo. Uma paciente (a mais idosa) faleceu. Todas as demais encontram-se vivas. Nenhuma recorreu dor ou desconforto precordial ou dispnéia, não ocorreram novas internações hospitalares e nenhuma paciente desenvolveu insuficiência cardíaca, num seguimento médio de 6 anos. **CONCLUSÃO:** A cardiomiopatia de takotsubo é uma entidade frequente, associada a sintomas e sinais sugestivos de doenças potencialmente muito graves, mas que tem evolução benigna. Maiores estudos são necessários para melhor entender a fisiopatologia

49935

Infarto agudo do miocárdio com coronárias angiograficamente normais (MINOCA): série de 18 casos. Diagnósticos, perfil epidemiológico e evoluções

ESTEVÃO LAINNA FIGUEIREDO, FABRÍCIO PELUCCI MACHADO, IGOR HITIRO ITO VIEIRA, BRUNA EDILENA PAULINO AZEVEDO, GUSTAVO FONSECA WERNER, JOSE CARLOS DE FARIA GARCIA, ISABELA VIANA DE PAIVA e LAURO HENRIQUE CARNEIRO TAVARES

HOSPITAL LIFE CENTER, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: MINOCA, siga em inglês, significa infarto agudo do miocárdio (IAM) sem aterosclerose coronariana obstrutiva significativa ao cateterismo (CATE). Incidência de 5% a 25% de todos os casos de IAM. Manifesta-se por evidências clínicas e laboratoriais de IAM com CATE normal ou com estenose coronariana < a 50%, com predomínio em mulheres mais jovens. Não é entidade tão benigna quanto se achava. Mortalidade por qualquer causa durante a internação se encontra em torno de 0,1 a 2,2%, enquanto após um ano, chega a 2,2 a 4,7%. As causas dividem-se em epicárdicas (espasmo epicárdico e trombose intracoronariana) e microvasculares (miocardite, síndrome de takotsubo, microembolismo e espasmo microvascular). O diagnóstico em geral é confirmado por testes provocativos e/ou por ressonância magnética (RNM) cardíaca (presença de realce tardio transmural em territórios de irrigação coronariana). **MÉTODOS:** Estudo retrospectivo, de análise de prontuários. **RESULTADOS:** Entre 11/02/2014 e 10/05/2017, identificaram-se 34 pacientes com sintomas de IAM, elevação de troponinas e CATE com coronárias angiograficamente normais. Destes, 18 submeteram-se a RNM cardíaca, que confirmou o IAM e foram considerados para esta análise. Dos 18 pacientes, 11 (61%) eram do gênero feminino, com idade média de 48 (+/- 12) anos. Observou-se a presença de miocardite em 7 casos, síndrome de takotsubo em 4, "ponte miocárdica" em 3 pacientes, angina de Prinzmetal em 1. Três pacientes não tiveram etiologia elucidada. Quanto ao eletrocardiograma (ECG), dez tiveram supradesnivelamento do segmento ST, embora em 7 deles o padrão sugerisse miocardite. A elevação média de troponina foi de 3,30. O tempo médio de internação hospitalar foi de 3,8 dias, sendo a permanência média em UTI de 2,7 dias (ambos inferiores às médias do IAM tradicional; 5,1 e 4,2 dias, respectivamente). Não ocorreu nenhuma morte hospitalar dentro dos 18 casos de MINOCA acompanhados. Insuficiência cardíaca (IC) transitória ocorreu em todos os 4 casos de takotsubo e em 5 de miocardite, com FEVE média de 43% (28-58%) ao Eco ou RNM cardíaca. Em seguimento clínico de até dois anos, nenhum caso de novo IAM, morte por todas as causas, morte cardiovascular ou reinternação por causas cardiovasculares foi observada. **DISCUSSÕES E CONCLUSÕES:** Em uma série de 18 casos MINOCA mostrou ter prognóstico e evolução melhores que IAM tradicional.

49942

Estudo sobre nascidos vivos com malformações congênitas do aparelho circulatório por cinco anos em Minas Gerais.

BIANCA ALVES DE MIRANDA, CAROLINE LOPES GONÇALVES DE ANDRADE e VITOR PEREIRA SCARPETTE

UNIFOA, VOLTA REDONDA, RJ, BRASIL - USS, VASSOURAS, RJ, BRASIL.

Introdução: Malformações são detectadas em aproximadamente 3 a 5% dos recém-nascidos (RN), sendo a principal causa de morte infantil em países desenvolvidos. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) são definidas como qualquer defeito na constituição de algum órgão ou conjunto de órgãos que determine uma anomalia morfológica estrutural ou funcional multifatorial. Dentre estas, as do aparelho circulatório tem alta prevalência. **Métodos:** Estudo transversal epidemiológico com dados do DATASUS pelo SINASC, avaliando as variantes no estado de Minas Gerais (MG) no período entre 2011 e 2015. **Resultados:** Registrou-se em cinco anos mais de 10 mil nascidos vivos no Brasil com alguma má formação do aparelho circulatório, sendo 7.159 destes no Sudeste, e 603 no estado de MG. Deste total 55,8% são do sexo masculino e os 42,2% restantes do feminino. A capital Belo Horizonte (BH) foi o que mais registrou nascimentos, com 107 do total, seguido do município de Conselheiro, com 29, Ribeirão das Neves com 24, Betim, com 21, Uberaba 16, Uberlândia 15, Montes Claros com 14, e as demais distribuídas em municípios de menor porte e com registros isolados. Quanto à cor e raça, 43,3% são brancos, 40,7% pardos, 8% negros, 1% amarelos e 7,13% sem informação. 94,6% foram gestações únicas e 4,8% múltiplas. 65,6% nasceram à termo e 31% foram pré-maturos. 78,4% dos partos cesáreos e 22,2% vaginais. 1,5% dos recém-nascidos macrossômicos, 34,3% baixo peso e 64% dentro da curva normal de peso. Das gestantes com pré-natal, 75% tiveram 7 consultas ou mais, 22% entre 1 e 6 consultas e 1,8% não fizeram nenhuma consulta. 54,4% das gestantes eram casadas e 31,3% solteiras. **Discussão:** MG tem o segundo maior índice de malformação cardiovascular no Sudeste, sendo a maioria dos RN meninos, quase 20% nascidos em BH, a maior parte brancos e pardos, parto à termo e cesáreo, de gestação única e acompanhamento com pré-natal. Comparando aos dados de anos anteriores, percebe-se uma mudança epidemiológica associada ao aumento da cobertura diagnóstica no pré-natal que favorece o prognóstico para gestante e RN. **Conclusão:** O comprometimento da qualidade de vida e a morbimortalidade associadas às malformações denotam investimento em políticas de saúde que possibilitem diagnóstico precoce, idealmente no intra-útero, para evitar complicações e aumentar a sobrevida.

48931

Aneurisma de aorta com dissecação tipo B - relato de caso

LAÍSE OLIVEIRA RESENDE, LARISSA GARZONE e SERGIO CORREA PRATA

Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, BRASIL - Universidade de Uberaba, Uberaba, MG, BRASIL.

Introdução: A dissecação aórtica ocorre a partir da ruptura longitudinal da camada média, sendo que sua localização é classificada em tipo A (proximal) e em tipo B (distal). Ressalta-se que dois terços das disseções são do tipo A e um terço do tipo B. Aproximadamente 65% das lacerações da camada íntima acontecem na aorta ascendente, 20% na aorta descendente, 10% no arco aórtico e 5% na aorta abdominal (BRAUNWALD, ZIPES, LIBBY, 2003). O objetivo deste trabalho consistiu em relatar o caso clínico de uma importante dissecação de aorta sem sintomas característicos, a qual foi diagnosticada a partir de exames de imagem durante internação devido à hiperplasia prostática e a importância do diagnóstico diferencial de dor torácica em serviços de emergência hospitalar. Descrição do caso: G.F.S., 69 anos, masculino, branco, portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS) há 2 anos, apresentou quadro de emergência hipertensiva. Paciente foi internado em decorrência de hiperplasia prostática benigna e prostatite, e na avaliação pré-operatória foi diagnosticada dissecação de aorta trombada. Realizou-se avaliação clínica do paciente e posterior revisão de literatura referente ao tema abordado. A coleta de dados foi realizada a partir do prontuário eletrônico, entrevista, exames laboratoriais, radiografia de tórax e tomografia. Paciente portador de prostatite há 8 anos, com relato de dor suprapúbica tipo cólica, disúria e polaciúria. Referiu dor retroesternal há 2 anos, de forte intensidade, com 10 horas de duração, além de astenia e dispneia, permanecendo assintomático desde então até a data atual. Faz uso de Losartana e Atenolol, ambos 50 mg/dia, há 2 anos, em decorrência de HAS. A radiografia de tórax demonstrou dilatação de aorta e a tomografia demonstrou a dissecação trombada de aorta (croça e aorta descendente), tipo B/III. Ressalta-se a gravidade do quadro com ausência total de sintomas. Conclusão: Destacou-se a importância da abordagem precoce e o conhecimento de amplos diagnósticos diferenciais de dor torácica, para que ocorra diagnóstico e tratamento adequado a fim de minimizar riscos de complicações hipertensivas, obtendo-se, dessa forma, melhores prognósticos.

48932

Bloqueio atrio ventricular total paroxístico

PATRICIA LOPES TEIXEIRA, e FRANCYS VICENTE CORREA RIMOLLO

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO, CAXIAS, RJ, BRASIL - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI, RJ, BRASIL.

Introdução: Bloqueio AV paroxístico é o fenômeno da ocorrência, de forma súbita e inesperada, de uma sucessão de ondas P bloqueadas. Relato de caso: Paciente LBL, 84 anos, deu entrada com quadro de dispnéia, dor epigástrica e astenia súbita há 5 horas, ao exame: BEG, cooperativa, porém sonolenta, eupneica, hipocorada 1+/4+, hidratada, acianótica, anictérica. RCR em 2t, bulhas hipofonéticas, sem sopros, bradicárdica, MVUA sem ruídos adventícios. Abd ndn, MMII edema 1+4+, panturrilhas livres. HPP: hipertensão e diabetes de longa data em tratamento irregular com losartan, hidroclorotiazida e metformina, obesa grau II, nega tabagismo ou etilismo, nega Doença de Chagas. Solicitado eletrocardiograma e enzimas. Primeiro ECG com BAVT, BRD 3 grau, alteração de repolarização em parede inferior e sinais de sobrecarga ventricular esquerda FC 34bpm. Curva enzimática negativa. Ficou internada então aguardando transferência para unidade hospitalar para colocação de marcapasso, sem instabilidade hemodinâmica. No quinto dia de internação evoluiu com melhora da sonolência e o ECG modificou para BAV 1 grau, BRD e HBAE fc 62 bpm e permaneceu assim até ser transferida no 13º dia de internação na upa, porém desde o primeiro dia de internação já foi solicitado transferência para a regulação. Foi transferida para unidade hospitalar e colocou marcapasso sem intercorrências. Conclusão: A instalação aguda define o chamado bloqueio av total paroxístico. Esta forma de bloqueio comporta dois mecanismos: 1. BAVT paroxístico em fase 3, ou taquicardia-dependente, caracterizado pela presença de encurtamentos progressivos (geralmente súbitos) dos intervalos p-p até um nível crítico em que o ramo lesado perde a sua capacidade de transmitir o impulso (os estímulos chegam ao ramo em tempo mais curto do que a sua capacidade de recuperação). 2. BAVT paroxístico em fase 4, ou bradicardia-dependente. A sua instalação ocorre em função de um prolongamento progressivo dos intervalos p-p, com aparecimento de despolarização diastólica no ramo. No caso da paciente acima ela deu entrada com BAVT não sendo possível distinguir fase 3 da fase 4.

48937

Estratégias clínicas e cirúrgicas para redução de transfusões de sangue em cirurgia cardíaca grave e complexa

ANTONIO ALCEU DOS SANTOS, JOSE PEDRO DA SILVA, JOSE F BAUMGRATZ, JOSE REINALDO DE OLIVEIRA JUNIOR, ERNESTO L NETO, RODRIGO M. CASTRO, FELIPE A M STELA e RODRIGO F BEZERRA

Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento Em todo mundo, verifica-se uma demanda crescente de sangue para transfusões em cirurgias, levando a sua escassez nos bancos de sangue. No Brasil, a necessidade de transfusões sanguíneas crescem a taxa de 1% ao ano, enquanto as doações crescem de 0,5% a 0,7% ao ano. Mediante um uso racional de sangue, com a utilização de estratégias transfusionais em cirurgia cardíaca, é possível reduzir quase a metade das mortes e dos custos hospitalares pós-cirúrgicos. Desde 2010 a própria Organização Mundial de Saúde recomenda a utilização de estratégias para reduzir as hemotransfusões. Objetivo Demonstrar segurança e eficácia de estratégias clínicas e cirúrgicas para redução de transfusões de sangue alogênico em um caso de cirurgia cardíaca grave e complexa. Métodos O paciente tornou-se o foco do tratamento. Utilizamos estratégias que visam gerenciar e conservar o sangue do próprio paciente. Ações médicas no pré, intra e pós-operatório. Mesmo sendo uma cirurgia de urgência, administramos no pré-operatório uma dose de 600 UI/kg de eritropoietina humana recombinante (r-Hu-EPO). No intraoperatório fizemos uso da hemodiluição normovolêmica aguda, da recuperação sanguínea intraoperatória (cell saver), anestesia hipotensiva e hipotermia controlada, hemostasia metilcolosa, uso de agentes hemostáticos sistêmicos e tópicos, desmopressina, menor tempo de circulação extracorpórea e por último maior tolerância fisiológica à anemia. No pós-operatório reduzimos as flebotomias rotineiras diárias, realizamos microcoletas de sangue em tubos pediátricos e, fundamentalmente, conduta restritiva de transfusão. Para o controle do sangramento excessivo utilizamos o concentrado de complexo protrombínico e o de fibrinogênio humano. Resultados Trata-se de um caso de dissecação aguda da aorta ascendente (maior diâmetro transversal de 69 mm) e insuficiência valvar aórtica importante. A cirurgia consistiu em correção da dissecação com implante de tubo sintético em aorta ascendente e plastia valvar aórtica. A cirurgia ocorreu sem intercorrências, utilizando-se apenas sangue autólogo. Conclusão Existem estratégias clínicas e cirúrgicas, seguras e eficazes, para realizar cirurgia cardíaca grave e complexa sem o uso de transfusão de sangue alogênico. Mediante estas e outras alternativas é possível reduzir as necessidades transfusionais, quer no número de doentes transfundidos, quer a quantidade de sangue e seus componentes administrados a cada doente.

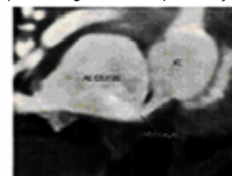
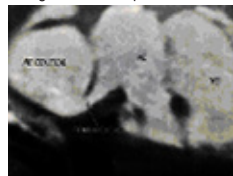
48942

Apresentação atípica de Cor Triatriatum diagnosticado pela angiotomografia cardíaca: Relato de Caso

LUDIMILA SOBREIRA SENA, THIAGO ABIZAID KLEINSORGE, NUNO DE ANDRADE REZENDE LIMA, ANA LUIZA SOBREIRA SENA, EDUARDO DOS SANTOS JUNIOR e FELIPE GOMES DE OLIVEIRA

Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, BRASIL.

Introdução: Cor triatriatum sinistrum é uma cardiopatia congênita rara que apresenta uma incidência de 0,1% a 0,4% entre doenças congênitas cardíacas. Essa anomalia é caracterizada pela presença de uma membrana fibromuscular que divide o átrio esquerdo em dois compartimentos. Em sua forma mais comum, essa membrana é delgada e permeada por um ou mais óstios que permitem a passagem de sangue da câmara proximal para a distal diretamente. Relato de Caso: LVGS, feminina, 8 meses, nascida a termo, em uso de furosemida oral desde os 2 meses de idade devido a dispnéia persistente após o nascimento, foi admitida na emergência com choro intenso, dispnéia e cianose. Ao exame, apresentava-se taquipneica, taquicárdica, com RR3T e desdobramento fixo de B2, BNF e sopro sistólico (2+/6+). A paciente foi estabilizada clinicamente com ajuste de dose do diurético e administração endovenosa, evoluindo satisfatoriamente. Para investigação diagnóstica, realizou-se ecocardiograma transtorácico, que demonstrou compartimentalização de átrio esquerdo e drenagem anômala de veias pulmonares para seio cavernoso, porém sem evidências de comunicação entre as câmaras atriais. Aparentadas as hipóteses de cor triatriatum e drenagem anômala das veias pulmonares, solicitou-se angiotomografia cardíaca. O exame evidenciou uma membrana espessa em AE e sem óstios de comunicação entre as câmaras, com esta ocorrendo posteriormente ao AE e com a drenagem das veias pulmonares para a câmara superior. Selado o diagnóstico de cor triatriatum sinistrum, foi proposta a correção cirúrgica. No entanto, a paciente evoluiu de maneira desfavorável no pós-operatório e progrediu para óbito. Conclusão: Este caso demonstra a capacidade angiotomografia cardíaca no auxílio da definição diagnóstica e terapêutica das cardiopatias congênitas com apresentação atípica.



48975

Amiloidose cardíaca com desfecho desfavorável: relato de caso

JOSÉ RICARDO COSTA DE OLIVEIRA,

NCor, Itajubá, MG, BRASIL - Magsul, Itajubá, MG, BRASIL - Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG, BRASIL.

Introdução. A amiloidose cardíaca é a doença de proteína plasmática mais rara podendo causar um quadro clínico polimórfico, com a insuficiência cardíaca congestiva e arritmias as manifestações mais comuns. O diagnóstico é difícil e tardio, pois há manifestações clínicas pouco específicas e facilmente associadas a outras patologias. A confirmação diagnóstica é feita com biópsia miocárdica pela alta especificidade (100%), porém é um método pouco utilizado por sua complexidade. Assim, mais frequentemente, o diagnóstico é sugerido por alteração eletrocardiográficas e ecocardiográficas características. **Relato do Caso.** MCF, feminino, 28 anos, com paralisia cerebral ao nascer e passado de acidente vascular encefálico isquêmico desenvolveu quadro sintomático de insuficiência cardíaca. Após exame clínico, eletrocardiograma (ECG) evidenciou padrão sugestivo de sobrecarga ventricular esquerda importante e ecocardiograma (ECO) levantou-se a hipótese diagnóstica de amiloidose cardíaca, haja visto comprometimento difuso do ventrículo esquerdo com espessamento miocárdico (septo: 33 mm e parede posterior do ventrículo esquerdo: 32 mm) e disfunção diastólica com padrão restritivo, aspecto hiper-refringente difuso de cintilações granuladas, além de derrame pericárdio e fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 40%. O tratamento medicamentoso proposto foi espironolactona (25 mg diários) e betabloqueador (metoprolol 50 mg ao dia), porém a paciente respondeu com hipotensão e os mesmos foram suspensos. Adotou-se então, conduta expectante, já que devido o quadro neurológico, o transplante cardíaco tornou-se inviável. Posteriormente a paciente foi a óbito devido à insuficiência cardíaca. **Conclusões.** A paciente possuía amiloidose cardíaca e sua relação com ataques isquêmicos na literatura é descrita de maneira esporádica e não bem caracterizada. A etiologia pode ser pela alteração de trombogenicidade do endocárdio e a estase secundária a falha de bombeamento cardíaco pela amiloidose associada à turbulência dentro do coração que contribuíram para a formação do trombo. No nosso caso, a avaliação clínica complementada por ECG e ECO permitiu caracterizar bem o quadro, dispensando a necessidade de biópsia para concluir o diagnóstico. Apesar dos exames terem auxiliado, o diagnóstico ocorreu tardiamente quando já havia grave comprometimento cardíaco e do estado geral da paciente. Assim, pacientes com essa condição possuem poucas opções de tratamento e o prognóstico é reservado.

48976

Diagnóstico de coarctação de aorta em paciente de 49 anos - relato de caso

LILIAN CORRÊA TELES, LETICIA MARIA TELES, MOHAMAD SAID GHANDOUR, MARCILIO TOGNI NETO, JOHN ALLEXANDER DE OLIVEIRA FREITAS, MARIA CRISTINA PULINI SILOTO, SERGIO ALMEIDA DE OLIVEIRA e DIOGO DUARTE SANTOS FARIA

Hospital Beneficência Portuguesa, São Paulo, SP, BRASIL.

A coarctação de aorta (Coa) trata-se de um estreitamento da artéria aorta em sua porção torácica descendente, próxima ao canal arterial secundária à hipertrofia da camada média. É responsável por cerca de 5% das cardiopatias congênitas, com predileção pelo sexo masculino e costuma estar associada à valva aórtica bicúspide, alterações da valva mitral e Síndrome de Turner, chamada de coarctação complexa. **Caso Clínico:** Paciente ZFI, sexo feminino, 49 anos, hipertensa há 29 anos, diabética, ex-tabagista, IAMCSST prévio, com angioplastia da coronária direita (CD) e artéria descendente anterior (DA) em 2010. Relata precordialgia típica há três meses de forte intensidade e irradiação para membro superior esquerdo. Chegou ao nosso serviço em março de 2017 para coronariografia, com reestenose intrastent de 70% na DA e CD com irregularidades parietais, circulação colateral não visualizada. Durante o procedimento, observou-se calcificação e estreitamento acentuado na aorta descendente, sendo realizada aortografia e medida pressórica, demonstrando gradiente sistólico máximo de 50 mmHg na região do istmo. Ao exame físico cardiovascular, paciente apresentava ritmo cardíaco regular, em dois tempos, bulhas normofonéticas, frequência cardíaca de 74 batimentos por minuto, pressão arterial nos membros superiores e inferiores de 170 x 106 mmHg e 114 x 82 mmHg, respectivamente e pulsos radiais hiperclínicos. Exames laboratoriais e radiografia de tórax sem alterações, eletrocardiograma em ritmo sinusal e área inativa ântro-lateral; Ecocardiograma, com átrio esquerdo de 43 mm, raiz da aorta de 29 mm, septo e parede posterior de 7 mm, fração de ejeção de 30%, diâmetro diastólico de 65 mm e diâmetro sistólico de 56 mm. Realizada angiotomografia de aorta confirmando o diagnóstico coarctação de aorta em região istmica. Feita a revascularização cirúrgica do miocárdio, com artéria torácica interna esquerda para DA e ponte de veia safena para artéria diagonal. Optado por tratamento endovascular da Coa em segundo tempo com endoprótese, tendo gradiente sistólico máximo de 12 mmHg na aorta torácica descendente após tratamento. **Conclusão:** Apesar de a Coa ser uma cardiopatia congênita de diagnóstico comum na infância, ainda há muitos casos diagnosticados na idade adulta, tratados por anos como hipertensos; principalmente quando se trata da Coa simples, sem outras anomalias associadas. A não aferição da pressão nos membros inferiores tem contribuído muito com o subdiagnóstico da doença.

48978

Amiloidose cardíaca, prognóstico sombrio

BARBARA CAROLINA DE OLIVEIRA LARA, e FLÁVIA SANTOS GUIMARÃES MACHADO

Hospital Santa Casa, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Amiloidose é uma doença decorrente da falha do metabolismo da proteína amiloide, provocando depósito desta substância, nos mais diversos órgãos. Quando há acometimento cardíaco, pode cursar com cardiomiopatia restritiva, disfunção sistólica, hipotensão ou distúrbio de condução. **Caso clínico:** Trata-se de paciente 46 anos, pedreiro, iniciou dispnéia progressiva há dois meses, antes de procurar atendimento médico. ECG:BRD;exame físico:desdobramento de b2, redução de murmúrio vesicular bilateral. Ecodopler: aumento biatrial moderado, aumento da espessura da parede do VE e VD, com aspecto granular brilhante, relaxamento diastólico com padrão restritivo, derrame pericárdico discreto. Encaminhado para ressonância que mostrou espessura miocárdica com aumento importante, realce tardio difuso em VE e VD, função sistólica preservada, derrame pleural bilateral. Feito diversos exames laboratoriais, o que apresentou proteinúria de 24h aumentada, eletroforese de proteínas sem alteração, imunoeletroforese sérica com presença de proteína monoclonal lambda isolada. Optado por biópsia renal, sem alterações, feito então, biópsia da gordura abdominal dando positiva para amiloidose com a coloração vermelho congo. O paciente foi tratado de maneira convencional para insuficiência cardíaca diastólica, mas, veio a óbito dois meses após o diagnóstico. Indivíduo era jovem, sem história familiar, inexistência de doenças crônicas associadas, sem doenças infecto-contagiosas ou auto-imunes, sem suspeita de tumores, foi então definido como amiloidose primária. **Conclusão:** Com tal caso, destacamos a importância da suspeita clínica para o diagnóstico. Embora a terapêutica, seja ainda, prioritariamente sintomática, o transplante cardíaco tem sido uma opção, contudo ainda há poucos casos com sucesso e, ainda, há eventos com recidiva da doença no órgão implantado. A quimioterapia tem sido um recurso promissor, mas não demonstraram interferência a longo prazo no curso da doença. A falta de evidências sobre o benefício de marca-passo, resincronização e CDI, faz com que seus implantes devam seguir as diretrizes gerais para IC. Vale então destacar a importância de mais estudos que visam maneiras para retardar a evolução tal doença.



49044

Recorrência de síncope cardioinibitória com assistolia em cardiopata reumática com mais de 40 anos

MARGARIDA M C S MAIA, e ROSE M F L SILVA

Faculdade de Medicina da UFMG, BELO HORIZONTE, MG, .

Introdução. A incidência anual de síncope é de 6%, atingindo até 39,7 episódios por 1000 pacientes ao ano, resultando em trauma em 29% dos casos e com recorrência de 42% em dois anos. A síncope vasovagal é a mais frequente. Durante teste de inclinação (TI) a resposta cardioinibitória com assistolia é a mais rara, ocorre com maior frequência em jovens com uma taxa de até 6,6%. Essa resposta tem diferentes padrões eletrocardiográficos e o bloqueio atrioventricular é observado em 5% dos casos. **Descrição do caso.** Paciente feminina, de 49 anos, apresentava vários episódios de síncope, com palidez cutânea e sudorese fria desde os 13 anos, mesmo após orientações nutricionais e exercícios isométricos. Diagnosticada com cardiopatia reumática aos 16 anos, foi submetida à troca valvar em 1993 e 2007, com implante de prótese mecânica mitral e aórtica. Não houve mudanças nas características ou frequência das síncopes após cirurgia. Além disso, apresentava hipertensão arterial controlada. Era medicada com furosemida, losartana e penicilina benzatina profilática. Ao exame: pressão arterial 140/90 mmHg, FC= 76bpm. Presença de sopros mesossistólico, grau II/VI rude na fúrcula. Exames complementares: ECG - ritmo sinusal, iPR= 160ms, SÂQRS +75°, QT= 400ms, QTc=450ms, sem distúrbios de condução intraventricular; ecocardiograma FEVE=55%, próteses mecânicas sem alterações; exames bioquímicos normais; coronariografia sem lesões obstrutivas. Submetida ao teste de inclinação; apresentou lipotímia no 2º min, evoluindo com perda da consciência e bradiarritmia, bloqueio AV Mobitz seguido de bloqueio AV avançado, e assistolia ao monitor. Foi colocada imediatamente na posição supina, manteve assistolia mesmo após uso de atropina. Submetida à massagem cardíaca, com recuperação do ritmo sinusal após 61,5 segundos sem sequelas. Após 2 h durante a coleta de sangue, nova síncope em assistolia, recuperada com massagem cardíaca. Implantado marca-passo (MP) dupla câmara. Após o seguimento de 48 meses, não apresentou novos episódios sincopais. **Conclusão:** O MP dupla câmara em paciente com síncopes recorrentes em assistolia, detectadas pelo TI e espontânea observada à monitorização, preveniu novas síncopes. O método clínico e a assistolia foram importantes para indicação de marca-passo, após falência das recomendações iniciais.

49064

Relato de caso: ausência em tronco coronária esquerda em paciente com precordialgia típica

GABRIELA DRUMMOND COTTA, JOAO LISBOA COTTA e ALINE DRUMMOND COTTA

Hospital Arnaldo Gavazza Filho, Ponte Nova, MG, BRASIL.

Introdução: As anomalias das artérias coronárias (AAC) são entidades raras e em sua grande maioria são achados ocasionais em estudos angiográficos. A ausência de tronco coronário esquerdo (TCE) é pouco prevalente (0,4%) e causa infrequente de sintomatologia em pacientes.

Objetivos e Métodos: Realizar revisão de literatura sobre as principais AAC e demonstrar a importância delas como causa de isquemia miocárdica com base na apresentação de caso clínico de paciente atendido em consultório de cardiologia na cidade de Ponte Nova - MG.

Discussão: Paciente MCTA, 56 anos, sexo feminino, apresentando quadro de pre típica. Em investigação propedéutica apresentou teste de esforço com sinais clínicos e eletrocardiográficos sugestivos de isquemia miocárdica esforço induzida, sendo então encaminhada à angiografia coronariana que evidenciou artérias coronárias isentas de processo aterosclerótico significativo e artérias descendente anterior (DA) e circunflexa (CX) com ósteos separados configurando ausência de TCE. Foi iniciada terapêutica com trimetazidina, modulador do metabolismo energético celular, com importante melhora da sintomatologia.

Acredita-se que as AAC podem ocorrer em 1 a 5% dos pacientes submetidos à angiografia coronariana e podem estar associadas a outras anomalias cardíacas congênitas. A principal razão para identificar e classificar estas anomalias de forma apropriada é a determinação de sua propensão ao desenvolvimento de isquemia miocárdica fixa ou dinâmica. A ausência de TCE é considerada uma anomalia de trajeto, onde as artérias CX e DA possuem ósteos separados originados diretamente do seio coronário esquerdo. Há poucos relatos sobre a associação desta anomalia com isquemia transitória, já que não existe impedimento da formação de colaterais mesmo em vigência de obstrução coronariana. De forma prática, esta anomalia associa-se com maior dificuldade de cateterização durante angiografia, além de maior incidência de ponte miocárdica e dominância esquerda.

Conclusão: As AAC são infrequentes e raramente geram sintomas. No entanto, podem cursar com angina e até morte súbita em jovens atletas. Ainda permanecem controversas sobre sua incidência e faltam estudos guiando a terapêutica nestes casos.

49065

Miocardiopatia Não Compactada isolada manifestando com insuficiência cardíaca- Relato de Caso

VINÍCIUS MAGATON LIMA, EDUARDO RODRIGUES BORATO e JOSE RESENDE DE CASTRO JUNIOR

Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, BRASIL.

Introdução: A miocardiopatia não compactada (MNC) é rara, especialmente sua forma isolada. Caracterizada por trabeculações e recessos intertrabeculares proeminentes no ventrículo esquerdo (VE) relacionados à parada da compactação do miocárdio fetal. Acredita-se que a sobrecarga de pressão e isquemia miocárdica participem da etiologia. Pode estar associada a anomalias congênitas e a história familiar de MNC. Relato do caso: Mulher 49 anos, há 8 anos com dispnéia progressiva, classe funcional New York Heart Association (NYHA) III/IV, adinamia, ortopneia e dispnéia paroxística noturna. Referia interações frequentes com anasarca, dispnéia ao repouso e episódios curtos de palpitação, sem dor torácica, pré-síncope/síncope. História familiar de 2 irmãs com morte súbita, aos 30 e 60 anos e filha de 24 anos com miocardiopatia com fração de ejeção (FE) reduzida. Internada sem sinais importantes no exame de admissão. Eletrocardiograma com ritmo sinusal, sobrecarga atrial e hipertrofia ventricular à esquerda com sobrecarga sistólica. Ecocardiograma com miocardiopatia dilatada, aumento das cavidades cardíacas esquerdas, hipertrofia concêntrica, hipocinesia generalizada e disfunção sistólica global de VE de grau importante, FE de 25%, cavidades direitas de dimensões normais e imagem de 1,7x1,7cm em ponta do VE sugestiva de trombo, que persistiu em novo exame após 4 semanas de anticoagulação. Exames prévios descreviam imagem ora como trombo em VE ora como trabeculações. A avaliação da relação de massa de miocárdio não compactado/compactado foi compatível com MNC. ECG Holter 24 horas sem alterações. Paciente encaminhada a serviço de transplante cardíaco. Conclusão: O diagnóstico de MNC é feito geralmente por critérios ecocardiográficos, como os de Chin e Jenni e cols. As porções apical e lateral do VE são mais acometidas. Os pacientes podem ser assintomáticos ou manifestar insuficiência cardíaca (30-68%), arritmias (taquicardia ventricular- 20-47%) e tromboembolismo (24-38%). Não há tratamento específico, orientam anticoagulação se FE<40% e avaliação anual para arritmias potencialmente fatais com ECG e Holter. O manejo para insuficiência cardíaca é feito por extrapolação. O prognóstico depende das manifestações clínicas. Algumas séries referem morte súbita e transplante cardíaco em até 47-60% dos pacientes no prazo de 4 a 6 anos.

49068

Síndrome de Wellens

LORENNIA DIAS GOMES, DAIANE CONCEIÇÃO GONÇALVES, HELLEN KRISTINA MAGALHÃES BRITO, MATHEUS MACHADO DE OLIVEIRA, FERNANDO LUCAS QUEIROZ ABREU e RODRIGO GUIMARAES RABELO

Faculdade Atenas, Paracatu, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: Descrita pela primeira vez em 1982, a síndrome de Wellens (SW) constitui apresentação de síndrome coronariana aguda de alto risco e está associada a estenose importante do segmento proximal da artéria coronariana descendente anterior (DA). Se não identificada e tratada precocemente pode evoluir para infarto agudo do miocárdio em parede anterior e óbito. **OBJETIVO:** Apresentar um caso de uma paciente atendida em serviço de emergência com precordialgia, cuja propedéutica revelou o diagnóstico de SW e realizar uma revisão na literatura sobre o tema.

RELATO: Paciente do sexo feminino, 56 anos, tabagista e hipertensa deu entrada no PS apresentando precordialgia em aperto com irradiação para membro superior esquerdo enquanto caminhava. Estava orientada, eupneica, com palidez cutânea e discreta sudorese. Ritmo cardíaco regular em 2T. PA = 100x 70 mmHg. Realizou-se o ECG, sendo observado ondas T bifásicas nas derivações V1 a V4, sugerindo SW. Transferida para UTI, foi posteriormente submetida ao CATE que mostrou suboclusão do segmento proximal da DA e outra lesão importante na coronária direita. Realizou-se angioplastia para DA, apresentando boa evolução durante sua internação.

DISCUSSÃO: Queixa recorrente no PS, a dor torácica apresenta grande variedade de diagnósticos diferenciais em um ambiente onde a rapidez de ações é priorizada e cujos recursos nem sempre estão disponíveis para elucidação de hipóteses. Protocolos de avaliação de dor torácica reforçam a importância da realização de ECG precocemente, em até 10 minutos da chegada à emergência. O reconhecimento da SW é importante, visto se tratar de entidade potencialmente fatal, já que há risco elevado de infarto de parede anterior associado a prognóstico reservado quando mantidos em tratamento clínico, necessitando, portanto, de revascularização precoce. São reconhecidas duas variantes da SW: A SW do tipo 1 corresponde à minoria dos casos (24%) e é caracterizada pelo achado de onda T bifásica (plus/minus) nas derivações V2 e V3. A SW do tipo 2 representa a maioria dos casos (76%) e mostra onda T com inversão profunda e simétrica, tipicamente, nas derivações V2 e V3, podendo ocorrer em V1-V4. **CONCLUSÃO:** A SW é uma entidade potencialmente fatal, sendo mandatório seu reconhecimento precoce. Os pacientes com quadro clínico e exames sugestivos da síndrome devem ser encaminhados para estudo angiográfico com brevidade para confirmação diagnóstica e intervenção.

49073

Síndrome de Heyde

ISMÊNIA FRANCINE SANTANA ALVARENGA, MARIA LUÍSA PINTO RAMOS ARAÚJO, THAYNÁ CARVALHO FERREIRA, QUETISIA CAMELO VALLETTA, LEONARDO MUNDIM ANDRADE PORTO, CAMILA CARDOSO BARBOSA e MICHELLE MARTINS ABRAHÃO

Faculdade Atenas, MG, BRASIL.

INTRO: Descrita originalmente por Heyde em 1958, é definida por Olearchyk em 1992 como síndrome de Heyde, sendo a combinação de estenose valvar aórtica (EAO) e hemorragia gastrointestinal por malformações angiodisplásicas. Angiodisplasias intestinal e estenose aórtica são doenças associadas a fatores de risco cardiovasculares. Ambas, são doenças crônico-degenerativas geralmente assintomáticas em que as prevalências aumentam conforme a idade. A síndrome está fortemente relacionada aos processos fisiológicos do envelhecimento. **OBJETIVO:** Descrever, bem como discutir a síndrome de Heyde e suas bases fisiopatológicas através do exemplo de um estudo de caso e com isso conhecer as possibilidades terapêuticas para ela. **RELATO:** M. J. T. D., masculino, 70 anos, procurou o pronto socorro com queixa precordialgia sem irradiação, associado a náuseas. Apresentava também dispnéia aos mínimos esforços e ortopneia. Foi internado para propedéutica, onde rapidamente evoluiu com insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica, sendo então transferido para centro de terapia intensiva (CTI). No CTI foi observado ao ecocardiograma EAO importante com área valvar de 0,66 cm², gradiente máximo do fluxo aórtico de 84 mmHg e médio de 46 mmHg. Fração de ejeção de 67%. VE hipertrofiado em grau moderado e dilatação batrial moderada. Apresentou no dia seguinte quadro de hemorragia digestiva baixa, sendo evidenciado posteriormente angiodisplasia em cólon ascendente proximal. A presença de sangramento digestivo por angiodisplasia e EAO sugeriu o diagnóstico de síndrome de Heyde. **DISCUSSÃO:** A síndrome de Heyde baseia-se em uma tríade (EAO, coagulopatia adquirida e anemia devido ao sangramento de angiodisplasias intestinais). A EAO provoca a degradação do fator de von Willebrand (vWF) em multímeros pela tensão de cisalhamento provocado pela valva estenótica, havendo portanto a degradação dos multímeros de vWF mais pesados, que são mais eficazes na hemostase (base fisiopatológica da coagulopatia). Foi observado que quanto maior o gradiente transvalvar, menor a disponibilidade de multímeros de alto peso molecular. Diante disso, o desenvolvimento da síndrome de vW tipo 2 devido a EAO realça a existência da angiodisplasia gastrointestinal ao predispor a hemorragias. Conclusão: A diagnóstico precoce e o tratamento adequado da síndrome de Heyde exigem trabalho em equipe e investigação clínica multifatorial.

49079

Origem anômala de artéria coronária

FLÁVIO ROMÃO SILVA DE OLIVEIRA, KARISSTON JANNIO ALVES E SILVA, BRUNA ALVES NUNES, NAYARA GRACIANO DA SILVA, HALYNE MARIA MARQUES GONDIM, GIOVANNA LUÍSA MARTINS VARGAS e BRENNIA PINHEIRO ZUTTIGN

Faculdade Atenas, Paracatu, MG, BRASIL.

Intro: A origem anômala das artérias coronárias (OAAC) é considerada uma forma relativamente rara de malformação congênita, com incidência estimada em 1,5% da população geral. É potencialmente letal e conta com difícil diagnóstico uma vez que apresenta sintomatologia inespecífica e evolução muito variável, podendo ser benigna ou apresentar quadros graves como morte súbita. OBJETIVO: Descrever os achados clínicos de um caso de OAAC, sua evolução e revisar métodos propedêuticos para o caso. RELATO: Paciente do sexo feminino, 37 anos de idade, sem história de comorbidades deu entrada no PS com quadro de precordialgia típica de início súbito, sem irradiação, associada a dispnéia. Realizado ECG e revisão laboratorial sem alterações. Evoluiu no PS com PCR em FV, respondendo as manobras de RCP após 4 minutos. Transferida para UTI. Em propedêutica, realizou angiogramografia de coronárias que demonstrou tronco de coronária esquerda originando-se do seio coronariano direito, com trajeto entre a aorta e a pulmonar, sem sinais de compressão extrínseca ao repouso e sem aterosclerose. Paciente foi encaminhada a cirurgia cardiovascular para correção da coronária esquerda e apresentou boa evolução. DISCUSSÃO: A anatomia coronariana normal é caracterizada por dois óstios localizados de maneira central nos seios de Valsalva direito e esquerdo. Atualmente, constitui a segunda causa mais frequente de morte súbita de origem cardiovascular em atletas competitivos, podendo também ser causa de insuficiência cardíaca e morte em lactentes. A origem do tronco de coronária esquerda a partir do seio coronariano direito é uma entidade raríssima e pode relacionar-se à morte súbita em 59% dos casos. O alto risco de evolução desfavorável geralmente é decorrente de isquemia miocárdica em surtos cumulativos que, com o tempo, resultam em fibroses esparsas do miocárdio, predispondo a arritmias ventriculares letais, por criar um substrato miocárdico eletricamente instável. Admite-se que os mecanismos envolvidos na isquemia sejam origem da artéria em ângulo agudo; espasmo coronariano ou compressão mecânica. A OAAC é relativamente rara, potencialmente letal se não diagnosticada e tratada precocemente, podendo apresentar-se de várias formas clínicas e evoluir de maneira adversa. Casos de precordialgia, síncope ou outros sintomas inespecíficos, principalmente em se tratando de jovens e/ou atletas, deve-se ter em mente a possibilidade desse diagnóstico.

49093

Miocardiopatia não-compactada isolada de ventrículo esquerdo: relato de caso em pacientes gêmeos univitelinos

CECILIA SALAZAR ULACIA, CAIO COSTA SANTOS, AMANDA PITA OLIVEIRA, LEONARDO ALVES MARQUES, SILVIO QUITES PENA BRAGA, YASMIN SANT ANA DE PAULA, DANILO DOS SANTOS SOUZA e MARCELO PASQUALI PEIXOTO

Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, BRASIL - Universidade Federal de Brasília (UNB), Brasília, DF, BRASIL.

Introdução: O miocárdio não-compactado (MNC) de ventrículo esquerdo (VE) é uma miocardiopatia genética decorrente de uma falha no processo de compactação do miocárdio, resultando na persistência de trabeculações e recessos profundos. Geralmente está associado a outras anomalias cardíacas congênitas, sendo raro seu achado isolado, sem outras alterações estruturais cardíacas associadas. Caso: dois pacientes, CCDB (1) e JCDB (2), gêmeos univitelinos, sexo feminino, 22 anos, compareceram para avaliação geral com relato de terem bradicardia desde o nascimento e palpitações taquicárdicas esporádicas, sem fator desencadeante. Antecedentes: Negam síncope, dor torácica, dispnéia em repouso, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, dislipidemias, tabagismo e etilismo. História familiar: é positiva para bradicardia (irmãos, mãe e avô) e negativa para doença arterial coronariana e morte súbita. No exame físico ambos apresentavam: pressão arterial 114x64mmHg; frequência cardíaca (FC) de 95 bpm; aparelho cardiovascular com ausência de turgência jugular; ritmo cardíaco regular em dois tempos; bulhas normofonéticas; sopro protomeo sistólico, mas audível em borda externa esquerda (BEE) e ausência de sinais de insuficiência venosa periférica. Hipótese diagnóstica: bradicardia sinusal e sopro sistólico em BEE, solicitando-se exames complementares. Paciente 1: Exames laboratoriais (LAB) com perfil lipídico normal; ecocardiograma (ECG): trabeculações em septo apical e latero-apical do VE com janela acústica ruim; Holter: FC-mínima 31bpm, média 50bpm e máxima 107,2bpm; teste ergométrico (TE): 8,39METs (abaixo da FCsubmáxima). Paciente 2: LAB e ECG: idem 1; Holter: FC- mínima 29bpm, média 46bpm e máxima 120bpm e TE: 11,1 METs (abaixo da FCsubmáxima). Assim, levantou-se a suspeita de MNC isolado de VE, confirmada por ressonância magnética (RM), comprometendo de 11-17 segmentos miocárdicos em ambos pacientes (65% do VE). Conduta final: iniciar inibidor de ECA, beta bloqueadores ou anticoagulantes somente em caso de perda de fração de ejeção; uso de antiarrítmicos em casos mais complexos e avaliação anual do quadro. Conclusão: A clínica e os resultados dos exames complementares dessa paciente confirmaram o diagnóstico de MNC de forma isolada no VE, sendo que a RM de coração corroborou os achados do ECG. Logo, o conhecimento de achados ecocardiográficos dessa doença permite um diagnóstico precoce e tratamento mais adequado, melhorando o seu prognóstico.

49096

Relação da hipertensão arterial sistêmica com doença vascular periférica: relato de caso

MARINA GOMES ABRANTES, e ELIZA MIRANDA COSTA CARALINE

Faculdade Redentor, Itaperuna, MG, BRASIL.

O relato de caso refere-se a um paciente acompanhado em visita domiciliar (VD), por alunos do terceiro período de graduação em Medicina e tutora. W.L.S., 80 anos, aposentado, ex-tabagista, hipertenso. Refere dificuldade de deambulação e dor devido à osteoartrose bilateral em joelhos. Apresenta insuficiência venosa em membros inferiores (MMII), o que resultou em amputação do 3º pododáctilo esquerdo (três meses prévios a VD). Observou-se o hálux direito com edema (4+/4), rubor e dor referida, e MMII edemaciados (4+/4). Em uso contínuo de: Cilostazol 100mg; Carvedilol 6,25mg; Maleato de Enalapril 10mg; Sinvastatina 20mg; Espirrolactona 25mg; Ácido Acetilsalicílico 100mg. Em VD de retorno, após um mês, avaliada cicatriz cirúrgica em bom estado e ausência de sinais flogísticos; hálux direito e MMII com melhora clínica e edema (+/4). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) em idosos pode estar associada à doença vascular periférica (DVP),¹ provável quadro do paciente. A aorta tem complacência para, durante a sístole ventricular, distender-se e provocar a onda de pulso, que se propaga até a circulação periférica (CP). Com a complacência aórtica diminuída, devido ao envelhecimento, há variação de pressão para um mesmo volume ejetado, afetando a CP e a função ventricular.² A DVP é uma alteração na CP, estreitando os vasos e interferindo no fluxo, edema em MMII é um sintoma comum.³ W.L.P tem fatores de risco para a DVP, como sedentarismo e tabagismo. No interstício, os nutrientes e oxigênio se movimentam por difusão, dificultada pelo edema, pois afasta as células dos capilares, acumulando resíduos metabólicos e provocando hipóxia no tecido, que mais suscetível a infecções e necrose, resulta em amputação,⁴ como a do paciente. No pós-operatório, com ferida cirúrgica, foi orientado ao paciente curativo diário com assepsia e uso de colagenase, correto uso dos medicamentos anti-hipertensivos e anti-agregante plaquetários e medidas como elevação de MMII. Na segunda VD, com a melhora clínica, orientou-se suspensão do uso de curativo, mantendo medicação oral e medidas gerais, além de fisioterapia motora. Conclui-se que o envelhecimento de W.L.S. associado a fatores de risco foi determinante para a diminuição da complacência dos vasos e evolução da HAS. Com a CP afetada, gerou-se má circulação nos membros inferiores, edema e necessidade de amputação de um dedo. É evidente a necessidade da atenção primária a saúde efetiva, incluindo cuidado continuado e promoção de saúde.

49117

A importância do diagnóstico precoce de tromboembolismo pulmonar em peri-operatório de laminectomia de canal vertebral

EDUARDO HENRIQUE COSTA VITOR, MIRIAM DAMIÃO GOMES SEABRA, VIVIAN DAMIÃO SEABRA COELHO, LILIAN BEATRIZ BORGES, LEANDRO ALVES GARCIA, MARCOS GONÇALVES F. DA SILVA e ANA LUIA COUTINHO FERREIRA DA SILVA

Santa Genoveva Complexo Hospitalar, Uberlândia, MG, BRASIL - Universidade de Uberaba, Uberaba, MG, BRASIL.

Introdução: Tromboembolismo venoso e pulmonar é uma complicação frequente em pós-operatório de grandes cirurgias. Seu diagnóstico e tratamento precoce podem diminuir a alta mortalidade e letalidade dessa patologia. Descrição do caso: Masculino, 69 anos, hipertenso, diabético, infarto agudo do miocárdio e angioplastia de descendente anterior há 8 meses, suspendeu clopidogrel por 7 dias para cirurgia, diagnóstico de estreitamento de canal vertebral (mielorradiculopatia compressiva grave), durante procedimento cirúrgico de laminectomia de L2-L5, apresentou quadro de hipoxemia importante e hipotensão arterial. Exame físico: FR: 32, SO2: 78%, PA: 90/50 RCR 2T FC 117, Pulmões: MV diminuído difusamente Exames complementares: Hb: 13,8, leucócitos: 14.200 sem desvio; PO2: 147 com O2 em máscara; troponina T ultrasensível: 27,16 - 94,66; dímero D: 4015; Rx de tórax: oligemia regional a esquerda, corcova de Hampton; ECG: taquicardia sinusal, S1Q3T3; ecocardiograma: dilatação de VD com hipocontratil, PAP: 42mmHg; doppler venoso de membros inferiores: sem trombos; angiogramografia de pulmonar: falhas de enchimento nas artérias pulmonares principais e nos ramos superior e inferior a direita e médio a esquerda. Foi prescrito enoxaparina 1mg/kg/dia e após 24 horas foi iniciado rivaroxabana 15mg 12/12h, AAS 100mg e clopidogrel 75mg. No 3º dia de internação paciente evoluiu com afasia de Wernick com melhora em 24 horas e ressonância cerebral evidenciou sinais de isquemia aguda em região parietal a direita e cerebelares a esquerda. Recebeu alta no 6º dia de internação com melhora da sintomatologia. Hipóteses diagnósticas: tromboembolismo pulmonar, pós-operatório de laminectomia, acidente vascular cerebral isquêmico. Condutas adotadas: anticoagulação enoxaparina e rivaroxabana e antiagregação plaquetária AAS e clopidogrel. Conclusão: Este relato avaliou o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar que aconteceu no intra-operatório de grande cirurgia e seu tratamento precoce. Apesar do risco de sangramento muito aumentado, o paciente ainda evoluiu com acidente vascular cerebral isquêmico.

49151

Aneurisma Coronário Gigante em Paciente Assintomático

OTACILIO GOMES DE OLIVEIRA FILHO, FABRICIO GOMES DE MATOS, CAROLINA VASCONCELOS DE MENDONÇA, RAFAEL PROTA, MANOELA CHRISTINA LEO, THAIS BARROS CORREA, FLÁVIA DE ALMEIDA MIGUE e GUSTAVO BORLOT ANDRE

EMCOR - Emergência do Coração, Piracicaba, SP, BRASIL.

INTRODUÇÃO

Aneurismas coronarianos (ACC) são raros e em sua maioria estão relacionados à doença aterosclerótica em adultos e à doença de Kawasaki em crianças e jovens.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 61 anos, hipertenso e assintomático. Exame físico e exames complementares iniciais normais, exceto pela presença de hipocinesia do segmento anterior lateral médio do ventrículo esquerdo (VE) ao ecocardiograma. Cintilografia miocárdica Gated Spect com esforço: alteração perfusional do VE, 17% fixa e 10% isquêmica e dilatação do VE com depressão discreta da função contrátil global. Angiotomografia e angiografia de coronárias: aneurisma sacular gigante em coronária direita (CD) e circunflexa (CX).

DISCUSSÃO

ACC são classificados (American Heart Association) em pequenos (<5mm), médios (5-8mm) e gigantes (>8mm), acometem preferencialmente: CD, descendente anterior (DA) e CX. O presente relato demonstra aneurisma gigante em CD (29x30mm) e CX (9x10mm). A principal etiologia é aterosclerose, menos frequente (doença de kawasaki, arterites, infecções e outras). A história clínica e exames laboratoriais sugeriram a causa etiológica mais provável aterosclerótica, sendo o paciente portador de calcificações coronarianas acrescidas de hipertensão arterial como fator de risco cardiovascular adicional.

A arteriografia é o exame padrão-ouro para diagnosticar ACC. Outra opção é a angiotomografia de coronárias. O aneurisma de CD encontrava-se trombosado e com circulação lateral para a região acometida suprido-a; o aneurisma da CX próximo a bifurcação do tronco da coronária esquerda, curto, demonstrou grande risco ao procedimento. O alto risco cirúrgico, a estabilidade clínica e o fato do paciente manter-se assintomático com medicação otimizada corroboraram para que o tratamento clínico envolvendo antiagregação plaquetária, anticoagulação e o seguimento fossem a melhor opção terapêutica.

CONCLUSÃO

A modalidade ideal de tratamento deve ser individualizada para a decisão da conduta mais adequada a cada caso.

49178

Hipertensão arterial sistêmica secundária a estenose de artéria renal e dissecção de aorta

DANIEL FELICE GUERREIRO NASCIMENTO, GUILHERME FELICE NASCIMENTO, GUILHERME ANTONIO MARTINS BOARETO, CAROLINA GRAVANO FERRAZ FERRARI, MARCELO JULIO DE OLIVEIRA e CIRO RAMON FERREIRA VIANA

Hospital Santa Catarina, Uberlândia, MG, BRASIL.

Introdução: A dissecção aórtica é definida com uma ruptura na camada interna da aorta permitindo que o sangue entre na parede da aorta, criando uma nova passagem, conhecida como falsa luz. Isso traz muitos problemas, já que rouba sangue crucial para o restante do organismo, pode afetar outras artérias e pode bloquear a passagem de sangue na luz verdadeira. Com isso pode haver diminuição da oferta a órgãos vitais. Além disso, a dissecção também afeta a parede aórtica, predispondo à ruptura, que pode ser fatal. Pode ainda levar à expansão da aorta, formando um aneurisma. Alguns pacientes se apresentam com hematoma intramural, sem evidência de ulceração na íntima. Hipertensão arterial sistêmica e aterosclerose são fatores de risco para a doença.

Relato de caso: Apresentamos um caso de paciente do sexo masculino de 45 anos, com dissecção aguda de aorta torácica descendente tipo B (classificação de Stanford) e discutimos sobre a conduta diante das peculiaridades da manifestação da doença. O paciente apresentou intensa dor precordial com irradiação para dorso associada a dispnéia. Deu entrada com hipertensão arterial de difícil controle e taquicárdico. Realizado exames laboratoriais, ecocardiograma transtorácico, angiotomografia de aorta torácica e abdominal, que evidenciou extensa dissecção de aorta e USG de rins e vias urinárias. Foi submetido à correção endovascular de dissecção de aorta devido a dor persistente. Durante o procedimento foi percebido importante estenose de artéria renal direita e foi optado por tratamento conservador. Paciente recebe alta hospitalar com diagnóstico de HAS, provavelmente secundária à estenose de artéria renal, controlada, insuf renal crônica em tratamento conservador, estenose de artéria renal direita em tratamento conservador e encaminhado para ambulatório de cardiologia para seguimento.

Conclusão: Concluímos a extrema relevância de um acompanhamento médico regular, tendo em vista que o desconhecimento do paciente estudado sobre as já existentes doenças crônicas (IRC e HAS), levaram a sérias complicações de seu quadro clínico. Reforçamos também a importância do diagnóstico diferencial de dor torácica na emergência hospitalar, onde a decisão da propedêutica errada entre síndrome coronariana aguda e síndrome aórtica aguda poderia acarretar no óbito do paciente.

49180

Hepatite aguda após administração venosa de amiodarona

MARIA DO CARMO RABELO ALVIM RODRIGUES, FRANCISCO REZENDE SILVEIRA, CARLOS HENRIQUE GARCEZ DE CARVALHO, RODRIGO PINHEIRO LAINNA, LUCIANA CRISTIAN COELHO GARCIA, CAROLINA DE SOUZA GALVAO, TATIANA JANUZZI NAVES VILELA e KENIA CRISTINA CORREIA MARTINS

Hospital Semper, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A Amiodarona é um antiarrítmico prescrito com frequência em UTIs. A toxicidade hepática varia de uma elevação assintomática e transitória de aminotransferases séricas (aproximadamente 25%), até doença grave (1% -3%). A toxicidade hepática aguda durante a utilização venosa tem sido raramente descrita, com incidência menor que 0,01% e ocorre principalmente dentro das primeiras 24 h após o início da administração, mas pode surgir nos próximos 3 dias, evoluindo com melhora após descontinuação da droga. A toxicidade é causada por injúria hepatocelular e diversos mecanismos tem sido propostos - mediada imunologicamente, geração de radicais livres, dano mitocondrial. Descrição do caso: Paciente MASF, 69 anos, sexo feminino, hipertensa e hipotireoideia, diagnosticada com IAMST de V1-V8. Realizado protocolo de SCA e ACP primária. Após 3 dias de internação na UCO apresentou Fibrilação Atrial, sendo prescrito Amiodarona venosa. Paciente evoluiu com dor abdominal e mal estar, apresentando hipotensão, hipotermia, má perfusão periférica, acidose metabólica grave com hiperlactatemia e alteração de enzimas hepáticas e pancreáticas - TGO 6.190, TGP 3.697, GGT 236, bilirrubina total 1,15, amilase 964, lipase 2.659. Sorologias para hepatites virais negativas. US de abdome sem alterações hepáticas, de vesícula biliar e/ou vias biliares, pâncreas não visualizado. Devido à instabilidade da paciente não foi realizada TC de abdome. ECOT: cardiopatia segmentar do ventrículo esquerdo com FEVE de 26%, associado a disfunção diastólica grau II do VE, PSAP estimada 51 mmHg. Hipótese diagnóstica: Hepatite aguda por Amiodarona. Diagnóstico diferencial ou fator contribuinte: causa isquêmica. Condutas adotadas: Suspensão Amiodarona, tratamento de suporte (hidratação, intubação orotraqueal, ventilação mecânica, aminas). Evoluiu com melhora progressiva, encontra-se em acompanhamento cardiológico ambulatorial, em classe funcional NYHA II. Conclusões: Os seguintes critérios estabelecem a relação causal entre a exposição à Amiodarona intravenosa e a hepatite aguda: (1) alterações súbitas das enzimas hepáticas (primeiras 24 h); (2) elevação de aminotransferases maior que 50 vezes o limite superior da normalidade; (3) rápida melhora após a suspensão da droga; (4) exclusão de outras causas. Ressaltamos a importância da monitorização da função hepática durante a infusão de Amiodarona, a fim de identificar qualquer potencial hepatotoxicidade.

49183

Hipertensão arterial pulmonar secundária à HIV

GUILHERME ANTONIO MARTINS BOARETO, DANIEL FELICE GUERREIRO NASCIMENTO, CAROLINA GRAVANO FERRAZ FERRARI, CIRO RAMON FERREIRA VIANA, GUILHERME FELICE NASCIMENTO, LAIZA MEDEIROS DOS ANJOS e AMANDA PINHEIRO SANTOS

Hospital Santa Clara, Uberlândia, MG, BRASIL.

Relato de Caso: Mulher de 35 anos, apresentou dispnéia progressiva, há dois meses, e evoluiu com pré-síncope e dor torácica atípica. Possui história patológica pregressa (HPP) de asma - que de acordo com a paciente, apresentava controle adequado desde a infância; abdoimino-plastia há 2 anos e uso irregular de sibutramina há 3 meses. Nega outras doenças ou interações prévias.

À admissão hospitalar: estava hipertensa (PA:160x100mmHg) e em taquicardia sinusal (FC:110 bpm); eupnéica e sem dessaturação em ar ambiente (SO2:97%). Ao EF, apresenta turgência jugular patológica - 2+/3+ a 45°. Ausculta cardíaca: RCR 3T (B3), BNF (P2>A2); SS em foco tricúspide (2+/6+). Ausculta pulmonar sem alterações. Abdome sem congestão hepática. Exame de membros inferiores: discreto edema perimaleolar 1+/4+ e simétrico. ECG: taquicardia sinusal, padrão S1Q3T3. D-dímero 1099; BNP 85; Troponina <0,012. Angiotomografia de tórax: ausência de falhas de enchimento na artérias pulmonares e seus ramos, presença de discretas opacidades em vidro fosco em lobo médio e segmento basal posterior. Ecocardiograma transtorácico: boa função global e segmentar de VE; pressão sistólica da artéria pulmonar: 80mmHg; disfunção sistólica grave de VD; aumento de AD e (VC1) dilatada; derrame pericárdico leve, sem restrição diastólica. Em seguida, foi realizado cateterismo de câmaras direitas, em que foi constatada hipertensão arterial pulmonar grave e elevação importante da resistência vascular pulmonar. Ecocardiograma transefagógico evidenciou ausência de shunts, boa função de ventrículo esquerdo; AE normal e ausência de trombos em apêndice atrial esquerdo. VHS: 30mmHg; VDRL, FAN, fator reumatoide, c-ANCA e p-ANCA negativos. Hepatites virais B e C negativas. HIV positiva.

Dessa forma, após elucidação diagnóstica de hipertensão arterial pulmonar secundária à HIV.

49235

Relato de caso: Defeito do septo átrio ventricular em adulto portador de trissomia do 21

ANA FLAVIA MOURA DIAS, ADRIANE MARIA DAMASCENO PINTO, LEONARDO ANTONIO DOS SANTOS BALTAZAR e ROBERTO MAGNO VIEIRA DE OLIVEIRA

Faculdade de Minas - FAMINAS BH, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Hospital Santa Casa da Misericórdia, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Dos pacientes com Síndrome de Down que possuem cardiopatias congênitas, metade possuem defeitos no septo atrioventricular (DSAV), em associação de comunicação interatrial (CIA), comunicação interventricular (CIV) e a persistência do canal arterial (PCA). Descrição do caso: M.N.S, 42 anos, masculino e residente de Plumhi, portador de trissomia do 21. Encaminhado para a cardiologia, no dia 07/09/16, para realização do cateterismo cardíaco (CATE) após dor torácica recorrente e sopro sistólico. Na admissão, referiu precordialgia, com intensidade forte e duração de um dia, sem irradiações e fatores desencadeantes. Nega uso de medicamentos e cirurgias. Possui histórico de internações recorrentes de pneumonia e dor precordial. Existe uma história familiar marcante de cardiopatias (pais, tios, avós e sobrinho). Na avaliação clínica, encontrou-se sopro sistólico panfoco acentuado pela manobra de Rivero-Carvalho e diminuído com a manobra de Valsalva, confirmando sobrecarga de câmaras direitas. Já havia realizado o Ecocardiograma no dia 18/08/16, sem alteração. Realizou-se CATE de câmaras direitas e esquerdas no dia 09/09/16, onde concluiu-se a presença de defeito septo AV de forma intermediária, hipertensão arterial pulmonar, hiperfluxo pulmonar, dilatação moderada da artéria pulmonar, aumento das dimensões do átrio esquerdo e constatou-se que o retorno venoso dá-se para átrio esquerdo por uma comunicação interatrial ampla. Foi submetido à correção cirúrgica no dia 19/09/16, onde foi realizado plastia da valva mitral, correção da comunicação interatrial ostium primum com remendo pericárdico bovino e o fechamento do forame oval. Após a cirurgia, foi encaminhado para o CTI, onde permaneceu estável, sendo extubado no dia 21/09/16. Recebeu alta do CTI no dia 26/09/16 e encaminhado para a enfermagem para cuidados pós-cirúrgicos. A ferida cirúrgica apresentava-se com bom aspecto geral, ausência de edemas e sinais flogísticos. Apetite e eliminações fisiológicas preservadas, tosse diminuída e sem picos febris. Conclusão: O caso discutido demonstra a importância de um acompanhamento pré-natal e o cuidado pós-natal adequados, especialmente para crianças que tem necessidades especiais. É possível concluir que o despreparo de pequenos centros urbanos faz com que o serviço de saúde se direcione para os grandes centros urbanos e como muitas vezes isso não é possível, o diagnóstico e a terapêutica se dão tardiamente

49247

Pré-síncope em jovem provocada por tumor glômico de crescimento lento

RAQUEL PINTO COELHO SOUZA DIAS, e CARLOS HENRIQUE VIANNA DE ANDRADE

Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas, MG, BRASIL.

O tumor do corpo carotídeo (TCC) é uma neoplasia rara, mas entre os paragangliomas é o mais frequente, com incidência de 1: 1.170.000. Desenvolve-se na adventícia do vaso, próximo à bifurcação carotídea, afetando principalmente indivíduos entre a quarta e a quinta décadas de vida.

É um tumor de crescimento lento, geralmente benigno e unilateral, e 10% deles são familiares. Em cerca de 5% dos casos, a lesão é bilateral, atingindo 32% se autossômica dominante.

Podem ser assintomáticos até se manifestarem como uma massa cervical pulsante, de crescimento lento, indolor, na região lateral do pescoço, próximo ao ângulo da mandíbula.

A TCC pode causar rouquidão e dificuldade de deglutição por compressão extrínseca e também síndrome do corpo carotídeo hipersensível (SCCHS). Esta síndrome é consequência da hiperestimulação dos barorreceptores, causando hipotensão postural, acompanhada de diaforese, pré-síncope ou síncope.

Neste relato descrevemos uma paciente de 17 anos com TCC familiar e SCCHS, diagnosticada e tratada com sucesso, evoluindo sem sequelas e assintomática.

49328

Doença de Chagas congênita com manifestações pleomórficas.

THAMILLYS TAVEIRA TEODORO DE MOURA, LUANA MARTINS DA SILVA, GABRIELA WANDER DE ALMEIDA BRAGA, GUILHERME AUGUSTO FÉLIX DA SILVA, LANUCY PEIXOTO DOS SANTOS, CARMEL VILARINHO FREITAS, DANIELA APARECIDA LIMA VIANA e BRENNNA PINHEIRO ZUTTTON

Faculdade Atenas, Paracatu, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A doença de Chagas (DC) é uma infecção parasitária, endêmica no Brasil e constitui importante causa de insuficiência cardíaca, com grande impacto sócioeconômico. O protozoário *Trypanosoma Cruzi*, cujo ciclo biológico é heteroxênico, tem como hospedeiro intermediário o inseto Triatoma infestans e o ser humano ou outros animais como hospedeiros definitivos. Desse modo, a via de transmissão predominante era a vetorial, porém, devido ao êxodo rural e aos métodos eficazes de combate aos vetores a via congênita passou a ser de maior importância. OBJETIVO: Relatar um caso de uma paciente chagásica de transmissão vertical com manifestações variadas. Ressaltar a importância de conhecer as formas de transmissão e enfatizar a realização adequada do pré-natal em áreas endêmicas. RELATO DO CASO: Paciente do sexo feminino, 22 anos, solteira, apresentando há 7 meses dispnéia aos mínimos esforços, precordialgia, epigastria e tosse seca. A mãe da paciente relata que a paciente apresentava astenia e fadiga aos esforços desde a infância. A investigação prosseguiu com provas sorológicas, ECG, Rx do coração e vasos da base, ecocardiograma, confirmando-se: IgG positivo para Chagas em dois testes sorológicos (hemaglutinação e imunofluorescência para T. Cruzi), alterações eletrocardiográficas difusas, megaeosfago grau II. ECO demonstrando VE dilatado, com hipocinesia difusa e FE = 22%. Após outros exames na busca etiológica da ICC, concluiu-se que era um caso de DC congênita, uma vez que a história familiar era positiva e a paciente não teve contato com triatomídeos (morou sempre na área urbana). Mesmo com tratamento clínico otimizado, paciente manteve classe funcional IV, sendo indicado transplante cardíaco. DISCUSSÃO: A transmissão congênita da infecção chagásica é transplacentária e parece depender de fatores ligados ao parasita e ao hospedeiro. O diagnóstico precoce da infecção congênita da DC é essencial pois possibilita o tratamento precoce e acompanhamento clínico adequado. Na avaliação clínica é difícil detectar a infecção na maioria dos recém-nascidos infectados congenitamente. CONCLUSÃO: A atenção a gestante chagásica deveria ser normatizada pelas autoridades de saúde pública, exigindo uma investigação sorológica de toda grávida com epidemiologia positiva para esta doença. Assim, teríamos maior chance para se evitar a transmissão congênita além de prevenir o desenvolvimento precoce da doença quando adulto jovem.

49350

Suspensão do uso de antiagregantes em paciente com infecção por dengue e submetido a ICP com stent não farmacológico: relato de caso

GABRIEL DA SILVA, JENNIFER CARAVELLI VENTURA PERDIGAO, QUELE DE MELO RESENDE, LORRANNE LARA RODRIGUES DE SOUZA, LORENA IASMIM DA ROCHA MENDES, RAFAELA DINIZ PERPETUO e ALESSANDRO REIS

UNIPAM, Patos de Minas, MG, BRASIL.

O.F.F, 56 anos, DM2, dislipidêmico, residente em Patos de Minas. Evoluiu com IAMSSST em 28/02/2016. ECG com discretas alterações e aumento de MNM. Internado em UPA e a seguir em UTI onde recebeu tratamento clínico para SCA e foi encaminhado para CATE, que em 04/03 revelou obstruções multivasculares. Optou-se por ICP com stent não farmacológico para ADA e em segundo momento abordagem em CD. Recebeu alta utilizando antiagregantes. Em 04/04 iniciou quadro de dengue confirmado com prova de laço positiva e IgM reagente posteriormente. Plaquetas em 06/04: 153000. Foi suspenso AAS e Clopidogrel por 7 dias. Em maio, novo CATE mostrava reestenose grave do stent. Foi optado por CRM realizada em 28/06 com boa evolução. DISCUSSÃO: IAM é uma das doenças cardiovasculares com as maiores prevalências, morbidade e mortalidade em todo o mundo. É classificado em IAMSSST ou IAMCSST. O heart team é de grande interesse no tratamento das doenças cardiovasculares para escolher a melhor decisão terapêutica em condições complexas, mas no caso do paciente não houve esse cuidado pelo município não contar com essa equipe no SUS. Em IAMSSST deve-se fazer uma estratificação do risco para indicação de ICP, utilizando os score TIMI e GRACE. Assim, as indicações de medidas conservadoras estão destinadas a paciente com baixo risco. Para pacientes classificados como intermediário e alto risco, há indicação de intervenção invasiva. Evidências indicam maior efetividade do stent farmacológico para o tratamento de pacientes diabéticos e com lesões em vasos finos. Na ausência deste, utiliza-se o stent não-farmacológico. O uso do stent metálico requer uma terapia antiplaquetária simplificada e de menor tempo do que a necessária com o stent farmacológico, entretanto há maior risco de reestenose, sendo que, na ocorrência deste evento é imprescindível o uso do SF. O AAS deve ser prescrito por tempo indeterminado aos pacientes com risco de trombose coronária e progressão dos quadros de SCASSST, salvo nos casos de HDA. Aproximadamente 5 a 30% dos pacientes submetidos a angioplastia coronariana podem evoluir com reestenose intra stent. Por isso, o uso de AAS e de Clopidogrel só deve ser suspenso durante infecção pelo vírus da dengue quando a contagem plaquetária for inferior a 50.000 ou caso haja hemorragias ou choque. CONCLUSÃO: Condutas indicadas pela literatura favorecem o desfecho da história, porém várias peculiaridades dificultam que isso aconteça no cenário clínico real, principalmente no SUS.

49413

Ruptura do septo interventricular pós-IAM de parede anterior: uma complicação grave cada vez menos frequente

ROSANE CARDOSO FERREIRA, DIOGO ARAÚJO REBELLO, MAURICIO LEÃO FERREIRA, FABIO DE CARVALHO, FLAVIO DONIZETE GONCALVES, RITA DE CASSIA OLIVEIRA, MAYARA OLIVEIRA FREITAS GRALHA e ALANA ANDRADE GOMES

Hospital Aroldo Tourinho, Montes Claros, MG, BRASIL.

A incidência de ruptura do septo ventricular(RSV)pós infarto agudo do miocárdio (IAM) na era da reperfusão coronariana é 0,2 a 0,3%.O fechamento cirúrgico permanece como procedimento de escolha.A mortalidade em 30 dias na intervenção cirúrgica de urgência é estimada em 60% e na intervenção de resgate 80,5%.O objetivo desse estudo é mostrar o sucesso na abordagem cirúrgica precoce e na abordagem cirúrgica de resgate em paciente com RSV como complicação de IAM com supra do segmento ST .O presente relato trata-se da paciente L.M.S., sexo feminino,61anos ,leucoderma,hipertensa,residente em São Francisco-MG. Em 24/08/2012,por volta das 21horas,apresentou dor torácica retroesternal anginosa,irradiando para dorso. Procurou atendimento no hospital da sua cidade.A admissão, encontrava-se hipertensa 220/120mmHg, taquicárdica,taquipnéia e ausência de sopros a ausculta cardíaca.O ECGrealizado evidenciou corrente de lesão subepicárdica em parede anterior.Iniciado tratamento com AAS, nitrato e morfina,com melhora discreta da dor. O hospital em que foi admitida, não seriava enzimas cardíacas e também não havia serviço de hemodinâmica, sendo então encaminhada para o serviço de referência que ficava há menos de 1 hora.A paciente deu entrada nesse segundo serviço no dia 25/08/12 às 16horas,ainda com precordialgia típica,PA 110/70 mmHg ,FC 115bpm e com piora do padrão respiratório. Realizado novo ECG que evidenciou supra segmento ST parede anterior.Foi realizada coronariografia às 17:30h,com angioplastia primária em terço médio da Arteria Descendente Anterior. Não havia lesões residuais.A coronária direita era hipoplásica e a ventriculografia mostrou hipocontratilidade importante em região antero apical.Manteve-se estável após procedimento,porém no dia seguinte iniciou quadro de instabilidade hemodinâmica.Ao exame físico,notou-se sopro holossistólico grau III/VI em foco tricúspide.O ecocardiograma evidenciou FEVE 43%, AE 50mm, aneurisma apical e RSV 1,10cm, localizado na porção apical do septo, com shunt VE/ VD, PSAP 58mmHg, derrame pericárdico importante sem sinais de tamponamento. Após breve estabilização clínica,foi encaminhada para cirurgia cardíaca para correção da RSV. Após 15 dias estável, paciente apresentou novamente instabilidade hemodinâmica e novo supra.Realizado novo ecocardiograma que evidenciou shunt da região apical,sendo submetida a nova abordagem cirúrgica. Recebeu alta hospitalar no dia 30/11/2012 com bom estado geral, com tratamento clínico otimizado.

49416

Erro na semiotécnica da aferição da pressão arterial. Relato de caso

LUIZA BARBOSA DE OLIVEIRA, EDUARDO MESQUITA DE SOUZA, GUILHERME AUGUSTO SOUSA BATISTA, CAMILA EUGENIA FONSECA PASSOS, LUIZ RICARDO MOKFA NOGUEIRA, SARAH DE OLIVEIRA MENDES, PEDRO MARTINS CORREA e VINICIUS TOSTES CARVALHO

Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma entidade clínica multifatorial, sendo a obesidade fator de risco. Desatentar-se para a relação entre o tamanho do manguito e a circunferência do braço pode propiciar erro na aferição da pressão arterial nos obesos. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 51 anos, IMC 32.4, procurou serviço de saúde em 2014 relatando história de HAS há cerca de 30 anos. No dia da consulta a pressão arterial (PA) foi aferida em 220/110 mmHg, mesmo em uso regular de quatro classes de anti-hipertensivos. Destacam-se constantes idas a unidades de urgência com relato de crises hipertensivas, queixa de angina, além de tonturas frequentes pela manhã. Ao exame físico, a paciente não apresentou alterações cardiorrespiratórias e abdominais. Nos antecedentes familiares, pais e irmãos hipertensos. Em 2015, teve infarto sem supra de ST com angioplastia do terço médio da artéria descendente anterior. A fim de se investigar HAS secundária, foi realizada propedêutica que excluiu feocromocitoma e hipertensão renovascular. A atividade plasmática da renina estava levemente reduzida e a relação aldosterona/ renina plasmática um pouco elevada, levantando a suspeita de um hiperaldosteronismo primário. Devido a isso, a paciente foi encaminhada para a atenção terciária, onde tal hipótese foi descartada em virtude das aferições da PA estarem adequadas no dia da consulta. Retornando ao serviço de origem, atentou-se então para a medida da circunferência do braço da paciente, verificando-se que o manguito era inadequado. Aferiu-se 152/90 mmHg no braço direito, assentada, com manguito inadequado, e 124/86 mmHg no braço esquerdo, assentada, com manguito para obesos. **HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:** HAS superestimada pelo uso de manguito inadequado, iatrogenia pelo uso excessivo de antihipertensivos e persistência de angina pectoris. **CONDUÇÃO:** O uso de manguito adequado ao membro da paciente permitiu a readequação das dosagens da medicações; os episódios de hipotensão postural foram, então, abolidos. Foi solicitada cintilografia de perfusão miocárdica devido à persistência da angina. **CONCLUSÕES:** Neste trabalho ressalta-se a importância da semiotécnica da aferição da PA com o uso do manguito adequado. Esta preocupação contribui para reduzir o número de diagnósticos e tratamentos incorretos. **REFERÊNCIAS:** Malachias MVB, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016

49512

Mixoma atrial referido com sintomatologia neurológica em paciente idosa: relato de caso

ALEXANDRE BARBOSA ANDRADE, BRUNO JHONATAN COSTA LIMA, IVANA MIGLIO DE CASTRO, EVELYN JOYCE CORGOSINHO, ANDREZA LIBÉRIA OLIVEIRA DINIZ e JOSE MARIANO MELO GARCIA

Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, MG, BRASIL - Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: O mixoma atrial (MA) é um tumor primário, geralmente benigno, raro, do coração, que não pode ser diagnosticado sem auxílio de uma propedêutica adequada. Pacientes com mixomas tem um bom prognóstico. O diagnóstico dos mixomas é relativamente fácil quando direcionado pela propedêutica adequada, tendo o ecocardiograma trans-esofágico sensibilidade de quase 100%. Os mixomas são tratados com ressecção total cirúrgica ou pela estratégia "esperar e ver". Descrição do caso: Paciente R.F.S.G, 62 anos e 5 meses de idade, sexo feminino chega ao serviço hospitalar com parestesia no lábio em região comissural esquerda sem outras queixas associadas. História clínica pregressa de dispepsia, hipotireoidismo e dislipidemia e mastoplastia. Em uso de Pantoprazol, Puran T4, Sinvastatina, DHEA, Fish Oil, D. prev, Ginkoba, Vitergan Zinco, Quelatus e Clopidogrel. Ao exame, em bom estado geral e afebril. Pressão arterial membro superior de 110/60 mmHg, frequência cardíaca de 90 batimentos por minuto, saturação de O2 em ar ambiente a 93%. Ritmo cardíaco regular a ausculta, em dois tempos. Sem alterações nos sistemas respiratório e digestório. Foram solicitadas ressonância magnética nuclear e coronariografia, angiografia, radiografia de tórax, cateterismo de coronárias, eletrocardiograma e ecocardiograma transtorácico. Ressonância magnética morfológica, funcional e perfusão do coração revelou presença de massa intra-atrial esquerda. O Ecodoppler cardiograma evidenciou imagem sugestiva de mixoma atrial esquerdo com ventrículo esquerdo. Eletrocardiograma com ritmo sinusal regular. Radiografia de tórax sem alterações. Hipótese diagnóstica: Exames confirmaram hipótese diagnóstica de mixoma em átrio esquerdo. Condução: Paciente foi operado com tempo de circulação extracorpórea de 27 minutos e tempo de pinçamento de 14 minutos, tendo recebido 4000ml de cristaloídes, encaminhada ao CTI em boas condições hemodinâmicas, sem drogas vasoativas e com boa diurese. Paciente evoluiu bem, e obteve alta, retornando um mês após o procedimento com suspeita clínica de tromboembolismo venoso, sendo internada no CTI. Conclusões: A avaliação semiológica e propedêutica de causas de acidentes vasculares encefálicos isquêmicos transitórios deve ser feita cuidadosamente, principalmente com relação ao manejo das etiologias cardiovasculares. Investigação cardíaca criteriosa sempre é importante na definição etiológica e para o correto manejo. Tratamento estritamente cirúrgico, com ressecção da massa.

49519

Dissecção aguda de aorta toracoabdominal com necessidade de implante de tubo valvado em paciente portador de síndrome de Marfan

MARINA HENRIQUES DE MATOS, PAULA REZENDE TEIXEIRA, SHIRLEY MARIETA ALVES DOS SANTOS, AMANDA ALCANTARA CUNHA DOS REIS, LUCIANA C DIAMANTINO, JEMIMA SANTANNA, FLAVIANA ESTHER COIMBRA SILVA e GUSTAVO MICENA DE ARAUJO

Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Dissecção Aguda De Aorta Toracoabdominal Com Necessidade De Implante De Tubo Valvado Em Paciente Portador De Síndrome De Marfan
Introdução: A síndrome de Marfan é uma doença genética rara, que afeta o tecido conjuntivo e compromete vários sistemas, em maior importância o cardiovascular, devido a sua maior mortalidade. O acometimento da aorta pode ser diagnosticado apenas em situação de maior gravidade, como na dissecção. A fim de evitar desfechos desfavoráveis, recomenda-se procedimento cirúrgico imediato, se indicado.
Caso clínico: Trata-se do paciente L.D.R. 33 anos, leucoderma, procedente de Contagem-MG. Portador de Marfan, tabagista. Procurou atendimento médico de urgência devido a dor torácica de evolução de sete dias, com piora da intensidade, em caráter lancinante, em região escapular esquerda com irradiação para região lombar, associado à dispnéia aos mínimos esforços. Ao exame físico estava com fácies de dor, hipocorado, acianótico, ritmo cardíaco regular, bulhas hipofônicas, presença de B3, sopro diastólico precoce, decrescendo de alta frequência, em foco aórtico. Pulso diminuído em membro superior esquerdo. Hipertensão e taquicárdico. À ausculta pulmonar presença de estertores bibasais. Submetido à angiografia de tórax que revelou dissecção aguda de aorta ascendente desde o seio de valsalva, até as artérias ilíacas. Evoluiu com insuficiência aórtica aguda e edema agudo de pulmão, sendo necessária realização de IOT e foi levado em caráter emergencial ao bloco cirúrgico.
Hd: Dissecção aguda de aorta toracoabdominal.
Cd: Submetido à cirurgia de dissecção da aorta ascendente, com oclusão do orifício de entrada da dissecção, preservando o arco aórtico. Implantado tubo valvado (válvula mecânica 23 mm/tubo 26 mm). Conduzido ao CTI no pós-operatório, estável, sem uso de aminas. Teve boa evolução, recebeu alta para a enfermagem, permaneceu por alguns dias, obteve melhora expressiva, com posterior alta hospitalar.
Conclusão: Devido à gravidade conhecida da dissecção aguda de aorta, e o risco aumentado de morte de acordo com o tempo do evento, é fundamental o diagnóstico precoce, e realização do tratamento cirúrgico imediato, se indicado. A cirurgia de Bentall e de Bono modificou o curso dos pacientes acometidos por tal enfermagem cardiológica.

49523

Cardiomiopatia hipertrófica tratada por técnica intervencionista de redução septal

MARCUS VINICIUS DE PAULA DA SILVA, JULIANA GUIMARAES SOUZA YOST, DELFINO COSTA MACHADO FILHO, AUGUSTO LIMA FILHO, SAULO AUGUSTO DE LIMA, ELUAN ALBUQUERQUE DE LIMA, ANDERSON PEREIRA DE OLIVEIRA e HUMBERTO DE FREITAS BOY

Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: a cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é definida pela presença de aumento da espessura da parede do ventrículo esquerdo (VE) que não é ocasionada por condições anormais de carga. Os sintomas mais frequentes são a dispnéia, angina e palpitações. O tratamento é tradicionalmente baseado no emprego de fármacos dotados de propriedades adequadas para amenizar os sintomas causados pela disfunção diastólica típica da doença. Quando ocorre importante obstrução da via de ejeção do ventrículo esquerdo, e os sintomas decorrentes não são controlados farmacologicamente, há o recurso cirúrgico da miectomia, estimulação cardíaca artificial e técnica intervencionista de redução septal. O objetivo deste relato é descrever a aplicação do método intervencionista, com sucesso, em paciente com diagnóstico de CMH septal assimétrica com limitações para aplicação de outras formas terapêuticas. **Descrição do caso:** paciente portadora de CMH admitida com quadro de dispnéia em repouso e dor precordial atípica refratária ao tratamento farmacológico. Ao exame físico mostrava-se alerta, orientada no tempo e no espaço, normotensa, afebril, taquipneica, acianótica, anictérica, ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular com sopro sistólico em foco mitral que se acentuava com a manobra de valsalva, ausculta pulmonar com crepitações e abdome livre e indolor. Submetida aos seguintes exames: Troponina negativa; Ecocardiograma transtorácico: espessura das paredes do VE aumentadas sendo mais acentuada no septo em relação as outras paredes, principalmente na porção médio basal, com relação septo/parede posterior > 1,3 compatível com miocardiopatia septal assimétrica. Fluxo turbulento na via de saída com movimento sistólico anterior da valva mitral gerando gradiente dinâmico máximo de 168 mmHg; Cateterismo cardíaco: ausência de lesões coronárias obstrutivas significantes, gradiente na via ejetiva ventricular esquerda pico-a-pico médio de 120 mmHg. Paciente manteve-se refratária ao tratamento com a medicação. Conduta: submetida a indução do infarto agudo do miocárdio por alcoolização da artéria septal. Ato sem intercorrências, recebeu alta para seguimento clínico no ambulatório de cardiologia e hemodinâmica do hospital. **Conclusão:** o método de redução septal intervencionista é efetivo para abolir a obstrução sistólica na cardiomiopatia hipertrófica. Sob o aspecto técnico, é relativamente simples, por sua aplicabilidade derivada de outros procedimentos percutâneos.

49524

Miocardiopatia periparto - relato de caso

MARCUS VINICIUS DE PAULA DA SILVA, MARIO LUCIO FRANCO PEREZ, ELUAN ALBUQUERQUE DE LIMA, ANDERSON PEREIRA DE OLIVEIRA, HUMBERTO DE FREITAS BOY, LETÍCIA LEÃO DE PAULA, VANESSA DINIZ NOGUEIRA e EVARISTO MACHADO NETO

Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Cardiomiopatia periparto (MCP) é uma forma de cardiomiopatia dilatada de etiologia incerta, rara, caracterizada por reduzida fração de ejeção do ventrículo esquerdo, que afeta mulheres sem doença cardíaca preexistente durante o último mês da gestação ou até o quinto mês de puerpério. Este trabalho tem por objetivo relatar o caso clínico de uma paciente com diagnóstico de MCP e evolução favorável. **Descrição do caso:** previamente hígida, no vigésimo dia de puerpério foi admitida com quadro súbito de dor torácica intensa, difusa, de característica mal definida e dispnéia em repouso. Associado ao quadro relatou também edema progressivo de membros inferiores. Ao exame físico da admissão encontrava-se anasarcada, hipocorada, pressão arterial 90 por 60 mmHg nos membros superiores, taquipneica, afebril, ritmo cardíaco regular com terceira bulha e ausculta pulmonar com estertores crepitantes em bases. Exames complementares realizados: ECG: taquicardia sinusal. Ecocardiograma: ventrículo esquerdo (VE) com aumento importante do diâmetro sistólico e moderado do diastólico, acompanhado de hipocinesia difusa (fração de ejeção de 22%). Padrão de disfunção diastólica grau II. Ventrículo direito (VD) aumentado, hipocinético. Regurgitação valvar mitral e tricúspide de grau moderado a importante. Discreto derrame pericárdico. Angiotomografia de tórax: sem sinais de tromboembolismo pulmonar, derrame bilateral. D-dímero positivo; Troponina negativa. Conduta: iniciado diurético de alça, inibidor da enzima conversora de angiotensina, betabloqueador, espironolactona e digital. A paciente evoluiu com melhora dos sintomas. Foi encaminhada ao ambulatório de insuficiência cardíaca do hospital. Em consulta de retorno no quarto mês após a alta hospitalar, a paciente retornou assintomática, sem alterações ao exame físico. Ecocardiograma transtorácico na ocasião mostrou VE com dimensões levemente aumentadas, hipocinesia difusa moderada (Fração de ejeção de 45 %). Padrão de relaxamento ventricular anormal. Válvula mitral e tricúspide com presença de leve regurgitação. **Conclusão:** o interessante deste caso consiste na identificação da patologia incomum e elucida que o tratamento otimizado para insuficiência cardíaca pode ser capaz de gerar resultado satisfatório de melhora clínica e caso ocorra complicações, como pacientes com disfunção ventricular após a gravidez, essas podem ser diagnosticadas e desaconselhadas a ter uma futura gestação.

49531

Síndrome vasoplegica pos ECMO (choque cardiogenico))

ARMANDO MARTINS PINTO, e ROMULO RIBEIRO DO AMARAL

Hospital Humanitas , Varginha, MG, BRASIL.

SÍNDROME VASOPLEGICA POS ECMO (CHOQUE CARDIOGENICO)
Entrada na emergência paciente 65 anos, queixa de dor torácica com alterações isquêmicas ao ECG, evoluindo com PCR submetido a manobras ressuscitação por 20min com recuperação. Encaminhado para cateterismo que evidenciou obstrução da CD submetido a angioplastia primária e encaminhado para CTI com instabilidade hemodinâmica (KILLIP IV).

Após 12 hs evoluindo com choque grave requerendo dose máxima de amina (nora/ dobuta), congestão pulmonar (Fio2=100% e Sat=90%), anúria e acidose metabólica, introduzido BIA sem melhora da perfusão. ECO evidenciando hipocinesia infero pósterio importante com dilatação câmaras direita

Após 32hs de choque refratário foi iniciado suporte mecânico com ECMO configuração VA (periférica-femoral) . Sinais vitais Pre-ECMO: PA- 60x39 FC-134 PVC-22 Sat-90% Diurese-60ml/24hs Fio2- 100%

Após 12hs de suporte em ECMO apresentou progressiva melhora dos parâmetros clínicos e laboratoriais com diminuição das aminas, Fio2 e sedação e foi acordado (sem déficit).

Após 50hs se suporte mecânico em ECMO com retirada das aminas e controle ecocardiográfico mostrando recuperação da função ventricular (leve hipocinesia VD), progredindo o desmame da ECMO com a decanulação da mesma.

Após 6 hs da saída da ECMO apresentou quadro súbito de choque não respondendo a aumento aminas evoluindo PCR, sendo submetido a manobras ressuscitação com resposta favorável. Realizado ecocardiograma com padrão hiperinotético com FE 62%. Apesar hipotensão severa o paciente apresentava vasodilatação da periferia e choque responsivo apenas a adrenalina, iniciado azul de metileno para tratamento síndrome vasoplegica. A síndrome vasoplegica é uma resposta inflamatória dos pacientes que foram submetidos a circulação extracorpórea e se caracteriza por hipotensão refratária a altas doses aminas débito cardíaco normal ou elevada, baixa resistência vascular sistêmica e diminuiu as pressões de enchimento. Apesar da hipotensão severa e altas doses de aminas, o enchimento capilar e preservado ou ate aumentado.

49532

Anestesia para cesariana em gestante portadora de cardiopatia reumática e hipertensão pulmonar de moderada gravidade

LARISSA N LIMA, LUIZ H T COTA, ROBERTO S S GUIMARAES, MOARA R M SANTOS, LETICIA V S FRANCO e CAMILLA R OLIVEIRA

Universidade José do Rosário Velano, Alfenas, MG, BRASIL.

Introdução: A febre reumática e a cardiopatia reumática crônica são complicações não supurativas da faringoamigdalite, causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A. A cardite responde pelas sequelas crônicas. A anestesia para cesariana ou analgesia de parto apresenta grande impacto no estado hemodinâmico dessas pacientes. **Relato de caso:** Feminino, 34 anos, secundigesta, cesariana por iteratividade. Portadora de cardiopatia reumática, uso regular de pindolol 5mg/dia e penicilina G benzatina 1.200.00UI de 21/21 dias. Ecocardiograma: contratilidade ventricular esquerda preservada, envolvimento reumático mitral e aórtico, ausência de disfunção aórtica significativa, estenose mitral com área diastólica entre 1,3-1,6 cm2, insuficiência mitral de grau leve a moderado, hipertensão moderada na arterial pulmonar. Gestação manteve-se sintomática. NYHA II. Antes do parto, apresentou dois episódios de taquiarritmias instáveis, revertidos com cardioversão elétrica. Técnica anestésica de indução em sequência rápida: citrato de fentanila 200mcg; cloridrato de lidocaína 60mg; etomidato 24mg; brometo de rocuroônio 60mg. Intubação orotraqueal. Após 2 minutos, retirada do conceito. APGAR 9 e 10. Mantida com sevoflurano, CAM de 1-1,5. Manteve níveis pressóricos, frequência cardíaca e ritmo sinusal regular, duração de 1h. Término cirúrgico, realizado bloqueio analgésico. Decúbito lateral direito, punção com agulha WHITACRE 25G, L3-L4. Cloridrato de bupivacaína hiperbárica 2,5mg e sulfato de morfina 0,1mg. Entubada e encaminhada à UTI. Alta hospitalar no 5º dia de pós-operatório. **Discussão:** Os objetivos foram manter ou diminuir a contratilidade miocárdica e a frequência cardíaca, manter a pré-carga e a pós-carga e evitar a hipotensão arterial. Os objetivos foram alcançados com anestesia geral balanceada seguida de bloqueio subaracnóideo com baixas doses de anestésico local e sulfato de morfina, evitando alterações hemodinâmicas e promovendo analgesia, respectivamente. Isto permitiu uma deambulação precoce, reduzindo risco de trombose, embolias e atelectasias.

49548

Forame oval patente e risco de AVCi

JULIANA CRISTINA DE LIMA PEREIRA, JOSE PINTO DE OLIVEIRA e RAQUEL PUCCI DE OLIVEIRA

Hospital Nossa Senhora das Dores, Itabira, MG, BRASIL.

Introdução-FOP é um defeito congênito remanescente da circulação fetal, achado em 27% de autópsias de corações normais, 15% da população, 45% de AVC criptogênicos, 23% aterosclerose grandes vasos. Sua associação com AVC não está bem esclarecida, com risco em pacientes jovens (prováveis bolhas trombogênicas venosas no forame).

Relato de caso-JLM, 21 a, masculino, negro, obeso desde infância, sedentário, não tabagista, atendido na urgência com sonolência, tonteira, cefaleia, cervicgia, perda momentânea de consciência e hemiplegia a seguir. Controle com Neurologista (ansiolíticos, antidepressivos, aspirina). Exames prévios normais. Hipertensos na família. Feita propedêutica e medicado com anticoagulante.

Exame físico-110kg, Índice Massa Corporal-IMC:31kg/m², Glasgow 10, sem déficit motor à admissão. Pressão Arterial-PA:150/90mmHg-MSD, deitado e síncope em ortostatismo. Pulsos palpáveis, simétricos. Pulmões limpos. Abdome flácido.

Exames Complementares-ECG: RS bradicárdico, 54 bpm-BRD 1ºg. Bioquímica sangue: normal, negativo para D. Chagas. Rx.tórax: normal-ETT:normal-TCC: AVC temporoparietal E-ETE:FOP-Scan Carótidas:oclusão ACI/E-AngioRM:oclusão parcial ACI intracraniana e Arteria Cerebral Média/E, infarto cerebelar E-Doppler transcraniano e teste bolhas: positivo.

Discussão-Este caso contempla vários aspectos mostrados na literatura médica, da associação entre FOP e AVCi, sua prevalência na população e entre AVC criptogênicos. A fisiopatologia para infarto cerebral não está bem esclarecida, podendo ser embolia paradoxal pelo forame, mas o próprio FOP poderia ser o foco de trombos pelo sangue estagnado. A cefaleia associada a cardiopatias congênitas (SHunt D/E), pela passagem de substâncias vasoativas ou micro-embolos. O diagnóstico ocorre após evento isquêmico, em jovens e confirma-se por ETE (maior acurácia). O tratamento fundamenta-se na prevenção primária e/ou secundária da isquemia, com aspirina ou anticoagulante. O fechamento por cateter transcateter é mais eficaz e seguro (custo alto), sendo a toracotomia muito invasiva. Este paciente foi submetido a tamponamento por cateter transcateter, com sucesso. Mantido com aspirina(200mg/d) e controle HA e peso. Manteve-se hemiplégico à D e a decisão pelo procedimento deveu-se ao risco de reincidência de embolia pelo forame.

49553

Disfunção ventricular com rejeição do enxerto após 3 anos de transplante cardíaco

CAMYLLA SANTOS DE SOUZA, FERNANDA ALMEIDA ANDRADE, BIANCA DE NEGREI SOUZA, THIAGO GUIMARÊS TEIXEIRA, KAIO CEZAR FERREIRA, DANIEL FRANCISCO DE MENDONÇA TROMPIERI, JUAN ALBERTO COSQUILLO MEJIA e JOAO DAVID DE SOUZA NETO

Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL - UNIDERP, Campo Grande, MS, BRASIL.

Introdução A rejeição, apesar de responder bem à terapêutica, ainda é considerada uma das principais complicações após transplantes cardíacos, com 21-30% dos doentes transplantados desenvolvendo, no mínimo, um processo de rejeição no 1º ano pós cirurgia. Assim, conhecer os parâmetros desta complicação pode ajudar no diagnóstico precoce e no manejo correto destes pacientes. Objetivo: Estudar evolução de paciente que apresentou disfunção ventricular com rejeição do enxerto após 3 anos de transplante cardíaco. Métodos: Revisão de publicações de 2010 a 2015 nas bases de dados LILACS e SciELO, bem como análise de dados do prontuário de paciente com suspeita de rejeição de transplante cardíaco realizado há 3 anos. F.R.C.M, 43 anos, sexo masculino, IMC 28,7, natural de Fortaleza-CE, foi admitido em 19 de setembro de 2016, em hospital especializado no tratamento de cardiopatias. Resultados: ECG no momento da admissão revelou bloqueio de ramo direito e sobrecarga de ventrículo direito (VD). Ecodoppler transtorácico, realizado em outubro, revelou dilatação do átrio esquerdo, hipertrofia concêntrica importante do ventrículo esquerdo (VE), hipocinesia difusa discreta do VE, disfunção contrátil do VD, fração de ejeção (FE) de 50%, disfunção diastólica do VE e refluxo tricúspide discreto. Em exame anterior, realizado 2 meses antes, havia sido detectado também aumento de átrio direito, FE de 37%, disfunção diastólica restritiva e sistólica severa do VE, bem como disfunção sistólica do VD e insuficiência mitral e tricúspide leve. Cineangiogramas coronariografia revelou coronárias pervias. Biópsia endomiocárdica confirmou suspeita de rejeição do transplante. O paciente evoluiu estável, sem queixas, com correção da medicação: ácido micofenólico 360 mg (BID), ciclosporina 100 mg (BID), prednisona 10 mg (MID), caverdilo 25 mg (BID), losartana 50 mg (BID), AAS 100 mg (MID) e atorvastatina cálcica 10 mg (MID). Paciente recebeu alta em 11/2016, com orientação para acompanhamento ambulatorial. Conclusão: Apesar de a profilaxia terapêutica após o transplante cardíaco conseguir prevenir grande parte da reação imune em resposta à rejeição do órgão, há fatores desconhecidos que corroboram para o aparecimento desta complicação, a qual, após ser diagnosticada, pode ser estabilizada com medicações, de modo a reduzir o efeito imune-inflamatório. As medidas adotadas no caso em questão foram concomitantes com os dados encontrados na literatura e o paciente teve uma evolução excelente.

49557

Análise da influência da doença de Parkinson sobre a insuficiência cardíaca descompensada.

CAMYLLA SANTOS DE SOUZA, RÔMULO NASCIMENTO MUNDIN, LUCIANA CAROLINE DAMASCENO PENATI, TÁIS BARBOSA BUENO, ANTONIO JADSON ALVES DA COSTA, IGOR RODRIGUES DA SILVA, GLAUBER GEAN DE VASCONCELOS e JOAO DAVID DE SOUZA NETO

Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, MG, BRASIL.

Introdução: Cerca de 23 milhões pessoas no mundo sofrem com insuficiência cardíaca descompensada (ICD). Conforme a população envelhece, a prevalência da ICD aumenta, bem como da Doença de Parkinson (DP), cujas alterações cardiovasculares têm sido investigadas em vários estudos. Objetivo: Estudar a influência da DP sobre a evolução de paciente com ICD. Método: Revisão de literatura e análise de prontuário de paciente parkinsoniano que apresentou ICD. Resultados: RAS, 77 anos, masculino, com diagnóstico prévio de hipertensão arterial, doença coronariana, dislipidemia, doença renal crônica não dialítica e DP. Relata baixa adesão ao tratamento e refere surgimento de angina, dispnéia paroxística noturna e durante repouso, com sudorese e náuseas. Apresentava, na admissão, edema 4+/4+ em MMII. Ecocardiograma mostrou importante dilatação de câmaras esquerdas e FE de 35%. Cateterismo mostrou estenose de 80% na coronária direita. Encontra-se hemodinamicamente estável, sendo medicado com hidralazina, propatinitrato, carvedilol, furosemida, aldactone, AAS, atorvastatina, alenia, L-dopa, entacapon e haldol. Apresenta quadro de ICD, que tem como causas mais comuns a baixa aderência ao tratamento. Em portadores de DP, é ainda mais comum o uso inadequado das medicações, podendo agravar o quadro de ICD. Além disso, o paciente fazia uso de estatinas. Shuang et al demonstrou que estatinas podem desencadear DP, devido ao colesterol alto estar associado a benefícios para a DP. A estatina tira essa proteção e bloqueia a síntese da coenzima Q10. Paciente também fazia uso de haldol, que exacerba os sintomas da DP. Merecem destaque os efeitos cardiovasculares da DP - hipotensão ortostática, menor FE, redução do fluxo coronariano, arritmias e dispnéia -, derivados da denervação noradrenérgica cardíaca, denervação noradrenérgica extracardíaca (descontrole vasomotor) e falha do reflexo barorreceptor, devido ao depósito de alfa-sinucleína nos plexos e nervos cardíacos e extra-cardíacos. Nesse caso, o paciente não refere hipotensão postural, que é o principal sintoma cardiovascular da DP, mas talvez a angina e dispnéia em repouso possam ser alguma contribuição da DP. Conclusão: É relevante entender que a DP pode piorar e até desencadear IC. Assim, fazer um tratamento centrado na pessoa e não na doença é fundamental. A DP é uma comorbidade que causa alterações cardiovasculares importantes e deve ser considerada na escolha do tratamento terapêutico da IC, evitando iatrogenia.

49560

Oclusão de Fistula Arterio-Venosa Pulmonar com Plug Vascular

MARCUS VINICIUS DE PAULA DA SILVA, RICARDO WANG, SAULO AUGUSTO DE LIMA, AUGUSTO LIMA FILHO, ELUAN ALBUQUERQUE DE LIMA, ANDERSON PEREIRA DE OLIVEIRA, HUMBERTO DE FREITAS BOY e LETÍCIA LEÃO DE PAULA

Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Fistula Arterio-Venosa Pulmonar (FAVP), uma rara anomalia vascular, é uma comunicação direta entre a artéria e a veia, sem a interposição do leito capilar, representando shunt extracardíaco direito-esquerdo. Quando significativa, pode causar sinais e sintomas clínicos, tais como fadiga fácil, dispnéia de esforço, cianose, hemoptise e complicações importantes como abscesso cerebral, ataque isquêmico transitório e acidente vascular encefálico. O objetivo deste relato é descrever a aplicação do método percutâneo de oclusão de FAVP com Plug vascular em paciente com quadro de cianose, dispnéia progressiva e episódios recorrentes de epistaxe. Descrição do caso: paciente do sexo feminino, 25 anos, portadora de FAVP, admitida com quadro de cianose e dispnéia aos mínimos esforços. Ao exame físico da admissão encontrava-se alerta, hidratada, hipoxêmica, corada, pressão arterial 100 por 60 mmHg nos membros superiores, eufônica, afébril, ritmo cardíaco regular, presença de sopro contínuo em região axilar direita e ausculta pulmonar com murmúrio vesicular fisiológico. Exames complementares realizados: Ecocardiograma: função contrátil global e segmentar preservada do ventrículo esquerdo. Doppler intracardíaco sem alterações significativas. Angiotomografia de tórax: vasos ectasiados intraparenquimatosos no lobo médio direito podendo corresponder a FAVP. Possível fistula arterio-venosa no lobo hepático direito. Ausência de embolia pulmonar. Arteriografia Pulmonar: presença de fistula arterio-venosa em lobo médio do pulmão direito. Conduta: oclusão com 2 plugs de dois ramos do lobo médio do pulmão direito com sucesso. Optado por abordagem da fistula arterio-venosa hepática em um segundo momento. Paciente recebeu alta sem queixas para seguimento ambulatorial. Conclusão: o interessante deste caso consiste na identificação da patologia incomum e elucida que o tratamento percutâneo da FAVP é uma forma menos agressiva e facilmente repetível, que permite a estes doentes alcançar uma melhora significativa da qualidade de vida.

49568

Angina variante de Prinzmetal: relato de caso

LUCIANA C DIAMANTINO, TAMARA T LEÃO, AMANDA C REIS, MARINA H MATOS, PAULA R TEIXEIRA, JAQUELINE R SIMÃO, FAUSTINO V FILHO e FERNANDO C NEVENSCHWANDER

Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Angina variante de Prinzmetal é uma síndrome caracterizada pelo aumento transitório do tônus vasomotor coronariano. Pode associar a infarto agudo do miocárdio, taquicardia ou fibrilação ventricular e morte súbita.

Caso clínico: Paciente ROB, de 44 anos, masculino, tabagista, apresentou queixa de precordialgia em aperto, com irradiação para o dorso, associado a náuseas e vômitos. Atendido em outro serviço, com troponina positiva, sendo encaminhado para propedêutica. Admitido com persistência do quadro clínico, ECG com inatividade em parede inferior e troponina positiva. Iniciado protocolo de SCA, manteve dor torácica, sendo encaminhado a CATE de urgência, que evidenciou vasoespasmismo em coronária direita (ostial, 1/3 proximal e médio), e lesão de 50% em terço médio de CD. Iniciado tratamento para vasoespasmismo com nitrato oral e antagonistas de canal de cálcio. Realizado ecocardiograma com evidência de FEVE levemente reduzida (51%) e alterações de contratilidade ventricular (hipocinesia das paredes infero-lateral e infero-septal, e acinesia dos segmentos médio e basal da parede inferior). Paciente evoluiu com melhora clínica, apresentou cefaléia importante, sendo suspenso nitrato. Evoluiu sem intercorrências, recebeu alta para acompanhamento com diltiazem, AAS, clopidogrel e atorvastatina.

Hipótese diagnósticas: Angina variante de Prinzmetal

Conduta: Mantido tratamento com bloqueador de canal de cálcio e orientado a cessar tabagismo.

Conclusão: A angina de Prinzmetal tem como principal fator de risco o tabagismo, sendo encontrado mais comumente em pacientes com menos de 50 anos. As alterações comuns de ECG são alterações de segmento ST com reversão após melhora dos sintomas. Outras alterações incluem uma onda R alta e larga, o desaparecimento da onda S, uma onda T mais alta e ondas U negativas. Alteração mais incomum é o aparecimento de onda Q. O tratamento de primeira linha é antagonista de canal de cálcio devido ao poder de prevenir vasoespasmismo e promover vasodilatação coronariana. O uso de nitrato é recomendado, mas não altera prognóstico em pacientes já em uso de antagonista de canal de cálcio. O prognóstico a longo prazo da angina vasoespasmática é bom, principalmente nos pacientes que estão recebendo tratamento.

49569

Diagnóstico tardio de persistência de canal arterial complicado com endocardite

CHRISTIANA CONCEICAO DE OLIVEIRA, NELSON BORGES NETO, CLAUDIO LUIZ AMARAL, EDUARDO DIAS CHULA, FRANCELLY LAYLA SEVERIANO, AYESCA VIVIAN MICHELINI, FLAVIA COSTA ALVES e ADRIANO AVELLAR CARVALHO

Hospital São João de Deus, Divinópolis, MG, BRASIL.

Introdução: O canal arterial é uma estrutura vascular que conecta a artéria pulmonar esquerda à aorta descendente. Seu fechamento estrutural acontece em 12 a 18 hs após o nascimento e o anatômico por volta dos 2 a 3 meses. Quando isto não ocorre caracteriza-se a Persistência de canal arterial (PCA). O PCA predomina nas mulheres, com incidência de 6 a 11% das cardiopatias congênitas. Existe relação com rubeola materna, prematuridade. Apresenta sopro contínuo, em maquinário, localizado em BEEA. Cursa com shunt esquerda-direita e sobrecarga volumétrica das câmaras esquerdas. Suas complicações mais comuns são: endarterite, aneurismas, endocardite.

Descrição do caso: A.A.C, feminino, 33 anos, história de sopro cardíaco desde infância. G4P4A0. Cursando há 2 meses com emagrecimento, febre, adinamia e cansaço aos esforços de forma progressiva. Internada para investigação de febre de origem indeterminada. Ao exame apresentava-se hiporadada, desnutrida, estado precário de dentição. Ausculta com sopro sistodiastólico em BEEA, com frêmito. Hemograma, função renal e hepática, urina, sem anormalidades. FAN, PPD, pesquisa de leishmania negativos. RX torax: leve cardiomegalia e congestão pulmonar. Realizado ecocardiograma transesofágico (ETE): aumento leve AE e VE disfunção sistólica leve. FEVE=51%. Presença de PCA de 0,7 cm com moderado shunt aorta pulmonar. Qp/Qs: 1,7. Presença de imagem com movimento independente na desembocadura do canal medindo 0,5 x 0,2 cm, sugestivo de vegetação. Derrame pericárdico leve. Estava em uso de ceftriaxone e após resultado do ETE e hemoculturas (crescimento de S. Viridans em duas amostras) foi confirmado o diagnóstico de endocardite e associado cipro e oxacilina. Novo ETE com 35 dias já sem a presença de tal estrutura no canal, sendo indicado o fechamento cirúrgico do PCA. Paciente evoluiu sem intercorrências e com melhora da capacidade funcional no seguimento.

Conclusão: Este caso relata uma complicação grave do PCA, ou seja, endocardite bacteriana em uma paciente com diagnóstico tardio da doença.

49570

Tratamento percutâneo de fistula coronariana em paciente assintomático

LUCIANA C DIAMANTINO, GUALTER B CACADO, MANOEL A B ESTEVES, EDMUNDO C OLIVEIRA e FERNANDO C NEVENSCHWANDER

Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Comunicações entre artérias coronárias e câmaras cardíacas ou outros vasos ocorrem devido a alterações no desenvolvimento embriológico. Os locais de origem mais comuns são a coronária direita, o sistema da coronária esquerda e ambas as artérias. Os principais locais de terminação dessas fistulas são o ventrículo direito, o átrio direito e as artérias pulmonares.

Caso clínico: Paciente CEMC, de 45 anos, portador de hipotireoidismo, realiza atividade física regularmente, submetido eletivamente a teste ergométrico, com resultado positivo para isquemia. Seguido propedêutica para investigação de doença coronariana, ecocardiograma sem alterações significativas e cintilografia miocárdica com hipoperfusão relativa em porção apical da parede inferior do ventrículo esquerdo. Realizado angiogramografia de coronárias, sendo evidenciado fistula entre o terço distal da artéria circunflexa e a veia pulmonar superior direita com trajeto serpiginoso posterior a aorta. Solicitado então cateterismo cardíaco, com presença de uma fistula ligando a artéria circunflexa a um ramo da artéria pulmonar direita. Submetido a embolização com micromolas, com oclusão total da fistula, sem intercorrências. Paciente recebeu alta e segue em acompanhamento ambulatorial sem intercorrências.

Hipótese diagnósticas: Fistula de artéria circunflexa para ramo da artéria pulmonar

Conduta: Realizado fechamento de fistula coronária-artéria pulmonar com sucesso.

Conclusão: A maioria das fistulas coronarianas são pequenas, sem alterar fluxo sanguíneo miocárdico, sendo a maioria dos pacientes assintomáticos. Contudo, quando ocorre desvio de fluxo, pode ocorrer isquemia do miocárdio perfundido pelo segmento distal à fistula coronariana. Os sintomas e sequelas incluem isquemia crônica e angina, insuficiência cardíaca e cardiomiopatia, infarto do miocárdio, hipertensão pulmonar, endocardite, alterações de ritmo cardíaco, trombose ou aneurisma da fistula, e ruptura da fistula. O diagnóstico pode ser feito pelo ECO transtorácico, e mais comumente por TC ou RNM. O CATE é o padrão-ouro para diagnóstico, incluindo dados hemodinâmicos da fistula. O tratamento consiste em fechamento da fistula, sendo realizado como escolha durante o cateterismo cardíaco.

49571

Trombo gigante de ventrículo esquerdo em paciente jovem associado a diabetes melito e hipertensão arterial sistêmica.

SAMIR IDALÔ, LUCAS PONTES BICHUETTI, LARISSA D AMICO SANTOS, THIAGO MIRANDA FERREIRA e JOSE WALISON MAINART JUNIOR

UNIVERSIDADE DE UBERABA, UBERABA, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO:

As massas cardíacas e paracardíacas podem ser neoplásicas ou não neoplásicas. Neoplasias cardíacas primárias são raras, com prevalência estimada de 0,001 a 0,03%. Já trombos intraventriculares é uma complicação que pode ser presente em qualquer condição com disfunção sistólica severa do VE sendo na ampla maioria dos casos relacionadas a doentes com miocardiopatia dilatada e infarto agudo do miocárdio.

RELATO DE CASO:

J. L. S., 37 anos, masculino, casado, engenheiro, procurou consultório para consulta de rotina. Queixava-se impotência sexual e níveis pressóricos elevados (SIC). Ao exame físico apresentava PA:160x100mmHg, IMC de 35kg/m², circunferência abdominal de 105cm e abdômen em avelutação. Solicitados exames laboratoriais e ecocardiograma (ECO). Glicemia jejum 168mg/dL, HbA1c:8%, Triglicérides 546mg/dL, Colesterol Total: 228mg/dL, HDLc: 20mg/dL, Creatinina 2,3mg/dL, Ureia:102mg/dL; ECO: AE 38mm FE: 42% Delta D:21% com possível trombo apical de 29,7x26,6mm. Déficit moderado por comprometimento difuso de VE. Iniciado empagliflozina 25mg/d, Metformina 500 mg 2x/d, ciprofibrato 100mg/d, bisoprolol 2,5mg, espironolactona 25mg, apixabana 5mg 2x/d, furosemida 40mg, Losartana 50mg e solicitado US Renal, sem alterações. Solicitado cintilografia do miocárdio: acentuada hipoperfusão transitória na parede inferior (12%). Cineangiogramografia: sem obstruções com imagem sugestiva de trombo(?) em VE ou tumor (?). Diante de tal quadro foi solicitado RNM cardíaca que evidenciou massa adjacente à parede septal das porções médias e apical do VE, medindo 3,8x1,5cm que não apresentou captação de realce tardio, compatível com trombo.

CONCLUSÃO:

Trata-se de uma apresentação clínica infrequente entretanto que corrobora com alguns dos principais fatores de risco para trombose intraventricular, como Infarto do Miocárdio, Miocardiopatia dilatada, disfunção severa de VE, principalmente associado a interrupção precoce da terapia antiplaquetária dupla (AAS e clopidogrel), diabetes mellitus e tabagismo. É geralmente aceito que a anticoagulação deve ser o tratamento inicial na maioria dos casos, mas não existem recomendações específicas sobre a trombólise ou trombectomia.

49572

Coarctação de aorta em pré adolescente associada a hipertensão secundária e neuropatia grave

SAMIR IDALÔ, LUCAS PONTES BICHUETTI, THIAGO MIRANDA FERREIRA, JOSE WALISON MAINART JUNIOR e LARISSA D AMICO SANTOS

UNIVERSIDADE DE UBERABA, UBERABA, MG, BRASIL.

Introdução: A coarctação de aorta (CoAo) é 4ª causa mais comum cardiopatia congênita, caracterizada estreitamento aorta, entre artéria subclávia esquerda e ducto arterioso. Incidência 5 a 8%, prevalência 3/10.000 nascidos vivos, predomínio homens(2 a 3:1). Resultado é hipertensão arterial em membros superiores e circulação colateral.

Objetivos: Relatar caso de adolescente com CoAo e sequelas neurológicas por prematuridade extrema, internada para troca derivação ventricular peritoneal (DVP), a qual apresentou picos pressóricos elevados de difícil controle.

Relato de caso: I.M.S, feminino, 10 anos, internada troca DVP, por sequelas prematuridade extrema (27 semanas), paralisia cerebral e atraso desenvolvimento neuropsicomotor. Apresentou picos pressóricos de difícil controle, com diferença de pressões dos membros superiores e inferiores (MSD:155x107,MSE:152x82,MID:105x88,MIE:96x78 mmHg), além de sopro sistólico(3+/6+) panfocal e pulsos femorais diminuídos. Foram utilizadas 4 medicações (captopril, nifedipina, espironolactona e furosemida), com controle parcial. Eletrocardiograma ritmo sinusal e hipertrofia ventricular esquerda (HVE), ecocardiograma: fração ejeção normal e HVE: angiotomografia (estreitamento circunscrito com 62% da luz da aorta torácica descendente distal e circulação colateral a parte do sistema ázigo e subclávia esquerda). Pelo status clínico da paciente, optou-se por implante stent na CoAo, com boa evolução e melhora completa do gradiente de pressão.

Discussão: A CoAo é caracterizada diferença pulsos e pressão entre membros superiores e inferiores, diminuição ou ausência dos pulsos femorais e sopro cardíaco. Procedimentos endovasculares vêm se destacando, sendo menos invasivos, eficazes, baixo índice de complicações, melhorando o gradiente de pressão parcial ou completamente, podendo ocorrer a redução do uso de anti-hipertensivos, necessitando de seguimento a longo prazo.

Conclusão: Trata-se de um caso grave devido às inúmeras comorbidades associadas; Se não houvesse intervenção rápida, a mortalidade chegaria em 25%, acrescido da grave situação neurológica da paciente.

49575

Sintomas visuais, hipotensão e cefaleia intensa em paciente portador de forame oval patente. Relato de caso.

GUSTAVO DRUMMOND PINHO RIBEIRO, EDUARDO LUIS GUIMARAES MACHADO, FLÁVIA SANTOS GUIMARAES MACHADO, PEDRO AUGUSTO MACIEL MOREIRA, LUCAS COSTA DA SILVA LOPES e LUIZ HENRIQUE BATISTA LOTT

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Relato de caso: Paciente masculino 20 anos, branco, solteiro, universitário, natural de Belo Horizonte, MG. História de astrocitoma cerebelar retirado aos 15 anos e Tilt test positivo feito em 2011, após cirurgia. Iniciou em 2015 quadros súbitos de perda progressiva da visão parcial, acompanhados de hipotensão, que melhorava em com o repouso. Porém, esses sintomas eram precedidos de cefaleia intensa que durava até dois dias, sem melhora com analgésicos. Procurou um neurologista que o encaminhou a um especialista de enxaqueca. Exame físico normal. Exames laboratoriais, ECG, MAPA, Holter, Campo visual computadorizado, Potenciais Evocados Visuais, Ecocardiograma, TC e Ressonância de crânio sem alterações. Foi então, como última análise, solicitado um ecocardiograma transesternal (ETE) que revelou VE com funções sistólicas e diastólicas normais, regurgitação mitral e tricúspide em grau discreto, ausência de trombos intracavitários e forame oval pérvio associado a shunt reverso direita-esquerda em prova de solução salina agitada. Dessa forma, foi pela primeira vez ao serviço de cardiologia que descartou o fechamento do FOP, sendo diagnosticado com síncope neuromediada e enxaqueca. Assim, retornou a neurologia para tratamento da enxaqueca sem sucesso. Por conta própria, em virtude da manutenção dos sintomas, paciente procurou outro serviço de cardiologia onde foi pedido um Doppler transcraniano concomitante à injeção de contraste salino com microbolhas que detectou grande quantidade de espículas de alta frequência à análise Doppler espectral após manobra de Valsalva. Portanto, foi encaminhado à hemodinâmica para fechamento. Até a dada do procedimento, recebeu doses de Sertralina e acetato de fludrocortisona que melhoram a intensidade dos sintomas, mas não reduziu a frequência. Submetido em abril de 2016, tratamento percutâneo do FOP com prótese. Atualmente, paciente passa bem e não apresentou novos episódios. Está em uso contínuo de ácido acetilsalicílico, ranitidina e clopidogrel. Conclusão: Casos como esse mostram a necessidade de novos estudos a respeito da propedêutica frente a um shunt no ETE, acompanhados de sintomas do SNC. Principalmente, quando o FOP é acompanhado de sintomas clínicos do SNC. O tratamento ainda é controverso sem evidência definitiva na literatura da melhor terapêutica.

49594

Aterosclerose e IAM em paciente jovem

ARTHUR MAGALHAES DUARTE, DENISE FRANCA MAGALHAES DUARTE, GABRIEL MAGALHAES DUARTE, LETICIA PAULA OLIVEIRA CABRAL, ELOISA MAZIERO DE QUEIROZ, CAROLINE SCHLEIFFER BUONICONTI e CARLOS CEZAR MARTINS DE OLIVEIRA

UNIFENAS-BH, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Faculdade de Medicina de Itáuna, Itáuna, MG, BRASIL - Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução – O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é a emergência médica com maiores índices de morbimortalidade. O IAM é considerado um evento raro em jovens. No presente estudo, relatamos o caso de um paciente jovem com quadro de IAM associado a tabagismo e a história familiar positiva. Descrição do caso – Paciente de 32 anos, solteiro, não sedentário, tabagista (três anos/maço) e não usuário de drogas. Em 2016, iniciou episódios de palpitações e dor em membro superior esquerdo associadas à náusea e sudorese. Procurou várias vezes o pronto atendimento, sendo sempre encaminhado à equipe de ortopedia. No dia 01/02/2016 foi atendido em consultório médico com dor precordial intensa, irradiando para membro superior esquerdo, associado a dispnéia e tremores. Exame físico: PA: 110/70 mmHg; FC: 104 bpm; Sat O2: 97 %; FR: 19; Afebril, palidez cutânea mucosa, sudorese profusa, acianótico, anictérico. AVC: BNRNF. AR: Pulmões limpos. Abdomen flácido, livre e indolor. Hipóteses diagnósticas – Hérnia de disco; Infarto Agudo do Miocárdio; Angina instável. Conduta(s) adotada(s) – ECG realizado em consultório médico mostrava supra desnívelamento do segmento ST em parede inferior (DII DIII e AVF). Foi encaminhado ao Centro de Terapia Intensiva e, imediatamente, ao serviço de hemodinâmica, com o diagnóstico de IAMSSST. Iniciada dupla terapia antiplaquetária (AAS e Ticagrelor). Ao cateterismo cardíaco (CAT), constatada obstrução total de ostio de CD, com implante de stent farmacológico (tempo porta-baño de 89 min). Durante CAT, constatadas lesões múltiplas e severas em outras artérias. Ao Ecocardiograma, realizado logo após o procedimento, hipocinesia da porção médio basal da parede inferior. Cinco dias após o primeiro procedimento, em virtude da impossibilidade de cirurgia de revascularização (estava em uso de AAS e Ticagrelor), optou-se pela realização de angioplastia das demais lesões (DA, CX e MARGINAL DE CX), com implante de três stents farmacológicos. Recebeu alta 3 dias após a segunda angioplastia. Conclusão – Apesar do IAM ser considerado um evento raro em indivíduos adulto-jovens, é de suma importância a investigação de SCA em todos os pacientes com queixa de precordialgia, de forma a evitar o subdiagnóstico desta patologia e suas graves complicações. Palavras chave: "infarto agudo do miocárdio"; "síndrome coronariana"; "fatores de risco infarto agudo do miocárdio", "infarto agudo do miocárdio em jovens".

49596

A importância do acompanhamento cardiológico em paciente com mucopolissacaridose tipo VI

ANA LUIZA PAIONE REZENDE, ALEXANDRE ALVES NEVES, FABRIZIA CRISTINA DOS SANTOS CASTRO, PAULO NEVES CERQUEIRA, MATHEUS SANTOS ALVES FERREIRA e JOSE LUIZ BARROS PENA

Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH), Belo Horizonte, MG, BRASIL - Universidade Iguacu Campus V Itaperuna, Itaperuna, RJ, BRASIL - Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

A mucopolissacaridose (MPS) é caracterizada pela deficiência de enzimas lisossomais necessárias na degradação de glicosaminoglicanos que se acumulam gerando alterações multissistêmicas. Destacam-se as manifestações cardíacas, como hipertensão arterial e pulmonar, além de infiltrações nas paredes e válvulas em graus variados que aumentam o risco de endocardite e fibroelastose endocárdica. O diagnóstico precoce juntamente com a terapia de reposição enzimática (TRE) tem trazido melhoria da qualidade de vida com possível aumento da sobrevida dos portadores da MPS. Existem sete tipos, sendo o VI com incidência mundial variável de 1:238.095 a 1:300.000. O presente trabalho relata o caso do paciente G.J.O., 22 anos, portador de MPS tipo VI diagnosticada aos 2 anos de idade. Está em acompanhamento cardiológico e já se beneficia da TRE. Possui comprometimento osteoarticular, respiratório e cardiológico sem acometimento do SNC; hipertrofia concêntrica do VE, estenose mitral, insuficiência mitral, estenose tricúspide, insuficiência aórtica e hipertensão arterial pulmonar, todas as lesões de grau leve, mantendo função sistólica biventricular preservada, segundo ecocardiograma feito no dia 19/05/17. Por diversas vezes, necessitou ser internado para compensação do quadro cardíaco, inicialmente deflagrado por doenças respiratórias. Em sua última internação, apresentou restrição respiratória importante. Ao exame, constatou-se murmúrio vesicular reduzido globalmente, FR:32irpm, SatO2:87%, sopro sistólico grau IV, FC:80bpm, PA:100x70mmHg e edema de membros inferiores (2+/4+). Estava em uso de Furosemida 60mg/dia, Prapranolol 20mg/dia, Captopril 50mg/dia, Sildenafil 25mg/dia, Espironolactona 25mg/dia. Durante a internação, houve dificuldade no manejo do acometimento cardíaco, evidenciada por episódios de hipotensão acompanhados de sudorese e mal estar, com necessidade dos ajustes de doses e readequação de medicamentos feitos somente pelo cardiologista que o acompanhava. O paciente tolerou bem as mudanças propostas evoluindo sem novos episódios de hipotensão. No momento da alta, apresentava-se estável, sem esforço respiratório, ausência de edemas e normotenso. Diante do exposto, atenta-se para a significativa importância do acompanhamento cardiológico dos pacientes com MPS, não somente pelas alterações decorrentes da doença, como também pela possibilidade de complicações de quadros diversos que podem descompensar a doença cardíaca.

49599

Fístula da aorta para átrio direito ao ecocardiograma em paciente com endocardite complicada: relato de caso.

SAULO EMANUEL BARBOSA DE OLIVEIRA, LUCIANA C DIAMANTINO, SHIRLEY MARIETA ALVES DOS SANTOS, GERALDO MAGELA ALVARENGA JÚNIOR, DANILO CUNHA NASCIMENTO e CLAUDIA DE MOURA NUNES GUERRA

Hospital Odilon Behrens, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Paciente O. D. J. 41 anos, encaminhado para realização de ecocardiograma devido quadro de febre de origem indeterminada. Encontrava-se estável, alerta e cooperativo, e sem alterações agudas ao exame físico. Durante realização do exame, identificado vegetação em face aórtica da valva aórtica não-coronariana, medindo 0,7 x 0,7 cm. Posteriormente, identificado fluxo da raiz da aorta para o átrio direito, com vegetação aderida ao septo, próximo a valva tricúspide, com 0,8 x 0,8 cm. Encontrado também presença de abscesso em parede aórtica. O mesmo apresentou progressão rápida do quadro, sendo intubado e levado à terapia intensiva e apresentou óbito em menos de 48 horas da realização do exame. A endocardite é uma doença ainda relacionada a alto risco de morbidade e mortalidade dos pacientes relacionados, apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos¹.

O diagnóstico baseia-se em achados de hemoculturas, ecocardiográficos, clínicos e laboratoriais, conforme critérios de Duke já bem estabelecidos na literatura². A utilização do ecocardiograma aparece como método diagnóstico e das possíveis complicações além de inferir o prognóstico relacionado a elas³. Segundo o consenso da Sociedade Europeia de Cardiologia, os seguintes achados são considerados de maior importância no paciente com suspeita de endocardite: a presença de massa ecodensa, móvel em valva, no endocárdio mural ou em prótese implantada anteriormente; a presença de abscessos ou fístulas, ou mesmo um novo vazamento em prótese, especialmente se implantada há mais tempo⁴. As fístulas decorrem de abscessos que levam a enfraquecimento e necrose da parede miocárdica, causando ruptura devido a alta pressão. A ruptura da parede miocárdica ocasionam fístulas intracardíacas, sendo a mais comum entre a aorta e os átrios, ocasionando um sopro contínuo.

O tratamento cirúrgico na endocardite tem como finalidade remover o tecido infectado, restaurar a função cardíaca e corrigir os danos adicionais, como abscessos, fístulas ou perfurações septais⁵. Na maioria dos pacientes, o procedimento cirúrgico a ser realizado é a substituição valvar por prótese (biológica ou metálica), sendo possível realizar plastia valvar em casos selecionados⁶.

49602

Cor Triatriatum: relato de caso.

SAULO EMANUEL BARBOSA DE OLIVEIRA, GERALDO MAGELA ALVARENGA JÚNIOR, LUCIANA C DIAMANTINO, SHIRLEY MARIETA ALVES DOS SANTOS, CLAUDIA DE MOURA NUNES GUERRA e DANILO CUNHA NASCIMENTO

Hospital Odilon Behrens, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Paciente I. A. S., 26 anos, em realização eletiva de ecocardiograma, sendo evidenciado malformação congênita rara, o Cor Triatriatum. A mesma era assintomática, sendo identificado sopro em consulta ambulatorial, motivo que a levou ao exame de ecocardiografia.

Cor Triatriatum (CT), inicialmente descrito em 1868, é uma malformação congênita resultante da falha na reabsorção da veia pulmonar comum durante a formação embrionária do coração. Esse erro genético representa 0,1% das cardiopatias congênitas, com incidência de óbito infantil em 75% das crianças sintomáticas não tratadas. Na forma clássica, caracteriza-se pela presença de uma membrana fibromuscular no átrio esquerdo, dividindo essa estrutura em duas câmaras: uma proximal, dita acessória, que recebe as veias pulmonares, e uma distal, correspondendo o verdadeiro átrio esquerdo, onde se encontra o orifício do apêndice atrial e a valva mitral.

A gravidade e a idade com que manifestam os sintomas da doença são determinadas, essencialmente, pelo número e tamanho das fenestrações. Doentes com fenestrações de diâmetro superior a 1 cm são habitualmente assintomáticos. O cor triatriatum está, frequentemente, associado a outras anomalias congênitas como comunicação interatrial, persistência de veia cava superior esquerda, anomalias do retorno venoso pulmonar, comunicação interventricular ou mesmo cardiopatias mais complexas como tetralogia de Fallot. O aumento da pressão e resistência venosa pulmonar pode levar à hipertensão arterial pulmonar (HAP), tanto mais precoce quanto mais restritiva for a comunicação entre as duas cavidades. O CT do lado direito (dexter), resultante da persistência da válvula direita do seio venoso, é uma cardiopatia rara que pode causar obstrução no átrio direito.

O diagnóstico não invasivo pode ser feito pelo ETT, sendo que o Doppler com fluxo em cores permite o reconhecimento do(s) pertuito(s) entre as duas câmaras, principalmente quando existe gradiente entre elas, devido à facilidade em detectar a turbulência causada pelo aumento da velocidade do fluxo sanguíneo. Embora raro, quando não vem acompanhado de outras malformações cardíacas o CT é de fácil correção cirúrgica, sendo importante seu diagnóstico precoce nos casos sintomáticos.

49605

Pericardite constritiva em paciente com miocardiopatia chagásica

ROSANE CARDOSO FERREIRA, DIOGO ARAÚJO REBELLO, FABIO DE CARVALHO, ISABELA MACIEL FERNANDES, MAURICIO LEÃO FERREIRA, FLAVIO DONIZETE GONCALVES, RITA DE CÁSSIA OLIVEIRA e IANE ROCHA DE SANTANA

Hospital Aroldo Tourinho, Montes Claros, MG, BRASIL.

A Pericardite Constritiva representa o estágio final de um processo inflamatório crônico que envolve o pericárdio. O quadro clínico usual consiste em sinais e sintomas de insuficiência cardíaca (IC) direita. A relevância desse artigo encontra-se no papel da pericardite constritiva ser lembrada como diagnóstico diferencial para IC com padrão predominante de câmaras direitas. Trata-se do paciente V.M.S., 45 anos, sexo masculino, melanoderma, portador de Miocardiopatia Chagásica e Fibrilação Atrial (FA), natural de Porteirinha-MG. Paciente com relato que há dois meses vinha apresentando dispnéia aos médios esforços, edema em membros inferiores (MMII), distensão abdominal e ascite moderada. Procurou por algumas vezes o pronto atendimento, quando então atribuíam os sintomas à IC já conhecida e apenas otimizava-se o tratamento clínico. Devido persistência e piora do quadro, foi internado no dia 28/04/2015. A admissão encontrava-se orientado, PA: 100/60 mmHg, FC: 97 bpm, porém dispnéico, com edema MMII 3+/4+ e ascite moderada. Exames: HG: 10,7, HT: 33,3, GL: 10,880, B.O: 84%, LINF: 8%, Pla: 309 mil, CR: 0,7, K: 3,5, NA: 135. ECG: ritmo irregular/FA, inversão de onda T difusa. RX tórax: área cardíaca aumentada, velamento basal a direita e calcificações em placas no mediastino. Ecocardiograma: átrio esquerdo 55mm, FEVE 52%, veia cava inferior 28mm, ausência de colabamento durante respiração, disfunção sistólica biventricular leve, pericárdio com espessamento importante, hiperecogenicidade intensa característica de calcificação comprometendo o coração em toda sua circunferência. Ao modo M: movimento abrupto do septo interventricular na protodiástole. Ressonância Magnética do coração: espessamento pericárdico 6,5mm na parede anterior do ventrículo direito (VD), miocardiopatia dilatada com disfunção biventricular FEVE 43,5 e FEVD 31,8. Constrição da parede anterior do VD e sinal do salto ou rebote septal posterior, sem disfunções valvares significativas. Na técnica de realce tardio foram identificadas áreas sugestivas de fibrose preservando o subendocárdio nos segmentos médio e basal da parede lateral. Após estabilização clínica, foi realizado pericardiectomia parcial no dia 15/05/2015, sem intercorrências. Recebeu alta hospitalar no dia 21/05/2015 em NYHA II. A análise histológica do pericárdio (16/06/2015) concluiu calcificação distrófica, sendo submetido a tratamento empírico para tuberculose pericárdica. Desde então permanece em NYHA I. Não houve novas interações.

49610

Síndrome de Eisenmenger em paciente idoso com comunicação interatrial

SAMIR IDALÓ, LARISSA D AMICO SANTOS, LUCAS PONTES BICHUETTI, DANIEL HUGO WINTER, JULIA VIDAL CARAMORI, GIOVANA DE ANDRADE RESENDE, LORENA DE MELO GAMA e AMANDA LIVIA SILVA MOURA

UNIVERSIDADE DE UBERABA, UBERABA, MG, BRASIL.

Introdução: Síndrome de Eisenmenger (SE), condição progressiva e irreversível, caracteriza-se elevação pressões artéria pulmonar a níveis sistêmicos associada a defeitos cardíacos congênitos não tratados, com shunt reverso ou bidirecional. No paciente adulto, os achados são dispnéia aos esforços, dor torácica, síncope e hemoptise. Vasodilatadores arteriais pulmonares e transplante coração-pulmão são possibilidades terapêuticas, mas a morbimortalidade da doença mantém-se elevada.

Descrição do caso: T.A.S., sexo masculino, negro, 75 anos, ex-tabagista, ex-etilista, hipertenso e diabético, queixando-se de dispnéia aos mínimos esforços, precordialgia e edema de membros inferiores há duas semanas. À admissão, apresentava-se em mau estado geral, dispnéico, com estertores nas bases pulmonares e hipoxemia. Exame cardiovascular: ritmo cardíaco regular, hipofonese de B1, desdobramento fixo de B2, sopro sistólico paraesternal esquerdo de 3+/6+, em foco tricúspide, FC 90 bpm e PA 90 x 60 mmHg. Baqueteamento digital evidente e edema 3+/4+ tornozelos e pés. Eletrocardiograma: marcapasso atrial multifocal, bloqueio de ramo direito grau avançado e alterações difusas repolarização ventricular. Gasometria: pO2 36,9 e sO2 70,1%. Houve melhora com suplementação de O2 em alto fluxo em máscara e indução de diurese. Posteriormente, entre outros exames, um ecocardiograma mostrou sobrecarga evidente de câmaras direitas, aumento de átrio esquerdo, comunicação interatrial (CIA) de 3,1 cm do tipo ostium secundum com fluxo bidirecional e hipertensão pulmonar (PsAP de 78 mmHg). Foi feita então a hipótese diagnóstica de CIA levando a SE e cor pulmonale. Com tratamento otimizado para insuficiência cardíaca e oxigenoterapia, houve melhora progressiva e significativa do quadro, e o paciente recebeu alta para seguimento ambulatorial. Devido à idade avançada e à presença de SE, foram contraindicados tanto a correção cirúrgica da CIA quanto o transplante coração-pulmão combinado. Conclusão: Pacientes com CIA podem permanecer assintomáticos mesmo na vida adulta e somente apresentarem manifestações relevantes com a SE já instalada, quando as opções terapêuticas se tornam inviáveis. Assim, é necessário suspeitar-se precocemente de defeitos cardíacos congênitos, inclusive em pacientes adultos e idosos.

49613

Lesão de tronco de coronária esquerda em paciente com alto risco de sangramento

LOURENÇO GONÇALVES FERREIRA, LORENA RAMOS SANTOS, FRANCIELE DE ANGELIS SILVA, PAULA VALLE VERSIANI, LYS BEATRIZ BRANDO LOPES, MAURO LUCIO CHIARADIA ZARATTINI, LUCIANA FRANCISCA VILELA MONTEIRO e LUIS PAULO ALVES GOMES

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A lesão de tronco de coronária esquerda (TCE) em grau importante tem uma alta taxa de mortalidade. Geralmente é causada por doença aterosclerótica, mas também pode ser causada por compressão extrínseca pela artéria pulmonar. O implante de um stent intracoronariano aumenta a sobrevida, porém requer tratamento antiplaquetário duplo (DAPT) prolongado. No entanto, a DAPT está associada a um risco aumentado de hemorragia grave e para os pacientes com alto risco de sangramento, a estratégia ideal não é conhecida. **Descrição do caso:** JLA, 55 anos, sexo masculino, hipertenso e portador de cirrose hepática etanólica Child C - Meld 16, abstêmio há 18 meses. Em propedêutica para transplante hepático, foi evidenciada hipertensão pulmonar grave (PSAP:70mmHg) em ecocardiograma, posteriormente confirmada em cateterismo cardíaco (PMAP: 44mmHg); cineangiogramografia (CATE) com lesão no tronco da coronária esquerda (TCE - estenose ostial grave 50%). Optado por tratamento clínico. Após quatro meses, o paciente evoluiu com angina aos moderados esforços, sendo repetido o CATE que evidenciou progressão da obstrução grave (80%) no ostio do TCE. Ao exame físico: P: 107 kg, E: 1,79 m, icterícia (1+/4+), hiperfonesia de B2, PA: 110x70 mmHg FC: 72 bpm. Os exames laboratoriais evidenciaram plaquetopenia (35.000/mm³). Hipóteses diagnósticas: Doença coronariana aterosclerótica. Compressão extrínseca do TCE pelo tronco da pulmonar. **Condutas:** realizada angiogramografia de coronárias que evidenciou dilatação importante do tronco da artéria pulmonar causando compressão extrínseca do TCE. Considerando o alto risco cirúrgico, foi submetido a angioplastia coronariana com implante de stent farmacológico com sucesso. Indicada DAPT por três meses, seguida de antiagregação única por um ano. **Conclusões:** os pacientes de alto risco de sangramento e com doença coronariana grave são de difícil tratamento, especialmente se portadores de riscos cirúrgicos proibitivos. Em casos de suspeita de lesão de TCE por compressão extrínseca, a angiogramografia de coronárias é essencial para o diagnóstico.

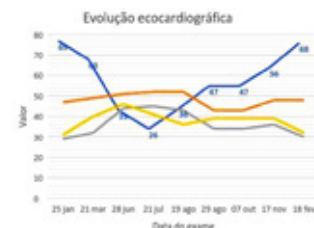
49615

Cardiotoxicidade por quimioterapia em câncer de mama em paciente de baixo risco cardiovascular

CECILIA FELIX PENIDO MENDES DE SOUSA, CAROLINA KUCHENBECKER SOARES, LETICIA USSEM, ANNA LUIZA DA SILVA SOUZA, CAROLINA MARTINS VIEIRA, ANGELICA NOGUEIRA RODRIGUES e ARIANE VIEIRA SCARLATELLI MACEDO

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: O câncer de mama é o 2º câncer mais frequente no mundo e o mais frequente em mulheres. Terapias mais eficazes vêm contribuindo para a redução da mortalidade, porém, estão associadas a maior cardiotoxicidade, com implicações na qualidade de vida. **DESCRIÇÃO:** M.M.S, mulher, 51 anos, sem fatores de risco para doença cardiovascular, auxiliar de serviços gerais, diagnosticada com carcinoma ductal invasor, RH negativo, Her2 positivo, T2N1M0. Realizou QT neoadjuvante com Doxorubicina, Ciclofosfamida e Paclitaxel. Submetida a mastectomia radical com esvaziamento axilar e realizou radioterapia adjuvante, seguida de Trastuzumabe. Após 11 sessões de Trastuzumabe, apresentou tosse seca e dispnéia, inicialmente abordada como broncoespasmo. Evoluiu com sudorese, taquicardia, taquipnéia, sibilos e crepitações difusas à ausculta, e edema de membros inferiores. HD: Suspeito-se de insuficiência cardíaca (IC) aguda por cardiotoxicidade associada ao Trastuzumab, demais causas de disfunção ventricular aguda foram excluídas. O diagnóstico foi confirmado com ecocardiograma, que mostrou disfunção ventricular grave com fração de ejeção (FE) de 26% (prévia 69%). **CONDUTAS:** Suspensa 12ª sessão de QT e prescrito Enalapril, Carvedilol, Furosemida e Espironolactona. Paciente acompanhada com avaliação clínica e ecocardiográfica periódica (gráfico 01), evoluindo com melhora lenta dos sintomas de IC, sem tratamento oncológico. Após 8 meses houve completa recuperação da função ventricular (FE 68%). Atualmente assintomática e em remissão do câncer. **CONCLUSÃO:** A cardiotoxicidade relacionada ao uso de agentes como Antraciclina e Trastuzumab é um problema clínico frequente que pode interferir na conduta oncológica. O acompanhamento cardíaco pode evitar o desenvolvimento de complicações cardíacas e, caso a cardiotoxicidade se instale, pode possibilitar a recuperação da função cardíaca, como demonstrado.



49617

Miocardiopatia periparto em adolescente primípara

LUCAS PONTES BICHUETTI, SAMIR IDALÓ, LARISSA D AMICO SANTOS, MATHEUS PONTES MEIRELLES, IZABELA DE PAIVA FELIPE, ALBERTO MARTINS FONTOURA BORGES, MARIANA ARAUJO SANTOS e GABRIEL BORGES BARBOSA

UNIVERSIDADE DE UBERABA, UBERABA, MG, BRASIL.

Introdução: A cardiomiopatia periparto (CMPP) é uma forma rara de cardiomiopatia dilatada definida pelos critérios: desenvolvimento de ICC entre último mês gestação e primeiros 5 meses pós-parto, ausência outra causa identificável para IC ou cardiopatia pré-existente e disfunção ventricular esquerda (VE) pelo ecocardiograma. Fatores de risco: idade avançada, multiparidade, raça negra, pré-eclâmpsia, HAS, obesidade, gestação gemelar. A etiologia ainda permanece desconhecida. **Descrição do caso:** SSC, sexo feminino, parda, 16 anos, puerpério remoto (54 dias), G1P1C1A0, encaminhada com quadro de dispnéia início insidioso, progressiva, aos pequenos esforços há 2 semanas, associada a ortopnéia, tosse noturna, palpitações, anasarca e ganho ponderal de 7 kg nesse período. Nega doenças prévias e uso de medicamentos. Histórico pré-eclâmpsia e diabetes mellitus gestacional. Exame físico: REG, edema palpebral bilateral, murmúrio vesicular diminuído, estertores em bases, FR: 16 irpm, SpO2: 99%, RCR com presença de B3, B1>B2, sopro sistólico panfocal (2+/6+), PA: 100x65 mmHg, abdome globoso, doloroso a palpação profunda difusamente, hepatomegalia discreta e presença de reflexo hepatojugular. Eletrocardiograma: bloqueio de ramo esquerdo; Ecocardiograma: AE: 50, Dd: 69, Ds: 64, D%:7; FE%: 28, S:9; P: 8, pressão pulmonar 49 mmHg, hipocinesia difusa importante do VE. Raio x tórax cardiomegalia grau 2; Confirmada hipótese de CMPP pelo preenchimento dos critérios clínicos e ecocardiográficos dessa condição. A terapêutica durante a internação foi realizada com restrição hidrossalina, furosemida, carvedilol, espironolactona, losartana. Com a terapia houve melhora progressiva do quadro recebendo alta assintomática com ajuste das medicações e encaminhada para ambulatório de cardiologia. **Conclusão:** Pacientes jovens podem apresentar CMPP com sintomas clássicos, sendo importante o rápido reconhecimento e diferenciação com sintomas do puerpério fisiológico, devendo instituir terapia otimizada para ICC, com acompanhamento cardiológico rigoroso devido ao seu incerto prognóstico. É importante a orientação para seguintes gestações.

49621

Arterite de Takayasu em paciente com síndrome metabólica

LUCAS PONTES BICHUETTI, SAMIR IDALÓ, LARISSA D AMICO SANTOS, ALINE EVANS FERREIRA, ANA THALISSA VILELA CARVALHO, PAULA APARECIDA COSTA, POLLYANA RODRIGUES MARGATO e LUANA REZENDE GUIMARAES

UNIVERSIDADE DE UBERABA, UBERABA, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A arterite de Takayasu (AT) é uma doença inflamatória crônica progressiva caracterizada como vasculite granulomatosa crônica, que envolve a aorta e seus principais ramos, além da artéria pulmonar. A inflamação ocorrida é transmural, podendo causar estenose, oclusão, dilatação e/ou formação de aneurismas nas artérias envolvidas. O início da doença geralmente ocorre antes dos 40 anos de idade, predominantemente no sexo feminino. Apresenta causa desconhecida, mas acredita-se que fatores genéticos, hormonais e ambientais estejam envolvidos no desencadeamento da doença. A base do tratamento da AT é a corticoterapia, que suprime os sintomas sistêmicos retardando sua progressão. Podem ser necessários procedimentos de revascularização, sejam eles por angioplastia ou cirurgia, em pacientes que apresentem isquemia com estenose arterial irreversível. Em relação ao prognóstico, estudos de acompanhamento mostram sobrevida de 80% a 90% em cinco anos. **DESCRIÇÃO DO CASO:** S.M.G.P, sexo feminino, 46 anos, ex- tabagista (10 maços/ano), hipertensa há 6 anos, IMC de 36,18 kg/m², em uso losartana, hidroclorotiazida, sinvastatina, AAS e clofazol. Apresenta história de claudicação intermitente para 400 metros, não apresentava dor em repouso. Verificou-se que em membro inferior esquerdo o pulso femoral estava presente, porém estavam ausentes os pulsos poplíteo, tibial anterior e tibial posterior, com perfusão mantida, diferenciando do membro inferior direito, pois neste havia pulso poplíteo e femoral. US doppler arterial de membros inferiores: compatível à AT e oclusão da artéria poplíteia esquerda. Doppler de carótidas e vertebrais: placas ateroscleróticas nas carótidas internas e bulbos sem repercussão hemodinâmica significativa (estenose estimada em menos que 50%). Paciente segue em investigação para que possa haver melhor elucidação e tratamento do caso. **CONCLUSÃO:** Visto que a AT é uma doença rara e de difícil diagnóstico, podendo ser confundida com diversas outras doenças, são necessárias maiores investigações e métodos que propiciem a identificação correta da doença, para que diminua os casos subdiagnosticados e tenham assim, um melhor direcionamento e tratamento para a obtenção de respostas mais efetivas dos pacientes.

49623

Reabilitação cardíaca na qualidade de vida e funcionalidade do paciente com insuficiência cardíaca grave, DPOC avançada, e disfunção de prótese aórtica pós TAVI

RENATA CRUZEIRO RIBAS, SABRINA C LIMA, GABRIELA S S CHAVES e ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO

Reabilitação Cardíaca BH, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Hospital Lifecenter, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A Reabilitação Cardíaca (RC) é parte importante do tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca (IC) e tem por objetivo promover melhora funcional e da qualidade de vida (QV), bem como reduzir a mortalidade. **Caso clínico:** Paciente com 80 anos de idade, história prévia de hipertensão arterial, fibrilação atrial, DM tipo 2, apnéia obstrutiva do sono, DPOC avançada, estenose valvar aórtica grave e IC grave. Submetido à troca valvar aórtica percutânea por cateter (TAVI). Recebeu alta hospitalar, mas, três meses após TAVI, em tratamento clínico otimizado (TCO), mantinha-se em classe funcional (CF) III da NYHA, com momentos até de CF IV. O Ecocardiograma mostrou "leak" residual moderado na prótese valvar aórtica, regurgitação mitral importante, aumento das câmaras atriais, fração de ejeção ventricular (FEVE) de 40% e pressão sistólica na artéria pulmonar (PSAP) de 70mmHg. NT-proBNP=1543,0 pg/mL. O "heart team" concluiu não haver condições clínicas para novas intervenções invasivas e manteve-se o tratamento clínico. Foi, então, encaminhado para a RC e submetido à avaliação funcional através do Incremental Shuttle Walk Test (ISWT) e teste de sentar e levantar em 30 segundos (TSL). Além disso, avaliou-se a força muscular respiratória (Pressão Inspiratória Máxima – PImax e Pressão Expiratória Máxima – PEmax) e Qualidade de Vida pelo Questionário de Minnesota (QQV). Foi prescrito treinamento aeróbio (50-70% de reserva de FC), treinamento resistido muscular periférico e treinamento muscular inspiratório (30-40% PImax). A apnéia do sono foi abordada através do uso e adaptação do CPAP. O paciente manteve-se na RC por 9 meses. **Resultados:** Após 3 meses de RC houve aumento na distância percorrida no ISWT ($\Delta 140m$) e diminuição da pontuação no QQV ($\Delta 9$ pontos); porém não houve diferença no TSL, bem como nas pressões respiratórias máximas. O paciente relatou melhora da dispnéia: NYHA CF IV para CF I. O nível de NT-proBNP foi 875 pg/ml após este período. Após 9 meses de RC, observou-se aumento da PImax ($\Delta 17$ cmH₂O) e PEmax ($\Delta 25$ cmH₂O), melhora no TSL ($\Delta 1$ repetição), redução na pontuação do QQV ($\Delta 32$ pontos). Manteve a distância percorrida no ISWT. A FEVE foi 55% e PSAP 47mmHg. **Conclusão:** A RC associada ao TCO contribuiu para a melhora clínica e funcional do paciente, observada através da FEVE, PSAP, classe funcional e qualidade de vida, além da redução da dispnéia.

49624

Diagnóstico ocasional de valva aórtica quadricúspide pelo ecocardiograma

LUCIANA C. DIAMANTINO, GUSTAVO MONTEIRO SOARES, ADRIANA COSTA DIAMANTINO, TAIZA DE C C DIAMANTINO e MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES

Hospital Santa Casa de Montes Claros, Montes Claros, MG, BRASIL - Hospital das Clínicas - UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Valva aórtica quadricúspide é uma malformação congênita rara, normalmente isolada e assintomática. Habitualmente acompanhada de insuficiência aórtica, devido espessamento fibroso valvar com incompleta coaptação das cúspides. Outro possível mecanismo da insuficiência é a existência de uma das cúspides com tamanho menor. **Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, 49 anos, assintomático do ponto de vista cardiovascular. Realizou ecocardiograma transtorácico de rotina para periódico de empresa. No exame, foi identificada valva aórtica quadricúspide com regurgitação leve associada. **Discussão:** O primeiro caso relatado de valva aórtica quadricúspide ocorreu em 1862. Desde então, casos foram descritos após necropsias, achados cirúrgicos, aortografias e ecocardiograma. Alterações de valvas são anomalias frequentes do coração, sendo que a aórtica pode se apresentar de forma bicúspide, unicúspide e quadricúspide. Contudo, enquanto a valva aórtica bicúspide possui incidência de 2%, a quadricúspide é rara, com uma incidência que varia de 0,008% a 0,043%. O ecocardiograma bidimensional define a valva aórtica quadricúspide devido ao formato em "X" durante a diástole e a configuração retangular na sístole, ao invés do formato "Y" habitual (figura 1). Este exame é capaz de identificar as quatro válvulas, bem como determinar os seus tamanhos, que podem variar de três iguais e uma acessória, o tipo mais comum, a uma maior, duas intermediárias e uma menor. As complicações mais comuns da valva aórtica quadricúspide são mal posicionamento dos óstios das artérias coronárias.



49626

Endocardiomiopatia: importante diagnóstico diferencial de cardiomiopatia restritiva- relato de caso

ANDRÉ SILVA RODRIGUES, LEONARDO ARRUDA MORAES RASO, RAFAELA ANSELMO SOARES BARBOSA, MARLON VIEIRA RODRIGUES, THIAGO GUIMARAES ROSA CARVALHO, CAMILA DAIBERT DIONÍSIO, DANIEL ANDRADE MENDES e MAURO SOARES MOTTA

Complexo Hospitalar São Francisco, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A endocardiomiopatia (EMF) é caracterizada por fibrose apical do endocárdio do ventrículo direito, esquerdo, ou ambos. Suas principais manifestações clínicas são sinais e sintomas de insuficiência cardíaca (direita principalmente), originadas pela restrição ao enchimento ventricular. A EMF é estimada como a forma mais comum de miocardiopatia restritiva do mundo e ocorre principalmente em países tropicais. Pico bimodal (10 e 30 anos), sem preferência de gênero. Sua fisiopatologia e história natural não são totalmente conhecidas. Supõe-se um tipo de miocárdite eosinofílica, de prognóstico ruim, com mortalidade de 25% ao ano. **Descrição do caso:** SPM, 51 anos, sexo masculino, portador de insuficiência cardíaca de etiologia indefinida há cerca de 16 anos. Procurou o Pronto-Socorro com quadro de astenia, edema importante de membros inferiores, ascite volumosa e dispnéia aos mínimos esforços. Exame físico com sinais de insuficiência ventricular direita grave. ECG com ritmo de fibrilação atrial, bloqueio divisional ântero-superior e sinais de sobrecarga de VD. **ECOT** com átrio esquerdo com dilatação severa (64mm), VE normal, FEV 62%. Análise da função diastólica prejudicada pela arritmia. VD com dilatação moderada, hipocinesia leve e presença de massa oclutativa em ápice. Septo IV com movimentação anômala secundária a dilatação e sobrecarga de VD. Má coaptação sistólica da valva tricúspide com regurgitação maciça, PSAP estimada em 40mmHg, veia cava dilatada (31 mm). US abdome com ascite volumosa, sem sinais de hepatomegalia ou hipertensão portal. Líquido ascítico com características de exsudato. RNM cardíaca corroborou achados do ECOT, mostrando áreas de realce tardio sugerindo fibrose em paredes septal e apical de VE, além de toda parede livre do VD. Sorologias para Chagas negativa. **Hipótese diagnóstica:** Endocardiomiopatia. Condutas adotadas: Diuréticos terapia com necessidade de triplo bloqueio por refratariedade (diurético de alça em altas doses, antagonista da aldosterona e tiazídico). Melhora de classe funcional (CF IV- II NYHA) e anasarca, com perda de 13 Kg em 2 meses. Em controle de FC com atenolol, ainda sem anticoagulação por hematoma em perna esquerda na internação. **Conclusões:** A EMF é uma forma grave de insuficiência cardíaca, provavelmente subdiagnosticada no nosso meio. Deve ser considerada como diagnóstico diferencial na miocardiopatia restritiva, principalmente em pacientes jovens e comprometimento isolado de VD.

49631

Hematoma pericárdico pós procedimento percutâneo: valor da ecocardiografia transefagógica

RODOLFO LUIZ AMORIM DE OLIVEIRA, JOSE LUIZ BARROS PENA, MARIA COSTA NEVES DE OLIVEIRA, FÁBIO ÁVILA TÓFANI, MARCELA BRANDÃO DE OLIVEIRA, RENATO SOARES VENTURA, FORTUNATO FRANCO BORGES JUNIOR e RAFAELA ANSELMO SOARES BARBOSA

HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A perfuração de câmaras cardíacas durante procedimentos percutâneos em adultos é rara, com incidência menor que 0,1%. Mais comumente, decorre de manipulação com cateteres rígidos, nas câmaras direitas. O local mais comum de perfuração é o ventrículo direito, sobretudo em mulheres idosas. Após procedimento cirúrgico ou percutâneo, o derrame pericárdico pode ser loculado. O reconhecimento de um derrame loculado ou hematoma pericárdico é especialmente importante porque pode ocorrer comprometimento hemodinâmico mesmo com uma pequena coleção de líquido, estrategicamente localizada. A ecocardiografia é muito sensível para o diagnóstico de derrame pericárdico, mesmo loculado. A imagem ecocardiográfica transefagógica pode avaliar melhor e definir a extensão dos derrames loculados, especialmente quando localizados posteriormente. Bradicardia associada à hipotensão grave que se desenvolve durante ou logo após o cateterismo deve suscitar o diagnóstico. Na maioria das vezes, essa complicação é autolimitada e não requer tratamento. A monitorização com ecocardiograma seriado é recomendável. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente M.G., 69 anos, feminina, previamente hipertensa e diabética. Paciente admitida em hospital de referência, no período de março de 2017, devido a quadro de mal-estar geral, evoluindo com sudorese fria, palidez, hipotensão e bradicardia. ECG demonstrou supradesnivelamento do segmento ST em parede inferior. **CONDUTA:** Iniciado protocolo para Síndrome Coronariana Aguda e encaminhada à hemodinâmica, onde realizou implante de stent convencional em artéria coronária direita. Evoluiu, em seguida, com sinais de má perfusão e disfunção orgânica. Realizado Ecocardiograma Transtorácico com evidência de derrame pericárdico moderado, sendo submetida a pericardiocentese com drenagem de 60 ml de secreção hemática com melhora parcial. Posteriormente houve deterioração clínica com piora do quadro e evolução para choque cardiogênico refratário. Optado por Ecocardiograma Transefagógico que mostrou sinais de grande hematoma adjacente ao ventrículo direito (VD). Encaminhada ao bloco cirúrgico para correção do hematoma, porém evoluiu com falência do VD após saída de circulação extracorpórea, com sinais de choque cardiogênico. Evoluiu para óbito às 01:15 horas do dia 06/03/17. **CONCLUSÃO:** O pronto reconhecimento e rápido tratamento dessa condição são essenciais, já que se trata de uma complicação potencialmente fatal.

49632

Alterações eletrocardiográficas nas afecções neurológicas

DANIELA APARECIDA LIMA VIANA, LUCIANA PONTES ARRUDA, HELLEN KRISTINA MAGALHÃES BRITO, THAYNÁ CARVALHO FERREIRA, THAMILLYS TAVEIRA TEODORO DE MOURA, LUANA MARTINS DA SILVA e RICARDO ALEIXO RODRIGUES DA ROCHA

Faculdade Atenas, Paracatu, MG, BRASIL.

Intro: Os distúrbios do sistema nervoso central originam anormalidades repercutidas no eletrocardiograma. Essas alterações tem sido descritas desde 1954 em pacientes com evento neurológico agudo, e vão desde distúrbios de repolarização, prolongamento do intervalo QT até alterações do segmento e arritmias. Mostram-se secundárias, entre outras causas, a variações do sistema autônomo, metabolismo de catecolaminas e aumento da pressão intracraniana. **Objetivo:** Relatar um caso de paciente jovem que apresentou alterações eletrocardiográficas que mimetizam isquemia miocárdica após TCE e hematoma subdural agudo. **Relato:** Paciente 20 anos, sexo masculino, sem comorbidades significativas foi vítima de acidente motociclístico onde deu entrada no P.S. apresentando confusão mental e cefaléia holocraniana. Glasgow = 14, exame físico sem outras alterações significativas. TCC evidenciou hematoma subdural em região frontal. ECG realizado ainda no pronto socorro mostrou onda T negativa de V2 a V5, com infra de ST de 3 mm nas mesmas derivações. Paciente tinha ECG realizado na semana anterior (exame admissional trabalhista) que mostrava ritmo sinusal regular, ÂQRS = +60°, PRI = 0,16 seg, QTc = 0,38 seg e FC = 72 bpm sem alterações significativas. ECO e troponina normais. Paciente foi submetido a drenagem cirúrgica do hematoma, evoluindo bem, sem intercorrências. **Discussão:** É sabido que eventos neurológicos agudos estão associados a alterações ao ECG que podem inclusive mimetizar isquemia cardíaca, dificultando o raciocínio clínico. Observa-se considerável variabilidade nas alterações eletrocardiográficas descritas na literatura. Esse amplo espectro de alterações parece estar relacionado com o tipo de lesão cerebrovascular e sua localização. Hemorragias no lobo frontal estão associados a prolongamento no intervalo QT e inversão de T. Hemorragias intraparenquimatosas estão associadas a edema pulmonar não cardiogênico e desenvolvimento de fibrilação atrial. Os mecanismos envolvidos em tais alterações ainda são incertos. O envolvimento do sistema nervoso autônomo parece ser a conjectura mais sugerida. **Conclusão:** O conhecimento das possíveis alterações eletrocardiográficas causadas primariamente pelo cérebro é profícuo e imprescindível para otimização da propedêutica e correto manejo terapêutico.

49633

Síndrome de Takotsubo: um desafio no diagnóstico da dor torácica

ROBERTA DE ALVARENGA BATISTA, ALEXANDRE HENRIQUE COBUCCI SANTANA, FABIO BARROS DOS REIS, SUSANA DRUMOND PERES, FERNANDA CURRY CARNEIRO PINTO, MAIRA DUARTE FERREIRA, NATALIA DE SA MORAES e FELIPE AUGUSTO CARVALHO RIBEIRO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

• Introdução: Cardiomiopatia de Takotsubo é uma síndrome que mimetiza o infarto agudo do miocárdio (IAM). Ambas as doenças são caracterizadas por dor torácica, alteração no ECG (supra-ST ou inversão de T) e presença de cardiopatia segmentar ao EcoTT. No entanto, na Cardiopatia de Estresse essas alterações não são consequência de uma obstrução coronariana. É importante, que essas duas entidades sejam diferenciadas para que o tratamento de cada seja individualizado. A RNM cardíaca é um exame inicial não invasivo que auxilia no diagnóstico diferencial e prognóstico. **• Objetivo:** demonstrar que os exames de imagem podem ser de grande auxílio no diagnóstico diferencial em paciente com dor torácica. **• Caso:** Paciente de 54 anos, sexo feminino, portadora de depressão em uso de antidepressivo IMAO e benzodiazepínico. Procurou atendimento com queixa de dor torácica retroesternal com irradiação para membro superior esquerdo iniciada na manhã naquele mesmo dia, com melhora espontânea. Admitida estável. Exames de admissão demonstraram: ECG sem alterações; troponina I: 1,54/1,61/1,46/0,74 (VR<0,05). Iniciado protocolo para síndrome coronariana aguda sem supra de ST. EcoTT: cardiopatia segmentar do VE (acinesia de todos segmentos apicais e ápex) e moderado comprometimento da função sistólica do VE. ECG com alteração dinâmica com inversão de T em parede anterior extensa. Encaminhada para cineangiografia que revelou artérias coronárias isentas de obstruções significativas. RNM cardiopatia segmentar do VE com padrão sugestivo de Takotsubo, ausência de realce tardio e presença de hipersinal nas imagens ponderadas em T2 sugestivas de edema miocárdico. EcoTT de controle sem alterações segmentares e com melhora da função sistólica do VE. Recebeu alta com medicações otimizadas para insuficiência cardíaca. **• Conclusão:** paciente com dor torácica típica associada a elevação dos marcadores de necrose miocárdica são direcionados muitas das vezes, primeiramente, para assistência pelo protocolo de síndrome coronariana aguda. Os exames de imagem, EcoTT e RNM cardíaca, são exames iniciais não invasivos importantes para o diagnóstico diferencial na dor torácica, individualização do tratamento e avaliação do prognóstico dessas.

49636

A importância dos exames de imagem no diagnóstico dos casos atípicos de dor torácica

ROBERTA DE ALVARENGA BATISTA, ALEXANDRE HENRIQUE COBUCCI SANTANA, FERNANDA CURRY CARNEIRO PINTO, PAULA GOMES RABELO, HENRIQUE DE MATOS BALMANT BERBERT, PRISCILA PIMENTEL BERNO, MAIRA DUARTE FERREIRA e FELIPE AUGUSTO CARVALHO RIBEIRO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Miastenia Gravis (MG) uma doença neuromuscular caracterizada por fraqueza flutuante e fadigabilidade muscular. Na maioria dos casos, devido anticorpos contra receptores de acetilcolina (ACh). Assim, o número de receptores de ACh disponível encontra-se diminuído. Anticolinesterase, medicação utilizada na MG, diminui a degradação da ACh e promove maior oferta dessa para os receptores. Efeitos adversos frequentes dessa medicação: diarreia, cólicas abdominal, salivação e náuseas. Outro importante é a dor torácica, que ocorre devido à capacidade da ACh de causar vasoconstricção em vasos com disfunção endotelial. **Objetivo:** ressaltar a valia dos exames de imagem nos casos atípicos de dor torácica. **Caso:** Paciente de 31 anos, sexo feminino, portadora de miastenia gravis em uso de piridostigmina. Procurou atendimento com queixa de desconforto torácico há três meses e há dois dias com dor torácica precordial, de início súbito, em queimação e irradiação para o membro superior esquerdo associado a náuseas. Admitida estável, ECG com infra-ST ântero-septal. Troponina I: 2,91/3,36 (VR<0,05) e CK massa 22,9/22,90 (VR<4,3). Hipóteses diagnósticas iniciais sugeridas: miocardite e síndrome coronariana aguda (SCA). EcoTT sem alterações segmentares, função sistólica e diastólica do VE normais. RNM cardíaca evidenciou alterações de isquemia subendocárdica, sugestiva de doença coronariana obstrutiva. Cineangiografia revelou artérias coronárias isentas de obstruções significativas. Nova troponina apresentou normalização, configurando curva típica de SCA. Revisão do caso concluiu-se tratar de infarto sem supra-ST (IAMSSST) com coronárias não obstrutivas, secundário a vasoespasmismo pelo uso de piridostigmina. Paciente recebeu alta em uso de AAS e nitrato. **Conclusão:** Características da dor e exames admissionais: marcadores de necrose miocárdica e ECG inicialmente direcionavam para os diagnósticos de SCA ou miocardite. EcoTT com função sistólica/diastólica normais e ausência de alterações segmentares demonstrou possibilidade maior de se tratar de uma miocardite. Extensão da propedêutica com RNM demonstrou isquemia miocárdica através do realce tardio com padrão de acometimento subendocárdico e não padrão mesocárdico ou subepicárdico como esperado na miocardite. Ausência de doença aterosclerótica obstrutiva na cineangiografia corrobora a hipótese de vasoespasmismo induzido pelo piridostigmina, neste caso pelo aumento da dose dessa medicação.

49637

Massa cardíaca: um desafio propedêutico para o departamento de imagem

ROBERTA DE ALVARENGA BATISTA, ALEXANDRE HENRIQUE COBUCCI SANTANA, FERNANDA CURRY CARNEIRO PINTO, CARLOS ALBERTO RIBEIRO, CYNTHIA KOEPEL BERENSTEIN, RENATA VALENTE ARAÚJO e HENRIQUE DE MATOS BALMANT BERBERT

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Pacientes com massa cardíaca muitas vezes são assintomáticos ou possuem sintomas inespecíficos. O EcoTT, geralmente, é o exame que primeiramente realiza o diagnóstico. A extensão da propedêutica, frequentemente necessária, através de outros exames de imagem agrega informações importantes para a estratificação dos diagnósticos diferenciais, planejamento cirúrgico e avaliação de prognóstico. **Objetivo:** Mostrar que os exames de imagem são complementares entre si. Através deles é possível sugerir o diagnóstico diferencial, auxiliar a programação cirúrgica e avaliar o prognóstico. **Caso:** Paciente de 44 anos, sexo masculino, previamente hígido. Encaminhado para tratamento cirúrgico de massa cardíaca. Admitido estável, presença de edema facial e no tronco e há 06 meses com dispnéia de esforço. Laudo do EcoTT de admissão: massa aderida ao teto do átrio direito, com efeito obstrutivo na veia cava superior com aspecto sugestivo de mixoma. Realizada RNM cardíaca que demonstrou volumosa massa, sésil, imóvel, heterogênea, medindo 77x54mm, no interior do átrio direito, com aparente infiltração da massa para as veias cava inferior e superior e insinuação para a valva tricúspide, septo interatrial e pericárdio. Sugeriu a possibilidade de angiossarcoma, linfoma, mixoma e mixosarcoma. Além de moderado derrame pericárdico com sinais de restrição ao enchimento ventricular. RNM foi realizada pela capacidade do método de prover dados mais precisos sobre as características e limites da massa, contribuindo para o planejamento cirúrgico e possíveis complicações no peroperatório. Paciente submetido a retirada de tumor em átrio direito, que infiltrava cava superior e septo interatrial; reconstrução do trio direito e cava com prótese de dacron e septo com patch de pericárdio bovino. Anatomopatológico conclui tratar-se de angiossarcoma. Paciente recebeu alta do CTI, quando na enfermaria apresentou tamponamento cardíaco por derrame pericárdico, submetido a drenagem aberta de derrame cardíaco sem sucesso e evoluiu para óbito. **Conclusão:** Durante avaliação de massa cardíaca o ecocardiograma é um método importante principalmente por fornecer dados hemodinâmicos. RNM cardíaca tem a vantagem de informar importantes características teciduais e definir melhor os limites espaciais da massa. O diagnóstico definitivo é pelo exame anatomopatológico da peça cirúrgica. Assim, a avaliação de massas cardíacas pode ser complexa e deve incluir técnicas diagnósticas diferentes.

49641

Síndrome de alpaca de apresentação tardia com função sistólica do ventrículo esquerdo preservada - um relato de caso

WAGNER LEAO LEITE TOSTES, LUANA LORENA MOREIRA, GLAUCIENE FERREIRA DE SOUZA XAVIER, ILANA GOMES PORTELA DE CARVALHO, RICARDO OLIVEIRA DE CARVALHO, FABIO SILVA ROMANI, MARIA GABRIELA GADELHA GOMES e PEDRO CAETANO DE OLIVEIRA MIRANDA

Hospital Geral de Roraima, Boa Vista, RR, BRASIL.

Introdução: A origem anômala da artéria coronária esquerda do tronco da artéria pulmonar (ALCAPA) representa 0,25-0,50% de todas as cardiopatias congênitas, pode ocasionar isquemia coronariana e morte súbita. **Relato de Caso:** Paciente, feminino, 49 anos de idade, sem antecedentes pessoais ou familiares com queixa de cansaço progressivo às atividades físicas habituais, procurou avaliação cardiológica, não sendo evidenciadas alterações no exame físico. O eletrocardiograma (ECG) mostrava ritmo sinusal e BDASE. RX tórax encontrava-se dentro dos padrões de normalidade, o ecocardiograma evidenciou uma função sistólica global e segmentar do ventrículo esquerdo normal (FEVE 65%), teste ergométrico simples foi compatível com resposta isquêmica do miocárdio por critérios do ECG (supradesnível de ST de 2mm em AVR no início da recuperação) e apresentou sintomas sugestivos de insuficiência coronariana, apesar da paciente ter atingido um VO₂ máximo de 41,76 ml/Kg/min. A cintilografia miocárdica apresentou acentuado déficit perfusional transitório, sugestivo de isquemia estresse - induzida, na parede anterior (segmentos apical, médio e basal do ventrículo esquerdo). A angiotomografia de coronárias (angioTC) confirmou diagnóstico de origem anômala da coronária esquerda. **Discussão:** A apresentação clínica da Síndrome de ALCAPA depende da formação de circulação colateral, presença de lesões obstrutivas na artéria coronária e o território dependente da artéria coronária esquerda. O diagnóstico padrão-ouro é a angioTC e ressonância nuclear magnética cardíaca (RNMC). AngioTC tem vantagens em relação a RNMC como: sensibilidade e especificidade altas na caracterização da origem e trajeto das artérias coronárias, além de maior disponibilidade. A coronariografia isolada apresenta correta identificação da coronária anômala em 53% dos casos. A cintilografia de perfusão do miocárdio não tem um papel bem definido para o diagnóstico do paciente portador de ALCAPA, porém documenta a isquemia.



49642

Dissecção espontânea de artéria coronária seguido de IAMCST - um relato de caso

GLAUCIENE FERREIRA DE SOUZA XAVIER, WAGNER LEAO LEITE TOSTES, MAURICIO NAKASHIMA DE MELO, MARCELO NAKASHIMA DE MELO, ILANA GOMES PORTELA DE CARVALHO, RICARDO OLIVEIRA DE CARVALHO, LUANA LORENA MOREIRA e PEDRO CAETANO DE OLIVEIRA MIRANDA

Hospital Geral de Roraima, Boa Vista, RR, BRASIL.

Introdução: A dissecção espontânea de artéria coronária (DEAC) é uma causa rara de infarto agudo do miocárdio (IAM). É mais comum em pacientes jovens e mulheres. É a causa de Síndrome Coronariana Aguda (SCA) em 0,1% a 0,4% dos casos. Pode resultar em dissecções extensas, ao contrário da DEAC aterosclerótica. **Relato de caso:** Paciente, feminino, 43 anos, negra, sedentária, obesidade grau 2, previamente hígida, admitida na emergência com dor torácica opressiva, de forte intensidade, de início há 16 horas associada a dispnéia classe funcional III. Devido à elevação característica dos marcadores de necrose miocárdica e presença de supradesnívelamento do segmento ST em V3-V6, definiu-se o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST parede lateral. Realizado ecocardiograma transtorácico que mostrou ventrículo esquerdo com acinesia apical. Hipocinesia médio antero-lateral, infero-lateral com fração de ejeção estimada em 43% pelo método de Simpson. Foi submetida à coronariografia, que evidenciou imagem sugestiva de dissecção espontânea e trombo residual no terço distal de ramo intermediário. Artéria descendente anterior com lesão de 50% no terço médio. Optou-se em razão da estabilidade clínica-hemodinâmica da paciente por uma estratégia não intervencionista, com tratamento clínico com dupla antiagregação associada a betabloqueador, ramipril e estatina. Recebeu alta hospitalar sem clínica de insuficiência coronariana e mantém tratamento clínico. **Conclusão:** A realização do coronariografia mostrou que a paciente é também portadora de doença coronariana aterosclerótica, o que pode ter influenciado na apresentação clínica e vir a interferir no prognóstico em longo prazo. DEAC é rara e deve entrar no diagnóstico diferencial das SCA, principalmente em pacientes jovens, do sexo feminino



49645

Miocardiopatia não compactada

TAMARA TAVARES LEÃO, MARCELLA LEITE DE MATTOS MIRANDA, JOAO GUILHERME COUTO PAREDES e LUCIANA MILAGRES DE LIMA

Hospital Sanitas Barreiro (Vitalis), Belo Horizonte, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A miocardiopatia não compactada (MNC) é uma doença congênita rara, que se origina no início do desenvolvimento fetal a partir de uma falha entre a quinta e a oitava semana do período embrionário. Nesta fase, a interrupção do processo de compactação miocárdica resulta na persistência de trabeculações e recessos profundos que comunicam com a cavidade ventricular gerando espessamento do miocárdio em uma camada compactada e outra não compactada. O diagnóstico precoce é importante ferramenta na prevenção de complicações como insuficiência cardíaca, arritmias ventriculares e eventos cardioembólicos possivelmente fatais.

CASO CLÍNICO: Trata-se da paciente H.L.S.P. 41 anos, mulher, previamente hígida, encontrada em parada cardiorespiratória em via pública pelo SAMU. Foi submetida a intubação orotraqueal e manobras de reanimação com sucesso e transferida para atendimento hospitalar. À admissão ECG mostrou bloqueio de ramo esquerdo novo, sendo encaminhada à cineangiografiografia de urgência que não identificou lesões coronarianas. Submetida também a tomografia de crânio, descartando evento neurológico agudo. Evoluiu com estabilidade hemodinâmica, foi extubada e dado seguimento à propedêutica. Durante a internação realizado ecocardiograma transtorácico que evidenciou contratilidade homogênea, porém com hipocinesia, fração de ejeção (FE) 43% e relaxamento pseudonormal do VE. Optado então por realização de ressonância magnética (RNM) miocárdica com estresse farmacológico, que evidenciou leve hipocinesia difusa do ventrículo esquerdo sem déficit contrátil segmentar, com FE de 53%; presença de proeminência da trabeculação da parede do VE, mantendo índice parede não compactada/parede compactada no limite superior da normalidade, corroborando para o diagnóstico de miocardiopatia não compactada.

HD: Miocárdio não compactado

CD: Tratamento medicamentoso, implante de CDI como prevenção de morte súbita abortada e acompanhamento cardiológico.

CONCLUSÃO: Os pacientes com MNC podem permanecer assintomáticos durante toda a vida ou apresentar manifestações clínicas mais graves com rápida deteriorização da função cardíaca e óbito precoce. A RNM é utilizada para confirmação diagnóstica principalmente nos casos em que os achados ecocardiográficos são duvidosos. O tratamento é realizado conforme a apresentação clínica assim como na insuficiência cardíaca. Alguns autores recomendam ainda a realização de Holter e estudo eletrofisiológico na avaliação inicial e anual como prevenção de morte súbita.

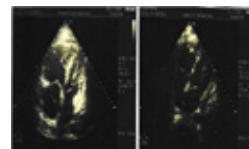
49649

Tromboembolismo pulmonar maciço trombolizado tardiamente - um relato de caso

LUANA LORENA MOREIRA, PEDRO CAETANO DE OLIVEIRA MIRANDA, WAGNER LEAO LEITE TOSTES, GUSTAVO FARIA SALGADO, PATRICIA FIGUEIREDO FONTES, JOSE MARIA PEIXOTO, DEBORAH EULALIO SANTOS NASCIMENTO e LUPICINIO ALVES DOS SANTOS

Hospital Geral do Barreiro, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Tromboembolismo pulmonar (TEP) é muito prevalente. Pode ser assintomática descoberta incidentalmente ou ocorrer rapidamente de forma imprevisível. Está muito associada à alta morbimortalidade. **Relato de caso:** Paciente, masculino, jovem, 27 anos, agente de bordo, previamente hígido, diagnóstico inicial de bronquite, e posteriormente de TEP agudo maciço. O quadro iniciou uma semana antes de sua admissão no CTI, com dispnéia súbita acompanhada de lipotímia associada a esforço físico. Após sete dias do início dos sintomas já em uso de β2 Agonista domiciliar o paciente evoluiu com piora da dispnéia, hipoxemia severa e instabilidade hemodinâmica. Necessitou, então de suporte ventilatório. Exames complementares realizados - gasometria arterial com trocas inadequadas e acidose metabólica grave, Rx de tórax, ECG e ecocardiografia mostraram características do diagnóstico em questão. Observou-se imagem cuneiforme (sinal de Hampton) a radiografia de tórax. O eletrocardiograma mostrou sinais de sobrecarga do ventrículo direito (VD), desvio do eixo elétrico para a direita, inversão da onda "T" nas derivações precordiais de V1 a V4, além do padrão S1Q3T3. No ecocardiograma transtorácico notou-se aumento do átrio e ventrículo direito além da elevação da pressão arterial pulmonar (76 mmHg). A terapia adotada incluiu o uso de trombolítico (alteplase), após 16 dias do início dos sintomas. Foi observado uma melhora significativa da função ventricular direita de acordo com ecocardiografia, após três horas do início do tratamento fibrinolítico. Evoluiu com melhora clínica importante e recebeu alta hospitalar sem sequelas. O presente relato de caso visa ressaltar a importância da realização de um diagnóstico TEP agudo maciço precoce, além da utilização adequada da terapia antitrombótica para a reversão completa do quadro, principalmente em casos como este que envolveu grave repercussão hemodinâmica. **Conclusão:** Esta abordagem terapêutica é capaz de promover a rápida lise do trombo, melhorar o desempenho do VD, evitar a recorrência de novos episódios e diminuir o risco de evolução para hipertensão arterial pulmonar crônica.



49652

Suspeita de sarcoidose cardíaca em paciente com insuficiência cardíaca devido à insuficiência aórtica: relato de caso

THIAGO GUIMARAES ROSA CARVALHO, RAQUEL DE SOUZA NOVAES COSTA, ANDRÉ SILVA RODRIGUES, CAMILA DAIBERT DIONÍSIO, STEFANIA BRUNA COSTA VALENTE, SARCHA MIRANDA WARD DE PAIVA, DANIEL ANDRADE MENDES e JORDAN VIEIRA DE OLIVEIRA

Hospital São Francisco de Assis, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A sarcoidose é uma doença heterogênea, causada por uma desordem granulomatosa não-caseosa de etiologia indefinida e que pode afetar qualquer órgão do corpo. Pequenos registros observacionais descrevem envolvimento cardíaco em 5% dos pacientes com doença sistêmica, embora estudos de autópsias evidenciem envolvimento subclínico em até 70% dos casos. O espectro de apresentação clínica varia desde casos benignos com diagnóstico incidental a situações ameaçadoras a vida levando a morte súbita. As manifestações cardíacas mais comuns incluem anormalidades de condução (BAV e bloqueios de ramo), taquiarritmias, cardiomiopatias, insuficiência cardíaca (IC) e morte súbita. **Descrição do caso:** Paciente de 67 anos, sexo feminino, sabidamente portadora de sarcoidose pulmonar, com diagnóstico feito por biópsia, admitida em serviço de cardiologia por dispnéia em piora (CF NYHA II > IV). ECG da admissão sem alterações significativas. Submetida a ecocardiograma transtorácico (ECOTT): dilatação importante do ventrículo esquerdo (VE) (VE na diástole 62 mm; VE na sístole 48 mm), fração de ejeção (FEVE) de 45% e insuficiência aórtica (IAo) grave com estenose leve. Hipótese diagnóstica: Acometimento cardíaco pela sarcoidose gerando/piorando quadro de insuficiência aórtica e IC. Condutas adotadas: Devido a possibilidade de comprometimento cardíaco e/ou valvar pela sarcoidose, optado por iniciar tratamento clínico otimizado para IC, associado a prednisona via oral para avaliação de resposta clínica. Paciente submetida à consultas ambulatoriais e ECOTT seriados para acompanhamento. Evoluiu com melhora importante da FEVE (45% > 65% > 63% > 67%) e da dispnéia (CF NYHA IV > I). Manteve IAo grave nos ECOTT seriados, porém sem indicação cirúrgica devido a melhora importante dos sintomas e dos parâmetros ecocardiográficos. A paciente mantém CF NYHA I há mais de 1 ano e segue acompanhamento ambulatorial com equipe de cardiologia. **Conclusão:** A corticoterapia, mesmo que ainda controversa na sarcoidose cardíaca, promoveu melhora de sintomas e parâmetros ecocardiográficos na paciente em questão, adiando, ainda que momentaneamente, a necessidade de tratamento cirúrgico.

49655

Lúpus eritematoso sistêmico e suas múltiplas repercussões: Relato de caso

LUCCAS FILLIPE CAMPOS COELHO, NATHALIA SIMOES FERNANDES, ANA CELIA HOLLANDA CAVALCANTI GUIMARAES, THAIS CARREIRO DE MORAIS, MAISA MARQUES BARROS, LUISA MARCAL DE PAULA, NATÁLIA ALVES LIMA MENDES e HELENA VASCONCELOS NUNES DE CARVALHO

Faculdade de medicina do Vale do Aço, Ipatinga, MG, BRASIL.

Introdução: O LES é uma vasculite dependente da imunidade mediada pelas células B policlonais, que acomete o tecido conectivo e os pequenos e médios vasos sanguíneos. É caracterizada pela presença de diversos auto-anticorpos e evolui com manifestações clínicas polimórficas. **Descrição do caso:** Paciente feminino, 23 anos, atendida na UBS com queixa de dispnéia, taquicardia, febre, calafrios, astenia, leões orais, odinofagia, edema e pápulas eritematosas na face de evolução há 10 dias. Fez tratamento para faringite com Amoxicilina por 7 dias e Histamin para as lesões de face sem melhora do quadro. Está anêmica, fazendo uso de V-I Ferrin. Relata episódio de trombose venosa profunda (TVP) em MIE há 2 meses, onde fez uso de heparina por 12 dias e atualmente está em uso de Rivaroxabana. Apresenta ainda, diarreia aquosa e esverdeada com 1 semana de curso e cefaleia frontal intermitente. História de reumatismo. Ao exame físico apresentava regular estado geral, taquicárdica (FC: 130 bpm), taquipneica (FR: 24 irpm), PA: 110/70 mmHg, glicemia capilar: 148 mg/dl. Ausculta respiratória: MV diminuído, estertores crepitantes bilaterais. Ausculta cardíaca: BNRNF, em 2 tempos. Edema em ambos MMII (1+/4+). Lesões máculo-papulosas de coloração marrom em MIE, pápulo-descamativas em tronco e decamativas em toda a cavidade oral. Fígado doloroso e palpável 3 cm abaixo do rebordo costal. **Hipóteses diagnósticas:** Lúpus eritematoso sistêmico, síndrome de Stevens-Johnson, colecistite, ITU, infecção em sítio desconhecido e TEP. **Condutas:** Paciente encaminha ao hospital para realização de exames laboratoriais. Os resultados foram os seguintes, FAN 1/320 NH, Anti-DNA 1/160, C3 e C4 consumidos, Anti-Ro/La em altos títulos, anemia hemolítica, linfopenia, panserose grave, com tamponamento cardíaco, artrite, raynaud, nefrite com proteinúria 516mg/24 h, TEP secundária a doença inflamatória. O ecocardiograma mostrou derrame pericárdico com importante sinal de restrição. EAS: cilindros e alguns hialinos, células epiteliais numerosas, hemoglobina 4+, leucocitúria, proteinúria. A RNM de encéfalo mostrou segmentos das artérias cerebrais anteriores, médias e posteriores apresentando redução do calibre luminal e sinal de fluxo intercaladas com segmentos de calibre e fluxo normal. **conclusão:** Paciente mantém uso de Espironolactona, Furosemida, Losartana, Omeprazol, Varfarina, Prednisona, Fenitoína, Sertralina e Gabapentina. Em acompanhamento com reumatologista mantendo quadro estável.

49660

Acidente Vascular Encefálico em paciente portadora de Mixoma Atrial Esquerdo

ELUAN ALBUQUERQUE DE LIMA, ANDERSON PEREIRA DE OLIVEIRA, HUMBERTO DE FREITAS BOY e MARCUS VINICIUS DE PAULA DA SILVA

Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: As neoplasias primárias do coração são entidades raras. Os mixomas cardíacos são o tumor primário mais comum do coração, representando aproximadamente 75 a 80% dos tumores cardíacos cirúrgicos. O quadro clínico é variável, desde pacientes assintomáticos até sintomas mais graves como de insuficiência cardíaca congestiva, acidentes embólicos e até mesmo morte súbita. **Descrição do caso:** Paciente TCF, 80 anos, parda, aposentada, natural de Belo Horizonte, hipertensa, em uso regular de suas medicações, com história de acidente vascular encefálico (AVE) recente há aproximadamente 45 dias, sem causa aparente. Paciente encontrava-se em pré-operatório para cirurgia de Catarata e durante a avaliação cardiológica foi evidenciado uma massa no coração, sendo optado em internar para melhor propedêutica. Em 28/01/2017 deu entrada no nosso serviço assintomática do ponto de vista cardiovascular, apresentava somente parestesia em hemitórax esquerdo, como consequência do AVE prévio. Aparelho respiratório sem alterações, cardiovascular ritmo regular, sem alterações. Em 30/01/2017 realizou ecocardiograma transefágico que evidenciou massa aderida no septo interatrial, de aspecto homogêneo, bem delimitada, medindo 3,3/2,1 cm, sugestiva de mixoma, além de aumento moderado de átrio esquerdo, com função ventricular preservada. Na radiografia de tórax aumento do índice cardiorotacional, com sinais sugestivos de aumento de átrio esquerdo. Discutido caso com a cirurgia cardíaca que indicou cirurgia para ressecção do tumor, porém por opção da paciente o procedimento não foi realizado. Durante a internação a paciente fez um episódio de fibrilação atrial de alta resposta ventricular, sendo realizado controle da frequência cardíaca. Nos dias subsequentes permaneceu em ritmo de fibrilação, porém com resposta controlada. Tendo em vista o quadro clínico da paciente optou-se por iniciar anticoagulação com Marevan. No dia 05/02/2017 paciente recebeu alta hospitalar assintomática do ponto de vista cardiovascular, com proposta de seguimento no ambulatório da cardiologia. **Hipótese Diagnóstica:** Mixoma atrial esquerdo. **Conduta:** Tratamento conservador e iniciado anticoagulação com Marevan. **Conclusão:** As neoplasias primárias do coração são entidades raras, sendo o mixoma o seu representante mais frequente. A ecocardiografia se mostra como um exame de alta sensibilidade que auxilia no diagnóstico. O tratamento cirúrgico é o de escolha, pois melhora indiscutivelmente o prognóstico.

49662

Dissecção Espontânea de Artéria Descendente Anterior como causa de Infarto Agudo do Miocárdio

ELUAN ALBUQUERQUE DE LIMA, ANDERSON PEREIRA DE OLIVEIRA, HUMBERTO DE FREITAS BOY e MARCUS VINICIUS DE PAULA DA SILVA

Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Dissecção Espontânea (DE) de artéria coronária é causa rara de infarto agudo do miocárdio, potencialmente fatal, com uma incidência estimada em 0,04 a 0,2% nas cineangiogramas. A principal artéria coronária acometida é a descendente anterior, cerca de 75% dos pacientes acometidos são do sexo feminino, com idade média de 40 anos. O tratamento ideal da dissecção espontânea ainda não é bem definido, podendo ser clínico, percutâneo ou até mesmo de revascularização miocárdica. **Descrição do caso:** Paciente AMF, 67 anos, parda, natural de Belo Horizonte-MG, previamente hipertensa, asmática, em uso regular de suas medicações, deu entrada em pronto atendimento no dia 22/04/2017 com quadro de dor precordial típica, associada a náuseas e pirose com 3 horas de evolução. No exame físico encontrava-se orientada, eucárdica, eupnéica, normotensa, aparelho respiratório presença de sibilos expiratórios discretos, cardiovascular ritmo regular sem alterações. Iniciado protocolo para Síndrome Coronariana Aguda (SCA) com melhora da dor após as medicações, seriado eletrocardiograma (ECG) e marcadores de necrose miocárdica, que inicialmente encontravam-se normais. Na segunda avaliação propedêutica a paciente apresentou aumento de troponina (5,22ng/ml), mantendo-se alterada nas outras dosagens; no ECG observou-se corrente de lesão subepicárdica em V3-V4-V5-V6. Paciente foi então encaminhada para CTI para melhor suporte cardiológico, onde permaneceu assintomática durante todo o período da internação. No dia 28/04/2017 realizou cineangiogramas, que revelou artéria descendente anterior tipo III, de contornos irregulares, sem lesões obstrutivas no trajeto principal, porém com oclusão de pequeno sub-ramo distal por dissecção espontânea junto ao apex, demais coronárias isentas de obstruções significativas. Tendo em vista a boa evolução do quadro optado por conduta conservadora com tratamento clínico somente. Paciente permaneceu internada ainda por mais 2 dias em enfermagem, recebendo alta hospitalar assintomática, com receita de AAS, clopidogrel, medicações de uso habitual, e orientação de manter seguimento ambulatorial. **Hipótese Diagnóstica:** IAMSST por dissecção espontânea. **Conduta:** Tratamento clínico para SCA. **Conclusão:** A DE é causa rara de SCA e morte súbita. O diagnóstico é feito por estudo hemodinâmico através da Cineangiogramas. O prognóstico dos pacientes que sobrevivem ao primeiro evento é bom, com taxas de sobrevida de até 80% em 30 meses.

49663

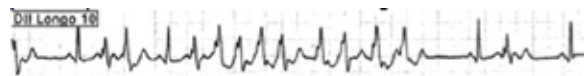
Taquicardia ventricular polimórfica associada ao uso de cocaína e clomipramina.

ANA LUISA CONSTÂNCIA PIMENTA, THALES BARCELOS DE SOUZA, LORENA SILVA FONSECA, CIBELE BARROS GALVÃO, CINTHIA DOS ANJOS ANTONIETTO, DANIELLE ALENCAR PEREIRA e THIAGO DA ROCHA RODRIGUES

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução-Arritmias cardíacas graves podem associar-se a efeitos pró-arrítmicos de drogas. Objetivos-Descrever paciente (PT) com intensa ansiedade, em uso de cocaína e clomipramina, que apresentou arritmia cardíaca potencialmente letal. Descrição-Caminhoneiro, 27 anos, ansiedade extrema, usuário de cocaína e clomipramina, desenvolveu palpitações acompanhadas de síncope e pré-síncope. Admitido com vários ECGs e registros de monitor com arritmia abaixo.

Transferido para o CTI onde foi medicado com verapamil 80 mg TID. Cocaína e clomipramina foram suspensas. Ecocardiograma, ressonância magnética do coração, sorologia para T. cruzi, enzimas cardíacas e eletrólitos foram normais. Está há 6 meses sem cocaína e clomipramina, em uso de verapamil e assintomático. Discussão-OS ECGs mostram taquicardia rápida, QRS largos e polimórficos e ciclos RR irregulares. Fibrilação atrial pré-existada é descartada pois há batimentos sinusais sem onda delta. Trata-se de taquicardia ventricular polimórfica (TVP), com QT normal e períodos de acoplamento curtos (320 ms para o 1º batimento e 250 ms para o 2º). O 1º batimento de todas as TVPs, além do fenômeno R sobre T, apresenta sempre a mesma morfologia, sugerindo origem focal. Os QRS das TVPs apresentam BRE, eixo para a direita (+120º) e transição em precordiais > V3, indicando foco em via de saída do ventrículo direito (VSD). A imensa maioria das TVs de VSD são benignas. Alguns autores descreveram TVs de VSD malignas que apresentam acoplamento curto (<350 ms) em contraste com TVs benignas com acoplamento >400 ms. O mecanismo das TVPs de acoplamento curto é desconhecido. Podem associar-se a isquemia, efeitos pró-arrítmicos de drogas e distúrbios eletrolíticos. A cocaína bloqueia canais de Na⁺, ativa canais de K⁺ (encurtando o período refratário), excita canais de ryanodina que liberam cálcio para o citoplasma do miócito e provoca vasoespasmo. Conclusão-Trata-se de TVP, com acoplamento curto, R sobre T, QT normal, sem cardiopatia estrutural, com repercussão hemodinâmica e associada a cocaína. O caso ilustra possível mecanismo de morte súbita em usuários de cocaína.



49664

Tratamento embólico de malformação arterio-venosa em paciente jovem com síndrome de Rendu Osler Weber com manifestações cardiopulmonares

ELUAN ALBUQUERQUE DE LIMA, LUIA IVINI ANDRADE DE CASTRO, RICARDO WANG, ANTONIO CARLOS MANSUR BEDETI, LEONARDO GRECO MACHADO, FREDDY GARCIA MONTECINOS, MICHELLE MARIA SALES COSTA e MARCUS VINICIUS DE PAULA DA SILVA

Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A Síndrome de Rendu-Osler-Weber (SROW) é uma rara displasia fibrovascular sistêmica, autossômica dominante, com incidência de 1-2 casos/100.000, caracterizada por lesões angiodisplásicas que promovem a comunicação entre artérias e veias. O diagnóstico é feito na presença de pelo menos 3 das manifestações dos critérios de Curação: telangiectasias cutaneomucosas; epistaxes recorrentes; malformações arteriovenosas com comprometimento visceral; histórico familiar. Descrição do caso: PRLS, 20 anos, feminino, previamente hígida, procurou atendimento médico apresentando quadro de cefaleia holocraniana, dor torácica ventilatório-dependente, dispnéia, diminuição da saturação periférica, cianose leve de extremidades, tontura, metrorragia, dor em baixo ventre e picos febris de até 39°C. Paciente foi encaminhada para um Hospital Maternidade onde descartaram a hipótese de gravidez/abortamento, sendo encaminhada no dia seguinte para outro serviço para investigação da dispnéia. Deu entrada no hospital estável, porém mantinha dispnéia basal leve, com saturação periférica (87-90%), aparelho respiratório sem ruídos adventícios, cardiovascular ritmo regular, sem sopros. Na ecoscopia apresentava telangiectasias orais. Seu histórico médico incluía episódios recorrentes de epistaxe, gengivorragia e história familiar positiva de sangramentos. Na propedêutica realizou Angiotomografia de Tórax que evidenciou 5 (MAVs) pulmonares (quatro à esquerda e uma à direita). Angiotomografia de crânio e Ultrassonografia de Abdome Superior apresentaram-se normais, sem indícios de MAVs. Ecocardiograma dentro da normalidade, exceto pela presença de importante shunt pulmonar após injeção de solução salina. Em 13/04/2017 paciente foi encaminhada ao setor de Hemodinâmica onde realizou angiografia que mostrou fistula arteriovenosa de alto débito, localizada no lobo inferior do pulmão esquerdo. Hipótese Diagnóstica: Síndrome de Rendu Osler Weber. Conduta: embolização dos ramos da artéria pulmonar esquerda que irrigam o lobo inferior, com plug vascular nº 10. Logo após o procedimento observou-se normalização da saturação periférica. Após 48 horas de observação em enfermaria, paciente recebeu alta assintomática. Conclusão: A SROW é uma síndrome rara, que pode se manifestar de diferentes formas. Atualmente a terapêutica de escolha é a embolização dos vasos encontrados, no geral os pacientes evoluem de forma satisfatória, embora faltem estudos mostrando o seguimento de pacientes a longo prazo.

49669

Mixoma Atrial Esquerdo: Relato de um paciente com desfecho favorável

ELUAN ALBUQUERQUE DE LIMA, ANDERSON PEREIRA DE OLIVEIRA, HUMBERTO DE FREITAS BOY, VINICIUS PEREIRA DOURADO, MARCUS VINICIUS DE PAULA DA SILVA e RICARDO DA SILVA SENA

Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Os mixomas representam mais da metade das neoplasias primárias do coração, geralmente são solitários, ocorrem principalmente entre a 3ª e 6ª décadas de vida. Estão localizados principalmente no átrio esquerdo (86%). O quadro clínico varia de sintomas inespecíficos a sintomas mais graves como insuficiência cardíaca, acidentes embólicos e até mesmo morte súbita. Descrição do Caso: CMS, masculino, 74 anos, pardo, natural de Boca do Acre/AM, com diagnóstico de Hipertensão Arterial há 1 ano. No dia 22/11/2015 deu entrada em pronto socorro com dor abdominal, fraqueza, náuseas, hipertensão, dispnéia e edema de membros inferiores discreto. Seus exames iniciais mostravam uma anemia, urina tipo I com proteína (+), e cilindros granulosos; uréia = 121mg/dl, creatinina = 3,4mg/dl. Avaliado pela Nefrologia que o encaminhou para hospital referência. Durante sua internação evoluiu com dispnéia aos moderados esforços, ortopnéia e sintomas inespecíficos como hiporexia, fraqueza, constipação e dispnéia. Ao exame, aparelho cardiovascular, respiratório e abdome sem alterações. Exames complementares: eletrocardiograma sem alterações; radiografia de tórax: aumento de átrio esquerdo e hêmia diafragmática; ecocardiograma: átrio esquerdo (41mm), fração de ejeção = 70%, sem alterações valvares, hipertrofia concêntrica do VE moderada, disfunção diastólica tipo I, presença de imagem ovalada medindo 4,2x3cm, móvel, no interior do átrio esquerdo, sugestivo de mixoma atrial. Ultrassonografia de abdome: alterações renais de aspecto crônico incipiente. Solicitada avaliação da cirurgia cardíaca que indicou ressecção cirúrgica. No 16º dia de internação realizou a ressecção do tumor, cirurgia sem intercorrências. No pós-operatório permaneceu internado 3 dias em CTI, e 4 dias em enfermaria recebendo alta após. O laudo da Anatomia Patológica revelou achados compatíveis com mixoma, ausência de malignidade. Atualmente o paciente encontra-se bem, sendo acompanhado pela Nefrologia em virtude da doença renal crônica. Hipótese Diagnóstica: Mixoma atrial esquerdo. Conduta: Cirurgia de ressecção do tumor. Conclusão: As neoplasias primárias do coração são entidades raras, sendo o mixoma o seu representante mais frequente. Tendo em vista a grande variabilidade de sintomas e a possibilidade de desfecho fatal, faz-se necessário a utilização de métodos complementares para a precocidade diagnóstica, pois o rápido diagnóstico e sua remoção cirúrgica melhoram, indiscutivelmente, o prognóstico.

49670

Infarto agudo do miocárdico em paciente jovem provocado por dissecação de tronco de coronária esquerda e artérias descendente anterior e circunflexa

JOAO LUCAS O'CONNEL, BRUNO ALEXANDRE DE SENE FERREGUTTI GOMES, RODRIGO PENHA DE ALMEIDA, MONIQUE CHIOVATTO MONTES ARAUJO, VILMAR JOSE PEREIRA e RAFAELLA PEREIRA DE OLIVEIRA LIMA

Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, MG, BRASIL.

Introdução: A dissecação espontânea de coronárias (DSC) define-se por uma ruptura da camada íntima do vaso coronário e formação de hematoma na parede do vaso, não sendo secundária à doença aterosclerótica. É uma doença sub-diagnosticada. Em relação aos fatores de risco, destacamos: sexo feminino, período gestacional e puerperal, estresse emocional intenso, atividades físicas intensas, uso de corticoides e anti-inflamatórios, uso de cocaína e tabagismo. Relato de Caso: Paciente de 39 anos, sexo masculino, tabagista e usuário de cocaína, que havia apresentado dor torácica intensa, no repouso, sem irradiação, associado à dispnéia há mais de 24 horas da chegada. Mantinha desconforto torácico leve na admissão. Encontrava-se estável hemodinamicamente. ECG de admissão: Ritmo sinusal, supradesnivelamento do segmento ST difuso. Foi realizado coronariografia: dissecação em tronco coronária esquerda, envolvendo toda a artéria descendente anterior e todo o primeiro ramo Marginal (com oclusão distal destes dois vasos). Ventriculografia Esquerda: Função sistólica global do VE deprimida de grau importante, com discinesia antero-lateral e acinesia apical e infero-apical. Realizado tratamento clínico e programado reavaliação com nova coronariografia em 7 dias (se estável) ou cirurgia cardíaca emergencial em caso de instabilização clínica. Paciente permaneceu estável e recusou nova coronariografia, sendo mantido tratamento clínico para Doença Arterial Coronariana (DAC) e Insuficiência Cardíaca. Discussão: A DSC constitui-se uma situação clínica e angiográfica dramática, que pode levar ao óbito indivíduos jovens e sem muitos fatores de risco para DAC. Há uma tendência à adoção de uma estratégia conservadora, principalmente naqueles pacientes sem isquemia recorrente. Quando tentativa de angioplastia, a verificação quanto ao correto posicionamento da corda guia na luz verdadeira do vaso é mandatória. A angioplastia com stent não mostrou resultados promissores no tratamento deste tipo de lesão e apresenta índices de insucesso que chegam a 35,0%. Conclusão: O caso relatado é de DSC, como causa de Síndrome coronariana aguda, por dissecação em espiral, envolvendo vários vasos. Dentre os fatores predisponentes, destaca-se o uso recente de cocaína. Apesar da gravidade das lesões, houve sucesso na abordagem conservadora (com tratamento medicamentoso), tendo o paciente apresentado boa resposta clínica, estando em classe funcional I, 6 meses após o episódio inicial.

49671

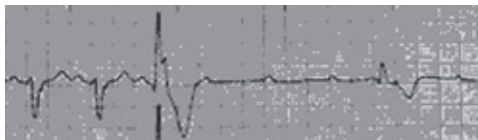
A importância e o risco da gravação de Loop para o diagnóstico de síncope e pré-síncope.

CINTHIA DOS ANJOS ANTONIETTO, LÉLIDA PATRICIA VARGAS GONTIJO, CIBELE BARROS GALVÃO, ANA LUISA CALIXTO RODRIGUES, LORENA SILVA FONSECA, FELIPE RIBEIRO GUIMARÃES SOARES, ANA LUISA CONSTÂNCIA PIMENTA e THIAGO DA ROCHA RODRIGUES

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução - O registro de ECG no momento dos sintomas é fundamental para o diagnóstico na maioria dos pacientes (PTs) com arritmias cardíacas. O Holter-24 h. apresenta sensibilidade baixa (4%) para o diagnóstico de síncope, pois o tempo de monitorização é curto. **Objetivos** - Descrever caso de PT com síncope e pré-síncope que foi elucidado pelo gravador de Loop. **Descrição** - NPC, 82 anos, portador de hipotireoidismo, sem outras morbidades e sem alterações cognitivas. Há 2 meses com síncope e pré-síncope, sem pródromos, às vezes com convulsões e mesmo na posição deitada. Ecocardiograma normal. ECG com ritmo sinusal, BCRD, HBAE e BAV de 1º grau. Holter-24 h. sem alterações diagnósticas. Duas irmãs portadoras de marcapasso. Encaminhado para gravação de Loop ambulatorial. Optou-se por realizar o exame no CTI. Em 3 dias, o paciente apresentou 2 perdas fugazes de consciência, reproduzindo os seus sintomas, com assistolias de 6 a 7 segundos e o seguinte registro:

O traçado mostra súbito BAVT. Foi implantado marcapasso e o PT tornou-se assintomático. **Discussão** - Bloqueio bifascicular + BAV de 1º grau associado a síncope sem pródromos, na posição deitada e com convulsões sugere causa cardiogênica grave. A monitorização prolongada em regime ambulatorial nestes casos traz riscos aos PTs, razão pela qual o exame foi realizado em CTI. **Conclusão** - Tratase de PT com bloqueio trifascicular verdadeiro e BAVT intermitente. A realização de Loop para avaliação de síncope em regime ambulatorial deve ser precedida por avaliação de risco de arritmias graves. Nestes casos, o PT deve realizar o exame em regime de internação. O diagnóstico do paciente é "Doença progressiva do sistema de condução familiar", ou Doença de Lenegre.



49675

A importância do estudo eletrofisiológico no diagnóstico de síncope em pacientes com cardiopatia chagásica.

VICTOR PIMENTEL DE MATOS, GUSTAVO ALVES DE OLIVEIRA, CIBELE BARROS GALVÃO, CINTHIA DOS ANJOS ANTONIETTO, ANA LUISA CALIXTO RODRIGUES, JULIANO MOREIRA REIS FILHO, ANDRE RAUSH CARELLOS SILVA e THIAGO DA ROCHA RODRIGUES

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, .

Introdução - A cardiopatia chagásica (CCH) é importante causa de morte súbita em nosso meio. Síncope é sinal de alarme importante para o risco de morte em cardiopatas. **Objetivos** - Descrever 2 casos em que o estudo eletrofisiológico (EEF) foi fundamental para a elucidação diagnóstica e a conduta em pacientes (PTs) com CCH. **Descrição** - Caso 1: MGC, 49 anos, masculino, com fibrilação atrial, FE 15%, alteração segmentar ao ecocardiograma, ICC classe funcional (CF) IV (NYHA). Em tratamento otimizado para ICC. Realizado cardioversão elétrica e iniciado amiodarona. Evoluiu em ritmo sinusal (RS) e CF III. Após 6 meses, apresentou síncope sem pródromos e trauma craniano. Admitido com ECG em RS, BCRD, ondas Q patológicas em D2, D3 e aVF e baixa voltagem. Escore de Rassi = 20. Realizado EEF que induziu taquicardia ventricular monomórfica sustentada (TVMS) com repercussão hemodinâmica. Implantado CDI e evoluiu com várias acionamentos apropriados do dispositivo ao longo de sua evolução. Caso 2: AFO, 75 anos, portador de CCH, FE de 36% e episódio de síncope inexplicada. ECG mostrou RS, BCRD, HBAE e extrassístoles ventriculares. Holter-24 h. mostrou episódios súbitos de BAV 2:1 e BAV Ilo grau M-II, configurando quadro de bloqueio trifascicular. Foi encaminhado com a solicitação de implante de marcapasso. Optou-se pela realização de EEF antes do marcapasso. O exame mostrou bloqueio AV infra-hissiano e a estimulação programada induziu TVMS. Foi implantado CDI e, após 1 ano de evolução, o PT apresentou 6 acionamentos apropriados por TV e fibrilação ventricular. Houve 4 choques apropriados na zona terapêutica de fibrilação ventricular e 2 acionamentos de sobre-estimulação com sucesso em zona de taquicardia ventricular. **Conclusões** - Nestes 2 casos o EEF foi essencial para a elucidação do mecanismo da síncope. A presença de BAV infra-hissiano não exclui a possibilidade de TVMS como causa de síncope e morte súbita em PTs com CCH. No caso 2, o quadro clínico sugeria o implante de marcapasso convencional. O EEF corretamente indicou o CDI e evitou uma possível morte súbita, caso o marcapasso tivesse sido implantado ao invés do CDI. O EEF é extremamente útil para avaliação do risco de morte súbita em pacientes com CCH.

49677

Hemorragia alveolar difusa como manifestação atípica de insuficiência mitral

RAQUEL DE SOUZA NOVAES COSTA, ANDRÉ SILVA RODRIGUES, STEFANIA BRUNA COSTA VALENTE, GUILHERME FERRAZ MESSINA PADUA ANDRADE, FÁBIO MORATO CASTILHO, THIAGO GUIMARÃES ROSA CARVALHO, MARLON VIEIRA RODRIGUES e CAMILA DAIBERT DIONÍSIO

Hospital São Francisco, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A insuficiência mitral (IM) é um distúrbio valvar comum cuja sintomatologia inicial inclui dispnéia aos esforços, fraqueza progressiva, palpitações e dor torácica atípica. Algumas vezes a valvopatia mitral pode causar hemoptise como manifestação atípica devido à hipertensão venosa pulmonar. Entretanto, a ocorrência de sangramento pulmonar em grande quantidade, caracterizando hemorragia pulmonar, é raramente associada à insuficiência mitral. **Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, 34 anos, encaminhado ao serviço de Cardiologia por dispnéia progressiva, tosse com escarro hemoptico e febre vespertina há 3 meses de evolução. Diagnóstico de febre reumática na infância. Propedêutica inicial evidenciou RX de tórax com área cardíaca aumentada e infiltrado intersticial difuso. Ecocardiograma transtorácico com FEVE reduzida (31%), VE com dilatação e hipocinesia importante, assim como o VD; estenose mitral moderada (área valvar 1,4, grad. máx. 22 e médio 12), insuficiência mitral reumática grave e insuficiência aórtica moderada, sem vegetações; PSAP 40. Durante internação apresentou 4 episódios de hemoptise, associado a tosse, dispnéia e repercussão hematimétrica (Hb 11,1 > 7,9), mesmo na vigência de tratamento otimizado para insuficiência cardíaca. Hipótese diagnóstica: Hemoptise como manifestação atípica de Insuficiência mitral. Condutas adotadas: Colhidas hemoculturas e iniciada antibioticoterapia empírica para Endocardite infecciosa, porém propedêutica revelou 6 amostras de hemoculturas negativas. Ecocardiograma transtorácico sem vegetação e escore de Duke negativo (dois critérios menores). Sorologias apresentaram todas negativas (FR, FAN, P e C ANCA, anti GBM e anti HIV), assim como o BAAR. Solicitada TC de tórax que evidenciou infiltrado pulmonar bilateral sugestivo de hemorragia alveolar. Submetido a broncoscopia que confirmou hemorragia alveolar, sem outros achados. Optado pelo tratamento cirúrgico com troca valvar biológica mitro aórtica, sem intercorrências. Boa evolução no pós operatório, sem novos episódios de hemoptise. **Conclusão:** A Insuficiência mitral apesar de ter um quadro clínico clássico pode apresentar-se de forma atípica com hemoptise, como relatado no caso. A hemoptise é mais comum em doenças pulmonares ou de pequenos vasos, porém pode ser oriunda de doenças cardíacas como a IM, demonstrando a importância de sempre relacionar essas patologias ao diagnóstico diferencial.

49678

Cardite reumática cursando com endocardite infecciosa- relato de caso

EDUARDO TELES DE LIMA LOPES, LUCAS ALVES BESSA CARDOSO, RODOLPHO POEYS LIMA e ANNA LUIZA AMÂNCIO VIDAL

Universidade Federal De Viçosa, Viçosa, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A Endocardite Infecciosa (EI) é uma doença que apesar da modesta incidência de 3-9/100.000 indivíduos, tem importância diagnóstica devido à sua gravidade. Os principais agentes envolvidos na doença são o *Staphylococcus aureus* e o *Streptococcus viridans*, germes colonizadores de pele e mucosa oral. Assim, destacamos como fatores de risco: uso de drogas injetáveis, procedimentos médicos e odontológicos invasivos. Patologias cardíacas estruturais prévias (como febre reumática) são fatores de risco para EI, já que o endotélio lesado tem maior suscetibilidade à formação de trombos, nos quais os germes podem se aderir e formar vegetações. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 18, relata quadro progressivo de fadiga, inapetência, perda de 10 kg e febre não aferida. Há 1 mês surgiram pequenas lesões roxas em mãos e pés. Atualmente, dispnéia aos mínimos esforços, febre e manchas. Previamente hígida. História de extração de dente há 4 meses e cirurgia de canal dentário aos 6 anos. Ao exame: afebril, hipocorada 3/6, hidratada, acianótica e eupneica. Ritmo Cardíaco Regular em 3 Tempos (B3). Sopro holossistólico 3/6 irradiado para axila esquerda. PA 100/60 mmHg, FC 130 bpm. Manchas de Janeway em leitos ungueais. HPP: história de amigdalites não tratadas, sem outras patologias prévias. Paciente foi internada e solicitada: Hemograma (anemia e leucocitose com desvio à esquerda); ECG com sobrecarga ventricular esquerda (sem hipertrofia de VE). Iniciou-se terapia com Gentamicina e Ampicilina. Solicitou-se novos exames: ecocardiograma transtorácico, confirmando ECG (porém com hipertrofia leve de VE) e mostrando vegetação e regurgitação severa em valva mitral; hemocultura positiva para *S. viridans*. **HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:** EI associada a insuficiência mitral (IM) sintomática. **CONDUTA:** cirurgia de troca valvar. Seguimento com propranolol diário 25 mg e profilaxia para FR. **CONCLUSÕES:** A EI ocorre predominantemente no sexo masculino (66%) e idade avançada (apenas 7% dos acometidos têm menos de 20 anos). A paciente tinha dados desfavoráveis à suspeita como o sexo, idade e nunca ter sido submetida a processos invasivos. Aliado a isso, os sintomas inespecíficos e o não relato de cardiopatia prévia adiaram o diagnóstico. Ao final da investigação, presumiu-se que cardite reumática (grande causa de IM no Brasil) serviu como dano prévio à IM, que possibilitou EI após procedimento odontológico sem profilaxia antibiótica.

49679

Complicação pós-infarto agudo do miocárdio – relato de caso de síndrome de Dressler

ANDERSON PEREIRA DE OLIVEIRA, ELUAN ALBUQUERQUE DE LIMA, HUMBERTO DE FREITAS BOY, MARCUS VINICIUS DE PAULA DA SILVA, BARBARA DE FIGUEIREDO TENORIO e MIGUEL ANGEL FLORES NUNEZ

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

A pericardite pós-infarto agudo do miocárdio, foi proposta por Dressler em 1956, sugeriu que se devia a uma reação de hipersensibilidade mediada pela liberação de auto-antígenos. Ocorre geralmente entre 1 a 8 semanas após o IAM. Podem apresentar febre, pericardite, leucocitose, elevação de VHS e, em até 28% dos casos, desenvolve-se derrame pericárdico. Relato de caso: paciente de 57 anos, tabagista, sem comorbidades ou tratamentos prévios. Procurou atendimento com angina típica e ECG com supra de ST em parede inferior, não trombolisado. Houve melhora parcial. Ficou no local por dois dias. Recorreu dor e ECG mostrou aumento do supra de ST em parede inferior, associado à diaforese com sudorese fria, hipotensão acentuada e sinais de hipoperfusão periférica. Iniciado dobutamina (11mcg/kg/min) e encaminhado ao nosso serviço de hemodinâmica. Realizado coronariografia e, então, angioplastia para coronária direita. Proposta de abordar descendente anterior (DA) de 80% em outro momento. Ventriculografia mostrou acinesia inferior. Alta do CTI em 24 horas. Após dois dias, evoluiu com rash cutâneo difuso na enfermagem e episódio febril. Apresentou leucocitose e aumento de Proteína C Reativa. Ausculta cardíaca com aparecimento de atrito pericárdico rude. ECO TT do CTI com FEVE 37%, acinesia médio-basal das paredes inferior e do septo posterior do ventrículo esquerdo (VE), demais paredes hipocinéticas, sendo mais acentuada na parede infero-lateral, com déficit sistólico moderado. Derrame pericárdico leve. Frente à piora do quadro com hipotensão acentuada, foi realizado novo eco com FEVE 35%, VE com aumento leve e afilamento, discinesia e formação de aneurisma da porção médio-basal das paredes inferior e do septo posterior. Hipocinesia do septo anterior e parede infero-lateral. Demais paredes normocinéticas com déficit sistólico moderado a importante. Derrame pericárdico leve. Readmitido no CTI. Suscitado o diagnóstico de SD, sendo iniciado colchicina e ácido AAS dose antiinflamatória. Paciente primeiramente melhorou rash cutâneo, depois leucocitose e, por fim, redução do atrito pericárdico. Retornou a enfermagem com bom padrão hemodinâmico. Proposta de intervenção na DA e acompanhamento ecocardiográfico sequencial. Em conclusão, a incidência da síndrome pós-lesão miocárdica tem diminuído pela precocidade e melhoria dos métodos de reperfusão coronária. Antes da era da reperfusão, a SD ocorria entre 1-5% dos pacientes com IAM, hoje é um evento pouco comum.

49680

Diagnóstico diferencial de síndrome coronariana aguda: Síndrome de Takotsubo com apresentação atípica - Relato de caso

ANNA LUIZA AMÂNCIO VIDAL, RODOLPHO POEYS LIMA, LUCAS ALVES BESSA CARDOSO e EDUARDO TELES DE LIMA LOPES

Universidade Federal De Viçosa, Viçosa, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Takotsubo (ST) foi descrita pela 1ª vez em 1990, e se apresenta com clínica, ECG e laboratoriais semelhantes à Síndrome Coronariana Aguda (SCA), o diagnóstico é dado após a observação de acinesia de ápice na vigência de coronárias prévias ao CATE. A suspeita é principalmente em mulheres, com idade avançada, que desenvolvem quadro "SCA-like" após grande choque emocional. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente MGS internada no CTI, entrada há 8 horas devido a mal epilético (paciente imóvel, olhar fixo e automatismos oromastigatórios) e suspeita de pneumonia devido a dispnéia e crepitação. Ao exame físico, paciente congesta com perfusão lenificada e crepitação bibasal, ritmo cardíaco regular com B4. Nas patologias, acompanhante relata que paciente é epilética em uso de triptal, portadora de síndrome de Sjogren, ansiosa e logo antes do ocorrido se envolveu em discussão familiar. Houve episódio semelhante há 5 anos sendo diagnosticada SCA. **HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:** SCA (incluindo Angina Prinzmetal) só pode ser excluída após CATE, sendo está o diagnóstico diferencial mor. Outros quadros que podem gerar confusão são descompensação catecolaminérgica como Feocromocitoma, ou psiquiátricos como Síndrome de Pânico. **CONDUTAS ADOTADAS:** Solicitados exames: raio X com edema pulmonar, ECG: inversão de onda T em parede anterior extensa e troponina positiva. Ao CATE: coronárias prévias, ventriculografia: acinesia antero-latero-apical de VE e aumento dos volumes do VE. Tratamento com inotrópicos, melhora clínica e alta do CTI em 3 dias, com medicação oral. Em seguimento, solicitou-se ecocardiograma: mantem-se a acinesia, fração de ejeção (FE) VE: 35%, após 1 mês, o exame foi repetido: resolução do quadro e FE: 62%, assim suspendendo as medicações. Paciente relatou que SCA prévia não teve tratamento de reperfusão e os exames do período eram semelhantes aos atuais. Paciente evoluiu assintomática durante 1 ano, com posterior quadro semelhante. **CONCLUSÕES:** Com essas informações, foi diagnosticada ST, sendo o 1º episódio há 5 anos e a descrição acima uma recorrência, assim como o quadro 1 ano depois. Todas as apresentações são atípicas, possivelmente desencadeadas por crises epiléticas. Logo, neste caso, temos apresentação atípica, tanto pelo quadro epilético que abriu a descompensação cardíaca, quanto pelas 2 recorrências, o que pode levar a maiores incertezas diagnósticas no atendimento.

49682

Tratamento cirúrgico da tetralogia de Fallot com início de sintomas na fase adulta - série de casos

ANDERSON PEREIRA DE OLIVEIRA, ELUAN ALBUQUERQUE DE LIMA, HUMBERTO DE FREITAS BOY, MARCUS VINICIUS DE PAULA DA SILVA, BARBARA DE FIGUEIREDO TENORIO e MIGUEL ANGEL FLORES NUNEZ

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Conhecida como a forma mais predominante de doença cardíaca cianótica, a tetralogia de Fallot (TOF), responde por 1 em cada 3000 nascidos vivos, sendo também responsável por 10% das doenças congênitas cardíacas. O desvio anterior do septo infundibular é sua principal característica, que secundários a ele surgem as alterações que caracterizam a síndrome como o defeito do septo ventricular, estenose pulmonar, dextro-posição da aorta e hipertrofia do ventrículo direito (VD). Objetivamos relatar as características pré e pós cirúrgicas de dois pacientes com TOF e correção após o aparecimento tardio de sintomas. **Método:** série de caso. **Paciente 1** – Idade de 20 anos, masculino, diagnóstico ecocardiográfico de tetralogia de Fallot e início de dispnéia aos médios esforços. **ECOTT:** EA 31mm, FEVE 68%, septo interventricular com falha de continuidade na via de saída na porção perimembranosa medindo 20mm com fluxo da via de saída do ventrículo esquerdo para direita. Gradiente máximo 51mmHg. Comunicação interventricular perimembranosa. VD com hipertrofia da via de saída. Estenose pulmonar moderada. Raiz da aorta desviada para direita. **Paciente 2** – Idade de 28 anos, feminino, clínica de IC direita com função sistólica de VE preservada. Iniciou dispnéia progressiva aos médios esforços e edema importante de membros inferiores. **ECOTT** que revelou septo ventricular com comunicação interventricular perimembranosa com shunt VE-VD significativo, valva tricúspide espessada com regurgitação moderada a importante, tronco da artéria pulmonar levemente dilatado com persistência do canal arterial, dextroposição da aorta e hipertrofia de ventrículo direito. Procedimento cirúrgico realizado proposto e realizado foi atriotomia direita longitudinal e correção de comunicação de interventricular. Também feito ventriculotomia direita infundibular com ressecção de estenose infundibular e comissurotomia de válvula pulmonar. **Discussão:** Analisando a sobrevivência de crianças com tetralogia de Fallot operadas nos primeiros 18 meses de vida, considerou-se que a correção primária precoce parece proteger a função neurológica, a função ventricular esquerda e produzir menos arritmias. Pela dificuldade prévia e acesso aos recursos com demora do diagnóstico, poucos casos na literatura descrevem o procedimento e as características hemodinâmicas pré e pós-operatórias em pacientes adultos, sendo este um estudo complementar para conhecimento desta patologia.

49683

Provável carcinoma hepatocelular secundário a cirrose hepática por vírus b com invasão vascular, um diagnóstico diferencial de tumores de câmaras direitas como o mixoma atrial.

SARCHA MIRANDA WARD DE PAIVA, MARLON VIEIRA RODRIGUES, FÁBIO MORATO CASTILHO, JULIANA RODRIGUES SOARES, CAMILA DAIBERT DIONÍSIO, LEONARDO ARRUDA MORAES RASO, STEFANIA BRUNA COSTA VALENTE e THIAGO GUIMARAES ROSA CARVALHO

Hospital São Francisco de Assis, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: O carcinoma hepatocelular é um tumor agressivo, que ocorre com frequência no contexto de doença hepática crônica e cirrose. As manifestações clínicas são diversas, mas o diagnóstico é frequentemente tardio. Muitos pacientes apresentam doença avançada no momento do diagnóstico. A síndrome de Budd-Chiari ocorre em menos de 1% dos casos de CHC, sendo uma forma extremamente rara de apresentação. Quando assim se apresenta, torna-se diagnóstico diferencial de tumores cardíacos de câmaras direitas. **Descrição do caso:** Paciente sexo masculino, 53 anos, admitido no dia 16/03/2017 com quadro de dispnéia NYHA III, edema de membros inferiores e distensão abdominal há 3 meses. Relato prévio de etilismo, ex-tabagista pesado, sem outras comorbidades conhecidas. Trouxe exames: USG abdome (30/12/2016): fígado ecogenicidade aumentada, hipertensão portal e esplenomegalia moderada; EDO (14/02/2017): varizes de médio e grosso calibre e ECOTT (28/01/2017): massa em AD compatível com Mixoma Atrial (41 x 38mm). Condutas adotadas: Otimizado diureticoterapia com melhora clínica, realizado ECOTT (14/02/2017): massa ocupando praticamente todo o AD, de 55x37mm, com uma parte aderida ao septo interatrial e componente móvel gerando obstrução dinâmica na via de entrada do VD (metástase tumoral?), veia cava inferior com massa tumoral em seu interior; TC de abdome com contraste (14/02) falha de enchimento em veia cava inferior e veias hepáticas, fígado dimensões reduzidas, contornos irregulares, heterogêneo, massa no segmento VII heterogênea, realce após contraste 11 x 10cm. TC de tórax com contraste (14/02) falha de enchimento de ramos lobares da artéria pulmonar direita e átrio direito, Sorologias: HbsAg, Anti-HBC total e Anti-HBE total reagentes, PCR vírus B: 10145(log-). Alfa-fetoproteína: 41,5ng/ml. Intercoreu com PBE tratada durante internação, submetido a biópsia hepática guiada no dia 13/03: resultado inespecífico, material pouco representativo. Recebeu alta com proposta de seguimento ambulatorial e realização de nova biópsia hepática. **Hipótese diagnóstica:** Provável Carcinoma Hepatocelular secundário a Cirrose por vírus B com invasão vascular, se apresentando como Síndrome de Budd-Chiari secundária, Trombo Tumoral e Embolia Pulmonar. **Conclusão:** Os tumores de câmaras direitas devido as manifestações clínicas podem mimetizar outras condições, nosso caso demonstra a importância de se considerar outros diagnósticos diferenciais e a necessidade de condução com a propedêutica adequada.

49684

Amiloidose Cardíaca: Diagnóstico por Biópsia Não Cardíaca - Relato de Caso

IVAN GENEROSO MAGALHAES BARROSO, MARIA HELENA ALBERNAZ SIQUEIRA, EDUARDO DIAS CHULA, NELSON BORGES NETO, CHRISTIANA CONCEICAO DE OLIVEIRA, CLAUDIO LUIZ AMARAL, AYESCA VIVIAN MICHELINI e ADRIANA CRISTINA PINTO SILVA

Hospital São João de Deus, Divinópolis, MG, BRASIL - Centro Radiológico, Divinópolis, MG, BRASIL - Sigma Cardio, Divinópolis, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO A amiloidose cardíaca apresenta deposição extracelular de proteína amiloide no tecido cardíaco, levando a distúrbio da condução, cardiomiopatia restritiva, acometimentos atriais isolados. A amiloidose primária (AL) é a mais comum. Temos biópsia endomiocárdica como padrão-ouro para o diagnóstico. A ressonância magnética cardíaca (RMC) é ferramenta importante para a suspeição e confirmação diagnóstica. **RELATO DE CASO** JFO, 63 anos, HAS, DM, ex-tabagista, apresentando dispnéia progressiva, anasarca, hepatomegalia, refluxo hepato-jugular, ascite, PA 150 x 80 mmHg, FC 98 bpm e SatO₂ 87%. O ecocardiograma demonstrou: VE normal; hipertrofia concêntrica e hiperrefringência importante sugestivo de doença infiltrativa; aumento biatrial; FEVE 67%; disfunção diastólica do VE em grau leve; PSAP = 68 mmHg. A seguir iniciamos investigação para amiloidose. A RMC documentou realce tardio subendocárdio circunferencial difuso, caracterizando presença de fibrose. A biópsia de gordura do lobo da orelha mostrou presença de substância amiloide, corada com vermelho Congo. Descartado mieloma múltiplo através da eletroforese de proteínas. Após terapia proposta paciente evoluiu com perda ponderal de 12 Kg e classe funcional NYHA II. **DISCUSSÃO** As manifestações clínicas são incomuns antes dos 40 anos. O envolvimento cardíaco na AL está associado à pior prognóstico, sendo a causa de morte em cerca de 50% dos pacientes. A suspeição diagnóstica se dá quando a área cardíaca é relativamente pequena, com hipertrofia e hiperrefringência de suas paredes, aumento biatrial, ECG com baixa voltagem. A vantagem da RMC sobre os demais métodos diagnósticos está na avaliação da caracterização tecidual do miocárdio (realce tardio, mapa T1), com grande utilidade para o diagnóstico e acompanhamento da doença. **CONCLUSÃO** A amiloidose cardíaca é rara. O diagnóstico exige um elevado índice de suspeição com base na clínica; achados dos exames complementares não invasivos, particularmente o ecocardiograma e a RMC. O diagnóstico final exige sempre demonstração histológica.

49685

A importância da cardio-oncologia. Relato de caso: Cardiotoxicidade induzida por Antraciclicos

FRANCIELE DE ANGELIS SILVA, LORENA RAMOS SANTOS, JOSANA LUCAS ARAUJO, LOURENCO GONCALVES FERREIRA, LYS BEATRIZ BRANDO LOPES, FÁBIO RIBEIRO PEDROZO DE PAULA, FILIPE RODRIGUES CUNHA e DANIELLE ALENCAR PEREIRA

Hospital Felícios Rocho, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução:

A cardio-oncologia é uma especialidade destinada ao cuidado cardiovascular do paciente com câncer. O seu objetivo é atenuar o risco cardiovascular dos pacientes a serem tratados com quimioterapia ou radioterapia. A cardiotoxicidade é um efeito adverso ao tratamento oncológico responsável por aumento significativo da morbimortalidade, nesse contexto, os pacientes devem monitorizados. As antraciclina, quimioterapia utilizada no tratamento de Ca de mama é potencialmente cardiotoxica.

Relato de caso:

Paciente S.A.S.S, sexo feminino, 40 anos. Previamente hígida e sedentária. Com diagnóstico de Ca de mama HER2 negativo. Iniciado quimioterapia com Doxorubicina 105mg/dose, Ciclofosfamida 1050mg e Paclitaxel 140mg. Encaminhada pelo oncologista para avaliação cardiológica. Paciente assintomática do ponto de vista cardiovascular. Exame físico com FC: 75bpm e PA: 120x80, sem alterações significativas. Realizado ECG, sem alterações. ECO com FEVE de 77% e Strain: -24,1%. Exames laboratoriais contendo glicemia em jejum e perfil lipídico, ambos dentro da normalidade. Feito orientações a respeito de dieta e início de atividades aeróbicas conforme tolerância. Orientado retorno em três meses ou em caso de sintomas cardiovasculares. Paciente retorna com queixa de dispnéia, PA: 130x80mmHg FC: 100bpm. Realizado ECO com FEVE: 50% e Strain: -15,8. Iniciado carvedilol e enalapril. Realizado interrupção da quimioterapia temporariamente. Paciente apresentou boa resposta clínica e controle dos sintomas.

Conclusão:

Controlar os fatores de riscos cardiovasculares, identificar os sinais de cardiotoxicidade e iniciar precocemente o tratamento aumenta a sobrevida dos pacientes oncológicos. O ecocardiograma com a medida do Strain são essenciais para detecção de alterações precoces. Os biomarcadores: BNP e troponina ainda há controvérsias a respeito do seu uso. Em caso de disfunção ventricular, o uso da quimioterapia deverá ser interrompido. O tratamento deverá ser realizado com IECA e beta-bloqueador. A duração do tratamento de um ano nos casos reversíveis e ad eternum nos casos de disfunção miocárdica permanente.

49688

Endocardite infecciosa e síndrome do desconforto respiratório do adulto

MIRIAM DAMIÃO GOMES SEABRA, EDUARDO HENRIQUE COSTA VITOR, VIVIAN DAMIÃO SEABRA COELHO, LILIAN BEATRIZ BORGES, LEANDRO ALVES GARCIA, MARCOS GONÇALVES F. DA SILVA e ANA LUIA COUTINHO FERREIRA DA SILVA

Santa Genoveva Complexo Hospitalar, Uberlândia, MG, BRASIL - Universidade de Uberaba, Uberaba, MG, BRASIL.

Introdução: Este estudo relata a apresentação pouco frequente da endocardite infecciosa aguda em válvula tricúspide e síndrome do desconforto respiratório do adulto.

Descrição do caso: Masculino, 23 anos, obesidade mórbida e etilismo apresentou quadro de febre, dispnéia intensa, taquipneia e dor em pé esquerdo com início há dois dias. Negava uso de droga injetável. Exame físico: TAX: 38°C, FR: 40. Pulmões: limpos PA: 12/80, RCR 2T sem sopros, membros dor a movimentação pé esquerdo. Foi internado em UTI e iniciado tratamento para pneumonia atípica com ceftriaxone, azitromicina e oseltamivir. Exames complementares: leucócitos: 10580 com desvio à esquerda; PCR> 250; PO2: 59 Rx de Tórax: infiltrado intersticial bilateral; Hemocultura 3 amostras: Staphylococcus aureus. No segundo dia de internação evoluiu em insuficiência respiratória, em ventilação mecânica e hipoxemia refratária. Foi colocado em posição de prona e ventilação protetora por 18 horas. No 4º dia de internação foi realizado ecocardiograma transtorácico o qual evidenciou valva tricúspide com "flail" de folheto posterior, insuficiência moderada, presença de 2 vegetações de 4 e 2mm em face atrial do folheto posterior. Foi mudado antibiótico para oxacilina. Após retirada de posição de prona, observado mastite e abscesso a esquerda. Foi extubado no 8º dia de internação e completou tratamento para endocardite por 6 semanas e realizou sessões diárias em câmara hiperbárica para lesão em mama. Recebeu alta sem febre e com hemoculturas negativas.

Hipóteses diagnósticas: endocardite infecciosa aguda, síndrome do desconforto respiratório do adulto, mastite pós-posição de prona, pneumonia aguda.

Condutas adotadas: antibioticoterapia, ventilação mecânica protetora, posição de prona, câmara hiperbárica.

Conclusão: Apesar dos critérios de Duke modificados o diagnóstico de endocardite infecciosa ainda é um desafio na prática clínica. A presença de staphylococcus aureus em hemoculturas e achados de vegetação em válvula tricúspide foram fundamentais no diagnóstico e tratamento corretos deste caso.

49689

Forma tumoral de encefalite causada por reativação da Doença de Chagas após transplante cardíaco

GABRIEL DE FIGUEIREDO PEREIRA, GABRIEL SOUSA SANTOS, GÉSSICA ROBERTA OLÍMPIA PIEDADE CARNEIRO, HELESON HERLY FERREIRA, ISABEL MENDONÇA FIUZA, ELAINE KIMIE IWAYAMA IKEMATU, ANNA LETICIA MIRANDA e MARIA DA CONSOLAÇÃO VIEIRA MOREIRA

Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: O transplante cardíaco (TC) constitui terapêutica estabelecida para pacientes com insuficiência cardíaca (IC) refratária sem outras alternativas de tratamento. No Brasil, cerca de 30% dos pacientes submetidos a TC são portadores de doença de Chagas (DC). A despeito do fato que pacientes com DC submetidos a TC têm bom prognóstico, a infecção pelo Trypanosoma cruzi pode reativar e deve ser monitorada, diagnosticada e tratada precocemente.

Relato de caso: Mulher de 46 anos foi submetida a TC com sucesso em março de 2016 devido a IC grave e refratária secundária a DC. Após o procedimento cirúrgico a paciente foi mantida com tratamento imunossupressor constituído de ciclosporina A, micofenolato de mofetila e prednisona. Após quatro meses do TC compareceu ao serviço de emergência do Hospital com relato de picos febris, cefaleia fronto-temporal direita e tontura há um mês, com piora há seis dias. Ao exame físico: consciente, orientada, febril, fala arrastada, disátrica, eufásica, campo visual sem alterações, paralisia facial central esquerda e hemiparesia esquerda grau IV. Ecocardiograma transtorácico: FEVE: 70%; Derrame pericárdico discreto, regurgitação mitral e tricúspide leves. Pesquisa direta no sangue periférico para T. cruzi foi negativa. Tomografia computadorizada do crânio: hipodensidade frontal à direita, com efeito de massa levando a desvio da linha média de até 07mm e apagamento da fissura Sylviana ipsilateral, com reforço heterogêneo da lesão. Ressonância magnética do encéfalo: hipersinal Flair/T2 em regiões corticossubcortical frontal direita, parietotemporal à direita e em todo mesencefalo direito, ausência de abscesso, realce heterogêneo em tronco da lesão frontal de cerca de 4 mm. Submetida à biópsia estereotáxica cerebral cujo exame anatomopatológico com hematoxilina-eosina evidenciou inúmeras amastigotas de T. cruzi no tecido, pesquisa para BAAR negativa; o exame pela técnica de imunohistoquímica foi positivo para T. cruzi. Foi então iniciado tratamento com benzonidazol 5mg/KG/dia durante 60 dias e redução da terapia imunossupressora. A paciente teve boa evolução e recuperação das funções e déficits neurológicos. **Conclusão:** a reativação da infecção pelo T. cruzi após TC pode ocorrer, deve ser monitorada, diagnosticada e tratada precocemente com medicamento anti T. cruzi. O tratamento etiológico de rotina como profilaxia não está recomendado.

49692

Miocardiopatia de Takotsubo em paciente após hemorragia subaracnóide- relato de caso

VINÍCIUS MAGATON LIMA, MARCOS CARVALHO DE PAULA, FELIPE FRANCO FONSECA e LEANDRO CAETANO PIMENTEL

Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, BRASIL.

Introdução: A miocardiopatia Takotsubo(MT) é uma condição reversível, marcada por disfunção sistólica transitória do ventrículo esquerdo(VE). Descrita classicamente com apresentação clínica e propedêutica semelhantes à síndrome coronariana aguda. Há predomínio em mulheres na pós-menopausa. Stress físico ou emocional geralmente são expostos como desencadeantes, apesar de não serem obrigatórios. A angiografia coronária exclui doença arterial obstrutiva. Relato do caso: Mulher, 72 anos, internada com quadro de hemorragia subaracnóide Fisher 4 e Hunt-Hess 3, por aneurisma na emergência da artéria comunicante posterior esquerda. Apesar de estabilidade hemodinâmica e adequado balanço hídrico, mantinha padrão de congestão pulmonar bilateral, sem outros fatores que justificassem. Eletrocardiograma com alterações inespecíficas da repolarização ventricular, elevação discreta de marcadores de necrose miocárdica. Ecocardiograma solicitado para investigação evidenciou aumento importante de átrio esquerdo, hipocinesia médio-apical de paredes septal, antero-septal, antero-lateral, inferior, anterior e ponta do VE, sugestiva de MT, disfunção sistólica e diastólica moderadas, fração de ejeção 37%, hipertensão de artéria pulmonar moderada (PSAP 60mmHg). Realizou cateterismo cardíaco para fins diagnósticos, com artérias coronárias íntegras e VE com acinesia infero-apical e antero-apical à ventriculografia, confirmando alteração compatível com MT, segundo critérios da Mayo Clinic. Paciente foi submetida à clíping de aneurisma, persistindo déficits focais. Manteve hemodinâmica estável, sem necessidade de inotrópicos e em acompanhamento cardiológico. Apresentou reversão completa das alterações cardíacas em novo ecocardiograma realizado 2 semanas após primeiro exame. **Conclusão:** Embora a MT seja cada vez mais investigada, o número de casos descritos é relativamente pequeno e ainda se desconhece muito sobre a sua fisiopatologia, tratamento e prognóstico. Diversas hipóteses sobre a fisiopatologia foram propostas, como doença aterosclerótica oculta, espasmo multivasos ou disfunção microvascular. Porém a mais aceita é a ocorrência de uma sobrecarga de catecolaminas que leva a perturbação da contração e função ventriculares. O quadro é transitório, com reversão espontânea e completa das alterações num intervalo de dias a semanas e o tratamento é primordialmente de suporte. Todavia, a presença de complicações e comorbidades podem tornar o prognóstico mais reservado.

49695

Avulsão da valva tricúspide por trauma de tórax devido a acidente automobilístico com manifestação clínica tardia – relato de caso

VINÍCIUS MAGATON LIMA, MARCOS CARVALHO DE PAULA, IGOR DE MELLO ALVIM, FELIPE FRANCO FONSECA, JOSE RESENDE DE CASTRO JUNIOR e JOSÉ DONDICI FILHO

Hospital Universitário Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, BRASIL.

Introdução: Traumas de tórax devido a acidentes automobilísticos podem levar a lesões cardíacas agudas com alta mortalidade precoce ou apresentar poucos sintomas, na dependência da estrutura atingida. A lesão traumática da valva tricúspide no trauma fechado pode ser assintomática e se manifestar apenas muito tardiamente ou ser diagnosticada incidentalmente com a realização de exames de rotina por outros motivos. A insuficiência valvar tricúspide de etiologia traumática, mesmo assintomática pode evoluir com sobrecarga de volume das câmaras direitas e falência do ventrículo direito, necessitando diagnóstico precoce para alcançar o benefício do tratamento cirúrgico. **Relato de caso:** Caso clínico de paciente de 28 anos com história de acidente automobilístico com trauma de tórax há 8 anos. Radiografia de tórax da época do acidente sem evidências de aumento da área cardíaca. Apesar de o paciente encontrar-se assintomático, o eletrocardiograma e radiografia de tórax atuais evidenciavam sinais de sobrecarga de câmaras direitas. Ao exame clínico apresentava sopro sistólico em borda esternal esquerda +++/6 e turgência venosa jugular patológica. Foi submetido então a ecocardiograma transtorácico que demonstrou presença de avulsão do folheto anterior da valva tricúspide com falha grosseira de coaptação e regurgitação valvar importante com sinais de sobrecarga de volume das câmaras direitas, sendo indicado o tratamento cirúrgico. **Conclusão:** A lesão da valva tricúspide secundária a trauma de tórax fechado pode ter diagnóstico tardio devido à pouca manifestação clínica. O ecocardiograma é capaz de definir com precisão a presença de avulsão do folheto, a gravidade da insuficiência e o grau de sobrecarga das câmaras direitas para indicar o tratamento cirúrgico antes que o paciente desenvolva disfunção do ventrículo direito e arritmias cardíacas, tendo maiores chances de reparo da valva e de manutenção do ritmo sinusal.

49698

Endocardite infecciosa valva aórtica

PRISCILA PIMENTEL BERNO, RENATA VALENTE ARAÚJO, MAIRA DUARTE FERREIRA, ALEXANDRE HENRIQUE COBUCCI SANTANA, HENRIQUE DE MATOS BALMANT BERBERT e NATÁLIA DE SAMORAES

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução:

A endocardite infecciosa é uma doença de alta morbimortalidade. O mecanismo mais comum é a lesão endotelial por turbulência do fluxo sanguíneo, seja gerado por valva defeituosa ou anomalia congênita que gere turbulência do fluxo. Do ponto de vista clínico, o diagnóstico de EI se baseia na combinação do exame ecocardiográfico, achados laboratoriais e exame físico. Os 3 achados clássicos ao ecocardiograma indicativos de EI são: presença de vegetações, abscessos ou de deiscência de prótese valvar.

Relato de caso:

Paciente de 33 anos, sexo F, com história prévia de plastia valvar aórtica há 20 anos, internada com diagnóstico de seps de origem indeterminada. Submetida ao ECOT mostrando estenose valvar aórtica importante, HVE importante e dilatação importante da aorta ascendente. A avaliação da valva aórtica encontrava-se limitada pelo grau de espessamento e calcificação dos folhetos. ECOTE foi observado imagem hiperrefringente aderida em face arterial da valva aórtica, móvel, com aspecto algodonoide, medindo 5,4 x 4,0 mm; espessamento do folheto não coronariano com aspecto algodonoide e áreas ecolúscas sugerindo vegetação; espessamento periaórtico na região da FIMA, sugestiva de abscesso. A TC de abdome evidenciou múltiplas áreas de infartos esplênicos em ambos os rins. Iniciado antibioticoterapia e submetida à cirurgia de troca valvar aórtica (biológica) e implante de tubo valvulado em aorta ascendente. ECOTT pós-operatório mostra prótese biológica em posição aórtica, normofuncionante. Ainda nesta internação paciente evoluiu com ruptura de aneurisma miocítico, com HSAE e efeito de massa, sendo submetida a angioplastia do aneurisma em bifurcação da ACM direita. Apesar das complicações do quadro, a paciente apresentou evolução clínica favorável, recebendo alta hospitalar após dois meses de internação.

Conclusão:

Durante avaliação de paciente com suspeita clínica de EI, o ECOT e / ou ECOTE tem papel essencial para o diagnóstico, indicação de intervenção cirúrgica, avaliação de complicações, estabelecimento de prognóstico a curto e longo prazo e seguimento clínico.

49699

Desafio da cardiologia frente a uma manifestação atípica de tuberculose

MATHEUS CHAVES DE OLIVEIRA, PATRÍCIA GRAZIELA BRAGA, RAFAELA DE VASCONCELOS BARBOSA FERREIRA, JESSICA MIRANDA ROSA, VANESSA CRISTINA DE SOUZA, LUDIMILA FIGUEIREDO DE SOUZA e ALEXANDRE ALVES NEVES

Centro Universitário de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

A pericardite é uma manifestação conhecida de tuberculose, sendo esta etiologia descrita em 1% a 4% dos casos de pericardite. Porém, na literatura poucos casos são relatados na cardiologia pediátrica. O ecocardiograma é um método não invasivo que auxilia no diagnóstico presuntivo, cuja confirmação ocorre pelo achado do *Mycobacterium tuberculosis* na cultura do líquido ou tecido pericárdico, ou se encontrado em outra área, deve estar associado ao achado do granuloma caseoso naquela localidade sem outras causas possíveis ao quadro. O presente trabalho relata o caso da paciente J.R.R., sexo feminino, 11 anos, com quadro evolutivo de 03 meses apresentando ortopnéia, dor abdominal, linfadenomegalias em várias cadeias, perda ponderal de 5 kg, baixa tolerância aos pequenos esforços, astenia importante, sem quadro infeccioso clássico suspeito. Ao exame, foram observados linfonodos aumentados nas cadeias cervical, inguinal e axilares, com características indolores, móveis e fibroelásticos, sendo o fígado palpável a 5 cm do rebordo costal. No ecocardiograma foi evidenciado derrame pericárdico moderado comprometendo a complacência dos dois ventrículos e mais levemente do átrio direito. Na tomografia do tórax além do derrame pericárdico volumoso foi evidenciado espessamento leve do pericárdio, linfonodos mediastinais com áreas de necrose em alguns nódulos pulmonares e derrame pleural pequeno bilateral. Na TC abdominal, foram evidenciados linfonodos retroperitoneais, ingurgitamento periorital e líquido livre na cavidade abdominal. Pesquisa do vírus HIV negativa, PPD: 2,8 x 1,5 cm. Após leitura do PPD e realização do ESCORE de TBC e história epidemiológica positiva, foi realizado o diagnóstico de Tuberculose Ganglionar, associado a um quadro de polioserosite (derrame pericárdico e pleural), pericardite e ICC obstrutiva. Iniciado o tratamento convencional para tuberculose com RIPE e associado a prednisona, e tratamento conservador para a pericardite, derrame e ICC com ótima evolução clínica. A paciente foi acompanhada pela equipe da cardiologia pediátrica que contraindicou a pericardiocentese, mantendo o tratamento conservador, já que se apresenta com ecocardiograma normal em fase final do tratamento para TBC.

49702

Ruptura de ventrículo esquerdo pós infarto agudo do miocárdio

ERICA SILVA, CAMILA LEAL GUIMARAES, FÁBIO PRADO DE MORAIS, FERNANDO ROBERTO DE FAZZIO, LUCIANO MARTINS DA SILVA, JOAO LUCAS O'CONNEL, LUCAS ANTÔNIO OLIVEIRA FARIA e RAFAELLA PEREIRA DE OLIVEIRA LIMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: As complicações pós infarto agudo do miocárdio (IAM) incluem causas mecânicas, arritmogênicas e hemorrágicas. Geralmente, acontecem nos primeiros 5 dias, justificando a orientação de manter os pacientes internados nesse período. Porém, o risco de complicações agudas se mantém elevado até o 14º dia. As causas mecânicas são mais comumente associadas a quadros de infarto com supra-ST, sendo responsáveis por 15% do total das mortes por IAM. Destaca-se maior risco associado à maior extensão da área da necrose, maior tempo até a reperfusão miocárdica e o tratamento com o uso de fibrinolíticos (quando comparados à angioplastia primária: pelo maior risco de hemorragias e menor taxa de patência do vaso). **CASO CLÍNICO:** Feminino, 74 anos, obesa, tabagista e história familiar de coronariopatia. Apresentou dor torácica típica sendo admitida no serviço, 36 horas após início dos sintomas, assintomática. Ao eletrocardiograma, supra-ST na parede infero-látero-dorsal e ventrículo direito. Evoluiu com insuficiência cardíaca descompensada, melhorada após suporte clínico. Submetida ao ecocardiograma, que evidenciou disfunção biventricular com FEVE de 50%, acinesia inferior e hipocinesia infero lateral. A cineangiogramia, padrão obstrutivo multiterial, sendo optado por tratamento cirúrgico. No quinto dia de internação, apresentou dor abdominal seguida de perda súbita de consciência sem pulso. Realizado manobras de ressuscitação cardiopulmonar, além de punção de Marfan com saída de sangue sanguinolento de moderado volume. Não apresentou nenhuma resposta e evoluiu para óbito. Encaminhado à necropsia e identificado ruptura de parede posterior do ventrículo esquerdo com hemopericárdio. **DISCUSSÃO:** A complicação mecânica pós IAM mais grave é a ruptura de ventrículo esquerdo. Esta é 7 vezes mais comum do que a ruptura do ventrículo direito, com incidência de até 10%, principalmente quando acomete território irrigado pela artéria descendente anterior. A forma aguda, com a presença de hemopericárdio, evolui rapidamente para óbito. A forma crônica, pode ser assintomática, com formação de pseudoaneurismas. **CONCLUSÃO:** O caso reforça a importância do tratamento de revascularização eficaz e precoce. A persistência do supra-ST após 72 horas corrobora para o risco de complicações graves. A pericardiotomia é uma medida provisória até estabilização clínica e encaminhamento para cirurgia cardíaca.

49703

Ruptura de pseudoaneurisma de ventrículo esquerdo minutos após o diagnóstico feito pelo ecocardiograma trans-torácico: imagens pré e pós-ruptura

JOAO LUCAS O'CONNEL, JESSICA CECILIO, EDUARDO HENRIQUE COSTA VITOR, ROGÉRIO KHALIL AKKARI EVANGELISTA, ERICA SILVA, LUCAS ANTÔNIO OLIVEIRA FARIA, RAFAELLA PEREIRA DE OLIVEIRA LIMA e PAULO CÉSAR SANTOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL.

Introdução: A ruptura da parede livre do VE, como consequência do infarto agudo do miocárdio (IAM), é causa de morte súbita, com poucas possibilidades de sobrevivência. Ocasionalmente, a presença de aderências do pericárdio pode conter a rotura cardíaca, levando à formação de um pseudo-aneurisma. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, de 65 anos, que apresentou quadro de Infarto Agudo do Miocárdio de parede infero-lateral, não trombolisado, tendo evoluído Killip I. Feito cineangiogramia 5 dias após o evento inicial, com presença de padrão obstrutivo triarterial com estenoses importantes e proximais em artéria descendente anterior e circunflexa e oclusão total da coronária direita. A ventriculografia evidenciou grande extensão de área acinética em parede inferior e imagem sugestiva de "aneurisma" de parede inferior. Foi optado por alta hospitalar e proposta realização de cirurgia de revascularização do miocárdio e aneurismectomia de VE ambulatorialmente. Paciente realizou ecocardiograma transtorácico ambulatorial que identificou a presença de pseudo-aneurisma de parede inferior de VE. Indicado re-internação imediata e programação de abordagem cirúrgica precoce. Entretanto, ao sair da sala de ecocardiografia, paciente apresentou quadro de morte súbita, não revertida após inúmeras manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP). Durante RCP, foi feito novo ecocardiograma que confirmou imagem sugestiva de derrame pericárdico importante com tamponamento cardíaco. Não houve recuperação do ritmo cardíaco mesmo após a realização da punção de Marfan. **Discussão e Conclusão:** O pseudo-aneurisma pós-IAM é formado por uma ruptura da parede ventricular, que é contida por aderências do pericárdio visceral. A parede do falso aneurisma é frágil, pois é formada apenas por camadas de tecido fibroso e pericárdio, associados ou não a trombos. Os pseudo-aneurismas são ramos e afetam mais comumente a parede inferior. Diferentemente dos aneurismas verdadeiros, os "pseudo" possuem tendência elevada para rotura, devendo ser operados precocemente após o seu diagnóstico. A suspeita clínica necessita confirmação por métodos de imagem. A ventriculografia pode sugerir o diagnóstico. O ecodoppler cardiográfico é um excelente método diagnóstico, com boa sensibilidade, especificidade e baixo custo, devendo sempre ser realizado antes da alta hospitalar do paciente com suspeita de complicação mecânica pós-infarto.

49705

Crítérios de sgarbossa no diagnóstico de infarto agudo do miocárdio em idosos com bloqueio de ramo esquerdo prévio – relato de caso

ISABELA VERAS RIOS LAMOUNIER, GUSTAVO MICENA DE ARAUJO, GUILHERME AUGUSTO CURY, JOAO GUILHERME COUTO PAREDES, MARINA HENRIQUES DE MATOS, GLEYSON HENRIQUE DOS SANTOS PENA LANZA e BRUNO SAMUEL JOSE LUIZ DE ARAUJO

Hospital Vitalis, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: Dor torácica aguda é um dos principais motivos de procura pelos serviços de emergência no mundo. No Brasil, estima-se que 4 milhões de pacientes são atendidos anualmente com queixa de dor torácica, desse total cerca de 15% a 25% são por infarto agudo do miocárdio (IAM) ou angina instável. A maioria das mortes por IAM ocorre nas primeiras horas de manifestação da doença, sendo que 40% a 65% dos óbitos ocorrem na primeira hora e 80% nas primeiras 24 horas. Um dos primeiros passos na estratificação desses pacientes é o eletrocardiograma de 12 derivações (ECG). O achado de bloqueio de ramo esquerdo (BRE) está presente em 7% dos ECGs, sendo principalmente encontrado em idosos e não necessariamente sugestivo de IAM. Trata-se de um desafio estabelecer o diagnóstico de IAM na presença de BRE; nesses casos são aplicados os critérios de sgarbossa para o diagnóstico. Visando aumentar sua sensibilidade, os critérios de sgarbossa são mais frequentemente utilizados em sua versão modificada por Smith e baseia-se na pontuação de três achados independentes no ECG. Nos casos em que os três estão presentes a especificidade e sensibilidade para o diagnóstico é aproximadamente 90%. Este relato de caso vem demonstrar a importância dos Critérios de Sgarbossa ao diferenciar um BRE antigo de um IAM com BRE em um paciente idoso com dor torácica atípica. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Homem, 67 anos, procurou atendimento de urgência devido a dor torácica. Quadro de apresentação atípica, com 24 horas de evolução. ECG de admissão mostrando BRE com supra de ST em parede anterior, exame físico sem alterações. Aplicados critérios de sgarbossa na análise do ECG, sendo esse positivo. Apresentou também marcadores de necrose miocárdica elevados. Paciente foi então submetido a CATE, que mostrou DA totalmente ocluída em terço médio, optado por angioplastia com implante de Stent convencional em DA medial. Paciente encaminhado então ao CTI, onde permaneceu estável sem recorrência da dor. Alta hospitalar com dupla antiagregação plaquetária e acompanhamento ambulatorial. **CONCLUSÃO:** O elevado número de atendimentos nos serviços de emergência devido a dor torácica aguda que apresentam-se com BRE no ECG torna necessário o conhecimento pelo médico dos critérios de sgarbossa e smith modificado, visando diagnóstico rápido e preciso dos casos de IAM com apresentação atípica.

49708

Implante por cateter de bioprótese valvar aórtica (TAVI): relato de um caso e evolução

MARIANA GOMES DE SOUZA, MARIA BEATRIZ DE SOUZA SANATOS, LEONIDAS ALVARENGA HENRIQUES e MARSELHA MARQUES BARRAL

Sabinor, Juiz de Fora, MG, BRASIL.

Introdução: A incidência de estenose aórtica (EAo) tem crescido, principalmente com o aumento da sobrevida da população. É uma doença insidiosa, porém com progressão rápida após início dos sintomas, quando apresenta mortalidade aproximada de 50% em 2 anos para pacientes não submetidos à troca valvar. O Implante por Cateter de Bioprótese Valvar Aórtica (TAVI) vem se desenvolvendo nos últimos anos, com excelentes resultados e importante redução de mortalidade em pacientes com contra indicação para cirurgia. **Descrição do caso:** Paciente AIMS masculino 77 anos portador de estenose aórtica grave, evoluindo com insuficiência cardíaca, episódios de síncope e angina, com internações frequentes. Passado de infarto agudo do miocárdio e em 2000 submetido a cirurgia de revascularização. Portador de dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência renal crônica, hipertensão pulmonar. Ecocardiograma (ECO) antes do procedimento mostrou área valvar aórtica 0,6 cm² fração de ejeção (FE) de ventrículo esquerdo (VE) 52%, diâmetro diastólico de VE 59mm, gradiente aórtico médio 45 mmHg, espessura do septo interventricular 12 mm, parede posterior do VE 10 mm e pressão sistólica em artéria pulmonar 43mmHg. Eletrocardiograma evidenciando bloqueio atrioventricular (BAV) 2:1 e flutter atrial. Angiotomografia mostrou anel valvar 19,5 x 25,9 mm. O paciente foi avaliado por um Heart Team e foi feito o Logistic Euro Score, mostrando mortalidade 17,3% e Society of Thoracic Surgeons Score com mortalidade 10,9% e morbimortalidade 45,9%. Esses resultados evidenciaram o alto risco cirúrgico do paciente, sendo então indicado a TAVI. O procedimento foi feito em 2013 com sucesso, tendo como intercórrencia BAV total, com implante de marca passo definitivo. Medidas hemodinâmicas: gradiente médio pré 60mmHg e pós 0mmHg. Durante 3 anos e 8 meses, o paciente apresentou-se assintomático, não havendo necessidade de internação durante este período. O ECO de outubro de 2016 apresentava FE 61% diâmetro diastólico de VE 55mm gradiente aórtico médio 6,8mmHg velocidade de jato aórtico 1,83m/s. **Conclusão:** Devido a alta taxa de mortalidade da estenose aórtica grave, em pacientes sintomáticos e com alto risco cirúrgico, a TAVI tem se mostrado uma alternativa mais segura, eficaz e menos invasiva para estes pacientes.

49709

Séries de casos: óbitos devido síndrome coronariana aguda complicada com comunicação interventricular

LUNA SANTOS RABELO, ISABELLA MATOS ABDALLA, ADRIANA COSTA DIAMANTINO, GUSTAVO MONTEIRO SOARES, HERTZ CARDOSO LACERDA, KLENIO FREITAS, ADNESLANE LOIOLA CASTELO BRANCO RAMOS e DANIEL SILVA RAMOS

Santa Casa, Montes Claros, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma emergência comum, com altas taxas de mortalidade se não tratado precocemente, sendo as complicações uma das principais causas de morte¹. A comunicação interventricular (CIV) pós IAM é uma complicação e deve ser aventada na presença de deterioração hemodinâmica e de novo sopro cardíaco, mais comum nas porções basal e média do septo inferior, relacionada ao IAM de parede inferior, e na porção apical do septo a infartos de parede anterior².

RELATO DE CASOS: 78 anos, sexo masculino, apresentou dor torácica, síncope, dispnéia, náuseas e vômitos. Internado e iniciado tratamento para ICC. Evolui com persistência da dor e piora da congestão pulmonar. Após 10 dias observou-se sopro cardíaco novo e troponina positiva. Evoluiu com choque cardiogênico, ausculta cardíaca com sopro sistólico em 4^oEIC paraesternal esquerdo grau III/VI. ECG com ritmo sinusal e onda Q em parede inferior. No 15^o dia de evolução realizado ecocardiograma que evidenciou grande CIV infero-septal. No 20^o dia internação paciente evoluiu com insuficiência respiratória. Cateterismo evidenciou CD ocluída e lesões importantes em DA, 1DG, 1ME e 2ME. Submetido a cirurgia de revascularização miocárdica, correção de CIV e infartectomia de VD. Evoluiu para o óbito em menos de 24 horas.

65 anos, sexo feminino, portadora de artrite reumatoide. Apresentou quadro de precordialgia típica com 6 horas de evolução. ECG evidenciou supra de segmento ST em parede anterior. Angioplastia primária evidenciou: oclusão de DA em terço médio, lesões importantes em 1^o ramo Dg e CD, VE com volume aumentado, hipocontratilidade importante no segmento médio apical da parede anterior e septal, insuficiência aórtica moderada e grande CIV. Realizado tirofiban intracoronário em DA devido a carga trombótica e tentativa de angioplastia, sem sucesso. Paciente evoluiu para o óbito, antes de ser encaminhada para cirurgia.

DISCUSSÃO: O CIV era visto em 1% a 2% dos pacientes após IAM aguda na era pré-trombolítica, a incidência diminuiu dramaticamente com a terapia de reperfusão, atualmente é de aproximadamente 0,2%³. O tratamento cirúrgico da complicação mecânica, associado ou não à revascularização do miocárdio, deve ser sempre indicado e desenhado com urgência na presença de grave repercussão hemodinâmica, embora tenha elevada mortalidade⁴.

49711

Relato de caso de Tetralogia de Fallot e sua possível relação hereditária em dois pacientes consanguíneos

RIKA ALINE DE SOUZA, MARIA CRISTIANE XAVIER BARBOSA LIMA, CECÍLIA AURORA QUERCIA e MARIAH VICTÓRIA COSTA DUARTE.

Faculdade Atenas, PARACATU, MG, BRASIL.

Introdução: A persistência do forame IV causa uma cardiopatia congênita conhecida como Tetralogia de Fallot (TF). Assim, a fisiologia cardíaca é alterada, pois o sangue do ventrículo direito, que deveria seguir para o pulmão, é desviado para o ventrículo esquerdo através do forame interventricular. Assim, desenvolvem-se 4 defeitos cardíacos clássicos: defeito de septo interventricular, hipertrofia ventricular direita, estenose infundibular e dextroposição aórtica. **Relato caso filho:** CBGS, 15 dias de nascido, masculino, 4,875 Kg, procedente de Espinosa/MG. Buscou atendimento médico com queixa de acrocianose desde o nascimento e paroxismo de cianose central com piora depois de mamada e choro. Ao exame físico FC: 140BPM, FR: 66 IRPM, afebril, saturação de oxigênio: 86%, abdome flácido, AVC: Bulhas hipofonéticas, SS grau IV/VI, irradiando para a borda esternal esquerda, AR MV rude. O ECO mostrou hipertrofia de AD, valva pulmonar hipoplásica com 0,45cm, tronco pulmonar com hipoplasia e 0,55cm, fluxo sistólico pulmonar turbulento e com velocidade aumentada e pico de gradiente de 72mmHg, porta ampla, anterior e dextroposta, calvando o septo interventricular e recebendo fluxo sanguíneo dos 2 ventrículos. O RX mostrou alargamento de mediastino em topografia de timo e hipofluxo pulmonar. **Relato caso pai:** WCBS, 28 anos, masculino, diagnosticado com tetralogia de fallot aos 2 anos de idade. O ECO mostrou hipertrofia ventricular direita com septo infundibular desviado anteriormente e obstruindo a saída, artéria pulmonar com fluxo sistólico turbulento, comunicação interventricular com extensão para a via de saída com a aorta acalvando o septo interventricular. Realizou cirurgia corretiva com 5 anos sem complicações e revisões contínuas até os 18 anos não apresentando intercorrências. Nega uso de medicamentos. **Hipótese diagnóstica:** Tetralogia de Fallot Conduta: A cirurgia escolhida para o filho foi paliativa por este apresentar hipoplasia na valva pulmonar e no tronco pulmonar e pela idade que justifica também a técnica de Blalock-Taussing modificada.

Conclusão: Com base na bibliografia pode-se concluir que existem vários genes cujos polimorfismos se reacionam com desenvolvimento e há fortes indícios de um padrão de herança autossômica dominante, porém há necessidade de mais estudo na área para esclarecimento desta teoria. Além disso, a cirurgia paliativa realizada no filho foi a melhor conduta para alívio dos sintomas e melhoria da qualidade de vida.

49715

Miectomia em paciente portadora de miocardiopatia hipertrófica (MCPH): relato de caso

NAYARA MARIA MARTINS PEREIRA, JUAN DEMOLINARI FERREIRA, CAMILO DIAS ZAIDEM, LIANNA FERREIRA BRINGEL CAVALIERI, FELIPE AFRÂNIO SOUSA, DIANE MICHELA NERY NERIQUE e MARSELHA MARQUES BARRAL

Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, Juiz de Fora, MG, BRASIL - SUPREMA, Juiz de Fora, MG, BRASIL.

Introdução: A MCPH é uma doença que cursa com uma hipertrofia idiopática das paredes do miocárdio. É a causa mais comum de morte súbita em atletas jovens. Alguns fatores aumentam o risco de morte súbita e os sintomas, dentre eles a presença de Gradiente Dinâmico na Via de Saída do Ventrículo Esquerdo (GDVSVE). Dentre as terapêuticas interencionistas para correção do GDVSVE cita-se a ablação septal e a miectomia.

Descrição do caso: JA, 46 anos, feminino, atendida no ambulatório com relato de ortopnéia e palpitações, em uso de propranolol 300 mg ao dia. Diagnosticada previamente com MCPH em 2014 ao Ecocardiograma (ECO) e no mesmo ano submetida a ablação alcoólica do septo interventricular. Realizado propedêutica com ECO de repouso com área de fibrose adjacente à via de saída do ventrículo esquerdo, sem evidenciar GDVSVE. Porém ao ECO de estresse farmacológico com dobutamina detectado GDVSVE de 50mmHg, no pico do esforço. Optado por troca de beta-bloqueador, sem resposta terapêutica. A paciente persistiu sintomática e foi indicada miectomia. Desta forma foi realizado o tratamento cirúrgico em março de 2017 com retirada de 2 cm espessura de miocárdio, adjacente à via de saída do ventrículo esquerdo, sem intercorrências. ECO no pós-operatório não identificou presença de GDVSVE. No momento a paciente se encontra-se no segundo mês de pós-operatório e assintomática.

Conclusão: A MCPH é caracterizada por hipertrofia, fibrose e desorganização estrutural do miocárdio, levando a arritmias e disfunção diastólica do ventrículo esquerdo. Não tem cura, mas a prescrição de fármacos anti-arrítmicos pode diminuir os sintomas. Em alguns casos há indicação de ablação septal, implante de cardioversor-desfibrilador e miectomia. O caso acima apresentado mostra o êxito no controle dos sintomas apenas com a miectomia, que foi fundamental para a melhora dos sintomas e qualidade de vida da paciente em questão.

<!--[!supportLineBreakNewLine]-->
<!--[endif]-->

49716

Miocardiopatia não compactada em paciente com morte súbita abortada - relato de caso

ISABELA VERAS RIOS LAMOUNIER, GUSTAVO MICENA DE ARAUJO, CHRISTIANO GONÇALVES DE ARAUJO, CHRISTIANE ALVIM SOARES, ALDECY ALEXANDER MOREIRA, DANIELLA CIAN NAZZETTA, FIRMINO RODRIGUES DIAS NETO e MIGUEL ANGELO GIOVANNI NORONHA JUNIOR

Hospital Vitalis Barreiro, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Miocardiopatas antes vistas como raras e/ou idiopáticas hoje podem ser identificadas com a melhora do aparato tecnológico, levando a um diagnóstico definitivo e conduta específica. A Morte Súbita Cardíaca (MSC) é a cessação abrupta e inesperada da atividade cardíaca, resultando em morte se não identificada e tratada imediatamente. Diversas são as patologias que podem levar a um episódio de MSC, sendo uma delas a Miocardiopatia não compactada. A Miocardiopatia não compactada é uma doença rara, com manifestações clínicas inespecíficas. Devido ao pouco conhecimento sobre a doença e sua semelhança com outras afecções miocárdicas o diagnóstico por ecocardiografia é raro, sendo a Ressonância Magnética Cardíaca o método de escolha, contando com alta sensibilidade e especificidade. Este trabalho tem o objetivo de apontar a importância da Ressonância Magnética Cardíaca para o diagnóstico da Miocardiopatia Não Compactada em paciente com morte súbita abortada. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 41 anos, previamente hígida, sem uso de medicamentos, apresentou em 10/02/17 episódio de mal-estar súbito, com perda de consciência, seguido de PCR. Evento ocorrido em via pública onde a paciente foi inicialmente atendida por bombeiros e iniciadas medidas de reanimação com necessidade de cardiodesfibrilação. Socorrida pela ambulância do SAMU em ECG 3/15, já em ritmo cardíaco regular, FC: 62; intubada e transferida a este serviço. Admitida no CTI com elevação de troponinas, ECG com BRE, CATE sem evidências de lesão coronariana, TCC sem alterações. ECO TT mostrando FE: 43%, cardiomiopatia segmentar do VE com função sistólica global de VE deprimida em grau moderado. No CTI extubada na admissão, ECG 15/15, assintomática, sem alterações ao exame físico. Transferida à enfermaria onde foi solicitada Ressonância Magnética Cardíaca. RNM mostrou proeminência da trabeculação da parede do VE com índice de parede não compactada / parede compactada no limite superior da normalidade para diagnóstico de não compactação do VE. **HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:** Miocardiopatia não compactada. **CONDUTA:** Implante de Cardiodesfibrilador Implantável (CDI) em 06/03/17 com posterior alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial. **CONCLUSÃO:** O acesso a novos exames propedêuticos possibilitou melhor abordagem de paciente inicialmente sem fatores de risco para evento de Morte Súbita, chegando-se a um diagnóstico e terapêutica específicos prevenindo novos eventos.

49718

Hipertensão arterial sistêmica secundária: quando investigar?

MARIA DO CARMO RABELO ALVIM RODRIGUES, RODRIGO PINHEIRO LANNA, FRANCISCO REZENDE SILVEIRA, CARLOS HENRIQUE GARCEZ DE CARVALHO, IARA FERNANDES PINTO, KENIA CRISTINA CORREIA MARTINS, LUCIANA CRISTIAN COELHO GARCIA e TATIANA JANUZZI NAVES VILELA

Hospital Semper, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Na avaliação de um paciente hipertenso com particularidades, como instalação aguda da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), refratariedade ao tratamento, idade menor que 30 anos, na ausência de fatores de risco, deve-se aventar a hipótese de HAS secundária (HAS-S). Assim, é imperativa a elucidação etiológica da HAS-S, objetivando tratamento específico e melhora do prognóstico. As causas de HAS-S são renovascular, doença renal primária, coarctação da aorta, aldosteronismo primário, feocromocitoma, hipotireoidismo, hiperparatireoidismo, Síndrome de Cushing, vasculites e medicações. **Descrição do caso:** Paciente do sexo feminino, 31 anos, parda, IMC 21, hipertensa desde 27 anos. Iniciou acompanhamento na ocasião com quadro de síncope, dispnéia (NYHA I), perda ponderal insidiosa e claudicação intermitente em MSE e MMII. Ao exame notava-se PA inaudível em MSE, com perfusão periférica reduzida; PA 170/80mmHg em MSD; PAS 120mmHg em MMII, com amplitudes de pulsos reduzidas e simétricas, mas com perfusão periférica MMII preservada. **Sopro abdominal.** Exames laboratoriais: Metanefrina 53, Normetanefrina 119, Microalbuminemia 2,2, Ácido Mandélico 1,8; Adrenalina 47; Noradrenalina 85; Dopamina 353; Rel. Aldosterona/Renina: 12; Creatinina 0,58; K 4,0; TSH 4,1; PTH 47,8. Angioresonância de Aorta torácica, abdominal e vasos da base: estenose moderada/significativa de aorta abdominal infrarrenal e estenose significativa de artéria axilar esquerda. **Hipótese diagnóstica:** HAS-S decorrente de Arterite de Takayasu (AT). **Condutas:** Otimizado o tratamento anti-hipertensivo e encaminhada à Reumatologia, com início de imunossupressão. Boa resposta clínica e radiológica ao tratamento instituído. **Conclusão:** AAT é uma vasculite crônica incomum, de etiologia desconhecida, que afeta principalmente a Aorta e seus ramos principais. Para o diagnóstico a paciente deve apresentar 3 destes critérios: idade de início ≤ 40 anos; claudicação das extremidades; redução da amplitude de pulso em uma ou ambas as artérias braquiais; diferença > 10 mmHg na pressão arterial sistólica entre os MMSS; sopro em topografia de artérias subclávias/aorta abdominal; estreitamento/oclusão arteriográfica da aorta ou seus ramos principais. A HAS secundária à AT é causada por redução da elasticidade da aorta e seus ramos e está presente em 50% dos casos. A suspeição clínica é o passo inicial para o diagnóstico e tratamento específico desta HAS-S.

49722

Relato de caso: suspeita de vasculite de grandes vasos em paciente com aneurisma de aorta

CAMILA DAIBERT DIONÍSIO, LEONARDO ARRUDA MORAES RASO, SARCHA MIRANDA WARD DE PAIVA, STEFANIA BRUNA COSTA VALENTE, THIAGO GUIMARAES ROSA CARVALHO, RAQUEL DE SOUZA NOVAES COSTA, MARLON VIEIRA RODRIGUES e GUILHERME FERRAZ MESSINA PADUA ANDRADE

Complexo Hospitalar São Francisco de Assis, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: As vasculites primárias são descritas como um grande grupo de síndromes, de etiologia desconhecida, com provável causa imunomediada, caracterizadas por um processo inflamatório progressivo. Fato esse que pode levar a prejuízo na integridade da parede vascular, resultando na formação de aneurismas ou estreitamento inflamatório da luz dos vasos acometidos. A classificação das síndromes vasculíticas é baseada no consenso de Chapel Hill Consensus Conference, que definiu as vasculites de acordo com o calibre dos vasos. Sendo assim distribuídas quanto ao acometimento de grandes, médios e pequenos vasos. **Descrição do Caso:** Paciente de 18 anos, sexo masculino, procurou atendimento médico devido ao quadro de fadiga, associado a congestão sistêmica e ortopneia. Não identificado ao exame físico diferenças entre a pressão sistólica dos membros superiores ou redução dos pulsos braquiais. Nos exames laboratoriais apresentava elevação das provas de função inflamatória. Sorologia para Sífilis negativa. Realizado Ecocardiograma transtorácico (ECOTT) que evidenciou fração de ejeção (FEVE) de 43%, dilatação importante do ventrículo esquerdo, associado a dilatação da aorta (Ao) ascendente e insuficiência aórtica grave. **Hipótese diagnóstica:** Acometimento aórtico devido a vasculite primária, com formação de aneurisma e desenvolvimento de insuficiência aórtica. **Condutas adotadas:** Realizado aneurismectomia de aorta ascendente associado a implante de valva aórtica metálica. **Peça cirúrgica** com espessamento da parede da Ao, sugestivo de doença vascular inflamatória. **Biopsia** da válvula identificou aortite crônica inespecífica. **Dúplex scan** de carótidas realizado na época sem alterações. Angioresonância de crânio sem dilatações ou variações no calibre dos vasos. Iniciado anticoagulação terapêutica, AAS e tratamento imunossupressor com corticoterapia e azatioprina, com boa resposta. Paciente submetido a ECOTT seriados com melhora da função ventricular e FEVE (46% $\rightarrow$ 70%), válvula aórtica mecânica normofuncionante. Segue sem novos sintomas associados, em acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** Descreve-se caso de vasculite primária, com acometimento predominante de grandes vasos, porém sem possibilidade de atribuir a uma síndrome específica, já que o paciente não apresenta os demais critérios clínicos característicos. As vasculites ainda correspondem um grande desafio diagnóstico, com necessidade identificação e tratamento precoce, devido a sua elevada morbiletalidade.

49724

Relato de caso: Miocárdio não compactado não associado a cardiopatia congênita

ISABELLA MATOS ABDALLA, GERALDO DARCI RIBEIRO SOARES, ADRIANA COSTA DIAMANTINO, HERTZ CARDOSO LACERDA e LUNA SANTOS RABELO

Irmandade Nossa Senhora das Mercês de Montes Claros, Montes Claros, MG, BRASIL.

Introdução: Miocárdio não compactado (MNC) foi primeiramente descrito em 1932, em associação com outras alterações congênitas, tendo sido relatado, de modo isolado apenas em 1984. O MNC isolado é uma doença rara, que provavelmente surge no período embrionário, com a parada intrauterina da compactação miocárdica no início do desenvolvimento fetal, que determina trabeculações miocárdicas proeminentes com recessos intertrabeculares profundos e espessamento do miocárdio em duas camadas distintas (compactado e não compactado). **Descrição do caso:** 35 anos, sexo masculino, previamente hígido, apresentou queixa de dor torácica em queimação e sem irradiação, dispnéia e pré-síncope associado aos esforços. Realizado protocolo de dor torácica, ECG com fibrilação atrial e troponina negativa. Realizada cardioversão com retorno ao ritmo sinusal. Recebeu alta em uso de proprafenona e marevan. Na história familiar, todos os tios paternos faleceram de morte súbita e pai falecido de causas externas. Em propedêutica ambulatorial realizou sorologia para T. cruzi negativa. Holter 24h com ritmo sinusal com 705 extrasístoles ventriculares isoladas e 527 extrasístoles supraventriculares isoladas. RM cardíaca evidenciou ventrículo esquerdo com padrão de MNC, com disfunção sistólica grave, IM discreta a moderada, realce tardio de padrão não isquêmico distribuído irregularmente no miocárdio do VE e VD e não compactação. **Discussão:** Em estudos que envolvem MNC isolada com predominância de crianças, a ocorrência familiar foi vista em metade dos pacientes. Estudos do MNC isolado em adultos revelam prevalência familiar de 18%. Apesar dos genes responsáveis pelas formas esporádicas não terem sido identificados, em casos familiares tem sido descrita uma série de genes relacionados à enfermidade. Os pacientes podem permanecer assintomáticos durante toda vida ou apresentar mais comumente as seguintes manifestações clínicas: disfunção sistólica do VE, disfunção diastólica do VE, arritmias cardíacas (tais como fibrilação atrial e ventricular), bloqueios atrioventriculares ou de ramo, síndrome de Wolf-Parkinson-White e complicações embólicas, decorrentes de trombo nos átrios ou nos recessos intertrabeculares. Embora não existam recomendações claras quanto ao uso do CDI para prevenção primária nos casos de MNC, dada a forte associação dessa afecção com a morte súbita cardíaca, o implante do dispositivo é aceitável e pode desempenhar papel relevante.

49725

Taquicardia ventricular monomórfica sustentada em chagásico: 3 níveis de complexidade na avaliação eletrocardiográfica.

LÉLIDA PATRICIA VARGAS GONTIJO, THALES BARCELOS DE SOUZA, GUSTAVO ALVES DE OLIVEIRA, JULIANO MOREIRA REIS FILHO, ANA LUISA CALIXTO RODRIGUES, VICTOR PIMENTEL DE MATOS, DANIELLE ALENCAR PEREIRA e THIAGO DA ROCHA RODRIGUES

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução - Portadores de cardiopatia chagásica (CCH) e CDI frequentemente desenvolvem tempestade elétrica, a despeito de medicação antiarrítmica. A ablação por catéter é indicada nestes casos. A localização do circuito é fundamental para o sucesso do procedimento. **Objetivos -** Relatar o papel do ECG na localização do foco arritmogênico e descrever 3 níveis de complexidade na avaliação eletrocardiográfica das taquicardias ventriculares monomórficas sustentadas (TVMS) **Descrição -** Paciente (PT) 82 anos, portador de CCH e CDI, FE 28%, em tratamento clínico otimizado para insuficiência cardíaca e em uso de amiodarona. Evoluiu com episódios recorrentes de tempestade elétrica por TVMS. Realizado ablação epicárdica com sucesso da arritmia. O ECG mostra taquicardia de QRS largo. O 1o nível de complexidade na avaliação do ECG é a utilização de algoritmos de diferenciação entre TV e taquicardia supraventricular (TSV) com aberrância de condução. Neste caso, os algoritmos de Brugada, Vereckei, Wellens, Massod-Aktar e critérios de AVR revelam tratar-se de TVMS. O 2o nível de complexidade é a localização espacial do foco arritmogênico. Os critérios de Josephson revelam que a origem da taquicardia é a região pósteolo-lateral-basal do ventrículo esquerdo (VE). O 3o nível é a localização da camada ventricular que abriga o circuito arritmogênico, se endocárdica ou epicárdica, através dos critérios de Vallés, Brugada e Basan. Neste caso o ECG indicava foco epicárdico. Sendo assim, a estratégia de abordagem da ablação desta PT foi com a realização de mapeamentos tanto endocárdico como epicárdico, através da punção subxifóide. Os critérios de ECG que indicavam foco epicárdico neste PT foram os seguintes: ausência de "Q" em derivações inferiores, pseudo onda delta > 75 ms e presença de onda Q em D1. **Conclusões -** Taquicardias de complexo QRS largo apresentam 3 níveis de complexidade: diferenciação entre TV e TSV com aberrância; localização espacial do foco da TV; e localização da camada ventricular (epi ou endocárdica) que abriga o circuito. TVs em cardiopatias não isquêmicas frequentemente são de localização postero-lateral-basal do VE e em região epicárdica. O ECG permite estes diagnósticos, auxiliando na escolha da melhor abordagem técnica da ablação.

49728

Série de casos: endocardite bacteriana complicada com aneurisma infectado em artéria femoral

ISABELLA MATOS ABDALLA, ADRIANA COSTA DIAMANTINO, DANIEL SILVA RAMOS, GUSTAVO MONTEIRO SOARES, HERTZ CARDOSO LACERDA, LUNA SANTOS RABELO e NOASSES NEIVA DIAMANTINO

Irmandade Nossa Senhora das Mercês de Montes Claros, Montes Claros, MG, BRASIL.

Introdução: A patogênese do aneurisma micótico quando associado à endocardite aguda está relacionada à liberação de êmbolos sépticos de foco cardíaco que se alojam em placas ateroscleróticas ou na vasovascular, causando infartos e reação inflamatória da parede dos vasos, com consequente necrose da camada média. Este dano causa enfraquecimento da parede arterial, com dilatação e formação de aneurisma. A embolia é estimada entre 25-50% dos casos, mas apenas 1-5% desenvolvem aneurisma infeccioso sintomático. Estes ocorrem mais comumente nas artérias intracranianas, seguidos por artérias viscerais e artérias das extremidades superiores ou inferiores. **Descrição dos casos:** BCRS, 21anos, G1POA0, IG 29 semanas, portadora de valvopatia mitral reumática, apresentou quadro de febre, novo sopro cardíaco, hemocultura positiva para estreptococos alfa hemolítico e ecocardiograma com insuficiência mitral moderada/grave. Iniciado antibioticoterapia venosa, que se estendeu por 42 dias. Paciente evoluiu no 4º dia de tratamento com AVE hemorrágico. Submetida a craniectomia descompressiva. No 7º DPO paciente evoluiu com edema agudo de pulmão com necessidade ventilação mecânica. Realizada interrupção da gravidez com feto nascido vivo. No 29º dia de internação apresentou massa dolorosa pulsátil em região femoral direita com diagnóstico de aneurisma micótico em artéria femoral comum esquerda. Submetida a bypass ilíaco-femoral com safena reversa, com bom resultado. No 47º dia de internação paciente foi submetida a troca valvar mitral por disfunção com implante de bioprótese. A.B.N.F, sexo masculino, 41 anos, portador de valvopatia reumática mitral, admitido com quadro clínico sugestivo de AVE isquêmico. Apresentava quadro febril com cerca de 40 dias de evolução. Hemoculturas identificaram pneumococo. Ecocardiograma transesofágico evidenciou valva mitral de aspecto reumático, insuficiência valvar mitral moderada com presença de imagem filiforme, móvel, aderida ao folheto anterior compatível com vegetação. Após 10 dias de antibioticoterapia apresentou novos picos febris e queixa de dor em face posterior da coxa esquerda, exame físico evidenciava tumoração pulsátil em região inguinal esquerda, sendo diagnosticado pseudoaneurisma micótico da artéria femoral. Realizado bypass ilíaco femoral e ressecção aneurisma com boa evolução. **Conclusão:** Detecção precoce de aneurismas infectados é fundamental para o tratamento oportuno e boa evolução do quadro clínico do paciente.

49733

Desafio terapêutico: Trombólise de acidente vascular cerebral em nonagenária

MARCELA LEITE DE MATTOS MIRANDA, SAMIRA SODRÉ PICHELI, ISABELA LAGE PIMENTA, RENATO ARAÚJO SILVA, PEDRO ROUSSEFF, FERNANDA OLIVEIRA LOPES, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO e ROBERTO LUIZ MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: As mudanças demográficas irão resultar em um aumento dos pacientes nonagenários e esta população é mais suscetível ao acidente vascular cerebral (AVEI). O tratamento precoce com trombolíticos é fundamental para evitar sequelas. A hemorragia intracerebral é a principal preocupação com o uso de trombolíticos, principalmente nesta população. Evidência de estudos randomizados nesta população são escassas sobre o benefício da trombólise, uma vez que são excluídos ou poucos representados nos estudos. **Relato de caso:** Paciente 90 anos, sexo feminino, lúcida, independente para AVDS, apresentou quadro de dois episódios transitórios de confusão mental associada a fala desconexa, com melhora espontânea, com um terceiro episódio semelhante que a fez procurar atendimento médico. A admissão, encontrava-se com desatenção e dificuldade de compreensão dos comandos e perguntas, sem déficits motores e/ou sensitivos. Após avaliação neurológica com NIHSS - National Institutes of Health Strokes Scale, de 2 pontos (errou idade e afasia leve), tempo desde os sintomas de 1:15h e tomografia de crânio com ausência de sangramentos, optado por trombólise com alteplase, na dose de 0,9mg/Kg, com regressão total dos déficits. Durante internação, submetida a ressonância magnética que evidenciou pequenas áreas de infarto isquêmico agudo/subagudo na região posterior da ínsula; na transição temporoparietal esquerda e parietal à direita, e propedêutica com ecocardiograma e holter 48horas. ECOTT mostrou VE com disfunção diastólica grau II e função sistólica global e segmentar preservada, FE = 63%, AE = 45cm, VE(s) – 27,20, VE (d) – 74,9, PSAP = 43mmHg. Solicitado holter. Identificado ritmo cardíaco irregular, com fibrilação arterial documentada no ECG. Optado por anticoagulação terapêutica com apixabana 2,5 mg e controle de ritmo com amiodarona. Recebeu alta estável e sem déficits neurológicos. **Conclusão:** A idade é principal fator de risco não modificável para AVC e maior preditor do desfecho clínico após AVC, com aumento da mortalidade e maior risco de hemorragia intracraniana. Estudos clínicos observacionais mostram desfecho menos favorável para pacientes nonagenários em comparação com octogenários após a trombólise, com maior taxa de mortalidade e hemorragia intracraniana. Dessa forma, é necessária uma seleção criteriosa com individualização dos pacientes nonagenários e envolvimento da família para realização da trombólise nesta população.

49735

Relato de caso: mixoma de átrio esquerdo em paciente lutador de artes marciais

BIANCA ALVES DE MIRANDA, CAROLINE LOPES GONÇALVES DE ANDRADE e VITOR PEREIRA SCARPETTE

UnifOA, VOLTA REDONDA, RJ, BRASIL - USS, VASSOURAS, RJ, BRASIL.

Introdução: A incidência dos tumores cardíacos primários varia de 0,02 a 0,05% em estudos de autópsias, e dentre os primários, os tumores benignos são mais de 75% dos casos, sendo os mixomas os mais frequentes com 50% dos casos, e quase 90% destes estão localizados no Átrio esquerdo (AE). Tendem a aparecer após os 40 anos, com variados sintomas. **Discussão do caso:** A.P., masculino, 56 anos, educador físico e lutador de artes marciais, nega morbididades, alergias, drogas e tabaco. Em 2015, procurou especialista relatando ansiedade após dois episódios de síncope. Ao exame físico apresentou FC 68bpm, FR 24 irpm, PA de 130x85mmHg, hepatomegalia discreta e ausculta cardíaca normal, sem alterações significativas ao exame físico, sendo solicitados exames complementares. O ECG não mostrou alterações iniciais, cinecoronariografia sem lesões, ventriculografia e aortografia normais, ECO sem alterações valvares, com preenchimento de AE, e o estudo hemodinâmico apresentou levograma com massa em AE pediculada ao septo. Encaminhado à cirurgia cardíaca, sendo realizada em 07/04/2016, com heparinização e canulação dupla cava e de aorta ascendente, cardioplegia hipotérmica e acesso pelo AD com abertura do septo interatrial para exérese e coleta pra o anatomopatológico do mixoma de aspecto "lipoma" e do pedículo, seguindo com retallo e fechamento atrial, reversão da heparina, tempo de CEC 35' e clamp 21'. Sem intercorrências no pós-operatório, tendo alta em 06/05/2016, com recomendações profiláticas e em uso de diurético. Laudo microscópico mostra mixoma de 3,6cm, com ossificação focal, e o macroscópico refere tecido castanho-acinzentado e macio, tendo aos cortes área amarelada e calcificação de 1,2cm, confirmando o diagnóstico. Hipóteses diagnósticas: Mixoma em átrio esquerdo. Conduta: Exérese cirúrgica do Mixoma e tratamento clínico. **Conclusão:** Nota-se que o caso é compatível com a literatura com particularidade dos sintomas, que não eram diários ou específicos, tendo as síncopes como únicas manifestações. Apesar do tamanho, preenchendo quase totalmente o AE, a benignidade da massa, o diagnóstico precoce e o tratamento realizado em tempo hábil, impediu a proliferação do tumor e complicações maiores. O paciente evoluiu bem, conforme o esperado, e segue fazendo acompanhamento ambulatorial com o cardiologista.

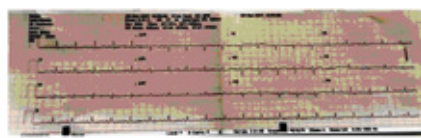
49737

Relato de caso: tamponamento cardíaco

GUSTAVO FARIA SALGADO, LARISSA COLARES DO AMARAL FONSECA, PAULA GOMES RABELO, PATRICIA FIGUEIREDO FONTES, CARLA FRANCO BOMTEMPO DE MORAIS, LEONARDO FERBER DRUMOND, JOEL TELES CORREA DE OLIVEIRA e ERIKA CORREA VRANDECIC

Biocor Instituto, BH, MG, BRASIL.

Paciente V.A.S.V., feminino, 58 anos, tabagista, hipertensa, dislipidêmica, portadora de doença do refluxo gastroesofágico e depressão. Uso regular de Duloxetine 120MID, Pantoprazol 40BID, Losartana 50MID, Sinvastatina20 MID. Há 2 meses com dispnéia progressiva e piora significativa há 7 dias, associado à tosse oligoprodutiva, sem febre. Fez uso de Levofloxacino por 2 dias, sem melhora. Atendida no pronto-atendimento do Biocor Instituto, onde realizou RaioX de tórax com aumento importante da área cardíaca (AC) e discreta consolidação/estria em lobo superior direito. Internada para antibioticoterapia venosa e extensão propedêutica. Evoluiu com piora da dispnéia, esforço respiratório, dessaturação e hipotensão, sendo transferida ao Centro de Terapia Intensiva. Exame físico: PIA: 65x45mmHg; PIA (após inspiração profunda): 52x43mmHg, turgência jugular patológica, bulhas hipofonéticas e taquicárdicas. Exames: RaioX tórax: aumento AC sem congestão pulmonar. ECG: ritmo sinusal regular, frequência cardíaca 120 bpm, baixa voltagem e alternância elétrica. Lab: gasometria arterial: pH:7,36 PCO2:25 PO2:126 HCO3:14 BE: -10 SatO2: 99 BP: 99 PCR 88 leucograma: 15270 (B: 4, S: 85) / lactato 5.8 RNI 1.8 Cr: 1.8 Ur: 78. ECO: comprometimento moderado da função contrátil do VE; função contrátil do VD preservada; variação respiratória do fluxo mitral de 24%; colapso diastólico do AD; "swinging heart". Realizado pericardiocentese pela equipe da cirurgia cardiovascular com drenagem de 1100ml de líquido hemorrágico. Evoluiu com melhora da dispnéia e do padrão respiratório, normalização da PA sem necessidade do uso de aminas vasoativas e melhora dos níveis de lactato e bicarbonato. Solicitado exames para extensão propedêutica e investigação etiológica.



49741

Endocardite infecciosa por Brevundimonas diminuta: relato de caso

PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA MURTA PINTO, GLÁUCIA CRISTINA DA SILVA, LETICIA BRAGA FERREIRA, MILTON HENRIQUES GUIMARAES JUNIOR, JOALCE DORNELAS MAGALHAES MOSS, RODRIGO MATOS PINTO COELHO, MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES e TERESA CRISTINA DE ABREU FERRARI

Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Brevundimonas diminuta é um bacilo gram-negativo aeróbico, não fermentador, presente no ambiente, previamente classificado como Pseudomonas do grupo IV. Revisão da literatura evidenciou apenas 15 relatos de casos de infecção invasiva em humanos causadas por B. diminuta, sendo 66%, casos de bacteremia. As principais condições associadas são as neoplasias hematológicas e o uso de cateter venoso central. O objetivo deste estudo é relatar caso de endocardite infecciosa (EI) causada por B. diminuta. **Descrição do caso:** Mulher, 38 anos, com cardiopatia reumática, submetida a duas trocas da valva mitral prévias (1992 e 2009) com implante de prótese biológica. História de febre, fadiga, astenia e dispnéia aos mínimos esforços, com quatro meses de evolução. Ao exame apresentava elevação do pulso venoso jugular, hiperfoneses de B2, sopro protomesodiastólico grau II/VI em foco mitral e hepatomegalia. Ecocardiograma transefágico evidenciou prótese biológica em posição mitral espessada com restrição à abertura de seus folhetos e gradiente transvalvar médio de 16mmHg, sem imagem de vegetação ou leak paraprótico. Internada para propedêutica. A paciente evoluiu estável, porém sete amostras de hemocultura evidenciaram crescimento de B. diminuta. Como a paciente apresentava critérios para diagnóstico de EI possível, foi iniciada antibióticoterapia. **Hipóteses diagnósticas:** EI tardia em prótese mitral, adquirida na comunidade, subaguda, com disfunção da prótese. **Conduta:** instituído tratamento empírico com Piperacilina-Tazobactam. Após o início do tratamento, foram realizadas hemoculturas seriadas que não evidenciaram crescimento bacteriano. Recebeu alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial com programação de cirurgia eletiva para troca de prótese por processo degenerativo. **Conclusões:** Trata-se do primeiro caso descrito de EI causado por B. diminuta do nosso conhecimento. Ao contrário dos outros casos relatados, não foi identificada comorbidade predisponente. Como não há antibiograma padronizado para B. diminuta, a escolha do antibiótico fundamentou-se nos relatos prévios de sucesso terapêutico com agentes com ação anti-Pseudomonas. Hemoculturas de controle negativas e a boa evolução clínica sugerem resposta adequada ao tratamento.

49742

Desafio Terapêutico: Forame Oval Patente e Embolia Paradoxal

SAMIRA SODRÉ PICHELI, MARCELLA LEITE DE MATTOS MIRANDA, CARLOS ALBERTO FERREIRA, MARCOS ANTONIO MARINO, CASSIO MENEZES NOGUEIRA, DIOGO VILELA NOGUEIRA, ROBERTO LUIZ MARINO e BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: O acidente vascular encefálico (AVC) é um evento devastador para pacientes e suas famílias. O forame oval patente (FOP) está presente em cerca de 25% da população geral e pode ser encontrado em até 40% dos pacientes com AVC criptogênico. A embolia paradoxal através do forame oval patente (FOP) é uma causa de AVC. No entanto, as indicações para o fechamento do FOP ainda são restritas e apenas algumas apoiadas por estudos randomizados. Dados da literatura relatam que em 20% a 40% dos pacientes com FOP, ele está associado ao aneurisma do septo interatrial (ASA) uma entidade associada a fenestração adicional. **Relato de Caso:** Paciente 50 anos, sexo masculino, previamente hígido, evoluiu no dia 12/01/17 com cefaleia súbita, sensação de opressão cervical, náuseas e vômitos, evoluindo com dificuldade de marcha. Realizou na admissão Tomografia de Crânio que mostrou área de isquemia antiga. Na ressonância Magnética de Crânio e Angio Ressonância evidenciada área de restrição à difusão temporo-parietal esquerda e no aspecto medial do hemisfério cerebelar esquerdo. Realizado ecocardiograma transefágico que identificou ASA com FOP com passagem de microbolhas da direita para esquerda. No holter 48 horas ausência de arritmias e duplex Scan de MMII sem sinais de trombos. Optado pelo fechamento transcutâneo do FOP com ASA devido à embolia paradoxal como causa principal para AVC recorrente em paciente sem outros fatores de risco. Paciente submetido ao fechamento com implante de Amplatzer 18 mm. Procedimento sem intercorrências. Se encontra estável sem novos eventos em acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** O debate sobre o fechamento do FOP está longe de ser resolvido. Isto é, em parte, devido ao fato de que os três ensaios clínicos randomizados publicados sobre fechamento FOP versus a terapêutica medicamentosa foram negativos relativamente ao seu objetivo primário; no entanto, as análises como tratamento e metanálises relatam benefício do fechamento do POP. Deve-se levar em conta na hora da decisão clínica sobre seu fechamento, o papel do septo interatrial e seus defeitos associados a múltiplas fenestrações. Pacientes com shunt direita-esquerda e aneurisma septo interatrial são identificados como subgrupo com benefício do fechamento do FOP e redução de risco 81%.

49743

Mixoma atrial esquerdo apresentando-se com síncope ao esforço

ERICA BALBINO DA SILVA SALGADO, e RENATO BUENO CHAVES

ICDF-Instituto de Cardiologia do Distrito Federal, Brasília, DF, BRASIL.

Introdução: Os mixomas cardíacos são o tumor primário mais comum do coração. Mais comum em mulheres e no átrio esquerdo, com uma incidência superior a 70% nesta câmara. Os mixomas atriais são sésseis. Apresentam uma tríade clássica dos sintomas: manifestações constitucionais, embólicas ou obstrutivas.

Descrição do caso: M.S.T.M., feminino, 60 anos, asmática, com dispnéia aos esforços progressiva, evoluindo de CF II para IV (NYHA), dispnéia paroxística noturna, ortopnéia, perda ponderal de 10Kg e síncope ao esforço. ECOT com tumoração intracardiaca e risco de quadro obstrutivo súbito.

Exame Físico: Corada, hidratada, acianótica, anictérica, sem edemas, afebril. P: 65Kg, IMC: 26.71, PAMSE: 114/59 (75). ACV: RCR, 2T, Hiperfoneses de B2, desdobramento fixo de B mais audível em BEE, pulsos cheios, extremidades aquecidas, perfusão adequada, ausência de EJ e RHJ. AR: crepitações finas bibasais, FR: 22, Sat: 98% em aa. AB: plano, normotenso, indolor, sem massas, cicatriz antiga em RCD. Ext: Tróficas, sem edemas, sem cianose.

Exames complementares: ECO TT (26/04/17): S 9 PP 9 VE 46 X 30 FE 64%. Aumento acentuado do átrio esquerdo com massa móvel heterogênea aderida ao septo interatrial em região de fossa oval de cerca de 50mmx 30mm sugestivo de mixoma, que projeta-se para o interior do ventrículo esquerdo e gera estenose em via de entrada, com gradiente de pico de 27mmHg e médio de 17mmHg. Disfunção sistólica de VD de grau moderado. HAP PSAP em 101mmHg.

Hipótese(s) diagnóstica(s): Mixoma Atrial esquerdo, IC CF III/IV, Síncope ao esforço. **Conduta(s) adotada(s):** Ressecção de tumor intracardiaco de AE (ressecção completa de tumor com característica típica de mixoma, ressecção de sua base no septo interatrial) com reconstrução do septo interatrial com remendo de pericárdio autólogo + Plastia de valva mitral com anel de Carpentier Braille N° 28 mm + Alfieri em 02/05/2017. **Conclusões:** Os tumores primários do coração são raros, com incidência entre 0,0017% e 0,19%. Considerado benigno, mas pode ser letal devido complicações embólicas ou obstrução atrioventricular. A paciente cursou com síncope, que ocorre em 6% a 18,9%, devido à obstrução tumoral. Assim, deve-se lembrar do mixoma cardíaco como causa de síncope.

49744

Infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do seguimento ST após taquicardia paroxística supraventricular - relato de caso

LIVIA MOL FRAGA MELO, LARISSA GABRIELLE RODRIGUES, VINICIUS PEDRO ALMEIDA VALENTIM, DEBORA NAGEM MACHADO, GERUZA VICENTE SALAZAR, MATHEUS TERRA DE MARTIN e ELIS DE OLIVEIRA CAMPOS PAIVA MOL

Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu, Manhuaçu, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO As taquiarritmias paroxísticas supraventriculares (TPSV) são decorrentes de alterações no sistema de excito-condução cardíaco. Essas taquicardias aumentam subitamente o consumo de oxigênio pelo miocárdio, e ao mesmo tempo proporcionam baixo débito cardíaco. Síndromes coronarianas agudas podem ser desencadeadas durante a ocorrência de TPSV. O objetivo deste estudo é descrever um caso de uma paciente com TPSV que evoluiu com infarto agudo do miocárdio sem supra ST. **DESCRIÇÃO DO CASO** Paciente do sexo feminino, negra, 58anos, tabagista, hipertensa, dislipidêmica e sedentária. Apresentou-se em pronto atendimento com queixa de palpitações e ansiedade. Sinais vitais revelaram taquicardia e dispnéia, estava normotensa, com boa saturação de oxigênio. Eletrocardiograma evidenciou taquicardia supraventricular paroxística, com frequência cardíaca 165 batimentos por minuto. Foi realizado manobra valsalva modificada sem sucesso. Após, administrou-se adenosina. Nesse momento a paciente queixou-se de precordialgia, mas rapidamente houve reversão para ritmo sinusal regular com melhora dos sintomas. Com isso, a paciente ficou monitorizada, iniciando protocolo para síndrome coronariana aguda (SCA), e solicitado marcadores de necrose miocárdica. Foi identificada elevação de troponina I. Foi classificada como de moderado risco (TIMI RISC 2, Grace 116, Braunwald risco intermediário) sendo optado por estratificação invasiva precoce. A cineangiogramia evidenciou artéria Descendente Anterior com obstrução importante no terço médio (80%). **HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS** Com o surgimento do desconforto torácico durante episódio de TPSV a principal hipótese foi de SCA, mas também poder-se-ia suspeitar de uma angina funcional. **CONDUTAS** Feito manobra de valsalva modificada seguido de administração de adenosina com resolução da arritmia. Na obstrução coronariana foi realizado angioplastia com stent convencional. Após seis dias recebeu alta hospitalar em uso de AAS 100mg por dia, atorvastatina 20mg por dia, losartana 25mg por dia, metoprolol 25 mg duas vezes por dia. **CONCLUSÃO** As síndromes coronarianas agudas podem ser desencadeadas ou agravadas por taquiarritmias. A alta demanda de oxigênio pelo miocárdio na taquicardia pode instabilizar uma doença coronariana estável.

49746

Aneurisma de seio coronariano roto como complicação de endocardite infecciosa

GUSTAVO PALMIERI ALMEIDA, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, FELIPE DE CARVALHO SILVA, ISIS DE ALMEIDA RESENDE, NATÁLIA DOS SANTOS OLIVEIRA, GEOVANNI GABRIEL ALMEIDA BRITO, RODRIGO DE CASTRO BERNARDES e ROBERTO LUIZ MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Faculdade de Medicina-PUC, Betim, MG, BRASIL.

Introdução: O Aneurisma do Seio de Valsalva (ASV) é um distúrbio cardíaco raro, mais frequentemente associado a defeito congênito, mas que pode ser adquirido. Dentre as causas adquiridas são descritas as secundárias a infecções bacterianas como a endocardite infecciosa e distúrbios do tecido conjuntivo como a Síndrome de Marfan. **Caso Clínico:** Mulher de 25 anos portadora de Síndrome de Marfan e comunicação interventricular (CIV) conhecido desde os 8 anos de idade. Aos 18 anos, diagnosticada com Insuficiência Aórtica e desde então sem acompanhamento médico regular. Em 2015 apresentou na Bolívia quadro de sepse pulmonar complicada com endocardite infecciosa, tratada com levofloxacino, vancomicina e ceftriaxona por 10 dias. Em julho de 2016 evoluiu com dor torácica, dispnéia II e piora da classe funcional procurando atendimento em nosso serviço em setembro 2016. Realizado ecocardiograma (ECO) transtorácico que evidenciou valva aórtica tricúspide com insuficiência em grau importante, aneurisma do seio coronariano esquerdo com imagem de descontinuação tecidual, compatível com ruptura, e grande shunt contínuo da aorta para a via de saída do Ventrículo Direito (VD), próximo ao tronco da artéria pulmonar, gerando gradiente de pico sistólico de 100mmHg. Ao exame físico se encontrava afebril, apresentava sinais clássicos de insuficiência aórtica, eletrocardiograma em RSR com sinais de sobrecarga de ventrículo esquerdo. Solicitada provas inflamatórias, infecciosas e hemoculturas que foram negativas. Em setembro de 2016 submetida a cirurgia de troca valvar aórtica mecânica, troca de aorta ascendente com prótese de dacron e fechamento com pericárdio bovino de CIV subarterial e fistula entre aorta e a via de saída do VD. Apresentou boa evolução recebendo alta estável para acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** O ASV é uma doença cardíaca rara com um amplo espectro clínico, pode crescer proximamente às câmaras cardíacas e as rupturas ocorrem mais comumente para VD ou átrio direito, raramente, para ventrículo esquerdo ou artéria pulmonar. A maioria dos casos de ASV roto é sintomática, dessa forma causando insuficiência cardíaca congestiva e arritmias. Tradicionalmente, o diagnóstico é feito de forma acurada através do ECOT, seja transtorácica ou transesofágica. O reparo cirúrgico precoce do ASV é o tratamento de escolha em pacientes sintomáticos e em casos de ruptura de aneurisma. A substituição de valva aórtica pode ser necessária quando há regurgitação aórtica.

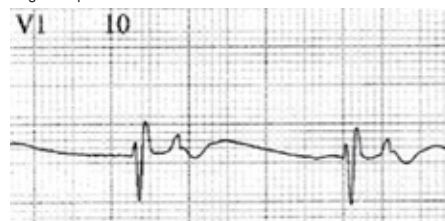
49747

Síndrome de QT longo congênito associado a doença do nó sinusal: síndrome superponível?

DANIELLE ALENCAR PEREIRA, FRANCIELE DE ANGELIS SILVA, LORENA RAMOS SANTOS, ANA LUISA CALIXTO RODRIGUES, ANDRE RAUSH CARELLOS SILVA, FELIPE RIBEIRO GUIMARÃES SOARES, GUSTAVO ALVES DE OLIVEIRA e THIAGO DA ROCHA RODRIGUES

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução - A síndrome do QT longo congênito (SQTLC) pode associar-se a síndromes superponíveis: mais de um fenótipo em um único paciente (PT) ou em membros diferentes da mesma família. **Objetivos** - Descrever caso de SQTLC e doença do nó sinusal que foi tratado com êxito com implante de marcapasso (MP). **Descrição** - JAS, 31 anos, feminino, 48 Kg, pós-operatório tardio de CIA, evoluindo com síncope, sempre de repouso, nas posições deitada, sentada e em pé. Não estava em uso de nenhuma medicação. As perdas de consciência ocorriam com quedas, sudorese, palidez, olhos abertos, movimentos mioclônicos e espasticidade muscular e duravam cerca de 20 segundos. Ecocardiograma normal, exceto por leve aumento de VD, secundário ao CIA corrigido. ECG em V1 (abaixo) mostra ritmo juncional bradicárdico (52 bpm), condução retrógrada para o átrio, bloqueio incompleto de ramo direito (secundário ao CIA) e QTc de 0,57 segs. Foi tratada com o implante de MP DDDR com intervalo AV longo para permitir a condução AV intrínseca e medicada com propranolol. Tornou-se assintomática e com normalização do peso corporal. ECG pós MP mostra restauração do sincronismo AV, condução AV intrínseca preservada e normalização do intervalo QT. **Conclusão** - Trata-se de SQTLC associada a doença do nó sinusal, tratada com êxito com implante de MP e propranolol. A associação destes 2 fenótipos em PT com síncope de repouso sugerem a possibilidade de síndrome superponível (overlap syndrome), que é mais comum em mutações de genes que codificam o canal SCN5A. Faz-se necessário o estudo genético.



49751

Mixoma atrial direito apresentando-se com taquicardia.

ERICA BALBINO DA SILVA SALGADO, e RENATO BUENO CHAVES

ICDF-Instituto de Cardiologia do Distrito Federal, Brasília, MG, BRASIL.

Introdução: Tumores cardíacos primários são raros. A maioria são mixomas, sendo 80% destes localizados no átrio esquerdo e 18% no átrio direito. Este ocorre em aproximadamente 1 em cada 1.000.000 de pessoas. É mais comum em mulheres na 5ª década de vida.

Descrição do caso: R.S.F.M, feminino, 48 anos, portadora de SAAF, TVP de repetição, TEP e aplasia de medula secundária ao uso de antiagregante plaquetário. Há 5 anos iniciou quadro de taquicardia e dispnéia aos esforços. TC de tórax mostrou massa hiperecogênica em átrio direito, com bordos regulares, procedente da veia cava inferior. ECOT e RM cardíaca sugeriram mixoma atrial direito. Mantém em CF II (NYHA).

Exame físico: P= 68 kg, IMC=26,37, PA MSE 107/62 (75)mmHg; FC=82bpm, FR=20; SAO2=93%- ACV: RCR, BNF sem sopro, - AR: sibilos- ABD: Plano, flácido, indolor. Sem visceromegalia. - EXT: Sinais de insuficiência arterial crônica do MIE, sem edemas.

Exames complementares: CT de Tórax (29/03/12): Não opacificação dos vasos arteriais do lobo inferior esquerdo, podendo corresponder a tromboembolia pulmonar, não sendo possível distinguir entre eventos agudo e crônico. Provável massa no átrio direito, sugere-se prosseguir com RNM cardíaca.

RNM cardíaca (21/05/2012): Câmaras cardíacas de dimensões normais, disfunção sistólica do VE de grau discreto as custas de hipocinesia difusa, massa atrial direita sugestiva de mixoma.

ECO TT (01/09/16): S 7 PP 8 VE 50X33 massa VE 125,9 FE 62,68 VE cavidade e espessura normal Função sistólica preservada; VD cavidade e espessura normais; Função global e segmentar normal AE normal AD dimensões normais; Imagem pedunculada aderida em septo interatrial, medindo 16x16 mm em seu maior diâmetro com predomínio de regiões hiperecóticas, sugestiva de calcificação e poucas áreas hipocogênicas móveis (Sugestiva de mixoma antigo; Valva mitral com insuficiência de grau discreto; Valva aórtica insuficiência de grau mínimo Valva tricúspide normal; Valva pulmonar com insuficiência grau discreto;

Hipótese Diagnóstica: Mixoma atrial direito; SAAF

Conduta: Solicitados exames pré-operatórios.

Conclusão: Considerar mixoma como causa de arritmias e dispnéia.

49760

Morte súbita em paciente com síndrome de QT longo congênito tipo II.

FELIPE RIBEIRO GUIMARÃES SOARES, ANDRE RAUSH CARELLOS SILVA, CIBELE BARROS GALVÃO, CINTHIA DOS ANJOS ANTONIETTO, LÉLIDA PATRICIA VARGAS GONTIJO, JULIANO MOREIRA REIS FILHO, ANA LUISA CALIXTO RODRIGUES e THIAGO DA ROCHA RODRIGUES

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, .

Introdução - A síndrome do QT longo congênito (SQTLC) é doença genética causada por mutações em genes que codificam proteínas dos canais iônicos e está associada a QT longo no ECG, síncope, taquiarritmias ventriculares e morte súbita. **Objetivo** - Descrever caso de paciente (PT) com SQTLC que apresentou morte súbita mesmo em uso de beta-bloqueador. **Descrição** - LXST, feminino, 47 anos, atendida em consultório médico em nov/ 2009, após 2 episódios de perda de consciência, em posição sentada, associadas a cianose de extremidades e respiração agônica. Os episódios duraram alguns minutos e ambos aconteceram logo após o despertar pelo telefone celular. História patológica pregressa: desmaios e crises convulsivas desde os 20 anos, chegando a fazer uso de anticonvulsivantes há alguns anos. **Exame físico:** Sem anormalidades. Ausculta cardíaca normal, sem sopros, PA 120 x 80 mmHg e pulso arritmico. **Exames:** TC de crânio, EEG, ecocardiograma normais. **Teste de inclinação** positivo para síndrome vasovagal na forma depressora. ECG com QTc de 0,51 seg (sem fatores adquiridos desencadeantes de QT longo). Fator desencadeante das crises: barulho de despertador e telefone. Permaneceu assintomática por 6 anos em uso de beta bloqueador (metoprolol 50 mg BID), quando após ser despertada novamente pelo telefone, perdeu a consciência e apresentou morte súbita não revertida. **Conclusões** - A SQTLC é importante causa de morte súbita em pacientes jovens, sendo a estratificação de risco difícil. O implante de CDI em associação a terapia com betabloqueador é indicado nos pacientes com história prévia de parada cardiorrespiratória ou que permanecem sintomáticos após início de tratamento. Esta PT estava há 6 anos assintomática após o uso da medicação, o que mostra as limitações das orientações de nossa diretrizes para a SQTLC. A nítida associação de stress auditivo com as síncope e o evento final, revelam tratar-se, provavelmente de SQTLC tipo II. O estudo genético faz-se necessário para confirmação.

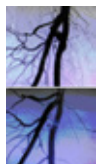
49761

Tratamento de pseudoaneurisma femoral com embolização seletiva com cianoacrilato

NATALIA S OLIVEIRA, CASSIO M NOGUEIRA, ALEXANDRE J V S VASCONCELLOS, MARCOS A MARINO, CARLOS A FERREIRA e GEOVANNI G A BRITO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A ocorrência de pseudoaneurisma femoral após procedimentos percutâneos é uma complicação infrequente, com incidência descrita de 0,2 a 5% dos casos. O tratamento pode variar desde a conduta expectante em casos de lesões pequenas, até reparo cirúrgico. Relatamos um caso de pseudoaneurisma tratado com embolização seletiva com cianoacrilato. **Relato de caso:** Paciente de 81 anos, sexo masculino, hipertenso, dislipidêmico, ex-tabagista e portador de hipotireoidismo e angina estável, internado para angioplastia eletiva de coronárias circunflexa e direita. O procedimento foi realizado via artéria femoral direita, evoluindo após a retirada do introdutor com formação de moderado hematoma. Recebeu alta hospitalar dois dias após o procedimento, estável, sem sinais de progressão do hematoma. Cinco dias após o procedimento retornou ao hospital com dor na coxa direita, que encontrava-se empastada e com grande hematoma. Doppler arterial sem evidência de pseudoaneurisma, porém eritrograma seriado com queda de hemoglobina. Realizado angiotomografia de membros inferiores que evidenciou sangramento ativo no sítio de punção, indicado arteriografia. À arteriografia foi identificado pseudoaneurisma em artéria femoral profunda direita, tratado com embolização superselativa com cianoacrilato, com sucesso e sem intercorrências. Recebeu alta hospitalar 2 dias após a embolização. **Discussão:** A correção cirúrgica é considerada o padrão ouro para correção de pseudoaneurismas periféricos, porém apresenta algumas restrições de acesso e ainda morbidade elevada. Alternativas não cirúrgicas como compressão guiada por ultrassom, embolização com micro molas, implante de Stent recoberto, injeção percutânea de trombina e embolização superselativa com cianoacrilato aumentado, reduzindo a morbidade e tempo de internação. A opção de tratamento foi feita devido à localização do pseudoaneurisma (região não facilmente compressível) e pela baixa toxicidade, baixa atividade inflamatória, boa radiopacidade do Cianoacrilato, o que promoveu rápida mobilização do paciente do leito, baixo custo, menor morbidade e curto tempo de internação.



49767

Múltiplas intervenções para recuperação de fisiologia Fontan em adulto com coração univentricular.

EDMUNDO CLARINDO OLIVEIRA, e MARCO ANTÔNIO MOURA

HOSPITAL VILA DA SERRA, BH, MG, BRASIL.

Introdução: O princípio descrito por Fontan para tratamento de pacientes com fisiologia univentricular é utilizado para a seleção e tratamento desses pacientes. As cirurgias são paliativas com objetivo de melhorar a qualidade de vida e aumentar a sobrevida desses pacientes. Entretanto, complicações são comuns e mesmo nos pacientes bem selecionados, intervenções cirúrgicas ou percutâneas são necessárias para permitir o equilíbrio fisiológico desses pacientes.

Objetivo: Relato de um caso onde várias intervenções foram empregadas com bom resultado.

Relato de caso: Pt. 38 anos, submetida a conexão sistêmico-pulmonar na adolescência devido a uma conexão univentricular com estenose pulmonar grave com cianose acentuada e poliglobulia. Há 3 anos piora da classe funcional saturação sistêmica em torno de 70% em repouso. Em Dez/2016 foi submetida a cirurgia com conexão de veia cava superior (VCS) em artéria pulmonar direita (APD) após cateterismo cardíaco mostrar pressões favoráveis. Pós operatório complicado por baixo débito e persistência da cianose. Realizado cateterismo com implante de stent em ramo esquerdo de AP para correção de estenose leve, com melhora do quadro. Quatro meses após iniciou com nova queda da saturação e piora da classe funcional, sendo internada em Maio no CTI com SPO2 < 60% em uso de oxigênio, edema de face e Classe funcional IV(NYHA). Submetida ao 4º CAT que mostrou estenose na anastomose VCS/APD e duas grandes fistulas da veia inominada para VCI. Realizado implante de stent e de dois PLUGs eliminando a estenose e as fistulas. Procedimento sem intercorrências com recuperação da SPO2 desejada (75 a 85%) nessa cirurgia.

Conclusões: O tratamento de pacientes com fisiologia univentricular constitui um desafio para a classe médica, visto não ter um tratamento definitivo e ideal. Complicações após essas cirurgias são comuns sendo o diagnóstico e intervenções precoces fundamentais para permitir a sobrevida e melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

49769

Síndrome de Eisenmenger

BARBARA DE FIGUEREDO TENORIO, RENAN A S MARQUIORI, GLAUBER S M MOTA, ISABELLA C A COSTA, RAIANA FORTUNA CAVALIERE, VINICIU LUCIO DE SOUSA e MARIANE F LADEIRA

Santa Casa de Misericórdia, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A Síndrome de Eisenmenger (SE) é uma síndrome cianótica complexa, multifatorial e que exige tratamento multidisciplinar, definida como uma doença obstrutiva vascular pulmonar que se desenvolve em consequência de um grande shunt esquerdo-direito preexistente, de maneira que as pressões arteriais pulmonares aproximam-se da sistêmica e o fluxo torna-se bidirecional. A SE tem como causa as cardiopatias congênitas que podem ser desde defeitos simples, comunicação intra atrial (CIA), comunicação interventricular (CIV), persistência do canal arterial, até defeitos mais complexos como defeito septal átrio ventricular, truncus arteriosus, coração univentricular. A elevada resistência vascular pulmonar normalmente se estabelece na primeira infância e está presente desde o nascimento. **Objetivo:** Descrever a importância do diagnóstico e manejo correto desta condição clínica, correlacionando com exame físico e exames complementares. **Método:** Relato de caso individual. **Resultado:** Paciente 27 anos com diagnóstico de CIV desde a infância, sem realizar tratamento e acompanhamento médico por opção familiar. Relata que nos últimos 6 (seis) meses iniciou com dispnéia progressiva aos mínimos esforços evoluindo no último mês para dispnéia aos mínimos esforços, cianose central e taquicardia. Ao exame físico observado cianose central, íctus cardíaco desviado, sopro holossistólico 2/6 em 4º espaço intercostal de borda esternal esquerda. Radiografia de tórax: área cardíaca aumentada, tronco artéria pulmonar proeminente. ECG: sinais indiretos de sobrecarga atrial esquerda e sobrecarga ventricular direita. ECO miocardiopatia dilatada, função sistólica do VE deprimida em grau importante, CIV amplo com shunt D/E, hipertensão pulmonar PSAP 102. Paciente foi submetida a cateterismo cardíaco para complementar propedêutica, optado por realizar procedimento cirúrgico de correção de CIV perimembranosa de aproximadamente 4cm. Apresentou melhora dos sintomas. Recebeu alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial com cardiologia clínica, cirurgia cardiovascular, fisioterapeuta e nutricionista. **Conclusão:** Pacientes com SE devem sempre fazer acompanhamento médico especialista e ser bem orientado quanto às causas e consequências da doença base e suas opções terapêuticas. O tratamento deve ser estabelecido o quanto antes para melhorar qualidade de vida e redução dos índices de mortalidade. O acompanhamento deve ser ativo, com vigilância cardíaca, para um melhor acompanhamento do paciente.

49776

Síncope em portadores de doença de Chagas: a importância da comprovação de seus mecanismos.

GUSTAVO ALVES DE OLIVEIRA, VÍCTOR PIMENTEL DE MATOS, LORENA SILVA FONSECA, THALES BARCELOS DE SOUZA, CINTHIA DOS ANJOS ANTONIETTO, CIBELE BARROS GALVÃO, ANA LUISA CONSTÂNCIA PIMENTA e THIAGO DA ROCHA RODRIGUES

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, .

Introdução - A doença de Chagas ainda é muito prevalente e constitui a principal causa individual de implante de marcapasso (MP) no Brasil, sendo responsável por cerca de 31% das indicações entre 1994 e 2010.

Objetivos - Descrever 2 casos de pacientes (PTs) com síncope em que a elucidação do seu mecanismo foi fundamental para o tratamento correto.

Descrição - Caso 1 - AF, feminino, sorologia + para T. cruzi, com vários episódios de síncope e pré-síncope. Ecocardiograma normal com FE de 62%. Teste de inclinação negativo. Holter mostrando 2075 pausas sinusais e bloqueios sino-atriais de 2,0 a 2,9 segs., tanto no sono quanto na vigília. Teste ergométrico com insuficiência cronotrópica. Estudo eletrofisiológico recusado. Exame clínico sem anormalidades. Foi implantado MP cardíaco DDDR e a paciente tornou-se assintomática. No seguimento clínico do MP, ela tornou-se dependente da estimulação atrial.

Caso 2 - MYVF, 59 anos, portador de doença de Chagas, FE de 50%, bloqueio atrioventricular total (BAVT) e MP cardíaco implantado 2 meses antes. Após 2 meses de MP, evoluiu com 2 síncope inexplicadas. A análise do MP não mostrou anormalidades. Realizado estudo eletrofisiológico (EEF) cuja estimulação ventricular induziu taquicardia ventricular monomórfica sustentada (TVMS), que foi considerada a causa da síncope. Foi então implantado cardioversor/defibrilador implantável (CDI), após o qual o PT não mais apresentou recorrência das síncope.

Conclusões - A doença do nó sinusal também pode ser causa de síncope na doença de Chagas, como visto no caso 1; BAVT não descarta a possibilidade de síncope por taquicardia ventricular em chagásicos, como verificado no caso 2. O caso 2 também demonstra, que síncope por TVMS também ocorre em PTs com função sistólica ventricular relativamente preservada. O Holter no caso 1 e o EEF no caso 2 foram essenciais para a elucidação do mecanismo das síncope e a orientação terapêutica.

49779

Síndrome do coração partido: relato de caso

DEBORA NAGEM MACHADO, VINICIUS PEDRO ALMEIDA VALENTIM, LIVIA MOL FRAGA MELO, LARISSA GABRIELLE RODRIGUES, GERUZA VICENTE SALAZAR, MATHEUS TERRA DE MARTIN e ELIS DE OLIVEIRA CAMPOS PAIVA MOL

Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu, Manhuaçu, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO A síndrome do coração partido, também conhecida como miocardiopatia induzida por stress, síndrome de balonização apical, e no Japão como síndrome de Takotsubo foi descrita inicialmente por Sato et al. em 1990, é caracterizada por uma miocardiopatia aguda de causa não aterosclerótica, envolve acinesia apical do ventrículo esquerdo e hipercontração basal, associado a evento estressor. As características clínicas mimetizam à síndrome coronariana aguda (SCA) e o comprometimento segmentar da função ventricular tem recuperação completa de 2 a 4 semanas. Complicações na fase aguda podem levar a instabilidade hemodinâmica. **DESCRIÇÃO DO CASO** Paciente do sexo feminino, 56 anos, é tabagista, hipertensa e diabética. Relata ter sofrido intenso estresse emocional devido a uma divergência familiar. Três dias após, queixou dor torácica retroesternal de forte intensidade (2 episódios), e dispnéia, procurou serviço médico. Exame inicial somente com taquicardia (130/min). Eletrocardiograma (ECG) com taquicardia sinusal, sem alterações isquêmicas. Segunda amostra de marcadores: troponina I 0,76ng/mL, CPK-total 108,0 u/L, CKMB 46,7u/L. Classificada como moderado risco, optado por estratificação invasiva. Antes da realização do exame fez edema agudo de pulmão (EAP) associado a pico hipertensivo (210/110mmHg), obteve melhora com morfina, furosemida e nitroglicerina. O cateterismo evidenciou ausência de obstruções coronarianas significativas e balonamento apical do ventrículo esquerdo. Instituídas medidas clínicas para tratamento de insuficiência cardíaca (IC) com boa resposta. O ECG no 5º dia mostrou inversão da onda T V2-V6, DI e AVL. Recebeu alta no 6º dia assintomática. **HIPÓTESE DIAGNÓSTICA** Antes do diagnóstico pelo estudo hemodinâmico, a hipótese era de SCA sem supra-ST complicada com EAP, considerando a apresentação clínica e as comorbidades. Após exame evidenciou-se miocardiopatia com acinesia apical não relacionado à coronariopatia, associado aos eventos estressores (divergência familiar e a expectativa do exame invasivo), configurou uma síndrome do coração partido. **CONDIÇÃO ADOTADA** Medidas clínicas e farmacológicas foram designadas para o tratamento da IC. A paciente obteve melhora e recebeu alta assintomática no 6º dia. **CONCLUSÕES** Nessa síndrome rara, a miocardiopatia tem curso autolimitado com excelente prognóstico, porém na fase aguda podem ocorrer complicações sérias como no caso.

49780

Angiossarcoma do miocárdio manifestando como síndrome de cava superior

NATALIA DOS SANTOS OLIVEIRA, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, RAIZA TEIXEIRA DE OLIVEIRA, DIOGO VILELA NOGUEIRA, MARIANE JAMAL RIBEIRO, FABIANA ROCHA BRITO, RODRIGO DE CASTRO BERNARDES e ROBERTO LUIZ MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Neoplasias cardíacas primárias são tumores incomuns do organismo humano. As metástases para o coração são mais comuns; com prevalência 40 vezes maior que os tumores cardíacos primários. Em adultos, 25% dos tumores cardíacos primários exibem características de malignidade; sendo 95% constituídos por sarcomas e 5% por linfomas. **Relato de caso:** Paciente, sexo masculino, 44 anos, com quadro de cansaço e dispnéia desencadeados ao andar de bicicleta. Os sintomas iniciaram-se em janeiro de 2016 evoluindo para edema facial e da porção superior do tórax (Síndrome da veia cava superior). Em propedêutica, realizado Rx-torax e eletrocardiograma que se encontravam sem alteração. Solicitado teste ergométrico que não apresentava alterações isquêmicas. Ao ecodopplercardiograma transtorácico (ECOTT) evidenciado no interior do átrio direito (AD), próxima a desembocadura da veia cava uma massa pendiculada com bordas irregulares medindo 52x43 mm exercendo efeito obstrutivo no interior do átrio. Na ressonância magnética cardíaca (RNM): grande massa, sésil, imóvel, heterogênea, cerca de 77 x 54mm, no interior do AD com aparente infiltração para as veias cavas inferior e superior, e insinuação para valva tricúspide, septo interatrial e pericárdio. Diante destes achados, as possibilidades diagnósticas foram: angiossarcoma, linfoma, mixoma e mixosarcoma. Paciente foi submetido a cirurgia de exérese do tumor, o AD foi totalmente retirado, deixando a porção basal contendo o seio coronário até a valva tricúspide; ressecção do teto do átrio esquerdo (AE). Realizada reconstrução do septo interatrial pelo AE com "patch" de pericárdio bovino e do AD e veias cavas com prótese de Dacron. Ato cirúrgico sem intercorrências. No quinto dia pós operatório, apresentou parada cardiorrespiratória em AES, necessitando de manobras de ressuscitação cardiopulmonar. Realizado ECOTT pós parada que evidenciou tamponamento cardíaco, sendo encaminhado ao bloco cirúrgico de urgência e submetido a pericardiocentese. No pós-operatório imediato evoluiu com parada cardiorrespiratória no dia seguinte culminando com o óbito. Ao exame anatomopatológico o diagnóstico foi de um angiossarcoma primário do coração. **Conclusão:** Os tumores cardíacos maligno primários do coração e grandes vasos são raros. Destes tumores primários, o sarcoma representa mais de dois terços e usualmente apresenta um curso agressivo e fatal e a exérese do tumor ainda permanece a terapia primária.

49782

Macro aneurisma de carótida interna intracraniana com prognóstico de cura: relato de caso

GABRIELA WANDER DE ALMEIDA BRAGA, LUANA MARTINS DA SILVA, THAMILLYS TAVEIRA TEODORO DE MOURA, RHUAN DE SANTANA FERNANDES, MATHEUS HENRIQUE OLIVEIRA FERREIRA, WILTON AFONSO DA SILVA LÔRES FILHO, VICTOR SANTANA CORRÊA SCALABRINI e DAYANE QUINTINO VASCONCELOS

Faculdade Atenas, Paracatu, MG, BRASIL.

Introdução: Os aneurismas, dilatações volumétricas das paredes de um vaso sanguíneo devido malformações arteriais, ocorrem mediante a deficiência da parede vascular associada à degeneração da camada elástica. Os aneurismas intracranianos, geralmente, apresentam causa idiopática, podendo ser influenciados por fatores genéticos, de caráter raro, com difícil evolução para cura sem sequelas. Este estudo tem como objetivo relatar o caso de uma paciente com aneurisma de carótida interna intracraniana de evolução para cura completa com bom prognóstico. **Relato do caso:** Mulher parda, 42, casada, residente de Patos de Minas-MG, referiu cefaleia intensa associada à perda da acuidade visual. Foi realizada uma tomografia, evidenciando três aneurismas intracranianos na bifurcação da carótida interna esquerda, e uma angiografia confirmando-os com tamanho superior à 1,5cm. Foi realizada craniectomia de urgência com embolização das dilatações, visto que estas tinham risco de ruptura além da compressão sobre o nervo oculomotor. O procedimento durou 12 horas sem intercorrências e a paciente permaneceu em UTI por seis dias. Após mais dez dias de internação recebeu alta. Em retorno, 30 dias depois foi observado sequelas oculares esquerda que desapareceu no período de um ano. Manteve atividades habituais com restrições quanto ao abuso de álcool e tabaco. **Discussão:** Os aneurismas intracranianos de carótida interna nem sempre apresentam evoluções rapidamente progressivas e podem ser assintomáticos durante muito tempo. Por isso, o índice de mortalidade dessa doença é elevado, visto que, a patologia é descoberta com quadro já avançado, assim como aconteceu com o caso relatado acima, pois a paciente já nasceu com o aneurisma que só veio a ser descoberto aos 42 anos de idade. Embora a doença seja rara, pode complicar com amarelo, acidente vascular encefálico e compressões cerebrais levando a déficits motores ou da fala. Geralmente, pacientes nessas condições costumam permanecer com sequelas relacionadas a compressões estruturais ou secundárias à craniectomia, sendo comum sua evolução para o óbito. No caso descrito a paciente teve evolução favorável sem sequelas.

49783

Substituição de bioprótese em posição mitral após 30 anos: relato de caso

EDUARDA PAES FONTOURA ALVES DOS SANTOS, ERIKSSON DAMASCENO ALCANTARA DE B FÁRIA, LAIS BREGUEZ PASCOAL, MARIA CLARA RIBEIRO GONTIJO, JOAO PAULO MARTINS DE SOUZA, VANESSA SOUZA PINTO e SERGIO FIGUEIREDO CAMPOS CHRISTO

Centro Universitário de Belo Horizonte - UNIBH, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Centro Universitário do Espírito Santo - UNESC, Colatina, ES, BRASIL.

Introdução: A valva mitral é composta por duas cúspides, uma anterior e outra posterior. Cada um dos folhetos da valva mitral é conectado aos músculos papilares por tendões (cordas tendineas). Sua funcionalidade pode estar alterada resultando em insuficiência ou estenose mitral. Nas situações de disfunção grave, muitas vezes, faz-se necessária sua substituição por próteses valvares. O emprego destas teve seu início em 1952, quando Charles Hufnagel, utilizou uma prótese valvar mecânica, implantada em posição aórtica sem substituição da valva nativa. A primeira prótese valvar cardíaca de origem animal, preservada em solução de mercúrio, foi implantada em 1965, por Binet, evoluindo com degeneração nos primeiros 6 meses. Em 1969, Carpentier demonstrou que o glutaraldeído era mais eficaz para diminuição da antigenicidade e estabilização das propriedades de tecidos heterólogos. A valva cardíaca assim, preservada tornou-se "protegida" da reação enxerto-hospedeiro, em função da redução da sua antigenicidade. O termo "Bioprótese Valvar" passou a designar o substituto valvar cardíaco de origem biológica com propriedades de prótese de substituição e, diferentemente do enxerto que é incorporado ao hospedeiro como tecido vivo, tem sua função atrelada à estabilidade do tecido e à inatividade imunológica. As Biopróteses valvares mostram estabilidade aceitável em pacientes acima de 35 anos e maior durabilidade nos pacientes idosos. A taxa de deterioração valvar estrutural aumenta com o tempo de implante, particularmente após os primeiros 6 a 7 anos. **Relato de caso:** Paciente sexo feminino, 66 anos, portadora de fibrilação atrial crônica, com histórico de implante de bioprótese mitral porcina em 1983 para tratamento de endocardite infecciosa. Encaminhada para avaliar indicação de substituição da bioprótese em 2005, quando apresentava estenose moderada da prótese valvar, foi submetida à troca da mesma em novembro de 2013, em função de piora da classe funcional, por prótese mecânica de duplo-folheto nº27. **Conclusão:** Ao analisar o caso relatado conclui-se que a paciente teve evolução excepcional quanto à durabilidade da prótese, que se manteve funcionando dentro dos padrões aceitáveis por quase 30 anos. A literatura médica relata durabilidade limitada desses dispositivos como fator limitante ao uso, especialmente em pacientes jovens. Características específicas da imunidade da paciente provavelmente contribuíram para o comportamento da bioprótese e a evolução pós-operatória.

49784

Miocardite fulminante em paciente idoso

FELIPE DE CARVALHO SILVA, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, RAIZA TEIXEIRA DE OLIVEIRA, CARLOS ALBERTO FERREIRA, JULIANA ELISEI ALMADA, THYESSA NAYANNA DA COSTA, ALEXANDRE HENRIQUE COBUCCI SANTANA e ROBERTO LUIZ MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Faculdade de Medicina-PUC, Betim, MG, BRASIL.

Introdução: A miocardite fulminante (MF) é uma forma incomum, mas grave de miocardite, em que a implementação precoce do tratamento de suporte é fundamental para o prognóstico. Apresenta-se com sintomas de início abrupto, que tipicamente se manifestam após sintomas gripais inespecíficos e que rapidamente evoluem para severa deterioração hemodinâmica, com grave insuficiência cardíaca, choque cardiogênico e arritmias potencialmente fatais. **Relato de caso:** Paciente 62 anos, previamente hígido, ECOTT prévio com FEVE 70%, iniciou 15 dias antes da internação quadro de diarreia e mal estar. Evoluiu com dispnéia grau II e fibrilação atrial (FA) com alta resposta ventricular procurando atendimento em nosso serviço e sendo encaminhado para UCO. Iniciado protocolo de FA sem cronologia com controle de Fc e anticoagulação e solicitado ECOTE que evidenciou FEVE= 28% sem trombos. BNP=1130, Pcr=30, sem leucocitose e troponina positiva. Paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica sendo submetido a CVE com 100 joules com sucesso. Nas próximas 12 horas evoluiu com piora clínica, novo ECOTT evidenciou FEVE=10%, evoluiu quadro de baixo débito com necessidade de aminas, passado balão intra-aórtico e comunicado com cirurgia para passagem de dispositivo de assistência ventricular. Solicitado cateterismo que mostrou coronárias isentas de processo obstrutivo e VE com hipocinesia difusa grave. 48 horas após suporte com inotrópico e BIA evoluiu com estabilidade, sem necessidade da assistência ventricular. Apresentou boa evolução recendo alta da UCO para andar e otimização de ICC. Realizou RNM cardíaca: sinais de edema difuso no FE sugestivo de miocardite e disfunção ventricular grave. Realizado ECOTT antes da alta mostrou FEVE=47%, VE (s)=36, VE (d)=48, VE com hipocinesia difusa leve. Holter antes da alta mantendo RSR e deambulou 252 metros no teste de caminhada 6 minutos. Recebeu alta com anticoagulação terapêutica, betabloqueador, IECA e espirinolactona. Realizou novo ECOTT um mês após alta com FEVE= 60%, VE (s)=36, VE (d)=48. **Conclusão:** Apesar do tratamento intensivo, a mortalidade associada a miocardite fulminante é elevada. Os pacientes que sobrevivem ao quadro apresentam prognóstico favorável em longo prazo, com boa recuperação da função cardíaca, o que reforça a importância do suporte hemodinâmico adequado na fase aguda de grande instabilidade cardiovascular.

49786

Recuperação do reflexo de Bezold-Jarisch após reperfusão de coronária direita – relato de caso

MATHEUS TERRA DE MARTIN, GERUZA VICENTE SALAZAR, VINICIUS PEDRO ALMEIDA VALENTIM, LIVIA MOL FRAGAMELO, LARISSA GABRIELLE RODRIGUES, DEBORA NAGEM MACHADO e ELIS DE OLIVEIRA CAMPOS PAIVA MOL

Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu, Manhuaçu, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO Reflexo de Bezold-Jarisch (RBJ) é uma condição clínica que leva a bradicardia sinusal, hipotensão arterial, vasodilatação periférica e broncoespasmo. Presente na síndrome coronariana aguda (SCA), principalmente quando acomete parede inferior do ventrículo esquerdo (VE). Considera-se o RBJ cardiointibidor, com origem nas fibras C, por vias vagais aferentes e eferentes. A parede inferior do VE é localização preferencial dessas fibras, acionadas por estímulos mecânicos ou químicos, podem aumentar a atividade parassimpática e interromper a simpática. **DESCRIÇÃO DO CASO** Paciente masculino, 83 anos, branco, sedentário, dislipidêmico, hipertenso, sem tratamento medicamentoso. Iniciou quadro de dor torácica típica, confusão mental e agitação pela manhã. Procurou atendimento médico apresentando-se hipotenso (60/30mmHg), bradicárdico (40/minuto), sudoreico. Ao exame inicial, evidenciado ritmo cardíaco regular com sopro sistólico no foco aórtico (com fenômeno de Gallavardin), e crepitações bibasais. Eletrocardiograma mostrou bloqueio atrioventricular total (BAVT), ritmo ventricular 42/minuto, QRS estreito, com supra ST em D2 D3 e AVF, e supra ST atípico em V1-V3. Iniciado protocolo para SCA, noradrenalina, e encaminhado para cateterismo de urgência, sendo constatado suboclusão de coronária direita, hipocinesia inferior moderada, e valva aórtica calcificada com mobilidade reduzida. Administrado atropina sem resposta, em seguida, implantado marca-passo transvenoso (MPTV). Submetido a angioplastia primária com stent convencional para coronária direita (CD), havendo estabilização hemodinâmica rápida, suspensão da noradrenalina, retorno para ritmo sinusal normal e desligado MPTV, recobrando a consciência. **HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS** O relato de um episódio de SCA inferior apresentado com hipotensão e bradicardia importantes, que evoluiu para resolução rápida após a reperfusão, corrobora com a hipótese de um reflexo vagal exacerbado, típico de um RBJ. **CONDUTA** A bradicardia foi inicialmente abordada com atropina, mas foi necessário implante de MPTV. Tentou-se compensação hemodinâmica com adrenalina. Contudo, a resolução completa do RBJ só ocorreu após reperfusão da CD. **CONCLUSÃO** O RBJ, em casos extremos, pode causar assistolia e deve ser rapidamente diagnosticado para uma intervenção efetiva. A SCA inferior prontamente tratada com reperfusão da CD foi crucial para a recuperação hemodinâmica do paciente.

49789

Diagnóstico de síndrome carcinóide suspeitada pelo ecocardiograma transtorácico – relato de caso

VINÍCIUS MAGATON LIMA, MARCOS CARVALHO DE PAULA, JOSE RESENDE DE CASTRO JUNIOR, JOSÉ DONDICI FILHO, FELIPE FRANCO FONSECA, ANA FLAVIA ALVES CAIXETA, IGOR DE MELLO ALVIM e LUIZ PAULO PRESTON Giesta

Hospital Universitário Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, BRASIL.

Introdução: A Síndrome Carcinóide (SC) é uma entidade rara, presente em cerca de 5% a 7% dos pacientes portadores de tumores neuroendócrinos. O comprometimento cardíaco pode ocorrer em 20 a 50% dos casos e resulta da deposição do tecido fibroso no endocárdio e válvulas direitas secundário à peptídeos vasoativos secretados pelos tumores. Muitas vezes os achados clínicos são frustrados, dificultando e atrasando o diagnóstico. O ecocardiograma (ECO) é uma ferramenta de grande importância no diagnóstico desta afecção, demonstrando uma série de alterações que podem levar a suspeita de SC. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 71 anos, portadora de hipertensão arterial, diabetes mellitus, hipotireoidismo e fibrilação atrial (FA) permanente, com relato de palpitações, anemia e perda ponderal de cerca de 10 Kg nos últimos seis meses. Referia também episódios de dor abdominal difusa em cólica e constipação intestinal. Ao exame físico observou-se turgência jugular bilateral e sopro sistólico em foco tricúspide. Palpado massa em mesogástrico ao exame do abdome. Eletrocardiograma evidenciou ritmo de FA, taquicardia e baixa voltagem no plano frontal. No ECO foi observado aumento importante das câmaras direitas, espessamento das cúspides da valva tricúspide com retração das mesmas, regurgitação de grau importante e sinais de sobrecarga de volume do ventrículo direito. Diante da suspeita de SC foram solicitados exames adicionais para complementação diagnóstica, incluindo a dosagem de 5-hidroxi-indol-acético (5-HIAA) urinário, que se mostrou elevado. O ultrassom de abdome demonstrou apenas dilatação de veias supra-hepáticas. A tomografia de abdome e pelve não demonstrou alterações significativas. A colonoscopia e estudo histopatológico evidenciaram tumor carcinóide de cólon ascendente e íleo distal e o estudo imuno-histoquímico concluiu se tratar de tumor neuroendócrino grau 1, sendo submetida à cirurgia com sucesso. **Conclusão:** Os achados ecocardiográficos mostraram alterações sugestivas de SC, corroborados pela propedêutica complementar, com tratamento cirúrgico precoce, enfatizando o seu papel importante nesta afecção, muitas vezes negligenciada pela sintomatologia escassa dos pacientes. Assim, é fundamental o conhecimento do comprometimento cardíaco na doença, bem como as alterações ecocardiográficas que podem ser encontradas na SC, auxiliando no diagnóstico precoce e tratamento cirúrgico definitivo.

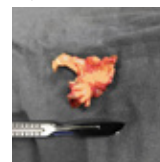
49791

Um caso raro: Tumor Miofibroblástico Inflamatório cardíaco (TMI) com envolvimento de válvula mitral

FLAVIA CRISTINA JACOME MACHADO, JESSICA DA CRUZ ARANTES, WAGNER FERNANDES JUNIOR e CLÁUDIO LEO GELAPE

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Paciente do sexo feminino, 37 anos, previamente hígida, realizou ECOTT após relato de tosse seca e dispnéia aos grandes esforços há 6 meses. O ECOTT com função ventricular normal, FE 70%, AE de dimensões aumentadas, imagem sugestiva de tumoração e insuficiência mitral grave. Valva mitral com fluxo transvalvar turbulento e regurgitação importante. Insuficiência tricúspide moderada e PSAP de 63 mmHg. A seguir, ECOTE evidenciou massa heterogênea no septo interatrial até o folheto anterior da válvula mitral. Com a hipótese de mixoma de AE, indicou-se cirurgia. Evidenciou-se tumoração que invadia todo o AE, com 10 cm de diâmetro, consistência dura, aspecto nacarado (fig.1). A lesão invadia as veias pulmonares direitas até seus sub-ramos e as cúspides da valva mitral, com grave acometimento estrutural. Foi feita a exérese da massa e da valva mitral, e implante de valva mecânica. Microscopicamente, a lesão evidenciou proliferação de células fusiformes, discreto pleomorfismo nuclear, núcleos evidentes, infiltrado inflamatório linfoplasmocitário e eosinofílico, e áreas com edema mixoide e hemorragia. Os cortes de valva cardíaca apresentavam-se recobertos por fibrina. O estudo imuno-histoquímico revelou positividade para actina, compatível com diferenciação mioide ou miofibroblástica. Os achados foram compatíveis com TMI. A paciente apresentou boa evolução, recebendo alta no 7º dia pós-operatório e em FA, com correção por ablação 8 meses depois. A paciente faz acompanhamento com seu cirurgião cardíaco e mantém-se em ritmo sinusal, CF I da NYHA. O TMI é uma neoplasia de baixo grau extremamente rara, geralmente diagnosticada em crianças ou adultos jovens. Sua etiologia, apresentação, história natural e prognóstico são incertos, em grande parte devido ao número restrito de casos publicados. Estes aspectos justificam a relevância deste trabalho, no sentido de contribuir para ampliar o conhecimento sobre as manifestações do TMI cardíaco, bem como estimular o seguimento de pacientes acometidos, visando compreender o perfil de recorrência da doença e seu prognóstico após a ressecção cirúrgica.



49792

Relato de caso: paciente com mieloma produtor de amiloidose causador de insuficiência cardíaca.

VITOR PEREIRA SCARPETTE, BIANCA ALVES DE MIRANDA e MARIA CLARA REIS SAMPAIO

UnifOA, Volta Redonda, RJ, BRASIL.

Introdução: A amiloidose primária (AL) é a forma mais usual diagnosticada de amiloidose cardíaca, estando associada à discrasia de células B, e fibras proteica circundadas por fragmentos de imunoglobulinas monoclonais, que podem ser depositadas no miocárdio causando disfunção e Insuficiência Cardíaca (IC). O mieloma múltiplo pode coexistir criando pior prognóstico por ambas serem doenças proliferativas plasmocitárias englobadas no grupo das gamopatias monoclonais.

Discussão do caso: Homem, 57 anos, caucasiano, residente de Ilhéus/BA, inicia dispnéia aos grandes esforços em 01/2016, buscando auxílio médico, solicitado ECG que mostrou leve isquemia, associada a quadro depressivo, tendo prescrição de exercícios físicos para redução do sobrepeso. Evoluiu com progressão da dispnéia aos pequenos esforços e taquicardia, prescrito Succinato de Metoprolol. 08 meses depois evoluiu com anemia, turgência jugular e edema em MI, sendo solicitado RNM que apresentou < função sistólica do VE, regurgitação mitral, derrame pericárdico e realce tardio subendocárdico global sem limitação coronariana e em segmentos ventriculares, suspeitando-se de amiloidose. Encaminhado ao hematologista, feito Mielograma que apontou hiperplasticidade e plasmocitose indicativo de Mieloma múltiplo cursando com deposição de proteína amiloide. Iniciou quimioterapia até 03/2017, aguardando transplante autólogo de células-tronco.

Hipótese diagnóstica: Mieloma produtor de amiloidose causando IC.

Conduta: Controle pressórico e dos sintomas da IC com diurético e beta bloqueador, quimioterapia por 06 meses e transplante medular autólogo, que o paciente ainda aguarda.

Conclusão: O diagnóstico foi retardado pela associação de isquemia com quadro depressivo do paciente, que evolui rapidamente para sintomas mais graves da IC. Ainda, a relação da doença de deposição amiloide pela produção do mieloma requer exames de alta complexidade, o que demanda mais tempo e é custoso. O tratamento ajuda a cessar a continuidade do dano, mas não reverte os danos causados, sendo este paciente acompanhado a fim do controle da evolução da IC.

49793

Miocardiopatia por estresse: diagnóstico diferencial de síndrome coronariana aguda

KÊNNYA GONÇALVES CAPANEMA, IZABELA MARIA AZEREDO NASCIMENTO, LUANE APARECIDA DANTAS DE OLIVEIRA, BRUNA SILVA PIMENTA MACEDO, MARCOS VINÍCIUS MENDES DE OLIVEIRA, CLÁUDIO JÂNIO PEREIRA JÚNIOR, REGINA MENDONÇA PEIXOTO e BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Faculdade de Medicina-PUC, Betim, MG, Armênia.

Introdução: A cardiomiopatia por estresse é uma síndrome reversível precipitada pelo estresse físico e/ou emocional, em parte ou inteiramente por estimulação endógena ou exógena de catecolaminas. Atinge usualmente mulheres entre 60 e 75 anos, pós-menopausa que desenvolvem quadro clínico compatível com síndrome coronariana aguda (SCA), evoluindo com movimento discinético transitório da parede anterior do ventrículo esquerdo, com acentuação da cinética da base ventricular. Relato de caso: Caso 1- Paciente sexo feminino, 54 anos, portadora de transtorno de ansiedade e depressão, foi admitida no dia 18/06/16 com queixa de dor torácica típica, iniciado protocolo(SCA).ECG: RSR e inversão de onda T anterior extensa, troponina: 1,46ng/dl. Realizado cateterismo cardíaco, que mostrou coronárias normais e acinesia apical de VE. Solicitado ecocardiograma transtorácico (ECOTT): cardiopatia segmentar do VE com padrão sugestivo de Takotsubo e FEVE=42% Ressonância cardíaca (RNM): ausência de realce tardio e cardiopatia segmentar com padrão de Takotsubo. Iniciado tratamento para ICC, evoluiu com melhora clínica e ECOTT pré alta hospitalar mostrou normalização da FEVE=65%. Foi orientada a manter uso de betabloqueador após alta hospitalar.Caso 2- Paciente 65 anos, portadora de asma, sem outras comorbidades. Admitida no dia 30/10/16 com quadro de dor torácica associada a dispnéia, após estresse emocional por discussão familiar. Iniciado protocolo, curva de troponina (0,25/ 0,95/1,23), ECG com inversão de onda T de V1 a V5. Coronariografia: coronárias isentas de obstrução significativas e VE com hipocinesia grave. ECOTT com acinesia do segmento médio basal das paredes lateral e do septo interventricular, basal inferior e hipocinesia importante médio-apical inferior lateral, FEVE 45% e RNM com alterações compatíveis com Takotsubo. Iniciado Betabloqueador e IECA, evoluiu com estabilidade hemodinâmica e recebe alta hospitalar no dia 04/11 para acompanhamento ambulatorial. Apresentou em mês após ECOTT de controle normalização da FEVE. Conclusão: A cardiomiopatia por estresse encontra-se subdiagnosticada pelo fato de apresentar manifestações clínicas similares a SCA, dificultando a sua elaboração como diagnóstico diferencial por parte dos profissionais de saúde. O seu reconhecimento será direcionado pela realização de exames complementares que afastem lesões estruturais e corroborem o diagnóstico proposto.

49798

Relato de caso: síndrome de coração direito hipoplásico

JÉSSICA KARINNE VIEIRA, LUCAS DE BARROS ANASTÁCIO, HENRIQUE LEAL DESCHAMPS, MARIA DA GLÓRIA C.HORTA, RONALDO TORRES DE FREITAS FILHO, IGOR RIBEIRO DE OLIVEIRA, MILENE BASTOS FERREIRA e JULIANO MELO FONSECA

Hospital Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Universidade de Itaúna, Itaúna, MG, BRASIL.

Introdução: A Síndrome de coração direito hipoplásico(SCDH) é uma cardiopatia congênita cianótica rara, caracterizada pelo hipodesenvolvimento do ventrículo direito(VD) e pode ser acompanhada de atresia valvar pulmonar, hipoplasia da valva tricúspide ou da artéria pulmonar, bem como defeito do septo atrial. Descrição do Caso: CEGS, 1 ano e 08 meses, 9,2 kg, história de quadro de cianose(CI), prostração e atonia. Com um ano de idade, realizou Ecocardiograma(ECO) que mostrou: ventrículo univentricular do tipo esquerdo, VD rudimentar e hipoplasia do tronco da pulmonar com estenose pulmonar grave, sendo transferida para o serviço hospitalar para propedêutica em 20/12/2016 após piora dos sintomas. Realizado novo ECO em 21/12/2016, evidenciando: dupla via de entrada de câmara principal com morfologia de esquerda, forame oval patente, forame bulboventricular (comunicação interventricular [CIV]) de tamanho pequeno, estenose subvalvar e valvar pulmonar de grau importante. Em 23/12/2016 paciente evoluiu com piora (SatO2: 35%), sendo encaminhada para CTI. Hipótese Diagnóstica: SCDH. Conduta: Realizada cirurgia emergencial, em 24/12/2016, com procedimento de Blalock-Taussig modificado com prótese de PTFE de 4mm. Apresentou estabilidade hemodinâmica no pós-operatório(PO) com sonolência e paresia à direita. Recebeu alta em 30/12/2016. Em 03/05/2017 retornou e realizou novo ECO, evidenciando: dupla via de entrada da câmara principal com morfologia esquerda, CIV de tamanho médio, estenose subvalvar e valvar pulmonar de grau importante e anastomose sistêmico-pulmonar(ASP) pérvia. Submetida a cateterismo em 04/05/2017 confirmando impressões do ECO. Submetida em 09/04/2017 a anastomose cavo-pulmonar do tipo Glenn bidirecional, ato sem intercorrências. Estável na internação. No 1º dia PO, foi iniciada propedêutica para ICC com boa resposta. Encaminhada para a enfermaria em 11/05/2017, com CI periférica, esforço respiratório e taquidispnéia. Realizado ECO em 12/05/17, sugerindo trombo em veia inominada e derrame pericárdico. Iniciado enoxaparina. Paciente permanece estável e sem intercorrências. Conclusão: A SCDH é uma doença rara, familiar e necessita de atenção desde o atendimento neonatal. O ECO é fundamental na confirmação da doença e no planejamento terapêutico. Intervenção precoce através de ASP pode ser necessária quando a CI é grave. Por se tratar de cardiopatia sem possibilidade de correção total, o tratamento cirúrgico é realizado através de cirurgias paliativas.

49799

Cardiomiopatia hipertrófica apical: relato de caso

NELSON BORGES NETO, EDUARDO DIAS CHULA, AYESCA VIVIAN MICHELINI, IVAN GENEROSO MAGALHÃES BARROSO, CHRISTIANA CONCEICAO DE OLIVEIRA, CLAUDIO LUIZ AMARAL, ADRIANO AVELLAR CARVALHO e FLAVIA COSTA ALVES

Hospital São João de Deus, Divinópolis, MG, BRASIL.

Introdução: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é uma doença genética, autossômica dominante, com incidência de 0,02 a 0,2%. Caracteriza-se pela presença de hipertrofia ventricular esquerda assimétrica, sem dilatação das câmaras do ventrículo esquerdo e sem qualquer processo sistêmico capaz de produzir alterações semelhantes. A forma apical é uma variante onde a hipertrofia envolve predominantemente o ápice do ventrículo esquerdo. A presença de desarranjo celular associado à fibrose e hipertrofia do miócito favorece o desenvolvimento de disfunção diastólica, isquemia miocárdica e arritmias, fatores que constituem o substrato das manifestações clínicas determinadas pela doença. CMH apical normalmente é assintomática e tem a incidência entre 14 a 44% entre as demais formas. É diagnosticada através de exames complementares, eletrocardiograma (ECG) (ondas T pontiagudas e invertidas>10mm); ecocardiograma(hipertrofia do ápice ventricular); ventriculografia E (obstrução na ponta, "naipes de espadas"). A dor precordial é o sintoma mais típico, seguido de palpitações, dispnéia de esforço e a fadiga. O exame físico é inespecífico podendo estar presente a 4ª bulha, o ictus proeminente e sopro sistólico mitral suave. Relato de caso: I.D.S 59 anos, hipertensa, dislipidêmica, hipotireoideia, em uso regular de enalapril, carvedilol, levotiroxina. Cursando com episódios repetidos de dor torácica tipo A e B com idas frequentes no pronto atendimento. Cintilografia perfusional prévia que mostrava discreta alteração de comportamento isquêmico em terço apical da parede anterior do ventrículo esquerdo, com área isquêmica estimada em 1%. Internada para propedêutica. Troponinas negativas. ECG mostra RSR, SVE, com T proeminentes e invertidas em V3-V6. Exame físico, sem alterações. Realizado ecocardiograma sob stress com dobutamina, para avaliação da dor precordial que identificou CMH apical. Função sistólica biventricular preservada (FEVE 68% - Simpson). Ausência de déficits segmentares do VE. Durante a infusão de dobutamina, observou-se aumento da contratilidade das paredes de VE, sem déficits segmentares. Iniciado Atenolol 200mg/dia, com melhora considerável dos sintomas anginosos. Conclusão: Deve-se atentar para a possibilidade de CMH apical nos pacientes que se apresentam com dor torácica no Pronto Atendimento. O ECG típico com ondas T gigantes e invertidas nas derivações precordiais reforça mais para este diagnóstico.

49801

Comunicação interventricular associada a insuficiência aórtica: relato de caso

HENRIQUE LEAL DESCHAMPS, LUCAS DE BARROS ANASTÁCIO, JÉSSICA KARINNE VIEIRA, MARIA DA GLÓRIA C. HORTA, RONALDO TORRES DE FREITAS FILHO, IGOR RIBEIRO DE OLIVEIRA, MILENE BASTOS FERREIRA e JULIANO MELO FONSECA

Hospital Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Universidade de Itaúna, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Cardiopatias congênitas(CC) são malformações relevantes na clínica cardiológica, devido a suas altas taxas de morbidade. Além disso, são a 2ª causa mais prevalente de mortalidade no 1º ano de vida no Brasil. Das CC, a comunicação interventricular(CIV) é a mais frequente, afetando o desenvolvimento da criança. **Descrição do Caso:** PHLMS, doze anos, 30 Kg, que, aos seis meses de idade, foi identificado um sopro, não especificado, sendo acompanhado no Centro de Saúde regional. Paciente teve relato de internação em clínica reumatológica com febre a esclarecer e suspeita diagnóstica de febre reumática(FR) ou endocardite(ED), recebendo alta com profilaxia secundária para FR com penicilina benzatina. Em 2016 teve relato de cansaço aos médios esforços com piora progressiva, sendo encaminhado para avaliação cardiológica. Solicitou-se ecocardiograma com doppler, realizado em 17/02/2017, sendo visualizados: CIV com extensão para a via de saída do ventrículo esquerdo(VE), esta última funcionalmente pequena, regurgitação Mitral(RM) leve, insuficiência de valva aórtica(IA) de moderada a importante e insuficiência de valva pulmonar leve. A valva aórtica possuía aspecto tricúspide e exibia espessamento leve de suas cúspides, com prolapse da cúspide coronariana direita. Foi identificado aumento leve do átrio esquerdo(AE) e moderado do VE. Arco aórtico foi visualizado à direita. Fração de ejeção do VE de 65%. **Hipótese Diagnóstica:** CIV associada a IA importante. Conduta: Realizada a correção cirúrgica (fechamento da CIV e plastia valvar aórtica) em 17/03/2017. Tempo anestésico de 4 horas. Circulação extracorpórea 63 minutos, clampagem aórtica em 54 minutos. Ato sem intercorrências. Recebeu Cefuroxima profilática. Encaminhado ao CTI em pós-operatório imediato, estável hemodinamicamente, sem uso de aminas, intubado, em uso de acesso venoso central, dreno de mediastino, fio de marca passo provisório, PIA radial esquerda, sonda vesical de demora. Evoluiu sem complicações, com alta após sete dias com retorno em 30 dias para acompanhamento. **Conclusão:** Trata-se de um caso de CIV funcionalmente pequena que evoluiu com IA secundária, necessitando de tratamento cirúrgico. Este caso clínico possui relevância clínica, mostrando a dificuldade no diagnóstico diferencial entre ED e FR. A CIV, quando associada à IA, tem indicação de tratamento cirúrgico assim como conduzido no presente relato, na tentativa de evitar o agravamento da lesão valvar aórtica e novos episódios de ED.

49802

Miocardiopatia hipertrófica assimétrica neonatal: importância do diagnóstico precoce

CAMILLA A LIMA, SANDRA R T CASTILHO, FÁTIMA DERLENE ROCHA ARAÚJO, ADRIANA F M GUIMARÃES e ZILDA M A MEIRA

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A cardiomiopatia hipertrófica do diabetes materno (CMHDM) é uma doença não familiar encontrada em torno de 27% dos recém-nascidos (RN) filhos de mães diabéticas e sua fisiopatologia está relacionada ao hiperinsulinismo fetal. **Relato de caso:** RN termo, 3,7kg, grande para a idade gestacional, com história de sopro sistólico ejetivo grau 2/6 em borda esternal esquerda notado ao nascimento. Gestação e parto sem intercorrências. Mãe com diabetes mellitus insulino-dependente. Realizado exame ecocardiográfico (ECO) aos 2 dias de vida: ventrículos de cavidade reduzida, Z score dos diâmetros sistólico e diastólico de ventrículo esquerdo (VE) de -3. Hipertrófia septal assimétrica importante. Espessura de septo interventricular de 16mm (Z score:+6,8). Parede infero-lateral de espessura normal. Obstrução dinâmica na via de saída de VE com gradiente máximo de 36mmHg. Presença de movimento sistólico anterior da valva mitral. Função diastólica com padrão restritivo. Iniciado propranolol 2mg/kg/dia. Repetido ECO com 11 dias de vida: septo interventricular de 11mm (Z score:+5), sem sinais de obstrução de via de saída de VE. Suspensa medicação após desaparecimento de sopro. Evoluiu assintomático, ECO com 27 dias de vida estava normal. **Discussão:** Durante a gestação, os elevados índices glicêmicos maternos atravessam a placenta e estimulam as ilhotas pancreáticas fetais a secretarem níveis elevados de insulina. O hiperinsulinismo leva à hipertrofia e hiperplasia dos miócitos cardíacos, responsáveis pela macrosomia visceral. A hipertrofia geralmente ocorre de forma assimétrica, sendo mais evidente no septo interventricular, levando a obstrução de via de saída de ventrículo esquerdo e congestão pulmonar. O propranolol é o tratamento de escolha nos casos obstrutivos. Após o nascimento ocorre redução nos níveis glicêmicos do RN, retirando assim o estímulo para produção aumentada de insulina. Como resultado, ocorre regressão espontânea da hipertrofia miocárdica até em torno dos 3 meses de idade. **Conclusão:** A avaliação ecocardiográfica é importante no rastreio desses pacientes, pois formas obstrutivas sem sopro cardíaco podem passar despercebidas. Apesar de apresentarem evolução auto-limitada, pacientes com obstrução significativa de via de saída de VE, como no caso descrito, devem ser observados de perto pelo risco de morte súbita.

49804

Pericardite constritiva- relato de caso

AYESCA VIVIAN MICHELINI, CHRISTIANA CONCEICAO DE OLIVEIRA, EDUARDO DIAS CHULA, ADRIANA CRISTINA PINTO SILVA, IVAN GENEROSO MAGALHAES BARROSO, NELSON BORGES NETO, ADRIANO AVELLAR CARVALHO e TOMAS FURTADO REIS

Hospital São João de Deus, Divinópolis, MG, BRASIL.

A Pericardite Constritiva (PC) é uma doença relativamente rara em que o pericárdio torna-se espessado e rígido interferindo no enchimento ventricular causando elevação da pressão diastólica biventricular e das pressões atriais, levando a um quadro de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada. A etiologia, em cerca de 60% dos casos, não consegue ser elucidada. As causas mais comuns incluem as idiopáticas, pós-cirurgia cardíaca, doenças reumatológicas, infecciosas (tuberculose) e traumas. A PC tem como diagnóstico diferencial cardiomiopatia restritiva e hepatopatia crônica.

Relato de Caso: R.R.C., 33 anos, sexo feminino, ex-drogadicta, portadora de asma brônquica, rim em ferradura, relato de ânus imperfurado (já submetida a cirurgia), nefrolitíase à esquerda, infecção do trato urinário recente. Internada com quadro de dor abdominal em flanco esquerdo, exames mostraram infecção do trato urinário e iniciado antibioticoterapia. Exame físico evidenciado hepatomegalia, ingurgitamento jugular, edema de membros inferiores e atrito pericárdico, anamnese específica com relato de dispnéia aos esforços de forma progressiva, sendo feito propedêutica que mostrou na radiografia de tórax um pericárdio espessado e calcificado, ecocardiograma evidenciou refitificação e movimento paradoxal do septo interventricular e suspeitou de pericardite, ressonância magnética cardíaca com espessamento pericárdico importante e hipersinal em sequência T2. Optado pelo tratamento cirúrgico (pericardiectomia) com resolução dos sinais e sintomas de insuficiência cardíaca direita.

Conclusão: A PC é a única doença caracterizada por anormalidade da complacência passiva sem o envolvimento do miocárdio, disfunção sistólica ou anormalidade do relaxamento diastólica atrial. Resulta em insuficiência cardíaca por disfunção diastólica, ocorrendo restrição do enchimento ventricular, redução do volume sistólico e baixo débito cardíaco. Por se tratar de uma afecção incomum ainda é pouco considerada como diagnóstico diferencial inicial nos quadros de insuficiência cardíaca e arritmias. O tratamento inclui medicamentos para insuficiência cardíaca, entretanto o definitivo é cirúrgico com a pericardiectomia.

49806

Trombose de aorta ascendente: manifestação clínica rara

FERNANDA OLIVEIRA LOPES, LUANE APARECIDA DANTAS DE OLIVEIRA, THÁSSIA KAUANY FEITOSA DA SILVA, VITOR VILAÇA OLIVEIRA, THAIS DINIZ FERRAZ, IZABELA MARIA AZEREDO NASCIMENTO, RODRIGO DE CASTRO BERNARDES e BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Faculdade de Medicina-PUC, Betim, MG, BRASIL.

Introdução. A ocorrência de trombos murais/intraluminais na aorta é uma condição relativamente rara, podendo ser causa primária de quadros graves. Embora muitos estudos tenham investigado etiologia para tal, o mecanismo de formação ainda não é claro.

Relato de caso: Paciente de 51 anos, sexo masculino, previamente hipertenso e dislipidêmico, dois meses antes da internação iniciou quadro de dor retroesternal, em pontada, de fraca intensidade, intermitente e sem irradiação. Procurou atendimento ambulatorial e durante propedêutica foi evidenciado por Angiotomografia de aorta (angio-TC) massa medindo cerca (9,2x2,9 cm) aderida em aorta ascendente e arco aórtico, sendo encaminhado a nosso serviço para cirurgia eletiva. Submetido à exérese do tumor e bypass aorto-carotídeo direita em 15/02/17. Intercorreu no pós operatório com acidente vascular encefálico isquêmico cardioembólico e trombose venosa profunda de veias subclávia, axilar e braquial esquerdas. Estudo anatopatológico evidenciou aorta com alterações degenerativas ateroscleróticas e trombose. Iniciada anticoagulação plena após 14 dias do evento cerebral isquêmico.

Conclusão: A Trombose mural na porção ascendente da aorta é uma condição clínica rara, de etiologia ainda não definida, porém com desdobramentos clínicos importantes como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. A opção terapêutica pela endarterectomia parece estar associada a menores índices de mortalidade e recorrência de trombose em relação à opção medicamentosa exclusiva.

49810

Tratamento percutâneo de Comunicação interatrial em paciente idosa dialítica

CARLOS ALBERTO FERREIRA, SAMIRA SODRÉ PICHELI, MARCELLA LEITE DE MATTOS MIRANDA, RAIZA TEIXEIRA DE OLIVEIRA, GEOVANNI GABRIEL ALMEIDA BRITO, MARCOS ANTONIO MARINO, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO e ROBERTO LUIZ MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A comunicação interatrial (CIA) tipo ostium secundum corresponde a cerca de 10-12% de todas as cardiopatias congênitas. As manifestações clínicas e o diagnóstico ocorrem primariamente na infância, adolescência ou no adulto jovem; porém, os achados clínicos podem ser sutis e o diagnóstico é realizado tardiamente na idade adulta. O momento diagnóstico é determinante no prognóstico desses pacientes: um CIA tardiamente diagnosticada e/ou não corrigida pode resultar em shunt direita-esquerda e evoluir para Síndrome de Eisenmenger (SE). Curvas de sobrevivência mostram uma redução significativa da expectativa de vida em pacientes com repercussão clínica não operados, o que pode ser revertido quando o defeito é oportunamente tratado.

Relato do Caso: Paciente de 57 anos, sexo feminino, com história prévia de HAS, DM e IRC estágio IV. Internada com quadro de dispnéia progressiva nos últimos três meses e IRC agudizada, permaneceu em UTI onde foi iniciado hemodálises. Identificado comunicação interatrial do tipo ostium secundum com 1,6cm e moderado shunt E-D, com hiperfluxo pulmonar e PSAP 45mmHg. Identificado ainda à Ecocardiografia, VE com hipocntrilidade parietal em grau importante e trombo em ápex. Novo ECOTD após três semanas mostrava aumento progressivo de VD e piora de hipertensão pulmonar. Estudo hemodinâmico com aterotomose difusa leve, tronco de artéria pulmonar dilatado, presença de comunicação interatrial tipo ostium secundum com shunt esquerda-direita e à manometria: TP 45x18mmHg (27mmHg), VD 45x10mmHg, Adm 10mmHg, VE 180x87mmHg (118mmHg). Submetida a fechamento de CIA com prótese Amplatzer 26mm, com excelente resultado documentado por ecocardiograma transtorácico transoperatório. Realizou novo ECOTD no pós-operatório, sem trombo em VE, sendo suspenso anticoagulação, recebendo alta com indicação de uso de Clopidogrel por 1 mês e AAS contínuo.

Conclusão: Portadores de comunicação interatrial devem ser tratados com algum grau de repercussão hemodinâmica para evitar problemas clínicos no futuro, além de aumentar a longevidade, mesmo sendo esses pacientes totalmente assintomáticos no momento do diagnóstico. O fechamento percutâneo da CIA do tipo é procedimento bem estabelecido, sendo atualmente considerado o tratamento de escolha por seus bons resultados e sua baixa morbidade e mortalidade.

49829

A utilização da membrana de oxigenação extracorpórea (ECMO) na miocardite viral fulminante: relato de caso

LUCIANA COUTINHO DE OLIVEIRA CHICATA, ISABELA LUISA OLIVEIRA, LUCAS AUGUSTO CANTON FERREIRA, BEATRIZ CAZARIM DE SOUZA e LEONOR DE OLIVEIRA DINIZ

Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: Relato de um caso de miocardite viral fulminante que evoluiu com choque cardiogênico em que foi utilizada a oxigenação de membrana extracorpórea (ECMO). A hemodinâmica da paciente não melhorou apesar de aumentarem as doses de inotrópicos e vasopressores. Foi feita então a decisão de colocá-la na ECMO, técnica que mantém a perfusão tecidual enquanto ocorre a recuperação do órgão. Portanto, o objetivo é demonstrar que tal técnica foi crucial para a evolução clínica positiva da paciente. **DESCRIÇÃO DO CASO:** L.C.O.C, 21 anos, feminino, previamente hígida, brasileira, fazendo intercâmbio no Canadá, deu entrada na sala de emergência no dia 27 de Janeiro de 2016, com 02 semanas de história de tosse seca, sendo que no dia 27 apresentou episódios de dor torácica pleurítica, dispnéia e pré-síncope. Na sala de emergência seu ECG mostrou elevação difusa do segmento ST, compatível com pericardite. A dosagem das enzimas cardíacas estava elevada e na avaliação do ecocardiograma (ECO) notou-se o derrame pericárdico. Foi feito o controle da miopericardite e o procedimento de pericardiocentese. Na UTI, foram administrados anti-inflamatórios não-hormonais, colchicina e Tamiflu, devido ao swab da nasofaringe que veio positivo para Influenza B. Um novo ECO foi solicitado e mostrou uma severa disfunção sistólica biventricular (fração de ejeção <20%). Não houve resposta com doses altas de inotrópicos e vasopressores diante do quadro de choque cardiogênico e a conduta sequencial foi colocá-la no aparelho ECMO. Enquanto na ECMO, a paciente evoluiu com edema agudo de pulmão e a conduta foi uso de diuréticos para melhora da congestão pulmonar. O ECO transtorácico realizado posteriormente evidenciou uma parada cardíaca. No processo de desmame da bomba os parâmetros hemodinâmicos estavam estáveis e os ventrículos começaram a melhorar progressivamente. Foram retiradas as cânulas e feito o reparo da artéria femoral. A paciente recebeu alta hospitalar em condição estável. **CONCLUSÕES:** O choque cardiogênico que não reverteu com o uso de vasopressores e inotrópicos levou à decisão crucial de colocá-la na ECMO, pois havia a possibilidade de evolução para parada cardiorespiratória. Tal conduta é fundamentada para casos de assistência circulatória de emergência e pode representar uma opção de salvamento da vida do paciente ao possibilitar a chance do aparelho cardiovascular se recuperar.

49846

Metástase cardíaca de carcinoma de células claras renais - relato de um raro caso

IGOR HITIRO ITO VIEIRA, FABRÍCIO PELUCCI MACHADO, ESTEVÃO LAINA FIGUEIREDO, MARCUS GUSTAVO TITO, AMORINO COUTO SILVA JUNIOR, MARIA HELENA ALBERNAZ SIQUEIRA, EDUARDO AUGUSTO VICTOR ROCHA e DANIEL DE FREITAS MORAES

HOSPITAL LIFE CENTER, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - INSTITUTO HERMES PARDINI, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: As metástases ao coração são raras, mas são cerca de 100 vezes mais comuns do que os tumores primários deste órgão. Vários tipos de câncer po-dem causar lesões secundárias, mas carcinoma renal de células claras é raro (menos de 30 casos relatados na literatura). **RELATO DO CASO:** Mulher, 83 anos, com sinais de insuficiência cardíaca descompensada (NYHA classe III) havia 3 meses, sem história prévia de hipertensão, coronariopatia ou outros fatores de risco cardiovascular. Exame físico normal, exceto por edema de membros inferiores (+/4+) e hipofonose de B2, sem B3 ou sopros. Ecocardiograma mostrou enorme massa ocupando grande área no átrio direito (AD), que poderia ser um mixoma ou trombo. A ressonância magnética cardíaca (RMC) revelou trombo extenso no AD, que se estendia através da veia cava inferior (VCI). A ultra-sonografia abdominal mostrou um nódulo sólido de 5 cm no pólo renal superior direito. A tomografia computadorizada do abdômen confirmou a suspeita de massa renal, com extensão à veia renal direita e VCI, eliminando a hipótese de mixoma. Realizou-se nefrectomia radical direita, com linfoadenectomia e supradrenalectomia, associada à tumorectomia da VCI e AD e exérese de to-das as metástases visíveis. A análise anátomo-patológica das peças e das metástases confirmou carcinoma renal de células claras. A paciente desenvolveu pneumonia associada à ventilação mecânica, choque séptico e insuficiência respiratória, necessitando de traqueostomia. Quimioterapia e radioterapia, previamente pensadas para a paciente, não foram realizadas devido à gravidade do caso. A paciente evoluiu para o óbito após 75 dias de internação em terapia intensiva. **DISCUSSÃO:** As metástases cardíacas são raras, mas muitas vezes ameaçam a vida. Frequentemente são diagnosticadas erroneamente com apenas um tipo de imagem cardíaca. Neste caso particular, a RMC foi essencial para definir o diagnóstico correto. O tratamento consiste na exérese total do tumor primário e das metástases, além de quimioterapia e radioterapia. Embora o procedimento inicial extenso tenha sido bem sucedido, não foi suficiente para mudar o curso da doença e evitar o óbito. **CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES:** Este representa um caso raro de carcinoma renal de células claras com metástase cardíaca via VCI. Embora raras, as metástases devem ser hipóteses sempre aventadas na presença de uma massa cardíaca e uma investigação completa deve ser feita a fim de descartá-las.

49863

IAMCSST anterior como complicação de Miocárdio não compactado

ERICA BALBINO DA SILVA SALGADO, e RENATO BUENO CHAVES

ICDF-Instituto de Cardiologia do Distrito Federal, Brasília, DF, BRASIL.

Introdução: Miocárdio não compactado é rara desordem congênita da morfogênese endomiocárdica, sendo uma de suas complicações, a isquemia miocárdica, mesmo com cineangiogramas normais. A média do início de sintomas após o diagnóstico foi de 3.5 anos, sendo os sintomas mais prevalentes: dispnéia em 79%, IC CF III/IV em 35%, dor torácica em 26% e FAC em 26% dos casos. **Descrição do caso:** J.M., masculino, 43 anos, com diagnóstico de miocardiopatia dilatada desde 2012, mantinha em IC CF II/III (NYHA), apresentou dor precordial típica em 11/12/15, diagnosticado como IAMCSST. Trombolisado com Tenecteplase, em delta T: 3h30min. Submetido a CATE que não mostrou lesões obstrutivas. Exames de imagem sugeriram diagnóstico de miocárdio não compactado, com disfunção ventricular grave, FE: 9%, às custas de hipocinesia difusa, com trombos em ápice do VE. Exame físico: BEG, corado, hidratado, acianótico. PA 94/69, FC 94, FR 21, P 76; A 1,72; IMC 25, SpO2 96. AR: MVF sem RA. ACV: RCR, 2T, hiperfonese de B2 em FAo e FP, SSMi e FT 2+/6+, sem TJ, discreto edemas em mmii. Abd: flácido, indolor, fígado palpável a 4cm do rebordo costal D, indolor. Ext: MMII com edema 1+/4+, perfusão periférica satisfatória. Exames complementares: ECG 11/12/15: RS, FC: 100, Supra de ST de V3-V5. - ECG 30/3/16: RS, FC: 100, má progressão de R em parede inferior e Antero-septal, com ARV em parede lateral. - CATE: Sem lesões obstrutivas - RNM 01/02/16: S:9, PP:7, VE: 79/76, FE: 9%, trabeculações em região apical do VE sugestivo de miocárdio não compactado, trombos em ápex do VE. Diagnósticos: IAM trombolisado com critérios de reperfusão em 2015 com CATE normal, IC CF II/III atual com FEVE: 17%, Miocárdio não compactado isolado, Trombos em VE. Hipertensão pulmonar moderada. **Conduta:** Medidas para tratamento de IC e prevenção de eventos tromboembólicos. **Conclusão:** Considerar infarto agudo do miocárdio como complicação de miocárdio não compactado, mesmo na ausência de DAC, com indicação de medidas necessárias afim de prevenir novos eventos tromboembólicos.

49878

Infarto do miocárdio como diagnóstico diferencial em trauma torácico fechado

DAISA LIMA ROCHA, EDSON ELVIRO ALVES e ANGELO MARCIO SILVA COUTINHO

Cebans, Barbacena, MG, BRASIL.

Introdução: O infarto do miocárdio (IAM) após trauma torácico fechado (TTF) é uma complicação extremamente rara e seu diagnóstico difícil, já que a dor torácica é frequentemente relacionada ao trauma local. O IAM não tratado, pode levar a altos índices de morbi-mortalidade. Relato de caso: EM, homem, 30 anos, previamente hígido, vítima de acidente com motocicleta com TTF com tatuagem traumática em tórax do guidão da motocicleta e fratura de membro superior direito. Ao exame físico apresentava apenas tatuagem traumática em região retroesternal e escoriações, sem demais alterações. Radiografia de tórax dentro da normalidade. Após três dias internado, manteve dor torácica de forte intensidade e dispneia, sendo avaliado pelo médico plantonista e submetido a eletrocardiograma que demonstrou supra de ST em parede anterior. CK total 599, CKMB36, troponina 1,6. Paciente transferido a centro de referência cardiológico, onde foi submetido cateterismo cardíaco que revelou coronária descendente anterior (DA) tipo III, com obstrução importante, em lesão segmentar extensa na porção próximo medial (aspecto angiográfico de dissecação coronária com comprometimento luminal importante) e fluxo TIMI 2 para porções distais. Ventrículo esquerdo com hipocinesia ântero-septal moderada a importante e acinesia apical. Após dilatação com cateter balão, foram implantados 2 stents na DA com bom implante e fluxo TIMI 3. Também foi otimização do tratamento para insuficiência cardíaca. Realizou Ecocardiograma de controle com acinesia médio apical das paredes anterior e anteroseptal, com redução da fração de ejeção 51%. **Discussão:** A dor torácica no TTF pode ocorrer por diversas causas: contusão pulmonar e cardíaca, fratura de costelas, pneumo/hemotórax e diversas outras. Os exames não invasivos disponíveis não podem ser considerados específicos para o diagnóstico do IAM por dissecação coronária por TTF. O supra de ST no ECG pode ser relacionado a outras causas de lesão miocárdica como pericardite e contusão miocárdica, assim como as alterações das enzimas cardíacas e o do ecocardiograma. Desta forma, na presença de suspeição clínica e exames alterados, a angiografia coronariana deve ser realizada para confirmação e instituição da terapêutica, evitando complicações maiores do IAM. A terapia trombolítica pode acarretar maior risco de sangramento nas outras lesões corridas durante o trauma, sendo a angioplastia coronária ou o by-pass preferíveis.

49886

Insuficiência de ventrículo direito secundária à regurgitação tricúspide por displasia congênita isolada

ANDRE DIAS NASSAR NABACK, ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO, ALEX JUNIOR DE ARAUJO, CHRISTIANO GONÇALVES DE ARAUJO, FERNANDA BAHIA DE CARVALHO COUTINHO, FILIPE DIAS NASSAR NABACK, JAQUELINE AMORIM ARANTES e JULIA SALLES REZENDE DIAS

Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: As causas primárias de regurgitação tricúspide (RT) são incomuns, sendo as displasias congênitas isoladas ainda mais raras. Poucos casos dessas condições foram descritos e, geralmente, o diagnóstico é feito por exclusão ou durante abordagem cirúrgica. **Descrição do caso:** Homem de 40 anos, com relato de internação aos 3 anos de idade por "inchaço e sopro no coração". Na época, recebeu tratamento medicamentoso domiciliar, o qual cessou por conta própria após alguns anos. Evoluiu sem intercorrências até os 15 anos de idade, quando foi internado por quadro de dispneia, sem maiores esclarecimentos. Em 2010, devido a palpitações, teve nova internação, sendo diagnosticado com flutter atrial (FluA) e submetido a cardioversão (CVE). Permaneceu assintomático até 2015, quando recorreu com quadro de dispneia e palpitações ao realizar esforço físico. Foi admitido em Pronto Atendimento com FluA e instabilidade hemodinâmica, sendo realizada nova CVE. No mesmo ano, o paciente também foi submetido a procedimento de ablação em átrio direito. Em 2017, os sintomas recorreram, realizando-se outra ablação e investigação etiológica mais criteriosa de tais eventos. **Exame físico:** sopro holossistólico em BEEI grau III/VI, Rívero Cavallo positivo e VD palpável. ECG: ritmo sinusal e sobrecarga de VD. ECOTE: AE 31; VE D/S 39/25; FEVE 66%; VE de dimensões normais com assincronia septal e funções preservadas; VD dilatado e hipocontrátil; AD aneurismático; regurgitação mitral discreta; regurgitação pulmonar leve a moderada; RT importante e valva com aspecto displásico; PSAP 30mmHg. CATE: arteriografia pulmonar dentro dos limites da normalidade; VD dilatado com hipocinesia difusa moderada; RT grave; aumento importante de AD. Ressonância magnética cardíaca (RMC): aumento importante de câmaras direitas; RT; função sistólica do VE e VD levemente comprometida no repouso; ausência de realce tardio; septo interatrial aparentemente íntegro. **Hipóteses diagnósticas:** insuficiência de ventrículo direito secundária a RT grave primária. **Conduta:** proposta de troca valvar. **Conclusão:** Diante do caso clínico e dos exames realizados, excluímos causas secundárias de RT. Entre as causas primárias, a mais provável seria de uma doença congênita, sendo a mais prevalente a anomalia de Ebstein, descartada pela RMC. Considerando-se a disfunção ventricular direita progressiva, mas ainda com função contrátil com depressão leve a moderada, a melhor conduta para tratamento é a abordagem cirúrgica.

49895

Insuficiência mitral aguda por ruptura valvar pós valvoplastia percutânea por balão de inoue, com boa evolução clínica

IGOR HITIRO ITO VIEIRA, CRISTIANO RAGAZZI SILVA CARMO, IVAN FERREIRA DE FREITAS, CARLOS AUGUSTO FORMIGA AREAS, CLÁUDIO LÉO GELAPE, DANIEL DE FREITAS MORAES, ROBERTO DRUMOND FERREIRA DE MELO e ESTEVÃO LANA FIGUEIREDO

HOSPITAL LIFECENTER, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A estenose valvar mitral (EM) reumática é muito prevalente em nosso meio. As manifestações clínicas variam desde quadros assintomáticos até franca insuficiência cardíaca (IC). Critérios ecocardiográficos estabelecidos por Wilkins-Block definem os pacientes passíveis de valvoplastia percutânea por balão de Inoue (VPB) - escore < 8. Uma das raras complicações da VPB é o desenvolvimento de insuficiência mitral (IM) aguda, que, em geral, requer tratamento cirúrgico de urgência. Assim, sempre que se for realizar VPB, deve-se ter equipe de cirurgia cardio-vascular (CCV) de prontidão. **OBJETIVOS:** Relatar o caso de uma paciente portadora de EM reumática (escore de Wilkins-Block 7) submetida eletivamente a VPB com balão de Inoue que apresentou ruptura do folheto posterior da valva mitral, evoluiu com insuficiência mitral aguda. **RELATO DO CASO:** Mulher, 30 anos, portadora de EM reumática; relata que nos últimos 6 meses tem apresentado piora da classe funcional, dispneia aos esforços moderados e menores. Ao ecocardiograma (Eco): AE: 46mm; área valvar mitral: 1 cm²; escore de Wilkins-Block: 7 gradiente médio transvalvar mitral: 18mmHg, PSAP: 45mmHg. Internada eletivamente para realizar VPB. Ao final do procedimento identificou-se, à ventriculografia, IM moderada a grave. Admitida na UTICV com hipoxemia, mas ainda com bom padrão respiratório. Evoluiu com dispneia importante em repouso, sat O2 88% em uso de su-plementação de O2 por máscara facial. Ao exame: crepitações pulmonares até 1/3 médios, bilateralmente, sopro protomesosistólico, mitral, piante, de intensidade III/VI de Lévine, com irradiação à axila E, com B3. RX torax: intensa congestão pulmonar bilateral. Eco:pós procedimento: fluxo transvalvar mitral turbilhonado, IM importante, com jato excêntrico. Levada à cirurgia de urgência. Observado ruptura completa do folheto posterior da mitral, impossibilitando plastia. Implantada prótese biológica. Desenvolveu fibrilação atrial aguda, prontamente revertida. Evoluiu com melhora progressiva. **DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:-** Existem duas modalidades de tratamento intervencionista da EM: VPB e cirurgia (comissurotomia ou troca val-var). Embora bem indicada neste caso, a VPB complicou-se com IM grave. A presença da equipe de CCV de prontidão contribuiu para o rápido e efetivo tratamento da IM, reforçando a importância do conceito do "Heart Team" Pac

49897

Valvuloplastia mitral percutânea para tratamento de im degenerativa: relato de casos

MARINA Y M SILVA, VICTOR L O P ARAUJO, CARLOS E ORNELAS, HENRIQUE P M PENA, ARIANE V S MACEDO, JOSE G CARNEIRO, ANTONIO C N FERREIRA e DANILLO C P ALMEIDA

Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

A IM leva ao comprometimento da contratilidade do VE e HAP. O diagnóstico se baseia no exame físico: SS regurgitativo mitral. O ECOTT define a gravidade e a etiologia do acometimento valvar. O tratamento cirúrgico é indicado em pacientes sintomáticos, com sinais de repercussão hemodinâmica e dilatação progressiva do VE. As opções cirúrgicas são plastia ou substituição valvar. Em pacientes com alto risco operatório, existe a opção de plastia mitral percutânea através do dispositivo Mitra Clip. A: O.O.D, 90 anos, feminino. Portadora de degeneração mixomatosa mitral com prolapso valvar leve a moderado identificado desde seus 81 anos. Última consulta em 10/2016 em CF I. Internada em 11/2016 com ICC aguda e EAP secundários à ruptura parcial de cordoalhas tendíneas causando IM grave. Indicado inicialmente cirurgia corretiva, com EUROSOCORE de 10,6%. Frente ao grave perfil do caso, foi discutido em equipe de "Heart Team" e indicada a intervenção mitral percutânea pela técnica de Mitra Clip. Implantado dois cliques guiados por ECOTE, com sucesso. Atualmente em CF I, com ECOTT evidenciando IM residual leve a moderada. B: E.S.P, 60 anos, feminino, portadora de cardiomiopatia hipertrófica arritmogênica não-obstrutiva, com passado de AVEI em 2007 com hemiplegia direita e afasia motora. Em 2012 iniciou com flutter atrial, submetida a EEF com ablação do istmo cavotricúspide e iniciada anticoagulação oral plena. Concomitantemente recebeu implante de CDI para prevenção primária de morte súbita arritmogênica. Em 2013 desenvolveu FA de ARV refratária ao tratamento clínico, sendo submetida a ablação do nó AV para prevenção de terapias inapropriadas do dispositivo eletrônico. Evoluiu em CF II até 12/2016 quando internou em ICC CF IV, com piora do sopro mitral regurgitativo. Identificado em ECOTE ruptura parcial das cordoalhas tendíneas do folheto anterior com IM grave. Devido à limitação física e EUROSOCORE de 7,9%, o caso foi discutido em reunião de "Heart Team" e indicado tratamento percutâneo através de Mitra Clip, com regressão da IM de grave para moderada, recebendo alta hospitalar em CF I. Descrevemos dois casos de IM degenerativa por ruptura parcial de cordoalha tendínea com alto risco operatório, tratados com sucesso através da técnica de valvuloplastia percutânea com Mitra Clip, mostrando a oportunidade de incorporação desta nova tecnologia em casos difíceis, já respaldados por extensa literatura.

49900

Tamponamento cardíaco assintomático em paciente portador de Linfoma mediastinal

IGOR HITIRO ITO VIEIRA, CRISTIANO RAGAZZI SILVA CARMO, GUSTAVO FONSECA WERNER, LAURO HENRIQUE CARNEIRO TAVARES, DANIEL DE FREITAS MORAES, CLÁUDIO LÉO GELAPE, ISABELA VIANA DE PAIVA e ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO

HOSPITAL LIFE CENTER, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: O pericárdio é constituído por duas camadas (visceral e parietal). O derrame pericárdico (DP), acúmulo de mais de 50ml de líquido pericárdico, se dá por várias causas como idiopática, infecciosas e neoplasias. Tamponamento cardíaco (TC), caracteriza-se por dispnéia, ingurgitamento jugular, abafamento de bulhas, pulso paradoxal ou de Kussmaul. Ocorre quando um DP acumula-se rapidamente ou adquire volume acentuado. Pode levar ao óbito, por disfunção diastólica e restrição à ejeção ventricular. A suspeita clínica e pronta drenagem são cruciais para a boa evolução. **RELATO DO CASO:** Homem, 33 anos, tratameto recente (3 meses) para miocardite presumível-mente viral (ressonância magnética do coração comprovou padrão de miocar-dite), em uso de colchicina. Atendido com dor epigástrica e hipoxemia iniciadas no dia 03/05/2017, sem outros sintomas associados. Negou febre, vômito, diar-reia, dispnéia, dor torácica ou sudorese no momento do atendimento no PS. Ao exame físico (avaliação da cirurgia geral) apresentava dor epigástrica, hepatomegalia inespecífica, sem sinais de irritação peritoneal. Realizado Ultrassom abdo-minal abdome que evidenciou hepatomegalia inespecífica e pequena quantidade de líquido livre na cavidade abdominal. Colan-giorressonância dia 05/05/2017: sem alterações no trato biliar, der-rame pericárdico significativo, derrame pleural bilateral, ascite leve. Ecocardiograma (Eco) 05/05/17:: volumoso DP, com sinais de TC. Tomografia computadorizada do tórax: formação ex-pansiva com coefi-cientes de atenuação de partes moles, localiza-da no mediastino anterior, sem limites de clivagem nítidos com o pericárdio, estendo-se à região pa-racardíaca e ao lobo superior do pulmão direito, associada a volumoso derrame pleural e pericárdico, de etiologia indeterminada. Linfonomegalia mediastinal. Sub-metido a pericardiocentese, com drenagem de 900 mL de DP amarelo-citrino e rea-lização de biópsia pericárdica, que foi inconclusiva. Realizada, então, medias-tinoscopia. Evidenciou-se massa aderida ao pulmão esquerdo, com aspecto macroscó-pico sugestivo de Linfoma, confirmado à imuno-histo-química. **DISCUSSÃO E CON-CLUSÕES:** 50% dos DP volumosos e assintomáticos sem causa definida se de-vem a câncer previamente não reconhecido, sendo o linfoma um dos principais. O tumor pode gerar obstrução da drenagem linfática pericárdica. O DP forma-se lentamente, justificando a ausência de sintomas e tolerância, como no presente caso.

49914

Miocardipatia de takotsubo como diagnóstico diferencial das síndromes coronarianas agudas: relato de caso

IGOR HITIRO ITO VIEIRA, GUSTAVO FONSECA WERNER, ISABELA VIANA DE PAIVA, CRISTIANO RAGAZZI SILVA CARMO, LAURO HENRIQUE CARNEIRO TAVARES, KLEISSON ANTÔNIO PONTES MAIA, CHRISTIANE PIRES MAROTA e ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO

HOSPITAL LIFE CENTER, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

FUNDAMENTOS: A cardiomiopatia de takotsubo (CT), cardiomiopatia do estresse ou síndrome do coração partido caracteriza-se pela transitória discinesia ou acinesia apical e hipercinesia basal do VE, associada a alterações sugestivas de isquemia ao eletrocardiograma (ECG) e elevação de marcadores de necrose miocárdica (MNM), simulando infarto do miocárdio. A coronariografia (CATE) visualiza-se balonamento apical e coronárias isentas de obstruções significativas. Corresponde a 1-2% das admissões por SCA e 2,2% das por insuficiência cardíaca agudamente descompensa-da. Acomete mulheres pós-menopausadas; um fator estressante físico ou psíqui-co precedente normalmente está presente. Pode ser fatal, mas 95% recuperam a função ventricular em 4-8 semanas. Recorrência ocorre em menos de 10%. Varian-tes raras são a forma "invertida" e a associada às emoções felizes (happy heart syndrome) O tratamento é suportivo. Embora alguns pacientes possam morrer, a maioria evolui bem, com reversão completa do quadro. **RELATO DO CASO:** Mulher, 54 anos, deprimida, sem história prévia de hipertensão arterial, diabetes ou tabagis-mo, sem história familiar de cardiopatias. História de discussão familiar importante há 2 semanas. Deu entrada no PS com queixas de dispnéia rapidamente progressiva (2 semanas), associada a dor torácica anginosa e sudorese profusa. Exame físico sem maiores alterações, PA = 130/80 FC: 68 Sem congestão pulmonar e sem B3. Eletrocardiograma (ECG): Ritmo sinusal regular, com importantes inversões de on-das T de V2-V6. Houve elevação de troponina e NT-proBNP. Ecocardiograma (Eco): FEVE 45%, com alterações segmentares (hipocinesia apical e hipercinesia basal). CATE: coronárias isentas de ateromatose significativa. Não foi feita ventriculografia. Ressonância Magnética Cardíaca: acinesia apical do VE, configurando balonamento domesmo, com hipercinesia relativa do segmento basal do VE e FEVE de 40%. Iniciou-se AAS, Atorvastatina, Bisoprolol, Enalapril e Sertralina. Em controle ambula-torial após 4 semanas, a paciente encontrava-se assintomática. O NT-proBNP encontra-se normalizado e ao Eco já não se observa alteração segmentar, com FEVE de 63%. ECG: normalização das alterações de ondas T. **DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:** A CT é uma entidade frequente, com características clínicas e de exames de imagem muito peculiares, com boa evolução clínica. No presente caso, a forte suspeita clínica e a Ressonância Magnética Cardíaca foram fundamentais para o diagnóstico certo.

49920

Insuficiência mitral crônica agravada pelo pós-parto imediato, com edema agudo de pulmão, clinicamente resolvida - relato de caso

IGOR HITIRO ITO VIEIRA, ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO, GUSTAVO FONSECA WERNER, ISABELA VIANA DE PAIVA, CRISTIANO RAGAZZI SILVA CARMO, LAURO HENRIQUE CARNEIRO TAVARES, CLÁUDIO LÉO GELAPE e KLEISSON ANTÔNIO PONTES MAIA

HOSPITAL LIFE CENTER, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO E FUNDAMENTOS: A miocardiopatia periparto (MCP) típica-mente associa-se a disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (VE), inicia-se no período puerperal imediato até 5 meses após o parto. O acometimento valvar mitral é variável. Possíveis causas: processos inflamatórios, reações auto-imunes, citocinas inflamatórias, infecções virais, distúrbios nutricionais, disfunção endotelial e distúrbios hormonais. As manifestações clínicas variam muito, desde exarcebamento dos sintomas típicos do final da gestação (edemas de membros infe-riores, dispnéia, ortopnéia até quadro intensos, geralmente em classes fun-cionais III e IV da NYHA. A suspeita clínica, associada à exclusão de outras causas de miocardiopatia contribuem para o diagnóstico. Prolapso valvar mitral (PVM), levando à insu-ficiência mitral (IM) grave é um evento raro na gestação. Embora devido à queda da resis-tência vascular periférica e da pós-carga a IM seja bem tolerada durante a gestação, alterações cardiovasculares associadas à gravidez por vezes agravam manifestações de doenças valvares pré-existentes. A presença de IM aguda grave, com edema agudo de pulmão (EAP), normalmente é indicação de cirurgia valvar de urgência. **RELATO DO CASO:** Mulher, 37 anos, sem história conhecida de doença valvar, história de gravidez normal há 5 anos. Na 37 semana da 2 gestação apresentou elevação de níveis pressóricos (150/100 mmHg), edema de membros inferiores (MMII), intensa dispnéia de repouso, ortopnéia. Parto cesáreo dito sem intercorrências. No 3 DPO da cesária deu entrada em nosso serviço em franco EAP, com or-topnéia, dispnéia aos menores esforços, importante edema de membros inferiores (4+/4+), PA=160/ 100, crepitações pulmonares nos 2/3 inferiores de ambos pulmões, B3 e S5, holossistólica, grau III/IV mitral. Eletrocardiograma: ritmo sinusal, sobrecarga atrial esquerda. RX tórax: aumento átrio esquerdo (AE), intensa congestão pul-monar. BNP: 650. Angio TC tórax afastou embolia pulmonar e mostrou derrame pleural bilateral. Ecocardiograma (Eco) transesofágico: Importante aumento do AE. Função esquerdo normal (FEVE: 67%). Grave IM, sem sinais de vegeta-ções, com jato excentrico, por PVM (scalope A1). Iniciou-se intenso tratamento clínico com Furosemida venosa, Espironolactona, Enalapril, Bisoprolol. Houve melhora clínica significativa, regressão so sopro mitral para protomeso e grau II/VI, redução da IM ao Eco e normalização do NT-proBNP. **CONCLUSÕES:** Raro caso de IM grave no pós-parto,

49921

Miocardipatia de Takotsubo: relato de caso

RENATO BORGES ARAÚJO, LUIS EDUARDO DINIZ COUTO, JOSE WALTER MENDES NOGUEIRA, ANTÔNIO FERNANDINO BAHIA NETO, CASSIA MARIA SIQUEIRA DE OLIVEIRA, CAROLINA SIQUEIRA DE OLIVEIRA e THIAGO JOSÉ DE ASSIS

Hospital Santo Antônio, Curvelo, MG, BRASIL.

Introdução: A Miocardiopatia de Takotsubo (MT) ou síndrome do coração partido é uma situação caracterizada por disfunção sistólica do ventrículo esquerdo que mimetiza uma síndrome coronária aguda. Ocorre habitualmente após estresse emocional, com predomínio em mulheres na pós-menopausa. Apresenta-se, frequentemente, com dor torácica ou dispnéia, alterações eletrocardiográficas sugestivas de isquemia e elevação das enzimas cardíacas. A hipótese fisiopatológica mais aceita atualmente é a existência de um excesso de catecolaminas que, por causar uma sobrecarga de cálcio nos miócitos cardíacos, leva a perturbação da contração e função ventricular. A maioria apresenta melhora completa em semanas e alguns casos podem evoluir para disfunção ventricular irreversível. **Relato de Caso:** NMS, 74 anos, feminino, hipertensa, dislipidêmica, após estresse familiar, evoluiu com quadro de desconforto precordial típico, com irradiação para o dorso e dispnéia, associado à síncope. Procurou atendimento 4 horas após o início dos sintomas. O exame físico revelou B4 e crepitações pulmonares em bases. O eletrocardiograma (ECG) admissional apresentou inversão de onda T em paredes inferior, anterior e lateral. Submetida à cineangiogramografia, de urgência, que evidenciou lesão discreta no terço médio da artéria descendente anterior, e ventriculografia esquerda revelou discinesia apical. Mantido conduta conservadora. Na unidade de tratamento intensivo, realizado ecodopplercardiograma transtorácico (ECOTT) que evidenciou disfunção ventricular, fração de ejeção (FEVE) de 40%, com discinesia apical e hipercontratilidade dos segmentos basais. Foi instituído tratamento para insuficiência cardíaca (IC) e para o transtorno de humor, recebendo alta em 5 dias. Repetido o ECOTT em 30 dias, que mostrou recuperação completa da função ventricular (70%). Observamos que a normalização do ECG só ocorreu após 3 meses. **Conclusão:** A MT deve ser considerada no diagnóstico diferencial da síndrome coronariana aguda, especialmente quando os sintomas forem precipitados por intenso estresse emocional. Em sua maioria, a síndrome é transitória e o tratamento é baseado no suporte da IC instalada. Embora seja uma entidade cada vez mais sob investigação, é uma doença com um número de casos descritos relativamente pequeno. Seu prognóstico é bom, com baixa mortalidade, alta reversibilidade sem sequelas e baixa taxa de recorrência.

49923

Síndrome de Marfan associado a via acessória

LIVIA ARAUJO PEREIRA, LEONARDO ALEXANDRE GANDRA, FILIPE JOSÉ COSTA MARINHO RIBEIRO, ROBERTA VALERIO DE ARAUJO NAVES, BRUNO DALA VEDOVA GOMES BEATO, JORGE BIANCHI GAZOLLA JUNIOR, PEDRO GONTIJO PUBLIO e LUCIANA GONTIJO VIVIAN

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

A síndrome de Marfan (SMF) é uma doença autossômica dominante do tecido conjuntivo que envolve principalmente os sistemas cardiovascular, musculoesquelético e visual, devido a mutações no gene da fibrilina-1. Os problemas mais graves incluem dilatação da raiz da aorta e dissecação. Seu diagnóstico clínico envolve uma abordagem multidisciplinar incluindo cardiologistas, reumatologistas, oftalmologistas, neurologistas, dentre outros. Trata-se paciente 47 anos, masculino, diabético, ex tabagista (35 anos/ maço), peso 96 kg, altura 196 cm.

História familiar: mãe cardiopata, pai falecido de acidente vascular cerebral, sobrinha em investigação para síndrome de Marfan.

Paciente procurou assistência oftalmológica em 2014, devido à perda de acuidade visual em olho esquerdo. Durante exame foi detectado estigmas sugestivos da SMF. Orientado a procurar um cardiologista para propedêutica porém o paciente não o fez. Posteriormente com objetivo de realizar atividade física procurou um cardiologista para realização de teste ergométrico. Durante o exame foi aferido a glicemia, detectado alteração e internado então para ajuste. Até o momento não fazia uso de qualquer medicação. Foi solicitado parecer da cardiologia devido à suspeita da síndrome de Marfan, realizado propedêutica e diagnosticado aneurisma de Aorta Torácica e Abdominal com indicação cirúrgica e síndrome de pré excitação ventricular ao holter. Ecocardiograma transtorácico (06/ 10/ 16): Aorta 54mm, AE 53mm, FEVE 66%, insuficiência aórtica grau moderado.

Submetido em outubro de 2016 a cirurgia de Bentall de BONO. Em fevereiro 2017, realizado nova abordagem em aneurisma de aorta abdominal. A síndrome de pré excitação ventricular associada a SMF é rara, podendo ser um elo embriológico com talvez uma possível conexão.

O manejo dos paciente portadores da síndrome de Marfan requer uma abordagem multidisciplinar, pois é uma doença de ampla complexidade, mas que tem apresentado, com tratamento adequado, resultados consideráveis na sobrevida.

O diagnóstico precoce favorece o delineamento da estratégia terapêutica, o seguimento de longo prazo e o encaminhamento aos especialistas, possibilitando, junto ao tratamento clínico ou cirúrgico, a prevenção das complicações maiores da doença.

49925

Tratamento de superidoso com lesões coronarianas antes inabordáveis – a evolução na Cardiologia Intervencionista

MARCOS ANTONIO MARINO, CASSIO MENEZES NOGUEIRA, MAURO ISOLANI PENA, ALEXANDRE J. VON SPERLING VASCONCELLOS, ROBERTO JOSE DE QUEIROZ CREPALDI, WALTER RABELO, ROBERTO LUIZ MARINO e BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Com o envelhecimento populacional, nos deparamos com novos desafios e lesões coronarianas complexas, antes unabordáveis. O avanço tecnológico na Cardiologia Intervencionista tem permitido o tratamento destas lesões, proporcionando aos superidosos (acima de 80 anos) menor morbimortalidade e melhor qualidade de vida. Exemplificando tais benefícios, apresentamos o caso da paciente M.B.S.L. 87 anos, sexo feminino, hipertensa, diabética, coronariopata, portadora de fibrilação atrial permanente anticoagulada e passado de infarto agudo do miocárdio (IAM) em agosto 2016. À época, foi submetida à Coronariografia que evidenciou Descendente Anterior (DA) ocluída em 1/3 médio, com enchimento por colaterais, Circunflexa (CX) ateromatose difusa leve e Coronária Direita (CD) ocluída em 1/3 médio com trombos. Realizada na ocasião, em outro serviço, angioplastia por balão em CD, sem sucesso na progressão de Stent. A paciente foi mantida sob tratamento medicamentoso, devido à "impossibilidade de abordagem da lesão". Evoluiu bem até que, em 30/05/17, apresentou insuficiência cardíaca, dor torácica e dispnéia aos pequenos esforços. À admissão em nosso serviço, foi submetida à ecocardiograma que mostrou fração de ejeção preservada, porém com alteração segmentar em parede inferior. Foi optado por nova coronariografia que evidenciou: DA ocluída em 1/3 médio, enchendo através de exuberante colateral proveniente do ramo Ventricular Posterior, CX lesão moderada em 1/3 médio, CD tortuosa, calcificada com lesão ostial leve, lesões graves de 80% em 1/3 médio e distal. Realizado "ad hoc" angioplastia por balão na lesão do 1/3 médio da CD, sem sucesso na progressão do Stent apesar do uso de múltiplos cateteres e cordas guias. Interrompido o procedimento e solicitado cateter "Mother and Child" para anatomias complexas. Após cinco dias, período em que a paciente manteve boa função renal, as lesões foram reabordadas com cateter "Mother and Child", com implante de duplo Stent na CD, sem dificuldade técnica e com menor tempo de radiação, uso de contraste e manipulação coronária. Apresentou boa evolução clínica, recebeu alta sem novos episódios anginosos, em uso de AAS, Clopidogrel e Varfarina. Demonstramos no caso exposto como os avanços tecnológicos vêm acompanhando os desafios impostos pelo envelhecimento populacional, permitindo o tratamento de lesões antes unabordáveis.

49928

Diagnóstico diferencial entre sequela valvar mitral reumática e prolapso valvar mitral 10 anos após quadro de cardite: relato de caso

SUSANA DRUMOND PERES, ZILDA MARIA ALVES MEIRA e FÁTIMA DERLENE ROCHA ARAUJO

Hospital das Clínicas, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

A febre reumática aguda (FRA) é uma doença inflamatória difusa e não supurativa que ocorre em indivíduos suscetíveis, como uma complicação tardia de faringoamigdalite causada por Streptococcus pyogenes B-hemolítico do grupo A de Lancefield. O processo é desencadeado por resposta imunológica humoral e celular inadequada, sendo mais frequente em crianças e adolescentes. Na FRA a regurgitação mitral (RM) é a alteração mais frequente, causada por dilatação do ventrículo esquerdo (VE), do anel mitral e pelo prolapso valvar mitral (PVM). A fase crônica é conhecida como cardiopatia reumática, quando as lesões permanecem como sequela da FRA. Relato de caso: DRS, 16anos, apresentou quadro de FRA com cardite grave: manifestações clínicas de insuficiência cardíaca (IC) e RM grave à ausculta cardíaca. Ecocardiograma (ECO) realizado na época (26/11/2007): RM grave, regurgitação aórtica (RAo) leve, pressão sistólica em artéria pulmonar: 43mmHg, aumento importante de câmaras esquerdas (CE). Recebeu medicação classicamente indicada nos quadros de cardite: prednisona e tratamento clínico de IC, além de Penicilina G Benzatina (PGB) mantida em aplicações a cada 21 dias. Evoluiu com melhora clínica, com suspensão progressiva da medicação (furosemida e IECA), mantendo-se em profilaxia secundária regular com PGB. Atualmente assintomático, em classe funcional I de NYHA. ECOs realizados, em geral anualmente, apresentaram melhoras lentas e progressivas, com estabilização observada nos últimos 2 exames: 30/01/15: RM moderada a grave, aumento moderado de CE. ECO 16/05/17: Folheto posterior (FP) mitral com mobilidade reduzida, espessamento leve e prolapso. Folheto anterior normal. Falha de coaptação dos folhetos em sístole, RM grave excêntrica. Folhetos da valva aórtica (VAo) com espessamento leve e RAo leve. Aumento importante do átrio esquerdo e moderado do VE. Fração de ejeção (Teichholz): 59%. Conclusão: sem o conhecimento da história, os achados ecocardiográficos poderiam ser atribuídos aos do PVM mixomatoso. Porém, os achados compatíveis com envolvimento reumático também estavam presentes: mobilidade reduzida do FP, espessamento valvar e envolvimento da valva aórtica. Assim, o ecocardiografista deve fazer uma breve anamnese e observar as particularidades das alterações morfológicas valvares, sendo possível o diagnóstico diferencial e proporcionar ao paciente a terapêutica adequada.

49930

Isquemia medular após implante de endoprótese para correção de aneurisma de aorta abdominal - relata de caso raro.

GUSTAVO F WERNER, ISABELA V PAIVA, ESTEVÃO L FIGUEIREDO, IGOR H I VIEIRA, LAURO H C TAVARES, CRISTIANO R S CARMO, CARLOS A F AREAS e IVAN F FREITAS

HOSPITAL LIFECENTER, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A isquemia medular após a correção de aneurisma de aorta abdominal seja por implante de endoprótese ou cirurgia aberta é uma complicação neurológica desastrosa e rara. Estima-se que sua incidência é em torno de 1 em cada 400 correções cirúrgicas e de 1 a cada 5000 implantes de endopróteses. A etiologia parece ser multifatorial fazendo com que este evento seja imprevisível e inevitável.

OBJETIVO: Relatar o caso raro de isquemia medular pós implante de endoprótese para correção de aneurisma de aorta abdominal.

RELATO DO CASO: 68 anos, masculino, internou devido a quadro de piora da dor abdominal iniciada há cerca de 45 dias da data de internação. Tomografia de abdômen evidenciou aneurisma de aorta abdominal infrarrenal. Devido a persistência dos sintomas, repetiu o exame: aumento das dimensões do aneurisma.

Submetido a implante de endoprótese de aorta abdominal, evoluindo no pós operatório imediato com choque cardiogênico. Após reversão do quadro agudo, foi evidenciado paraplegia densa e flácida dos membros inferiores com arreflexia. Foi considerado então etiologia isquêmica aguda, de medula, mantendo então o paciente com hipertensão permissiva para otimizar a perfusão medular objetivando reverter eventual penumbra.

Recebeu alta com manutenção da paraplegia, bexiga neurogênica e isquemia de quinto artelho do pé direito devido aterembolismo distal (blue toe syndrome).

DISCUSSÃO: caso mostra uma complicação rara, grave, de um procedimento comum nos dias atuais.

49931

Relato de caso: FOP e AVC em paciente jovem vítima de acidente motociclístico

MARINA TEIXEIRA DO COUTO, RONARA ANGELICA DE SOUZA, ISADORA MELO CUNHA, LETICIA MARZANO SILVA, EDUARDA PAES FONTOURA ALVES DOS SANTOS, MARIA CRISTINA COSTA DE ALMEIDA e SYLMARA JENIFER ZANDONA FREITAS

Centro Universitário de Belo Horizonte - UNIBH, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Hospital João XXIII, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: O forame oval é um espaço em forma de túnel entre o septo secundum e o septo primum subjacentes e, tipicamente, fecha-se em 75% dos indivíduos ao nascimento, por meio da fusão dos septos. Em cerca de 25% dos indivíduos ocorre a persistência do forame oval patente na vida adulta (FOP), resultando em uma comunicação patológica interatrial. Essa comunicação tem sido implicada no AVC criptogênico por permitir a embolia paradoxal de trombos formados em vias sistêmicas ou no próprio túnel da FOP. Relato de caso: Paciente 17 anos, portador de DM1, vítima de acidente motociclístico, com fratura de bacia, fratura exposta de tíbia e fíbula esquerdas. Foi admitido no serviço de urgência, instável hemodinamicamente, com isquemia de MIE, sendo diagnosticada lesão de vasos ilíacos externos. Evoluiu com piora da perfusão do MIE sendo indicada a desarticação coxofemoral à esquerda. Evoluiu com exposição muscular em área de desarticação e rhabdomiólise. Foram necessários o uso de curativo compressivo, rotação de retalho e enxerto de pele. Progrediu com melhora hemodinâmica e alta do CTI. Porém, cerca de 1 mês após a sua admissão, queixou-se de cefaleia e distúrbio visual. Em menos de 24 horas, evoluiu com amarelão. Foi então realizada TC, com detecção de AVC isquêmico em região occipital, bilateralmente, principalmente à direita. Foi submetido à Ecocardiograma Transesofágico (ECOTE), que evidenciou shunt D/E devido à FOP. Conclusão: Ainda existem poucos estudos sobre a relação de causa e consequência entre o FOP e o AVC. Cerca de 36 a 54% de pacientes jovens, vítimas de AVC apresentam maior incidência de FOP em relação ao grupo controle. A descoberta de FOP após AVC só deve ser pensada como causa após a exclusão de fatores preditores usuais do acidente vascular. No caso relatado, diante da ocorrência do AVC, foram realizados ECOTE e duplex scan de carótidas e MID; que não evidenciaram a origem do trombo. A presença de FOP promove um shunt D/E que, consequentemente, leva a um distúrbio no fluxo sanguíneo interatrial. Esse fator pode predispor a passagem do trombo entre as câmaras e, consequentemente, seu alcance à circulação cerebral, acarretando isquemia.

49933

Doença do nó sinusal: relato de caso

GUSTAVO F WERNER, ISABELA V PAIVA, ESTEVÃO L FIGUEIREDO, CRISTIANO R S CARMO, IGOR H I VIEIRA, LAURO H C TAVARES e KLEISSON A P MAIA

HOSPITAL LIFECENTER, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: As bradicardias sintomáticas tem características clínicas comuns, marcadas principalmente pela síndrome de baixo débito cerebral e/ou sistêmicos, cujos sintomas mais comuns são tonteira, pré-síncope, síncope, dispnéia ou bradispquismo. A doença do nó sinusal é uma condição em que existe disfunção sintomática do nó sinusal, caracterizada por anormalidades na geração e da condição do estímulo sinusal.

OBJETIVO: Relatar o caso clínico de uma paciente internada por apresentar vários episódios de perda transitória da consciência de até 30 segundos, sem sintomas premonitórios.

RELATO DO CASO: 84 anos, internada com relato de síncope após levantar, com duração de cerca de 30 segundos. Relata ainda que já apresentou vários outros episódios semelhantes, sendo em que alguns a mesma encontrava-se assentada, não havendo sintomas premonitórios. Já foi avaliada pela neurologia que descartou causa neurológica. Possui como propedêutica já realizada: ecocardiograma evidenciando miocardiopatia hipertrófica não obstrutiva com FEVE 77%. Tilt Test compatível com hipotensão postural, apresentado queda da pressão arterial de até 40mmHg. Holter 24h: sem pausas maiores que 2,5 segundos, infradesnívelamento do segmento ST. Coronariografia: evidenciando lesão grave em artéria circunflexa e descendente anterior com necessidade de realizar angioplastia. Diante dos achados achamos prudente necessidade de realização de estudo eletrofisiológico para descartar componente arritmogênico. Submetida a angioplastia de artéria circunflexa com stent farmacológico. Realizado estudo eletrofisiológico que evidenciou pausa sinusal de 3 até segundos, além de ritmo de escape juncional com frequência cardíaca de cerca de 30 a 40 bpm, sendo então levantado a hipótese diagnóstica de doença do nó sinusal. Paciente implantou marcapasso definitivo.

DISCUSSÃO: A doença do nó sinusal acomete 1 a cada 600 pessoas com idade maior que 65 anos, embora possa ser identificada em todas as faixas etárias. Existem muitas etiologias para a doença do nó sinusal, sendo que podemos destacar os processos inflamatórios, fibrose degenerativa, remodelamento do nó sinusal, medicações, hipotireoidismo. Destes a fibrose degenerativa idiopática relacionada a idade é a causa mais comum.

49936

Infarto agudo do miocárdio trombolisado com critérios de reperfusão e embolização distal à coronariografia apresentando fenômeno de “no reflow” pós angioplastia.

GUSTAVO F WERNER, ISABELA V PAIVA, ESTEVÃO L FIGUEIREDO, IGOR H I VIEIRA, LAURO H C TAVARES, CRISTIANO R S CARMO, KLEISSON A P MAIA e ROBERTO D F MELO

HOSPITAL LIFECENTER, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A maioria das mortes por infarto agudo do miocárdio ocorre nas primeiras horas da manifestação da doença, sendo 40 a 65% na primeira hora e 80% nas primeiras 24 horas. A utilização de terapia fibrinolítica para recanalização da artéria relacionada ao infarto foi incorporada à prática clínica há aproximadamente 30 anos. Trata-se de uma estratégia muito importante, principalmente nas situações em que a intervenção coronária percutânea não está disponível em tempo hábil.

OBJETIVO: Relatar caso clínico de paciente hipertenso e tabagista, com sintomas e alterações típicas de infarto agudo do miocárdio, que recebeu trombólise química, apresentou critérios eletrocardiográficos de reperfusão, e, no entanto à coronariografia, apresentava embolização distal.

RELATO DO CASO: 61 anos, hipertenso e tabagista, relata que iniciou por volta das 9h da manhã quadro de dor torácica de forte intensidade com irradiação para membros superiores, associado a náusea, diáforese e turvação visual. Realizado eletrocardiograma que evidenciou supradesnívelamento do segmento ST na derivações DII, DIII, aVF, V5 e V6. Recebeu trombólise química com alteplase evoluindo com melhora da dor e desaparecimento do supradesnívelamento do segmento ST. Cineangiogramia coronária: coronária direita com lesão grave de 95% suboclusiva em seu terço médio com trombo intraluminal. Tendo em vista a gravidade da apresentação clínica e angiográfica, foi optado pelo tratamento imediato da lesão culpada. Houve fenômeno de no reflow, sendo necessário administração de adenosina intracoronária, restaurando o fluxo arterial timi III. Paciente evoluiu com estabilidade clínica e hemodinâmica.

DISCUSSÃO: Em pacientes que persistem com sintomas, evidências de isquemia miocárdica ou que não reduziram em até 50% a elevação do segmento ST do ECG, deve-se proceder de imediato à ICP de resgate. Nos demais, que exibem estabilidade clínica após a submissão à fibrinólise intravenosa, recomenda-se a efetivação de cinecoronariografia de 6 até 24 horas. Neste caso observamos a importância do paciente, apesar de ter apresentado critérios clínicos e eletrocardiográficos de reperfusão, ser submetido a estudo da anatomia coronária, já que o mesmo ainda apresentava trombo distal e lesão grave em artéria coronária direita.

49937

Relato de caso raro de dissecação coronariana espontânea em paciente jovem

GUSTAVO F WERNER, ISABELA V PAIVA, ESTEVÃO L FIGUEIREDO, IGOR H I VIEIRA, CRISTIANO R S CARMO, LAURO H C TAVARES e KLEISSON A P MAIA

HOSPITAL LIFECENTER, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A dissecação espontânea da artéria coronária é uma entidade rara que teve sua primeira descrição em 1931 em necropsia de mulher de 42 anos com morte súbita após dor torácica. Sua incidência varia entre 0,07 a 1,1% de todas as coronariografias realizadas no contexto de síndromes coronarianas agudas, sendo ainda subdiagnosticada pois grande maioria cursa com morte súbita.

OBJETIVO: relatar um caso raro de dissecação coronariana espontânea em mulher jovem.

RELATO DO CASO: 40 anos, tabagista, iniciou quadro de dor torácica anterior intensa, com irradiação para membro superior esquerdo, acompanhada de diáforese e sensação iminente de morte. Atendida em cidade do interior, eletrocardiograma inicial evidenciava inversão da onda "em D1, aVL, V5 e V6, além de elevação de troponina. Recebeu medicação usual para síndrome coronariana aguda. Ocorreu recorrência da dor torácica e ECG evidenciou supradesnívelamento do seguimento ST nas derivações V3 – V5 e inversão profunda da onda T em parede inferior. Paciente foi trombolisada com Alteplase. Devido a persistência da dor, foi encaminhada para laboratório de hemodinâmica para realização de terapia de reperfusão de resgate. Evidenciado dissecação não aterosclerótica, espontânea, de coronária descendente anterior em seu terço médio, com fluxo TIMI III e trombose associada a oclusão distal. Optado por tratamento clínico. Ecocardiograma evidenciou disfunção ventricular leve. Paciente evoluiu com estabilidade hemodinâmica e recebeu alta hospitalar ainda apresentando alteração eletrocardiográfica.

DISCUSSÃO: a importância de se relatar esta entidade, rara, se dá pelo motivo de que existe pouco consenso na literatura e o que se encontra disponível à cerca do tema são relatos ou séries de casos. A decisão entre os tratamentos clínico, percutâneo e cirurgia de revascularização miocárdica devem levar em consideração fatores clínicos, local da lesão, números de vasos acometidos e estado hemodinâmico da paciente.

49940

Tempestade elétrica em paciente portador de miocardiopatia chagásica em uso de cardioversor desfibrilador implantável – relato de caso

GUSTAVO F WERNER, ISABELA V PAIVA, ESTEVÃO L FIGUEIREDO, CRISTIANO R S CARMO, LAURO H C TAVARES, IGOR H I VIEIRA e KLEISSON A P MAIA

HOSPITAL LIFECENTER, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A taquicardia ventricular (TV), que pode se degenerar para fibrilação ventricular, é o principal mecanismo eletrofisiológico que leva a morte súbita cardíaca. Define-se como tempestade elétrica a ocorrência de 3 ou mais episódios de taquicardia ventricular sustentada ou fibrilação ventricular com necessidade de terapia pelo CDI em 24 horas. Esta última pode acometer de 10 a 20% dos portadores de CDI e aumenta significativamente a mortalidade total.

OBJETIVO: Relatar o caso de um paciente internado em Unidade Coronariana para tratamento de taquicardia ventricular incessantes e repetidas que foram revertidas através de disparos elétricos apropriados de desfibrilador implantável – CDI.

RELATO DO CASO: 75 anos, portador de miocardiopatia chagásica (fração de ejeção ventricular de 20%), hipotireoidismo e usuário de CDI desde junho de 2016 devido morte súbita abortada. Internou com queixa de “disparos frequentes do CDI”. Foi realizada então telemetria que confirmou choques apropriados do dispositivo, devido ritmo de taquicardia ventricular. Recebeu dose de impregnação de amiodarona.

Realizado estudo eletrofisiológico e ablação do foco ectópico ventricular, com sucesso. **DISCUSSÃO:** o tratamento da tempestade elétrica depende de sua etiologia (cardiopatia estrutural ou canalopatia genética). Fatores desencadeantes incluem modificação ou não aderência a terapia medicamentosa, piora da ICC, período pós operatório imediato, estresse emocional e raiva, libação alcoólica, distúrbios hidroeletrólitos e isquemia miocárdica. Entretanto a maioria dos casos de tempestade elétrica ocorre sem nenhuma causa aparente. Em ambas, todos os fatores desencadeantes devem ser corrigidos. Na cardiopatia estrutural, o primeiro passo após a correção dos fatores desencadeantes é a utilização de medicação antiarrítmicas. Nos casos refratários, os próximos passos são a ablação ou transplante cardíaco.

9941

Fístula congênita da artéria coronária em escolar assintomático: relato de caso

SUSANA DRUMOND PERES, ZILDA MARIA ALVES MEIRA, SANDRA REGINA TOLENTINO CASTILHO e ADRIANA FURLETTI MACHADO GUIMARÃES

Hospital das Clínicas, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: As fístulas congênitas da artéria coronária (FCAC) são raras (entre 0,2 e 0,4% das cardiopatias congênitas) e permitem comunicações entre as artérias coronárias e as câmaras cardíacas de baixa pressão (ventrículo direito, artéria pulmonar e seio coronário), que são os locais habituais de drenagem da fístula. Mais comumente ocorrem na artéria coronária direita, podendo também ocorrer na esquerda e em ambas artérias coronárias. Casos de pequenas fístulas de artérias coronárias clinicamente silenciosas tem sido relatados como achado casual ao exame ecocardiográfico (ECO). **Relato de caso:** Paciente VAMS, 10 anos, teve diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) em 2009, com última sessão de quimioterapia realizada em 2011. Desde então evoluindo assintomático. Ausculta cardíaca normal. ECO realizado no serviço em 17/12/2015 foi constatado: Comunicação interatrial tipo ostium secundum (CIA OS) e pequena fístula coronária. Teste ergométrico (TE) realizado em 04/01/2016: Não atingiu frequência cardíaca submáxima. Sem evidências clínicas ou eletrocardiográficas de isquemia miocárdica até o nível de esforço atingido. Eletrocardiograma (ECG) 07/03/2017: ritmo sinusal regular sem alterações. ECO (12/04/2017): CIA OS de 5,7 mm com pequeno shunt esquerdo-direito. Pressão sistólica de artéria pulmonar de 23 mmHg. Artérias coronárias direita e esquerda normoposicionadas, com dimensões normais na sua origem e trajetos proximais. Fístula coronária (comunicação da coronária D ou um de seus ramos para artéria pulmonar) evidenciada à análise color Doppler através de mínimo fluxo laminar contínuo drenando no segmento proximal do tronco da artéria pulmonar, com predomínio diastólico e velocidade máxima de 2,5 m/s. Fração de ejeção (Teichholz): 70%. Câmaras cardíacas direitas normais. **Conclusão:** A evolução dos pacientes com FCAC pode ser clinicamente silenciosa e benigna. A conduta proposta nesses casos é conservadora, com acompanhamento clínico, além de ECG, TE e ECO.

49944

Desafio terapêutico : dissecação espontânea de coronária

MARIANE JAMAL RIBEIRO, WILDEMAR ALVES TUNES, RAIZA TEIXEIRA DE OLIVEIRA, CASSIO MENEZES NOGUEIRA, MARCOS ANTONIO MARINO, GEOVANNI GABRIEL ALMEIDA BRITO, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO e ROBERTO LUIZ MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A dissecação coronariana é uma patologia infrequente e muitas vezes não diagnosticada em pacientes com síndrome coronariana aguda. A dissecação de artéria coronária pode resultar em morbidades significativas, como isquemia miocárdica, infarto, arritmias ventriculares e morte súbita cardíaca. A falta de reconhecimento angiográfico e clínicos é um dos principais fatores de subdiagnóstico. Com a chegada de novas modalidades de imagem, particularmente com imagens intracoronárias, houve um melhora no diagnóstico. O objetivo deste trabalho é fazer um relato de dois casos para que possamos diagnosticar e gerenciar melhor essa patologia de grande morbidade. **Relato de casos:** M.A.N., feminino, 43 anos, deu entrada no PA do HMT no dia 30/05/16, com quadro de dor torácica em queimação, com irradiação para o MSE e náuseas. Foi inserida no protocolo DORT e encaminhada para CATE. Paciente portadora de epilepsia e fibromialgia. Fazia uso de duloxetine 60mg MID, e carbamazepina 20mg BID. Realizada propedêutica para paciente, com troponina positiva. ECG: com inversão de T em V2. ECO TT: FE 62,39%, VE normal. CATE: CD e DA sem alterações, e Cx com afilamento no 1/3 distal. J.G.M, masculino, 56 anos, apresentou no dia 04/06/16 dor torácica definitivamente anginoso, em queimação, com irradiação para o MSE, desencadeada pelo esforço súbito. Foi avaliado na UPA, liberado e solicitado teste ergométrico. Encaminhado para HMT para realização de CATE. Paciente com história de HAS, Dislipidemia, hipotireoidismo. Fazia uso de AAS 100mg, Enalapril 10 mg BID, Atenolol 50mg BID, Monocordil 20mg BID, Rosuvastatina 20mg MID, HCTZ 25mg MID, levotiroxina 75mcg. Realizado exames de Troponina: <0,05. O teste ergométrico (03/06): infra ST de 4mm, 2mm em V5 e V6, 1mm DIII e avF com 6 METS. ECG (14/06): RSR, q inferior, q V5, V6, V7 e V8. ECO TT (12/06): FE 61%, cardiopatia segmentar do VE com função normal, VE com hipocinesia inferior. CATE: CD com aspecto dissecado desde o terço inicial e imagem de trombo difuso intramural, DA e Cx com aterosclerose difusa leve. **Conclusão:** A dissecação espontânea de artéria coronária cursa como uma doença arterial coronariana clássica. Muitas vezes diagnosticada como doença aterosclerótica. A melhora dos recursos diagnósticos, da propedêutica adequada e do treinamento dos profissionais da saúde, para melhor diagnóstico, acarreta importante melhora do desfecho da doença. Por isso a importância de aprofundarmos o estudo de patologia.

49947

Taquicardia supraventricular em recém nascido: abordagem de emergência

FELIPE DE SOUSA POSSANI, SERGIO CASTRO PONTES, ANA GABRIELA MENEZES DE JESUS TORRES, FREDWILSON DE SOUZA COSTA, LEONADO DE PAIVA OLIVEIRA, KATIA ROCHA PAULINO, EDUARDO RODRIGUES BORATO e JOSE RESENDE DE CASTRO JUNIOR

Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, BRASIL - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, BRASIL.

A frequência cardíaca (FC) do recém nascido (RN) pode variar entre 80 a 190 bpm. O A taquicardia supraventricular (TSV) consiste em alterações do ritmo, por anormalidade próxima a bifurcação do feixe de HIS. Trata-se do distúrbio de ritmo mais comum no primeiro semestre de vida. A maioria das crianças não apresenta doença estrutural, mas 25% apresentam pré-excitação. A apresentação varia de assintomático, até o choque cardiogênico. O eletrocardiograma (ECG) revela FC acima de 200 bpm, com QRS estreito e as ondas P podem ser visíveis. O manejo depende de contextualização clínica, definição de instabilidade hemodinâmica, reconhecimento eletrocardiográfico e terapêutica imediata. O tratamento objetiva avaliação de perfusão, monitorização, identificação da taquicardia e suporte de vida. Havendo estabilidade hemodinâmica, realizar manobra vagal e considerar bolus de adenosina. Na instabilidade hemodinâmica, priorizar a cardioversão elétrica sincronizada sob sedação. Após reversão, considerar droga de manutenção, além da investigação de cardiopatia estrutural e síndromes de pré-excitação.

Paciente masculino, ecocardiograma fetal revelou flutter atrial. Realizada cesariana com 35 semanas por sofrimento fetal, com ritmo sinusal no ECG. No segundo de dia de vida, compensado com monitorização, ocorreram episódios de taquicardia estreita não sustentada, até que evoluiu com taquicardia sustentada importante, com estabilidade hemodinâmica. O ECG revelou taquicardia regular, com FC de 290 bpm, QRS estreito e intervalo Rp=80ms. Em acordo com fluxograma, foi realizada de adenosina na (0,1 mg por kg), com reversão imediata. O ECG após reversão mostrava ritmo sinusal sem sinais de pré-excitação. Neste momento, optou-se por não inserir droga de manutenção do ritmo. O episódio se repetiu no sexto dia, sendo revertido novamente com dose única de adenosina. Em nenhum momento houve registro de flutter atrial. Avaliação complementar com ecocardiograma revelou uma comunicação inter atrial, tipo forame oval, de 2,3 milímetros, sem outras alterações. O caso foi conduzido de forma conservadora e tratamento clínico com propranolol 0,5 mg.Kg.dia. Houve melhora clínica e alta hospitalar com betabloqueador. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial com intenção de retirada da medicação e controle da cardiopatia congênita.

49948

Cardiopatia congênita: um breve relato sobre tratamento cirúrgico de urgência em paciente com DSAV total

GABRIELA SANTOS PESSOA ISIDORO,

Universidade de Itaúna, Itaúna, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: Os defeitos do septo atrioventricular (DSAV) correspondem a 3% de todas as cardiopatias congênitas, sendo 30% dos casos portadores de Síndrome de Down. Caracteriza-se pela ausência ou deficiência do tecido septal acima e abaixo das valvas atrioventriculares, causando desvio de sangue da esquerda para direita e hiperfluxo pulmonar, com tendência à insuficiência cardíaca congestiva (ICC). Neonatos acometidos por DSAV possuem alternativa terapêutica eficaz de correção cirúrgica, visto que, sem a cirurgia, 20% morrem no primeiro mês de vida e 50% até o final do 1º ano. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente com suspeita de cardiopatia congênita de curso inicialmente subclínico. Ao 8º dia de vida, 02/02/11, foi diagnosticado, por ecodopplercardiograma, com DSAV total: comunicação interatrial ampla tipo ostium primum, comunicação interventricular pequena tipo via de entrada, regurgitação mitral moderada, persistência do canal arterial (PCA), câmaras direitas aumentadas e hipertensão pulmonar. Após diagnóstico de hipotireoidismo congênito, iniciou-se levotiroxina, agravando o quadro cardíaco. Em 23/02/11, internado com taquidispnéia grave e uso de O₂ por cateter nasal. Prosseguiu com ICC em uso de furosemida (4mg/K/d), espirinolactona (2mg/K/d), captopril (2mg/K/d), digoxina (10mcg/K/d) e levotiroxina (25mcg/d). Em 11/03/11, indicação cirúrgica, devido à ICC refratária ao tratamento clínico. Em 16/03/11, foi realizada cirurgia, com correção de DSAV total por duplo remendo de pericárdio bovino, valvoplastia mitral e correção de PCA. Sem anormalidades pós-cirúrgicas e boa evolução. Segundo ecodopplercardiograma mais recente, de 09/01/17, não existem anormalidades cardíacas significativas. Paciente, 6 anos, sem alterações cognitivas, faz uso apenas de levotiroxina. **DISCUSSÃO:** Certas malformações cardíacas fetais se apresentam através de doença sistêmica, como síndromes genéticas, ou anomalias extracardíacas. O caso em questão possui relevância científica por sua raridade, devido à presença de DSAV total, à manifestação de hipotireoidismo congênito e à ausência de Síndrome de Down, além dos excelentes resultados a longo prazo. **CONCLUSÃO:** Atualmente, o tratamento cirúrgico precoce de DSAV busca promover maior sobrevida e tornar a função cardíaca normal, revertendo eventuais alterações secundárias. Assim, a correção cirúrgica é uma alternativa recomendável pelos baixos índices de morbidade e mortalidade.

49555

Estudo sobre cuidados com pacientes cardiopatas antes de viagens aéreas

PATRICIA FRAGA PAIVA, CAMYLLA SANTOS DE SOUZA, LEONARDO FORTES GOMES, MIRNA KARINE DE BRITO MELO ESCORCIO, BIANCA DE NEGRI SOUZA, FERNANDA ALMEIDA ANDRADE, JOAO ESTEVAM DA ROCHA FONSECA NETO e JOAO DAVID DE SOUZA NETO

Suprema, Juiz de Fora, MG, BRASIL - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL - Faculdade Integral Diferencial, Teresina, PI, BRASIL.

INTRODUÇÃO: Dada a prevalência de doenças cardiovasculares e a facilidade crescente de se viajar de avião (cerca de 1 bilhão de pessoas por ano), não surpreende o aumento das estatísticas de emergências médicas a bordo de aeronaves. Contudo, não são muitos os estudos a respeito. O transporte aéreo tem particularidades que devem ser do conhecimento do clínico que, frequentemente, é solicitado por seu paciente a opinar quanto à adequação ou não de uma viagem aérea. **Objetivo:** Estudar sobre cuidados com pacientes cardiopatas antes de viagens aéreas. **Métodos:** Foram analisados artigos em português e inglês, com intervalo de 15 anos, encontrados nas plataformas Medline, Lilacs e Pubmed. **Resultados:** A International Air Transport Association prevê aumento de 2% ao ano no número de usuários do transporte aéreo, sendo que emergências significativas em voo são de 1/10-40.000 passageiros, com 1 óbito por 3-5 milhões. Passageiros cardiopatas são afetados por 3 fatores relacionados à altitude e a particularidades de voos comerciais: hipóxia, aerodilatação e imobilidade prolongada em posição sentada. Em boa parte das situações, pode ser feita uma avaliação individual que leve em conta o tempo de voo, as condições clínicas e a disponibilidade de recursos. A emergência mais reportada é a síncope (29%), devido ao consumo de alimentos ricos em sódio, bebidas alcoólicas e desidratação durante o trajeto, seguida pelos distúrbios gastrointestinais e respiratórios (broncoespasmo), angina e crise epiléptica. No entanto, a principal causa de morte são as intercorrências cardíacas. A hipóxia tecidual de altitudes elevadas acelera a atividade simpática, provocando isquemia, arritmia e angina instável (AI). Pacientes acometidos por infarto miocárdico (IM) não complicado <2 semanas, IM complicado <6 semanas, AI, ICC, HAS descontrolada, cirurgia cardíaca <10-14 dias, AVE <2 semanas, taquiarritmias supraventriculares ou ventriculares sem controle, síndrome de Eisenmenger ou doença orovalvar sintomática estão contraindicados a viagens aéreas. O uso de meios de compressão em voos com distância ≥5.000 km ou ≥8 horas é indicado a fim de prevenir TVP ou EP. **Conclusão:** Altitudes elevadas corroboram para hipóxia, acelerando a atividade simpática e precipitando isquemia, principalmente em cardiopatas. É dever do médico limitar as viagens aéreas nos casos mencionados e informar o paciente acerca de sua enfermidade, auxiliando-o a sempre seguir o tratamento prescrito e a evitar situações de risco.

49556

Análise dos efeitos cardiológicos de quimioterápicos no tratamento oncológico

PATRICIA FRAGA PAIVA, CAMYLLA SANTOS DE SOUZA, CAROLINA FRAGA PAIVA, EMANOEL GUIMARÃES PAIVA, SAMARA PEREIRA DE ALMEIDA, KATARINA MARIA BRASILEIRO LEAL, JUAN FORTE SAMPAIO GOMES e JOAO DAVID DE SOUZA NETO

Suprema, Juiz de Fora, MG, BRASIL - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL - UNIVASF, Paulo Afonso, BA, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A terapia oncológica produz como consequência mais grave a cardiotoxicidade. A insuficiência cardíaca (IC) com disfunção ventricular esquerda, mais frequente e preocupante, é classificada como irreversível, promovida pelas antraciclínicas (doxorrubicina), e em reversível, quando anticorpos monoclonais (trastuzumab), agentes alquilantes (ciclofosfamida), moléculas inibidoras da tirosina quinase (sunitinib, sorafenib) são os responsáveis. No entanto, terapias combinadas com as antraciclínicas induzem à IC grave. A hipertensão arterial, tromboembolismo, doenças pericárdicas, arritmias e isquemia miocárdica são respostas aos agentes antimicrotúbulos (paclitaxel), antimetabólitos (5-fluorouracil), terapias hormonais (tamoxifeno) e radioterapia. **OBJETIVO:** Analisar os efeitos cardiológicos de quimioterápicos no tratamento oncológico. **MÉTODOS:** Revisão sistemática de artigos dos últimos 10 anos nas bases PubMed e Scielo, com os descritores "oncology treatment and cardiology effects". **RESULTADOS:** A progressão e o grau de cardiotoxicidade são maiores em mulheres jovens, em que a administração intravenosa foi rápida e cumulativa, com irradiação mediastínica, doenças cardiovasculares prévias, distúrbios eletrolíticos e predisposição genética. Complicações letais podem surgir até 40 anos após o tratamento do câncer primário. A dose de 500 mg/m² de doxorrubicina responde por 4-36% das complicações cardíacas. Trastuzumab e epirubicina, dose-dependentes, por 1,7-5% dos eventos cardíacos. Paclitaxel causa bradicardia, bloqueio de condução ou arritmia em 0,5% dos casos. 18% dos tratados com sunitinib ou sorafenib manifestam angina ou dispnéia. 5-fluorouracil pode causar angina no início do tratamento, porém raramente causa infarto. Radioterapia torácica pode causar complicações cardíacas em 20 anos após o evento. O dexrazoxane, única droga certificada para prevenção da cardiotoxicidade induzida pelas Antraciclínicas, tem utilização controversa devido ao comprometimento da eficácia do tratamento e aumento de neoplasias secundárias, tendo seu uso restrito pela FDA em adultos. No entanto, o tratamento com β-bloqueadores e os inibidores da enzima conversora de angiotensina diminuem a probabilidade de cardiotoxicidade secundária. **CONCLUSÃO:** Cardiopatas e complicações cardíacas devem ser monitorados com conduta clínica e farmacológica específica, com exames como eletrocardiograma e ecocardiograma e com ajuste do protocolo do tratamento oncológico, visando à proteção do coração.

49727

Implante percutâneo de válvula aórtica (TAVI) como terapia de resgate em pacientes com estenose aórtica grave agudamente descompensados.

MICHELE CRISTINA PINTO BICALHO GOMES, TÚLIO DE MEDEIROS SPERB, LEONIDAS ALVARENGA HENRIQUES, RODRIGO DISCACCIATI FONSECA, MARIA AUGUSTA DE MENDONÇA LIMA e MARCO A. M. RAGEL JR

Hospital Dr. João Felício, Juiz de Fora, MG, BRASIL - Hospital Albert Sabin, Juiz de Fora, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A estenose aórtica (EA) é uma das doenças mais comuns em idosos. Após o aparecimento dos sintomas, a sobrevida é reduzida progressivamente. O tratamento de escolha desta doença é a cirurgia de substituição da válvula aórtica. Porém, alguns dos indivíduos acometidos, não candidatos à cirurgia, inoperáveis ou de alto risco, poderiam ser beneficiados pela TAVI. E existem ainda, aqueles com descompensação aguda da EA que também seriam contraindicados para a cirurgia, mas poderiam se beneficiar com a TAVI realizada como procedimento de urgência. **MÉTODOS:** A revisão bibliográfica foi realizada através artigos científicos indexados na base de dados Pubmed. **OBJETIVOS:** Avaliar o uso da TAVI para pacientes com EA descompensada. Relatar a experiência em um paciente tratado com estas características. **DESENVOLVIMENTO:** O tratamento de escolha para a EA grave é a troca valvar cirúrgica. Porém, comorbidades e alto risco cirúrgico, impedem a cirurgia para a troca valvar. A TAVI tornou-se uma alternativa para estes pacientes. Nos pacientes com choque cardiogênico secundário à descompensação grave de EA, o prognóstico é reservado, sendo a TAVI de urgência, ainda questionável. Entretanto, a TAVI poderia ser então considerada como terapia de resgate em pacientes com choque cardiogênico secundário à EA grave descompensada ou para pacientes cursando com instabilidade hemodinâmica. **DISCUSSÃO:** Poucos estudos evidenciam a eficácia da TAVI em caráter de urgência. Entretanto, nos existentes, pode-se comprovar melhora clínica, hemodinâmica e aumento de sobrevida. Além disso, os benefícios do procedimento superaram os riscos em pacientes com choque cardiogênico. Vale lembrar que embora seja uma técnica minimamente invasiva, TAVI eletiva ou de urgência pode ocasionar complicações graves. **CONCLUSÃO:** A TAVI é um procedimento promissor que vem evoluindo rapidamente graças ao desenvolvimento tecnológico dos dispositivos e o aprimoramento das técnicas. O tratamento de pacientes com EA grave e choque cardiogênico continua sendo um desafio e a TAVI realizada como procedimento de urgência poderia ser uma medida salvadora para estes pacientes.

49890

Utilidade dos peptídeos natriuréticos (BNP e pro-BNP) no diagnóstico da insuficiência cardíaca aguda.

LUISA GODOI LOPES, LENIMARA DE OLIVEIRA MARTINS, LAÍSE OLIVEIRA RESENDE, NATÁLIA RODRIGUES DE OLIVEIRA, JOSE CARLOS DA COSTA ZANON e ODILON GARIGLIO ALVARENGA DE FREITAS

Universidade Federal de São João Del Rei, Divinópolis, MG, BRASIL - Minascor Centro Médico, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

TEMA/INTRODUÇÃO: Os peptídeos natriuréticos (PN) constituem uma família de peptídeos produzidos pelos cardiomiócitos em resposta ao estiramento da fibra cardíaca com ações fisiológicas de manutenção da homeostase do sistema circulatório, promove vasodilatação arterial e venosa, aumenta a taxa de filtração glomerular e diurese/natriurese. A dosagem dos níveis séricos de BNP, ou do seu pró-hormônio inativo pro-BNP são úteis no diagnóstico de insuficiência cardíaca (IC) aguda e crônica, além de marcador do prognóstico. **OBJETIVOS:** Identificar na literatura dados e evidências sobre a utilidade dos PN no diagnóstico da IC aguda. **METODOLOGIA:** Foram selecionados artigos das bases PUBMED, LILACS e SCIELO publicados entre 2012 e 2017. Utilizados os descritores: natriuretic peptides; heart failure; acute heart failure; B-type natriuretic peptides/BNP; pro-brain natriuretic peptide/proBNP; e os seus correspondentes em português. **RESULTADOS:** A busca retornou 281 artigos; selecionados 37 artigos referentes às diretrizes, artigos de revisão, revisão sistemática, meta-análise e consensos. Destes, foram escolhidos os 10 artigos com maior correspondência ao tema. **DESENVOLVIMENTO DO TEMA/DISCUSSÃO:** O diagnóstico de IC pode ser difícil em pacientes com dispnéia aguda associada a múltiplas comorbidades. O estudo Pro-BNP Investigation of Dyspnea in the Emergency Department (PRIDE) demonstrou que níveis séricos elevados de PN apresentaram maior acurácia para diagnóstico ou exclusão do diagnóstico de IC agudamente descompensada, quando comparada à avaliação clínica isolada. Não existe um valor definitivo de cutoff que confirme ou exclua o diagnóstico completamente. Valores alterados de PN podem ser encontrados em outras patologias além da IC tais como hipertensão, anemia, fibrilação atrial, etc. Estudos clínicos com BNP e proBNP confirmam que dosagens séricas de PN são particularmente úteis para exclusão de IC, principalmente quando apresentam valores muito baixos, com alto valor preditivo negativo. Estudos observacionais sugerem que a queda dos níveis de BNP e pro-BNP durante a hospitalização por IC aguda prediz melhor prognóstico. **CONCLUSÃO:** A associação de dosagem de BNP e pro-BNP aumenta a acurácia diagnóstica e é recomendado nas diretrizes para confirmação da presença de IC aguda quando o diagnóstico é incerto.

49891

Estratificação de risco de morte súbita relacionada aos exercícios físicos.

ANA LAURA VILELA ARFELLI, FLAVIA CRISTINA JACOME MACHADO, BERNARDO ARANTES NEVES DE ABREU, ISABELA GALIZZI FAÉ, JOSE CARLOS DA COSTA ZANON e ODILON GARIGLIO ALVARENGA DE FREITAS

Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Faculdade de Medicina da PUC-MG, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Minascor Centro Médico, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

TEMA/INTRODUÇÃO: Define-se como morte súbita (MS) relacionada aos exercícios a morte que ocorre quando da realização de atividade física ou até uma hora após seu término. Nos Estados Unidos, a incidência de MS em atletas varia de 1:80.000 até 1:300.000. Observa-se predominância do sexo masculino (razão superior a 10:1), que pode ser atribuída a maior participação em atividades esportivas e de alta intensidade. No Brasil, os esportes mais relacionados à MS são o futebol e o basquete.

OBJETIVOS: Identificar na literatura modos de estratificar o risco de MS relacionada com exercício/esporte. **METODOLOGIA:** Foram selecionados artigos das bases PUBMED, LILACS e SCIELO publicados entre 2012 e 2017. Utilizados os descritores: cardiac sudden death; athletes; physical exercise; risk factors; heart diseases; e os seus correspondentes em português. **RESULTADOS:** A busca retornou 499 artigos; selecionados 57 artigos referentes às diretrizes, artigos de revisão, revisão sistemática, meta-análise e consensos. Destes, foram escolhidos os 10 artigos com maior correspondência ao tema. **DESENVOLVIMENTO DO TEMA/DISCUSSÃO:** A MS é muitas vezes a primeira manifestação clínica de uma doença cardiovascular subjacente, potencialmente fatal e geralmente ocorre em atletas previamente assintomáticos. Em jovens (<35 anos), a MS é devida a cardiopatia congênita e síndromes genéticas arritmogênicas, enquanto a doença arterial coronariana é a causa mais comum em idosos. Foram revisadas as recomendações das diretrizes quanto à triagem pré-participativa (TPP). A TPP inclui a história familiar e pessoal, exame físico e eletrocardiograma em repouso (ECG). É utilizado para identificar indivíduos em risco e reduzir o risco de MS. Uma controvérsia é a questão de fazer o ECG de todos, em detrimento da estratégia de realização exclusiva da história e exame físico. Quando identificado indivíduos em risco, são necessários exames complementares e após os mesmos, o médico decidirá quanto à elegibilidade ou desqualificação para a prática esportiva. **CONCLUSÃO:** A estratificação de risco de morte súbita relacionada aos exercícios é passível de ser feita, diminui os riscos, mas nunca será capaz de identificar todos que têm riscos. Assim, os locais de prática esportiva devem estar adequadamente preparados para um evento potencialmente fatal.

49893

O papel da terapia neuroprotetora nos cuidados pós-ressuscitação cardiorrespiratória.

ARTHUR AUGUSTO ALCANTARA VENTURINI, TIAGO VILELA CUPERTINO, TÚLIO MOURÃO OLIVEIRA, PRISCILLA BENFICA CIRILIO, JOSE CARLOS DA COSTA ZANON e ODILON GARIGLIO ALVARENGA DE FREITAS

Faculdade de Minas - FAMINAS, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Centro Universitário Uni-BH, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Minascor Centro Médico, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

TEMA/INTRODUÇÃO: A principal causa da alta mortalidade após a parada cardiorrespiratória (PCR) é a síndrome pós-PCR que culmina em lesão cerebral e instabilidade cardiovascular, principais determinantes de sobrevida. Ainda que os cuidados hospitalares para este paciente não estejam definitivamente estabelecidos, no contexto da injúria cerebral, a hipotermia terapêutica (HT) mostrou-se como a única intervenção que indicou melhora da recuperação neurológica.

OBJETIVOS: Identificar e levantar na literatura dados e evidências de como a HT contribui para a neuroproteção e sobrevida do paciente pós-PCR.

METODOLOGIA: Foram selecionados artigos das bases PUBMED, LILACS e SCIELO publicados entre 2012 e 2017. Utilizados os descritores: induced hypothermia; cardiac arrest; hypothermia methods; neuroprotection; resuscitation outcomes; e os seus correspondentes em português.

RESULTADOS: A busca retornou 109 artigos; selecionados 25 artigos referentes às diretrizes, artigos de revisão, revisão sistemática, meta-análise e consensos. Destes, foram escolhidos os 10 artigos com maior correspondência ao tema.

DESENVOLVIMENTO DO TEMA/DISCUSSÃO: A injúria cerebral inicia após 5 minutos de fluxo sanguíneo cerebral inadequado e leva ao coma, convulsão, perda cognitiva, estado vegetativo persistente, Parkinson secundário, choque medular e morte cerebral. A HT deve ser instituída precocemente para: qualquer paciente incapaz de obedecer comandos verbais após o retorno da circulação espontânea (RCE); sobreviventes de PCR nos ritmos de TVSP/FV; e que apresentem RCE, após PCR, no ritmo de TV/FV, fora do ambiente hospitalar. Os pacientes devem ser resfriados a 32° a 36°C, por 12 a 24 horas. A temperatura central deve ser monitorada continuamente e o resfriamento iniciado imediatamente no local do evento ou até 6 horas após o RCE. Outro ponto é o reaquecimento onde devemos evitar a hipertermia. A literatura aponta que nos pacientes submetidos à HT, 55% receberam alta hospitalar com bom status neurológico quando comparados a 39% no grupo de tratamento tradicional.

CONCLUSÃO: O avanço tecnológico e a intervenção precoce trouxeram maior perspectiva de sobrevida e neste contexto, a hipotermia é um dos tópicos que ocupará um maior espaço na terapêutica a ser oferecida.

49186

Ingestão diária de ovo e risco para doença cardiovascular e isquemia cerebral

JOSE PINTO DE OLIVEIRA, RAQUEL PUCCI DE OLIVEIRA e JULIANA CRISTINA DE LIMA PEREIRA

Hospital Nossa Senhora das Dores, Itabira, MG, BRASIL.

Introdução A relação entre dieta rica em colesterol e Doença Cardiovascular (DCV) / Doenças Cerebrovasculares (AVC) tem sido debatida há décadas. Estudos mostram pouco efeito do colesterol nos marcadores de risco para DCV, o que faz suscitar a existência de outro vilão. O ovo, por sua fonte alimentar e de colesterol, tem papel chave. Com 186mg de colesterol, proteínas, ácidos graxos, anti-oxidantes, sendo estudado em relação a DCV / AVC. **Objetivos** O objetivo foi levantar as publicações a respeito da ingestão de ovos e associação entre as DCV / AVC. Seguiram-se diretrizes relativas a revisões sistemáticas e meta-análises no Pubmed, Medline, Ovid, Cochrane e Google Scholar. Termos relativos a doenças isquêmicas, falência do miocárdio, AVC, DCV, ovo, consumo, colesterol e dieta, foram utilizados com desenho prospectivo, análise de populações adultas, publicações em inglês, riscos estimados e medidas variáveis. **Resultados/Discussão** Uma meta-análise de 2016 mostrou que uma elevada ingestão de ovos pode ser segura num indivíduo saudável (o mesmo não acontece para diabéticos II-DMII). Houve redução de 12% de AVC, comparando ingestão de 1 ovo/dia e <2/semana, sugerindo um fator protetor nas placas com seu maior consumo. Muitos estudos não mostraram associação entre o consumo de ovos e aumento do risco de DCV, na população sadia. Mas nos DM II, foi sugerida uma alimentação com menor percentagem de colesterol e de gorduras saturadas, sem esquecer a importância nutricional dos ovos (baixo custo, baixa caloria). Destacam a importância de avaliar outros fatores, como tabagismo, estilo de vida. **Conclusão** As evidências entre consumo de ovos associado às DCV e AVC ainda são muito conflitantes. Estudos e meta-análises têm sido apresentados. No geral, a ingestão de 1 ou até >de 1 ovo /dia, parece estar associada à redução dos AVC's, em até 12% nas placas carotídeas. Esses mesmos trabalhos não mostram associação para aumento dos riscos de DCV em indivíduos saudáveis. Nos DM II está comprovada sua ação deletéria. São necessários melhores estudos na população em geral e em alguns subgrupos que apresentam riscos elevados para DCV. Chama a atenção para outros fatores, como tabagismo, atividade física, consumo de álcool e no impacto que levam aos desfechos cardiovasculares e conclamam para a necessidade de estimular a qualidade de vida da população.

49550

Forame ovale patente e risco de AVCI- é possível evitar?

JULIANA CRISTINA DE LIMA PEREIRA, JOSE PINTO DE OLIVEIRA e RAQUEL PUCCI DE OLIVEIRA

Hospital Nossa Senhora das Dores, Itabira, MG, BRASIL.

Resumo- FOP é um defeito congênito fetal em 27% autópsia de corações normais, 15% da população, 45% dos AVC's criptogênicos, e 23% de aterosclerose de grandes vasos, ainda não está bem esclarecida, mas real em pacientes jovens (bolhas tromboembólicas venosas). **Introdução-Relacionado a AVCI**, desde 1877 (Cohneim) chega a 60%, mas só com ETE contrastado, foi estudado. Ocorre enxaqueca em adultos (shunt D/E). Substâncias vasoativas ou micro-embolus podem ser a causa. **Conceito-FOP** é um forame caudal ao septo secundum e cranial ao primum, com uma válvula que abre pela pressão do átrio direito (AD). Ao nascer, a pressão do átrio esquerdo (AE) fecha essa válvula. Com origem fetal, passa despercebida e sua identificação é rara ou por necropsia. **Epidemiologia-** Em 35% da população (autópsias), 45% dos AVC's criptogênicos, 23% com aterosclerose dos grandes vasos e 27% dos corações normais. AVC é a 3ª causa de morte em adultos nos EUA, com perda funcional e 30% de imobilidade e 20% em pacientes < 55 anos. **Fisiopatologia-mecanismo** não esclarecido (embolia paradoxal), sem saber a origem dos trombos no foco da embolia (sangue estagnado no túnel). A maioria é isquêmica e 40% sem causa (criptogênica). Na enxaqueca, substâncias vasoativas ou micro-embolos parecem ser o elo (melhora clínica e redução de AVC's com o fechamento). **Diagnóstico-** O melhor é o ETE, com injeção de solução salina e microbolhas na manobra de Valsalva, pelo ETT (?) Doppler transcraniano (?). O diagnóstico definitivo é pelo achado do shunt atrial D/E, diâmetro da fossa, separação entre os septos, espessura, comprimento e mobilidade da membrana. **Tratamento-tratamento clínico** (antiagregantes, anticoagulantes); cateter transcatâneo (punção venosa sob fluoroscopia e disco no FOP) ou cirúrgico (toracotomia). Há recidiva em 11%/ano nos não tratados, contra 4% nos tamponados. Estudo randomizado duplo-cego é semelhante para varfarina e aspirina. Sem consenso para o fechamento no primeiro episódio. **Conclusão-** A reincidência dos AVC'S exige outros tratamentos, embora o transcatâneo seja a melhor opção, pela causa entre FOP e AVCI.

49648

Tratamento farmacológico de dislipidemia na prevenção de doença arterial coronariana

SAMARA PEREIRA DE ALMEIDA, CAMYLLA SANTOS DE SOUZA, BÁRBARA STÉPHANE DE MACEDO GUEDES, ISABELLA LOUISE DE MATOS RIBEIRO PINTO, LUCAS DA SILVA LOPES, BIANCA ALVES DE MIRANDA, PATRÍCIA PAMPURI LOPES PERES e JOAO DAVID DE SOUZA NETO

Universidade Federal do Vale do São Francisco, Juazeiro, BA, BRASIL - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL - FASEH, Vespasiano, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A Doença Arterial Coronariana (DAC) caracteriza-se pelo acúmulo de placas de gordura no revestimento da artéria coronária (ateroma), o qual gradualmente acaba por obstruir a passagem sanguínea, provocando isquemia e lesões cardíacas graves. Dentre os fatores de risco para DAC, estão a hipertensão arterial, obesidade, sedentarismo e diabetes, condições relacionadas à dislipidemia (DLP). Nos últimos anos, os avanços no uso de hipolipemiantes, como estatinas, resinas e ezetimiba, têm sido notáveis, permitindo a redução da hipercolesterolemia. **OBJETIVO:** Discutir e sintetizar os resultados mais importantes da literatura sobre o tratamento de DLP com o intuito de prevenir a DAC. **MÉTODOS:** Pesquisa na base de dados BVS e PubMed, além das diretrizes do ESC, AHA/ACC e SBC, utilizando os descritores "statins and coronary disease prevention", "dyslipidaemia and coronary disease prevention", "coronary disease and primary prevention", "estatins and DAC". **RESULTADOS:** Estatinas são a 1ª opção para os tratamentos primário e secundário de DLP e, portanto, para a prevenção da DAC. A AHA/ACC aconselha o uso de estatinas de baixa a moderada dose para indivíduos com elevado risco cardiovascular (CV) entre 40-75 anos e pacientes com risco CV de 7,5% em 10 anos. Um desenho de meta-análise sugere redução de 10% na mortalidade por todas as causas CV e de 20% na mortalidade por DAC, a partir da redução de LDL-c. Tal redução deve-se ao uso de dosagens moderadas de atorvastatina (10mg) ou sinvastatina (40mg), as quais podem reduzir 30-40% do LDL-c. Tais doses intermediárias são a melhor escolha no quesito custo-efetividade em relação à panorâmica nacional de recursos disponíveis do SUS, para reduzir eventos CV. O uso de ezetimiba (inibidor da absorção de colesterol), pela primeira vez demonstrou eficácia cardioprotetora proporcional ao seu efeito hipolipemiante. Em ensaio com indivíduos com síndrome coronariana aguda, a associação de ezetimiba (10mg) com sinvastatina (40mg) resultou no nível médio de 69,9mg/dl de LDL-c comparada à monoterapia de sinvastatina (40mg) com nível médio de 53,2mg/dl de LDL-c, no mesmo período. Isso se deve ao efeito anti-inflamatório da ezetimiba, além de sua função principal. **CONCLUSÃO:** Apesar do importante papel exercido pelos hipolipemiantes no tratamento da DLP, reforça-se que esta não é a única forma de prevenção da DAC, devendo ser incentivado a cessação do fumo, o tratamento da hipertensão e a manutenção de um peso saudável.

49650

Doença hepática gordurosa não-alcóolica como fator de risco cardiovascular

PATRICIA FRAGA PAIVA, CAMYLLA SANTOS DE SOUZA, YNGRID SOUSA LUZ, JOÃO PAULO LIMA BRANDÃO, REBECCA CRUZ DE MORAES REGO, THAIS LEMOS DE SOUZA MACEDO, BIANCA DE NEGRI SOUZA e JOAO DAVID DE SOUZA NETO

Suprema, Juiz de Fora, MG, BRASIL - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL - Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos, Porto Nacional, TO, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA) caracteriza-se pelo acúmulo de gordura nos hepatócitos, sem a necessidade de consumo alcoólico excessivo. Acomete aproximadamente 15-24% da população, relacionando-se diretamente com a obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e sedentarismo, elevando o risco de doenças cardiovasculares (DCV) e hepáticas, em especial a cirrose hepática. **OBJETIVOS:** Elucidar as interfaces entre a doença hepática gordurosa não alcoólica e as doenças cardiovasculares, enfatizando o consequente aumento da mortalidade e morbidade quando esta associação se faz presente. **MÉTODOS:** Revisão sistemática da literatura na base de dados PubMed com o termo "non-alcoholic fatty liver disease AND cardiovascular disease", utilizando o MESH para obter suas variações. **RESULTADOS:** A metanálise Sirbu et al. demonstrou aumento da mortalidade, acima da média, por DHGNA em associação às DCV. Quando associada à aterosclerose, a angiografia coronária ratifica essa relação demonstrando estenose de artéria coronária, calcificação das coronárias, além de redução do fluxo coronário, impactando a microcirculação, disfunções endoteliais, rigidez arterial e hipercoagulabilidade, sugerido pela presença excessiva de marcadores da coagulação e inflamatórios, níveis séricos elevados de IL-6 e TNF. Em estudo brasileiro, verificou-se que indivíduos com DHGNA apresentaram perfil inflamatório bastante distinto do grupo controle, além de elevação de marcadores de lesão endotelial, tais como sICAM-1, sVCAM-1 e e-selectina. A fibrose por DHGNA e disfunção microcirculatória correlacionadas demonstram valor preditivo de insuficiência coronariana. O risco cardiovascular pode ser mensurado por meio de aumento de marcadores enzimáticos como GGT, espessura da íntima-média da carótida e escore de cálcio coronariano através de tomografia computadorizada. **CONCLUSÃO:** Condições patológicas como obesidade visceral e resistência à insulina aliados à DHGNA condicionam um maior risco para o desenvolvimento de DCV. A Atenção Primária em Saúde, por meio de orientação e estímulo às mudanças do estilo de vida, pode contribuir para prevenção de novos casos e auxiliar na recuperação daqueles que já se encontram doentes. Assim, com a educação dos pacientes, pode-se promover melhor qualidade de vida, aumento de sobrevida e diminuição da morbimortalidade relacionadas à esteatose hepática e às DCV.

49659

Ressonância magnética no diagnóstico e avaliação da miocardite aguda

HENRIQUE AUGUSTO LINO, BIANCA LISA DE FARIA e ANA MARIA MAGALHES VALLE CUNDARI

Fundação Universidade de Itaúna, Itaúna, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A miocardite aguda (MA) possui apresentação clínica variável, como dor torácica, dispnéia e alterações eletrocardiográficas e de marcadores de necrose miocárdica. MA responde por 10% das mortes súbitas em necropsias. A Ressonância Magnética Cardiovascular (RM) proporciona maior sensibilidade e especificidade diagnóstica, permitindo também a estratificação de risco do paciente.

OBJETIVOS: Revisar o papel da RM no diagnóstico e avaliação da MA e seus parâmetros de aquisição de imagens.

MATERIAIS E MÉTODOS: Revisão bibliográfica dos últimos 5 anos, nas bases de dados PubMed, ACCESSSS, Lilacs, Cochrane Library e Scielo, utilizando os descritores MeSH/DeCS "magnetic resonance", "acute myocarditis", "diagnosis", "predictive value", "diagnostic criteria", "sensitivity", "specificity" e "accuracy".

DISCUSSÃO: A acurácia diagnóstica da miocardite aguda através dos critérios de Lake Louise, é limitada, atingindo valores de 85%. Diversos estudos analisam a análise de múltiplos parâmetros como superior. A aquisição em T2, sobretudo com restrição de sinais específicos, é o método de escolha para detecção de edema miocárdico, o achado mais específico, porém altamente influenciado pela heterogeneidade de sinal e movimentos, tendo acurácia de 68%. O realce precoce por gadolínio é o parâmetro menos acurado, cerca de 60%. O realce tardio por gadolínio possui a maior especificidade, de 100%, porém com sensibilidade de 75%. O mapeamento em T1 demonstra acurácia de 91%. A fração de volume extracelular possui acurácia de 75%. A análise de múltiplos parâmetros em alguns estudos demonstrou acurácia de 95-96%, sendo, portanto, mais precisa que os critérios de Lake Louise. Estudos também demonstraram correspondência temporal entre os achados de RM, o estágio clínico da doença e os achados anatomopatológicos, além de RM normais terem alto valor preditivo negativo para casos de pior prognóstico. Dessa forma, a análise de múltiplos parâmetros permite mais rápido diagnóstico e conduta, além de consequente melhora prognóstica.

CONCLUSÃO: A RM é o melhor método não-invasivo para diagnóstico e avaliação de MA, devendo ser precocemente instituído na cascata diagnóstica. A análise de múltiplos parâmetros é a mais acurada, com consequente instituição precoce de tratamento, favorecendo melhor prognóstico.

49673

As vantagens do uso clínico do biomarcador peptídeo natriurético encefálico em cardiopatias

ANA CARLA CRUZ OLIVEIRA, CESAR AUGUSTO RABELO GONTIJO e BIANCA LISA DE FARIA

Fundação Universidade de Itaúna, Itaúna, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: As cardiopatias agudas são uma das principais causas de internação e possuem diagnóstico diferencial complexo. Diante disso, novos biomarcadores, como o Peptídeo natriurético encefálico (BNP) e o Pró-peptídeo natriurético encefálico N-terminal (NT-proBNP) são muito úteis no complemento diagnóstico. Em função da escassez de trabalhos na literatura que esclareçam as indicações clínicas para essa triagem e os valores de corte, propomos a esclarecê-las.

MATERIAIS E MÉTODOS: Foram selecionados artigos entre os anos de 2014 e 2017, a partir das bases de dados UpToDate, DynaMed e PubMed, utilizando os descritores "peptídeo natriurético" e "insuficiência cardíaca". **DISCUSSÃO:** No diagnóstico de insuficiência cardíaca, sabe-se que o nível sérico do BNP é um melhor biomarcador, quando comparado ao Peptídeo natriurético atrial e aos amplamente utilizados critérios de Framingham e National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). Além disso, seus níveis têm maior valor diagnóstico do que outros exames preliminares, como ECG, radiografia de tórax e exames sanguíneos iniciais. Uma das maiores utilidades da medição do BNP é diferenciar a causa da dispnéia aguda, situação em que o nível sérico de BNP menor que 50pg/mL e o nível de NT-proBNP menor que 300pg/mL exclui a possibilidade de a dispnéia ser causada por insuficiência cardíaca. Adicionalmente, o nível de BNP aparece elevado na pericardite constritiva, mas não na restritiva. Ao analisar o nível sérico de BNP, deve-se considerar variabilidade, já que indivíduos idosos e mulheres apresentam valores elevados, enquanto obesos apresentam valores menores. De acordo com Framingham Heart Study, o nível sérico de BNP tem valor prognóstico para angina estável, risco de complicações pré e pós-operatórias e chances de desenvolver síndrome coronariana aguda, uma vez que pessoas nessas condições com níveis elevados de BNP têm chance, respectivamente, 6, 19 e 3 vezes maior de desenvolver evento cardíaco fatal. **CONCLUSÕES:** A avaliação do nível sérico de BNP é um complemento importante para a clínica médica, visto que auxilia no diagnóstico diferencial e tem valor prognóstico para afecções graves.

49676

Relação entre baixo peso ao nascer e doenças cardiovasculares: evidências e impacto na prática clínica

ANA CARLA CRUZ OLIVEIRA, CESAR AUGUSTO RABELO GONTIJO e BIANCA LISA DE FARIA

Fundação Universidade de Itaúna, Itaúna, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morbimortalidade no mundo, incidindo em aproximadamente X% da população. **OBJETIVOS:** Destacar o papel do baixo peso ao nascer (BPN) no desenvolvimento de DCV durante a vida. **MATERIAIS E MÉTODOS:** revisão bibliográfica utilizando os descritores "low weight", "newborn" e "cardiovascular disease" nas bases de dados PubMed e COCHRANE. **DISCUSSÃO:** Nos últimos anos pesquisadores encontraram uma correlação entre BPN e o risco de desenvolver doenças cardiovasculares. Segundo Haas e cols. o BPN predisporia ao desenvolvimento de DCV não por tornar o neonato mais vulnerável aos fatores de risco clássicos, mas sim por ser um fator de risco. Nos últimos anos foram realizados mais de trinta cohorts, totalizando uma amostra de aproximadamente 290.000 pessoas, que constatarem uma relação inversa entre BPN e DCV, especialmente coronariopatias e hipertensão. De acordo com Lefant a diferença na pressão arterial sistólica torna-se mais expressiva com o decorrer dos anos, sendo em média um aumento de 5.2mmHg por kg a menos em relação ao peso ideal. A hipótese mais aceita para explicar esse fato seria a oligonefropatia congênita, caracterizada pelo menor desenvolvimento de néfrons na vida intrauterina. Ademais, segundo Leeson e cols existe uma relação entre BPN e disfunção endotelial. Aparentemente, esses indivíduos apresentam menor capacidade de dilatação mediante obstrução de fluxo e administração de óxido nítrico, demonstrando maior susceptibilidade a eventos isquêmicos e DCVs como aterosclerose. Por fim, na prática clínica observa-se a diferença de terapêutica eficaz no tratamento de hipertensos que tiveram ou não BPN, sugerindo uma diferença na fisiopatologia da doença entre os dois grupos. **CONCLUSÃO:** Com base nas evidências existentes, o BPN é um determinante fetal com potencial impacto no desenvolvimento de DCV na vida adulta. Portanto, é importante que o pediatra, de posse da informação de que seu paciente teve BPN, oriente a família e o paciente no sentido de evitar fatores de risco para essas doenças.

49766

Estudo dos riscos de pacientes hipertensos desenvolverem doenças cardiovasculares

CAMYLLA SANTOS DE SOUZA, ANA LUÍSA GUÉLERE OLIVEIRA, ANTÔNIA ALYNE GOMES COSTA, FERNANDA ALMEIDA ANDRADE, IVAN LUCAS PICONE BORGES DOS ANJOS, CAROLINE SBARDELLOTTI CAGLIARI, IGOR RODRIGUES DA SILVA e JOAO DAVID DE SOUZA NETO

FASEH, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL - Instituto Tocantinsense Presidente Antônio Carlos, Porto Nacional, TO, BRASIL.

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é caracterizada por níveis sustentados de pressão arterial (PA) $\geq 140/90$ mmHg (VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2016), podendo contribuir para a ocorrência de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. Os fatores de risco para HAS são idade, gênero e etnia, sendo mais comuns em idosos ≥ 65 anos e homens de cor não-branca, com obesidade, sedentarismo, alta ingestão de sódio e antecedentes familiares. **Objetivo:** Realizar revisão de literatura atualizada acerca da HAS como fator de risco para doenças cardiovasculares (DCV). **Métodos:** Revisão de literatura nas bases de dados Scielo, Pubmed, Medline e Cochrane, utilizando os descritores: "hypertensive patients", "cardiovascular disease AND hypertension". **Resultados:** A análise dos artigos evidenciaram a presença de fatores de riscos CV já em jovens com 20 anos. Pacientes mulheres com HAS estão mais sujeitas a DCV. Existe uma variação ampla na prevalência de HAS dependendo da população estudada, do critério adotado para definição de HAS e do método de aferição. Nos EUA, foi conduzido um grande estudo transversal, NHANES III (National Health and Nutrition Examination Survey), para estimar a prevalência de condições crônicas comuns e fatores de risco associados, em uma amostra representativa da população americana, subdividida em vários subgrupos. Os dados obtidos da primeira fase, entre 1988 e 1991, demonstraram que, nos EUA, 23% da população adulta maior que 18 anos era hipertensa; apenas 69% destes indivíduos sabiam ser hipertensos e, destes, 55% faziam uso da medicação prescrita e 29% estavam controlados. No Brasil, os estudos existentes são limitados a avaliações em algumas cidades e estados, e mostram uma prevalência que varia de 14 a 44%, dependendo da população estudada e do critério adotado para o diagnóstico de HAS. Desse modo, observou-se que a HAS sozinha é a principal causa de DCV, constituindo em importante fator de risco para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares, como a aterosclerose, doença arterial coronariana, doença obstrutiva arterial periférica, morte súbita, hipertensão maligna e insuficiência cardíaca, entre outros. **Conclusão:** Deve-se atentar para a busca de medidas que melhorem a educação em saúde da comunidade e que, deste modo, facilitem a aderência dos pacientes ao tratamento da HAS. Com isso, os gastos em Serviços de Saúde podem diminuir, devido à menor necessidade de hospitalização decorrentes de DCV.

49807

Protocolo colaborativo de estratificação de risco na Síndrome Coronariana sem supra de ST na rede SUS-BH

ANDRÉ SILVA RODRIGUES, MARLON VIEIRA RODRIGUES, JORDAN VIEIRA DE OLIVEIRA e GUILHERME FERRAZ MESSINA PADUA ANDRADE

Complexo Hospitalar São Francisco, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A principal causa de mortalidade mundial é a doença cardiovascular, sendo o infarto agudo do miocárdio (IAM) a manifestação mais frequente. Sabe-se que "tempo é músculo" e as intervenções no contexto de Síndrome Coronariana Aguda (SCA) devem ser rápidas e guiadas pelos riscos de cada apresentação. As condutas no IAM com supra de ST visando a revascularização de emergência são bem difundidas. No contexto de síndrome coronariana sem supra (IAM sem supra ST e angina instável), no entanto, percebe-se na rede SUS-BH maior dificuldade na estratificação de riscos para guiar a estratégia (invasiva ou não invasiva) e o seu tempo ideal. Baseado na experiência de um serviço de Cardiologia público que recebe pacientes com SCA atendidos nas Unidades de Pronto Atendimento de Belo Horizonte, foi criado um protocolo de estratificação de risco para SCA sem supra de ST com objetivo de colaborar na definição de prioridades e fluxo de transferência a serviços de referência. **Métodos:** Foi realizada revisão da literatura, baseada na metodologia GRADE, com objetivo de qualificar as evidências para diferentes estratégias de intervenção: 1) CATE de urgência (<2 h); 2) Estratificação invasiva precoce (<24 h); 3) Estratificação invasiva rotineira (<72 h); 4) Estratificação não invasiva/ guiada por sintomas. **Resultados:** O emergencista deverá utilizar escores de risco validados (HEART e GRACE), além da avaliação clínica completa, para definição do risco do paciente em alto, intermediário ou baixo. Guiado por fluxograma, seguirá as seguintes recomendações: 1) CATE urgência se sinais de choque cardiogênico, instabilidade elétrica ou angina refratária (GRADE 1 C); 2) CATE < 24 h se GRACE > 140 e disponibilidade (GRADE 2 B); 3) CATE < 48 a 72 h se GRACE entre 109-140, alterações dinâmicas em ECG, troponina positiva ou diabetes (GRADE 1 B); 4) Estratificação não invasiva se GRACE < 109 (GRADE 1 C). **Discussão:** A estratificação de risco (clínica e por escores validados) deve ser a principal ferramenta para definição dos fluxos de intervenções no paciente em SCA, pois o tempo de revascularização naqueles de maior risco reduz sua mortalidade. **Conclusões:** Com a difusão do protocolo proposto e treinamento dos emergencistas, além de uma proposta da regulação de leitos guiada por prognóstico, espera-se melhorar o cuidado na SCA sem supra de ST na rede SUS-BH.

49883

Relação entre Cardiopatias Congênitas e Síndrome de Down com ênfase em Tetralogia de Fallot

CARLOS HENRIQUE MIRANDA GOMES, ANDRESSA VALERIO ROCHA, GLAUCE KAROLINE DE MORAES CASSOLA, DANIEL DIAS NETO, ANTONIO ALVES PEREIRA NETTO, FELIPE CORREA ANDRADE e ALBERT NILO DA COSTA

Universidade José do Rosário Vellano - Unifenas BH, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: As malformações são detectadas em 3 a 5% dos recém-nascidos, sendo a principal causa de morte na primeira infância em países desenvolvidos. As anormalidades mais comuns são as cardiopatias congênitas (CC). Existe uma alta prevalência em crianças com Síndrome de Down (SD) e estima-se que cerca de 40% a 45% dessas têm CC e dentre elas, está a Tetralogia de Fallot (T4F). **OBJETIVOS:** Analisar a correlação entre SD e o desenvolvimento das CC e compreender os mecanismos fisiopatológicos da T4F. **METODOLOGIA:** Estudo transversal, baseado em revisão da literatura. Foram utilizadas as bases de dados: Pubmed, Scielo e Lilacs, sendo selecionados artigos de 1997 a 2017. **RESULTADOS:** O diagnóstico pode ser realizado pela suspeita clínica com presença de sopro cardíaco, cianose persistente, taquipnéia e arritmia cardíaca. A posição de côcoras assumida pelo paciente corrobora com o diagnóstico. Os exames complementares utilizados são radiografia torácica e eletrocardiograma. A presença da SD está associada com o atraso no neurodesenvolvimento. Os tratamentos com a realização de "shunts" sistêmico-pulmonares podem ser utilizados de forma paliativa para que o paciente seja posteriormente submetido a uma cirurgia reparatória na vigência de menores riscos, sendo o "shunt" utilizado em menores de 6 meses. Também é preconizada a abordagem reparatória primária, evidenciada por estudos como de bom prognóstico. Entretanto, nesta abordagem direta são necessárias instituições mais preparadas no manejo intra-operatório e pós-operatório de neonatais e crianças de baixo peso. **DISCUSSÃO:** As divergências acerca da T4F se devem ao momento de início do tratamento e ao esquema de realização, em dois tempos ou correção primária precoce. Os apoiadores da correção em dois tempos advogam essa conduta pelo baixo risco que ela apresenta. Ademais, a maioria das crianças exibe imediata melhora clínica e não se observam efeitos desfavoráveis quando da correção total. Já na correção primária precoce defende-se que este método apresenta baixa morbimortalidade e bons resultados tardios. Nas crianças com SD as doenças cardíacas têm frequente aumento da resistência vascular pulmonar e desenvolvem lesão vascular pulmonar. Os defeitos cardíacos congênitos reduzem a sobrevida em pacientes com SD em 72%. **CONCLUSÃO:** Há relação entre SD e T4F. Ainda não existe um método de tratamento cirúrgico definitivo, de absoluto e melhor prognóstico ao paciente, sendo ambas as abordagens ainda muito prevalentes.

49887

Prevenção de cardiotoxicidade induzida por antraciclina em pacientes oncológicos

PRISCILA CRISTIAN DO AMARAL, e CLAUDEMIRO PEREIRA NETO

Universidade Federal de São João Del Rei, DIVINOPOLIS, MG, BRASIL - Associação de Combate ao Câncer Centro Oeste Minas, DIVINOPOLIS, MG, BRASIL.

Introdução: Nos últimos anos, o tratamento oncológico progrediu radicalmente, no entanto, pesquisadores evidenciam novas síndromes cardiovasculares relacionadas à quimioterapia^{1,2}. Nesse contexto, salienta-se como principal agravamento a cardiotoxicidade causada pelas antraciclina e compostos relacionados que são componentes importantes de muitos regimes de quimioterapia, prescritos para grande parte dos tumores (mama, próstata, bexiga, linfomas, leucemias, sarcomas), inclusive em crianças³. **Objetivo:** Revisar as recomendações gerais para prevenção no que se refere à cardiotoxicidade em pacientes oncológicos que recebem tratamento quimioterápico. **Metodologia:** Foram selecionados artigos das bases PUBMED, LILACS e SCIELO publicados entre 2012 e 2017. Utilizados os descritores: cardiotoxicity, anthracyclines, cardiotoxicity, chemotherapy, prevention and management e os seus correspondentes em português. **Resultados:** A busca retornou 112 artigos; selecionados 64 artigos referentes às diretrizes, artigos de revisão e revisão sistemática. Destes, foram escolhidos os 10 artigos com maior correspondência ao tema. **Discussão:** A cardiotoxicidade induzida por quimioterápicos tem se mostrado irreversível uma vez estabelecida a disfunção miocárdica. Assim, estratégias de prevenção para esses efeitos são de suma importância para melhorar o prognóstico dos pacientes oncológicos. Logo, a supervisão deve iniciar anteriormente ao tratamento quimioterápico por meio de avaliação dos parâmetros hematológicos e bioquímicos junto com a pressão arterial sistêmica, como também, a avaliação da função cardíaca^{4,5}. Outro manejo preventivo que mostrou-se benéfico é a administração farmacológica. O dexrazoxane confere proteção celular que diminui a incidência e a gravidade da miocardiopatia associada com doses cumulativas de doxorubicina⁶. O uso precoce de enalapril, aparentemente, previne a cardiotoxicidade e assim melhora o prognóstico cardíaco⁷. Somado a isso, é preciso ressaltar as evidências positivas diante ao efeito protetor causado pela estatina em pacientes em tratamento quimioterápico com antraciclina descritos em alguns estudos^{8,9,10}. **Conclusão:** É importante reconhecer que as doenças cardíacas são frequentes e que é possível prevenir a cardiotoxicidade em pacientes oncológicos sem interferir na eficiência do tratamento. Conquanto, até o momento não há protocolos bem estabelecidos para se detectar precocemente a toxicidade cardíaca.

49888

Estratégias para o diagnóstico e estratificação da doença aterosclerótica coronariana estável.

PRISCILLA BENFICA CIRILIO, TÚLIO MOURÃO OLIVEIRA, TIAGO VILELA CUPERTINO, ARTHUR AUGUSTO ALCANTARA VENTURINI, JOSE CARLOS DA COSTA ZANON e ODILON GARIGLIO ALVARENGA DE FREITAS

Uni-BH, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Minascor Centro Médico, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

TEMA/INTRODUÇÃO: A doença arterial coronária (DAC) é uma das principais doenças do século 21 por sua morbi-mortalidade. A angina é uma síndrome clínica que ocorre em portadores de DAC, caracterizada por dor ou desconforto em região retroesternal com irradiação, desencadeada com atividade física ou estresse emocional. A prevalência de angina é de 12 a 14% dos homens, e 10 a 12% das mulheres com idades entre 65 a 84 anos. A mortalidade geral na DAC estável está entre 1,2 a 2,4% ao ano. Torna-se fundamental que sejam reconhecidas e aplicadas estratégias para o adequado diagnóstico e estratificação de risco. **OBJETIVOS:** Levantar na literatura dados e estratégias para a estratificação da DAC estável, seu prognóstico e riscos. **METODOLOGIA:** Foram selecionados artigos das bases PUBMED, LILACS e SCIELO publicados entre 2012 e 2017. Utilizados os descritores: stable coronary artery disease; coronary heart disease; prognosis; patient outcomes; e os seus correspondentes em português. **RESULTADOS:** A busca retornou 289 artigos; selecionados 43 artigos referentes às diretrizes, artigos de revisão, revisão sistemática, meta-análise e consensos. Destes, foram escolhidos os 10 artigos com maior correspondência ao tema. **DESENVOLVIMENTO DO TEMA/DISCUSSÃO:** A história e exame clínico apresentam um alto grau de acurácia e permitem estimar a probabilidade de DAC significativa, definida angiograficamente. A realização de testes diagnósticos é útil para a estratificação do risco e avaliação da gravidade da DAC. Os testes têm indicações conforme a apresentação clínica e a estimativa da probabilidade pré-teste de doença. Indivíduos assintomáticos, portadores de DAC, devem receber medidas de tratamento e prevenção secundária. Na DAC subclínica, diversos algoritmos foram levantados, demonstrando sua utilidade na identificação do risco global e necessidades de tratamento. Nos sintomáticos ou de alto risco, devemos aprofundar a investigação, utilizando métodos complementares invasivos. **CONCLUSÃO:** Entre as dificuldades na avaliação adequada da DAC está a limitação econômica e disponibilidade dos métodos diagnósticos. A correta estratificação de risco faz-se necessária para otimização dos recursos, adequado acompanhamento do paciente e redução da morbi-mortalidade.

49889

Uso clínico de inibidor da neprilina (LCZ696) no tratamento da insuficiência cardíaca.

LAÍSE OLIVEIRA RESENDE, LUISA GODOI LOPES, NATÁLIA RODRIGUES DE OLIVEIRA, LENIMARA DE OLIVEIRA MARTINS, OLÍVIA MARIA TRINDADE, JOSE CARLOS DA COSTA ZANON e ODILON GARIGLIO ALVARENGA DE FREITAS

Universidade Federal de São João Del Rei, Divinópolis, MG, BRASIL - Minascor Centro Médico, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

TEMA/INTRODUÇÃO: A insuficiência cardíaca (IC) representa importante problema de saúde pública, com alta prevalência e morbimortalidade. Os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e bloqueadores de receptor de angiotensina (BRA) foram utilizados durante anos como tratamentos eletivos para a IC. O LCZ696 é uma droga recentemente desenvolvida para o tratamento da IC e tem ação dupla: inibe receptores de neprilissina e sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA).

OBJETIVOS: Levantar dados científicos referentes ao LCZ696 e seu papel no tratamento da IC, avaliar a utilidade da dosagem dos peptídeos natriuréticos no acompanhamento do tratamento com a droga.

METODOLOGIA: Revisão de literatura nas bases de dados PUBMED, LILACS e SCIELO, publicados entre 2014 e 2017, com a utilização dos descritores: neprilysin; angiotensin receptor neprilysin inhibitor; sacubitril/valsartan; LCZ696; heart failure; e os seus correspondentes em português.

RESULTADOS: Levantados 89 artigos; selecionados 18 artigos referentes às diretrizes, artigos de revisão, revisão sistemática, meta-análise, consensos e estudos clínicos. Destes, foram escolhidos os 10 artigos com maior correspondência ao tema.

DESENVOLVIMENTO DO TEMA/DISCUSSÃO: O LCZ696 leva a supressão do SRAA e inibição da neprilissina, sem causar angioedema. Isso foi alcançado com a utilização de um BRA no lugar do IECA. Ocasionalmente maior redução das pressões sistólica, diastólica e de pulso, com boa tolerância e sem evidências de aumento de tosse. Com 2 doses diárias de sacubitril/valsartan (97mg/103mg) atingimos o efeito por 24h. Dentre os efeitos colaterais, destaca-se a hipotensão, significativamente mais comum do que com enalapril. Somente em casos onde a função renal está comprometida, a redução da dose ou a descontinuação deve ser considerada. O LCZ696 reduziu o desfecho primário composto por morte cardiovascular e hospitalizações por IC em 20%. Na IC sistólica crônica, a terapia guiada por peptídeos natriuréticos reduziu a mortalidade e hospitalizações.

CONCLUSÃO: O LCZ696 é uma nova alternativa no tratamento da IC, classes II a IV, com eficácia superior à terapia convencional.

49892

Avaliação do fundo de olho como instrumento de diagnóstico e prognóstico da retinopatia hipertensiva.

ISABELA GALIZZI FAÉ, BERNARDO ARANTES NEVES DE ABREU, FLAVIA CRISTINA JACOME MACHADO, ANA LAURA VILELA ARFELLI, JOSE CARLOS DA COSTA ZANON e ODILON GARIGLIO ALVARENGA DE FREITAS

Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Pontifícia Universidade Católica - MG, Betim, MG, BRASIL - Minascor Centro Médico, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

TEMA/INTRODUÇÃO: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença muito prevalente e que pode causar lesões em diversos órgãos-alvo, dentre eles a retina. A retinopatia hipertensiva (RH) é caracterizada como o conjunto de alterações no sistema vascular da retina e coróide, causadas pelo aumento anormal da pressão arterial (PA) sistêmica, de forma persistente. Serve como indicador confiável para estratificação de risco de complicações cardíacas e cerebrais, tais como doença arterial coronariana e acidente vascular cerebral. **OBJETIVOS:** Identificar na literatura o papel do fundo de olho quanto a RH e sua utilização na estratificação de risco. **METODOLOGIA:** Foram selecionados artigos das bases PUBMED, LILACS e SCIELO publicados entre 2009 e 2017. Utilizados os descritores: hypertension; retina; hypertensive retinopathy; retinopathy; ophthalmoscopy/methods; e os seus correspondentes em português.

RESULTADOS: A busca retornou 262 artigos; selecionados 41 artigos referentes às diretrizes, artigos de revisão, revisão sistemática, meta-análise e consensos. Destes, foram escolhidos os 10 artigos com maior correspondência ao tema. **DESENVOLVIMENTO DO TEMA/DISCUSSÃO:** As alterações vasculares retinianas causadas pela HAS, podem ser agrupadas em: hipertensivas ou arterioscleróticas; agudas ou crônicas. O quadro clínico geralmente é assintomático e bilateral. Complicações podem causar diminuição da visão, caso haja acometimento macular ou opacidades de meios. Entre os achados do fundo de olho temos: alterações na retina (RH), coróide e nervo óptico. Levantamos e apresentaremos os tipos de achados, imagens do fundo de olho e significado clínico e prognóstico. A classificação da RH normalmente é feita com a classificação de Keith-Wagner-Barker (nível de severidade dos achados retinianos com correlações prognósticas) e de Jerome Gans (diferencia as causas das alterações). Não há tratamento específico para as lesões da RH, sendo a prevenção e o controle clínico da PA sistêmica o foco principal. **CONCLUSÃO:** O fundo de olho mostrou ser um método de baixo custo, eficiente na abordagem da RH, realizável em unidades de saúde e útil na estratificação de risco de complicações cardiovasculares.

49898

Repercussões cardiovasculares deletérias decorrentes do uso de substâncias ilícitas no esporte.

VICTOR JÁCOME SOARES MARTINS, GUSTAVO VINICIUS ALVES, JOSE CARLOS DA COSTA ZANON e ODILON GARIGLIO ALVARENGA DE FREITAS

Universidade Federal de São João Del Rei, Divinópolis, MG, BRASIL - Minascor Centro Médico, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

TEMA/INTRODUÇÃO: É alta a prevalência de uso de substâncias ilícitas (SI) que melhoram o desempenho competitivo (doping). Pouco se fala dos riscos do doping para a saúde. Existe uma percepção errônea, generalizada, de que o doping é seguro ou que, os efeitos adversos são gerenciáveis. O risco ainda é maior pelo fato de que a maioria dos usuários de SI não são atletas.

OBJETIVOS: Identificar na literatura evidências das repercussões cardiovasculares e riscos decorrentes do doping. **METODOLOGIA:** Foram selecionados artigos das bases PUBMED, LILACS e SCIELO publicados entre 2012 e 2017. Utilizados os descritores: athletes; doping; doping in sports; anabolic steroids; cardiovascular diseases; e os seus correspondentes em português.

RESULTADOS: A busca retornou 109 artigos; selecionados 27 artigos referentes às diretrizes, artigos de revisão, revisão sistemática, meta-análise e consensos. Destes, foram escolhidos os 10 artigos com maior correspondência ao tema.

DESENVOLVIMENTO DO TEMA/DISCUSSÃO: A Agência Mundial Antidoping testa substâncias e publica periodicamente listas com substâncias de uso proibido por atletas. Os usuários de SI frequentemente consomem doses altamente suprafarmacológicas destas substâncias. O doping tem provocado uma grande variedade de distúrbios cardiovasculares, psiquiátricos, metabólicos, endócrinos, neurológicos, infecciosos, hepáticos, renais e musculoesqueléticos. Entre os distúrbios cardiovasculares temos: acidente vascular encefálico; infarto do miocárdio; morte súbita; tromboembolismo; hipertrofia cardíaca; cardiomiopatia; endocardite; fibrilação atrial; insuficiência cardíaca; hematoma subdural; hipertensão arterial; diminuição do HDL; etc. O abuso de esteróides anabolizantes (EA) e estimulantes são os mais frequentes e os principais abordados nos estudos sobre efeitos adversos. Entretanto, não existem grandes estudos de intervenções terapêuticas para o tratamento dos efeitos adversos das SI, como a síndrome de abstinência de EA. Finalmente, precisamos aumentar a conscientização do público em geral sobre as sérias consequências do doping.

CONCLUSÃO: O doping acarreta graves riscos e repercussões deletérias levando a uma necessidade de conscientização dos usuários de substâncias ilícitas e maiores pesquisas sobre o tratamento destas complicações.

49904

Repercussão Bucal da Tetralogia de Fallot

EWERTON JOSE MOREIRA DE SOUZA, ANDRESSA VALERIO ROCHA, ALBERT NILO DA COSTA e EDUARDO PEREIRA GUIMARÃES

Universidade José do Rosário Vellano - Unifenas BH, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Universidade José do Rosário Vellano, Varginha, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO A tetralogia de Fallot (T4F) é a cardiopatia cianótica mais comum, sendo a doença que mais comumente necessita de intervenção cirúrgica reparativa no primeiro ano de vida. Os defeitos anatômicos estabelecidos diminuem a quantidade de oxigênio no sangue, levando à cianose, policitemia e hipóxia. A mortalidade associada à doença tem vindo a regredir, tornando necessário medidas que auxiliem no prognóstico da doença. **OBJETIVO** Reconhecer as características orofaciais da T4F e suas consequências ao nível da saúde bucal. **METODOLOGIA** Trata-se de uma revisão bibliográfica em que foram efetuadas buscas na base de dados SCIELO, utilizando-se os descritores tetralogy of Fallot; dental enamel; oral health; **APRESENTAÇÃO** Na literatura consultada, apenas dois trabalhos relataram essa correlação. A T4F pode apresentar manifestações craniofaciais particularmente ao nível da formação dentária e do desenvolvimento e crescimento ósseo. Estaria relacionada a diminuição dos níveis de IGF-1, principal enzima responsável pelo desenvolvimento ósseo. O tempo de formação do esmalte dentário coincide com o momento do diagnóstico da doença. Os ameloblastos, células responsáveis pela formação do esmalte dentário são suscetíveis a alterações do ambiente intracelular, principalmente a hipóxia, característica maior da T4F. A hipoplasia de esmalte está presente em 52% dos casos. A presença desses defeitos de esmalte, em associação com a diminuição da resposta imunitária, resultante da perfusão sanguínea insuficiente, repercute-se num aumento do risco de cárie dentária. Para além dos fatores inerentes à fisiopatologia da doença, soma-se o fato de uso de diversos tipos de fármacos que contém, na sua maioria, açúcar. Estudo revela que existe correlação da "Digoxina" com a presença de cáries. A The American Heart Association reconhece que a manutenção de uma boa saúde oral reduz o risco de problemas cardíacos. **DISCUSSÃO** Criança com T4F complica o atendimento odontológico por três razões: risco de endocardite infecciosa, complicações associados a anestésicos e o risco de sangramentos em crianças tomando Warfarina. Um diagnóstico precoce concomitantemente com um plano de tratamento adequado e um plano de higiene oral pormenorizado eliminam a necessidade de tratamentos mais invasivos nos pacientes com T4F. **CONCLUSÃO** A medicina dentária é essencial no tratamento de pacientes com T4F, uma maior interação entre médico e odontopediatras é de grande benefício para essas crianças.

49905

Estratificação da dor torácica na emergência segundo as diretrizes atuais.

ANDRE GORLE DE MIRANDA CHAVES, GABRIEL PRADO SAAD, JOSE CARLOS DA COSTA ZANON e ODILON GARIGLIO ALVARENGA DE FREITAS

Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Minascor Centro Médico, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

TEMA/INTRODUÇÃO: A dor torácica (DT) corresponder a 30% das consultas em unidades de emergência, se tornando uma importante queixa nesses serviços. É a causa de aproximadamente 4 milhões de atendimentos/ano no Brasil. Dentre os pacientes atendidos com DT, 15% terão doença arterial coronariana (DAC). **OBJETIVOS:** Identificar na literatura dados e evidências sobre a estratificação da DT na emergência. **METODOLOGIA:** Foram selecionados artigos das bases PUBMED, LILACS e SCIELO publicados entre 2012 e 2017. Utilizados os descritores: chest pain; emergency department; coronary artery disease; cardiovascular risk stratification; risk assessment; e os seus correspondentes em português. **RESULTADOS:** A busca retornou 398 artigos; selecionados 69 artigos referentes às diretrizes, artigos de revisão, revisão sistemática, meta-análise e consensos. Destes, foram escolhidos os 10 artigos com maior correspondência ao tema. **DESENVOLVIMENTO DO TEMA/DISSCUSSÃO:** Para uma adequada estratificação da DT é necessário levar em conta uma ampla gama de diagnósticos diferenciais e distinguir os pacientes com dor torácica por DAC daqueles que não. Esta decisão é difícil se baseada exclusivamente na história clínica e exame físico, pois nenhum dado isolado tem valor preditivo suficiente para descartar a DAC. As diretrizes levantadas (nacional e internacionais) buscaram padronizar a abordagem de pacientes com DT através de protocolos de diagnóstico (PD), desenvolvidos para fornecer diagnóstico diferencial, determinar o nível de risco, indicar os melhores exames complementares de acordo com o risco e a melhor conduta. Um dos objetivos dos PD é identificar os pacientes de muito baixo risco e passíveis de receber alta precoce, ao mesmo tempo em que, identificar os pacientes mais propensos a DAC e intensificar seu tratamento. O não uso do PD favorece a alta precoce e inapropriada, ocorrendo em cerca de 2 a 5% dos pacientes com DAC. Algumas diretrizes recomendam o uso do escore de risco (GRACE ou TIMI) como parte da avaliação inicial, caso suspeite de DAC. **CONCLUSÃO:** A DT representa queixa comum na emergência, exige que o diagnóstico diferencial seja feito corretamente e o uso de protocolos de diagnóstico reduzem o custo, o tempo de permanência e, o risco de exames e tratamentos desnecessários.

49911

Papel da cirurgia bariátrica e metabólica na redução do risco cardiovascular.

CAROLINE RODRIGUES MENEZES, PRISCILA CRISTIAN DO AMARAL, JOSE CARLOS DA COSTA ZANON e ODILON GARIGLIO ALVARENGA DE FREITAS

Universidade Federal de São João Del Rei, Divinópolis, MG, BRASIL - Minascor Centro Médico, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

TEMA/INTRODUÇÃO: A cirurgia bariátrica (CB) é um tipo de intervenção cirúrgica que promove a restrição alimentar através de mudanças estruturais no trato gastrointestinal. Tem como objetivo o tratamento da obesidade e controle dos fatores de risco cardiovascular (FRCV) refratários ao tratamento clínico. A CB pode ser restritiva, mal absorviva ou um misto de ambas. Também promove expressiva melhora em comorbidades associadas à obesidade, como diabetes tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia, sendo este fenômeno responsável pela criação do termo cirurgia metabólica. **OBJETIVOS:** Identificar na literatura evidências do papel da CB na redução dos FRCV. **METODOLOGIA:** Foram selecionados artigos das bases PUBMED, LILACS e SCIELO publicados entre 2012 e 2017. Utilizados os descritores: bariatric procedures; bariatric surgery; cardiovascular disease; cardiovascular risk; obesity; e os seus correspondentes em português. **RESULTADOS:** A busca retornou 136 artigos; selecionados 29 artigos referentes às diretrizes, artigos de revisão, revisão sistemática, meta-análise e consensos. Destes, foram escolhidos os 10 artigos com maior correspondência ao tema. **DESENVOLVIMENTO DO TEMA/DISSCUSSÃO:** A CB tem índices de mortalidade de 0,3%, semelhante a uma simples retirada da vesícula biliar ou cesariana, o que se traduz em muita segurança. Apesar da redução de peso ter papel importante na remissão e melhora das comorbidades relacionadas aos FRCV, não há uma relação linear entre a melhora da saúde cardiovascular e a perda de peso. Nesta revisão levantamos que a CB melhorou a hiperlipidemia em 65% dos pacientes, melhorou o diabetes em 73% e hipertensão em 63% dos pacientes. Os dados ecocardiográficos após CB indicaram melhorias significativas na massa e função ventricular esquerda. Em relação aos eventos cardiovasculares, os pacientes com CB apresentaram redução estatisticamente significante no infarto do miocárdio (OR = 0,54), acidente vascular cerebral (OR = 1,49) e redução de 50% na mortalidade geral. **CONCLUSÃO:** Os estudos levantados apontam real impacto da cirurgia bariátrica / metabólica na prevenção cardiovascular carecendo ainda de mais estudos prospectivos para levantar os mecanismos envolvidos com a interferência da CB na aterosclerose.

49919

Diagnóstico e manejo da doença de Kawasaki.

PRISCILA CRISTIAN DO AMARAL, CAROLINE RODRIGUES MENEZES, JOSE CARLOS DA COSTA ZANON e ODILON GARIGLIO ALVARENGA DE FREITAS

Universidade Federal de São João Del Rei, Divinópolis, MG, BRASIL - Minascor Centro Médico, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

TEMA/INTRODUÇÃO: A doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite sistêmica aguda, autolimitada, de etiologia desconhecida, compromete artérias de pequeno e médio calibre, acomete especialmente crianças menores de 5 anos. É mais comum na Ásia (no Japão, China e Coreia). A seqüela mais importante é o desenvolvimento de aneurismas nas artérias coronárias, levando a risco de isquemia miocárdica, infarto, insuficiência cardíaca ou morte súbita. **OBJETIVOS:** Levantar na literatura dados e evidências sobre o diagnóstico e manejo da doença de Kawasaki. **METODOLOGIA:** Foram selecionados artigos das bases PUBMED, LILACS e SCIELO publicados entre 2012 e 2017. Utilizados os descritores: Kawasaki disease; pediatric vasculitis; Acquired pediatric heart disease; Coronary artery aneurysm; Disease Management; e os seus correspondentes em português. **DESENVOLVIMENTO DO TEMA/DISSCUSSÃO:** A busca retornou 211 artigos; selecionados 57 artigos referentes às diretrizes, artigos de revisão, revisão sistemática, meta-análise e consensos. Destes, foram escolhidos os 10 artigos com maior correspondência ao tema. **DISCUSSÕES:** É fundamental que pediatras considerem a DK no diagnóstico diferencial de febre prolongada, por 4-5 dias, e características clínicas / laboratoriais compatíveis. O desenvolvimento de anormalidade da circulação coronariana ocorre em 20% das crianças não tratadas dentro dos primeiros 10 dias de início da DK. O risco é reduzido em 5 vezes se imunoglobulina intravenosa (IGIV) for administrada nestes 10 dias. O comprometimento miocárdico é frequente, habitualmente transitório, de grau leve e raramente severo. A função miocárdica melhora rapidamente após uso de anti-inflamatórios e IGIV. Os aneurismas da artéria coronária evoluem atingindo sua dimensão máxima em 6 semanas após o início da DK. Quase toda morbidade e mortalidade ocorrem em pacientes com aneurismas gigantes. O risco de infarto do miocárdio por trombose da artéria coronária é maior nos primeiros 2 anos. Na fase crônica da DK, a insuficiência cardíaca normalmente é secundária a alteração miocárdica isquêmica, requerendo avaliação do leito vascular coronariano para planejamento do tratamento, seja ele farmacológico, intervencionista por via percutânea ou cirúrgico. **CONCLUSÃO:** O diagnóstico precoce da DK e tratamento adequado podem reduzir substancialmente as complicações e riscos da vasculite sistêmica.

49926

Papel do anticorpo monoclonal - Alirocumab - no tratamento da hipercolesterolemia.

LUIZA MIRANDA MARINHO DE PAULA, CARLOS HENRIQUE DE FIGUEIREDO, ADRIEL GUSTAVO LOPES, JOSE CARLOS DA COSTA ZANON e ODILON GARIGLIO ALVARENGA DE FREITAS

PUC-MG, Betim, MG, BRASIL - Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Minascor Centro Médico, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

TEMA/INTRODUÇÃO: A hipercolesterolemia é um importante fator desencadeador da doença vascular aterosclerótica que é causa primária de mortalidade e morbidade cardiovascular prematura. O controle medicamentoso é uma medida preventiva, mas em alguns casos é ineficiente em atingir modificações benéficas do perfil lipídico. Tratamento promissor para a redução acentuada dos níveis de colesterol LDL (LDL-c) está baseado nos inibidores da PCSK9. Entre eles temos o anticorpo monoclonal Alirocumab. **OBJETIVOS:** Levantar na literatura evidências do papel da inibição da PCSK9 através do anticorpo monoclonal Alirocumab, no tratamento da hipercolesterolemia. **METODOLOGIA:** Foram selecionados artigos das bases PUBMED, LILACS e SCIELO publicados entre 2012 e 2017. Utilizados os descritores: PCSK9 Inhibitor; PCSK9; Alirocumab; hypercholesterolemia; LDL-c; e os seus correspondentes em português. **RESULTADOS:** A busca retornou 76 artigos; selecionados 19 artigos referentes às diretrizes, artigos de revisão, revisão sistemática, meta-análise, consensos e estudos clínicos. Destes, foram escolhidos os 10 artigos com maior correspondência ao tema. **DESENVOLVIMENTO DO TEMA/DISSCUSSÃO:** O Alirocumab é um anticorpo monoclonal humano que, ao bloquear a ação do PCSK9, aumenta a disponibilidade de receptores de LDL hepáticos e a retirada de moléculas de LDL-c circulantes. É administrado por meio de injeção subcutânea, têm ação de longa duração e exige aplicações a cada duas semanas. No geral, o inibidor da PCSK9 é bem tolerado; o principal efeito colateral é a reação no local da injeção. Em indivíduos com hipercolesterolemia familiar (HF), a exposição por toda a vida a níveis muito altos de LDL-c e outras lipoproteínas aterogênicas como a Lp(a) leva ao início precoce da doença cardiovascular e têm baixa probabilidade de atingirem o controle ideal do LDL-c com as terapias atuais. Os adultos com HF, pessoas com intolerância a estatinas e pessoas com alto risco cardiovascular que não atingiram sua meta de LDL-c são candidatos ao uso do Alirocumab. O benefício clínico do tratamento a longo prazo com Alirocumab está sendo avaliado no estudo clínico "ODYSSEY OUTCOMES". **CONCLUSÃO:** Os dados de segurança dos estudos levantados demonstram que o Alirocumab geralmente é bem tolerado, com um perfil de segurança favorável e efetivo na redução do LDL-c.

49945

Dominancia coronariana

BRUNO LOSER HEMERLY, FILIPE MARCAL PIRES, VICTOR GABRIEL ALVES DE FARIA, JÉSSICA JESSICA GENOVEVA BOLINE PASSAREL, GIOVANNI HENRIQUE SOARES DE ARAUJO e KENNEDY MARTINEZ DE OLIVEIRA

Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Gov. Valadares, Governador Valadares, MG, BRASIL.

No contexto da anatomia vascular cardíaca, a crux cordis configura-se como o ponto de encontro dos sulcos coronarianos, interatrial e interventricular. Neste ponto, a formação da artéria interventricular posterior se dará por três possíveis formas, podendo ser proveniente da coronária direita, da esquerda ou de ambas (chamada de balanceada). Sendo assim, a dominância coronariana é determinada pela artéria que emite o ramo interventricular posterior, sendo variável nos indivíduos e implicando nas possíveis patologias que o paciente pode apresentar. A partir de uma revisão crítica da literatura do período de 1993 até 2017, em inglês e português, em publicações indexadas nas bases acadêmicas do Scielo e Pubmed, obtemos informações deste trabalho, principalmente, o fato de a prevalência da dominância, nos mais diversos artigos analisados ocorrer no lado direito, seguido do lado esquerdo e, por fim, balanceado. Diante disso, a relevância do tema pode ser observada em sua relação anatômico-clínica, uma vez que a ocorrência de certas patologias coronarianas, como IAM e arteriosclerose, parecem estar relacionadas com o tipo de dominância expressa. Ademais, o planejamento para uma possível intervenção cirúrgica ou terapêutica depende de um conhecimento prévio da anatomia dos vasos coronarianos.

ÍNDICE REMISSIVO POR AUTOR E Nº DO TEMA



A

- ADELIANE ALMEIDA REZENDE VIDAL – 49627
ADNAN ALI SALMAN – 49533
ADNESLANE LOIOLA CASTELO BRANCO RAMOS – 49709
ADRIANA COSTA DIAMANTINO – 49606, 49624, 49709,
49724, 49728, 49756, 49805
ADRIANA CRISTINA PINTO SILVA – 49684, 49804
ADRIANA F M GUIMARÃES – 49802
ADRIANA FURLETTI MACHADO GUIMARÃES – 49941
ADRIANE MARIA DAMASCENO PINTO – 49235
ADRIANO P SABINO – 49880
ADRIANO AVELLAR CARVALHO – 49569, 49799, 49804
ADRIEL GUSTAVO LOPES – 49926
ALANA ANDRADE GOMES – 49413
ALBERT NILO DA COSTA – 49883, 49904
ALBERTO MARTINS FONTOURA BORGES – 49617
ALDECY ALEXANDER MOREIRA – 49716
ALESSANDRA S D SILVERIO – 49518
ALESSANDRA ROCHA LUZ – 49874
ALESSANDRO REIS – 49350
ALEX JUNIOR DE ARAUJO – 49886
ALEXANDRE ALVES NEVES – 49596, 49699
ALEXANDRE BARBOSA ANDRADE – 49512
ALEXANDRE GONÇALVES – 49580
ALEXANDRE HENRIQUE COBUCCI SANTANA – 49633,
49636, 49637, 49698, 49784
ALEXANDRE J. VON SPERLING VASCONCELLOS – 49761,
49925
ALINE CRISTINA DE SOUZA – 49748
ALINE DRUMMOND COTTA – 49064
ALINE EVANS FERREIRA – 49621
ALINE LOPES COELHO – 49561
AMANDA A C REIS – 49568
AMANDA ALCÂNTARA CUNHA DOS REIS – 49519
AMANDA LIVIA SILVA MOURA – 49610
AMANDA MOREIRA GONÇALVES – 49630
AMANDA PEREIRA SANTOS – 49800
AMANDA PINHEIRO SANTOS – 49183
AMANDA PITA OLIVEIRA – 49093
AMANDA POPOLINO DINIZ – 49696, 49738, 49759
AMORINO COUTO SILVA JUNIOR – 49846
ANA CARLA CRUZ OLIVEIRA – 49673, 49676
ANA CAROLINA GONCALVES – 49576
ANA CAROLINA RUELA VIEIRA – 49090
ANA CAROLINA SILVA ANTUNES – 49630
ANA CELIA HOLLANDA CAVALCANTI GUIMARAES – 49655
ANA CLÁUDIA BORGES DE FREITAS – 49627, 49658
ANA FLAVIA ALVES CAIXETA – 49789
ANA FLAVIA MOURA DIAS – 49235
ANA GABRIELA MENEZES DE JESUS TORRES – 49947
ANA LAURA VILELA ARFELLI – 49891, 49892
ANA LUIA COUTINHO FERREIRA DA SILVA – 49117, 49688
ANA LUISA CALIXTO RODRIGUES – 49521, 49671, 49675,
49725, 49747, 49760
ANA LUISA CONSTÂNCIA PIMENTA – 49663, 49671, 49776
ANA LUÍSA GUÉLERE OLIVEIRA – 49766
ANA LUIZA PAIONE REZENDE – 49596
ANA LUIZA REIS DINIZ – 49627
ANA LUIZA SILVA DETOMI – 49627
ANA LUIZA SOBREIRA SENA – 48932
ANA MARIA MAGALHES VALLE CUNDARI – 49659
ANA THALISSA VILELA CARVALHO – 49621
ANDERSON PEREIRA DE OLIVEIRA – 49523, 49524, 49560,
49660, 49662, 49669, 49679, 49682
ANDRE DIAS NASSAR NABACK – 49886
ANDRE GORLE DE MIRANDA CHAVES – 49606, 49905,
49910
ANDRE RAUSH CARELLOS SILVA – 49675, 49747, 49760
ANDRÉ SILVA RODRIGUES – 49626, 49652, 49677, 49807
ANDREA Z BEATON – 49764
ANDRESSA VALERIO ROCHA – 49883, 49904
ANDREZA LIBÉRIA OLIVEIRA DINIZ – 49512
ANGELICA NOGUEIRA RODRIGUES – 49615
ANGELO MARCIO SILVA COUTINHO – 49878
ANGELO P BIAGINI – 49618
ANNA ELISA BORGES BARCELOS – 49561
ANNA LETICIA MIRANDA – 49689
ANNA LUIZA AMÂNCIO VIDAL – 49678, 49680
ANNA LUIZA DA SILVA SOUZA – 49615

ANTÔNIA ALYNE GOMES COSTA – 49766
 ANTONIO ALCEU DOS SANTOS – 48937
 ANTONIO ALVES PEREIRA NETTO – 49883
 ANTONIO C N FERREIRA – 49897
 ANTONIO CARLOS MANSUR BEDETI – 49664
 ANTÔNIO FERNANDINO BAHIA NETO – 49921
 ANTONIO JADSON ALVES DA COSTA – 49557
 ANTONIO LUCIO TEIXEIRA – 49754
 ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO – 49713, 49754, 49756,
 49805, 49886, 49899
 ARACELI HELENA PIRES SENA THOMAZ – 49717
 ARI MANDIL – 49882
 ARIANE VIEIRA SCARLATTELLI MACEDO – 49615, 49686,
 49897
 ARMANDO MARTINS PINTO – 49531
 ARTHUR AUGUSTO ALCANTARA VENTURINI – 49888,
 49893
 ARTHUR MAGALHAES DUARTE – 49594
 AUGUSTO LIMA FILHO – 49523, 49560, 49693
 AYESCA VIVIAN MICHELINI – 49569, 49684, 49799, 49804

B

BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO – 49733, 49742, 49746,
 49780, 49784, 49793, 49806, 49810,
 49925, 49944
 BARBARA CAROLINA DE OLIVEIRA LARA – 48978
 BARBARA DE FIGUEREDO TENORIO – 49679, 49682,
 49769
 BÁRBARA STÉPHANE DE MACEDO GUEDES – 49648
 BEATRIZ CAZARIM DE SOUZA – 49829
 BERNARDO ARANTES NEVES DE ABREU – 49891, 49892
 BERNARDO MONTEIRO DE AGUIAR GIORDANO – 49533
 BIANCA ALVES DE MIRANDA – 49558, 49648, 49735,
 49763, 49785, 49792, 49942
 BIANCA DE NEGRI SOUZA – 49553, 49555, 49558, 49650
 BIANCA LISA DE FARIA – 49659, 49673, 49676
 BRENDA LIMA FERRAZ TRANCOSO – 49561
 BRENNA PINHEIRO ZUTTON – 49079, 49328
 BRUNA ALVES NUNES – 49079

BRUNA EDILENA PAULINO AZEVEDO – 49935
 BRUNA SILVA PIMENTA MACEDO – 49793
 BRUNO ALENCAR FONSECA – 48999
 BRUNO ALEXANDRE DE SENE FERREGUTTI GOMES – 49670
 BRUNO DALA VEDOVA GOMES BEATO – 49923
 BRUNO FRANCA MAIA ATHADEU – 49696, 49738, 49759
 BRUNO JHONATAN COSTA LIMA – 49512
 BRUNO LOSER HEMERLY – 49945
 BRUNO R NASCIMENTO – 49622, 49756, 49764, 49805
 BRUNO SAMUEL JOSE LUIZ DE ARAUJO – 49705

C

CAIO COSTA SANTOS – 49093
 CAIO TEIXEIRA DOS SANTOS – 49561
 CAMILA CARDOSO BARBOSA – 49073
 CAMILA DAIBERT DIONÍSIO – 49626, 49652, 49677,
 49683, 49722
 CAMILA EUGENIA FONSECA PASSOS – 49416
 CAMILA LEAL GUIMARAES – 49702
 CAMILLA A LIMA – 49802
 CAMILLA ANDRADE LIMA – 49552
 CAMILLA R OLIVEIRA – 49532
 CAMILO DIAS ZAIDEM – 49715
 CAMYLLA SANTOS DE SOUZA – 49553, 49555, 49556,
 49557, 49558, 49561, 49648, 49650,
 49766
 CARLA FRANCO BOMTEMPO DE MORAIS – 49737
 CARLOS A F AREAS – 49930
 CARLOS A FERREIRA – 49761
 CARLOS ALBERTO FERREIRA – 49742, 49784, 49810
 CARLOS ALBERTO RIBEIRO – 49637
 CARLOS AUGUSTO FORMIGA AREAS – 49895
 CARLOS CEZAR MARTINS DE OLIVEIRA – 49594
 CARLOS E ORNELAS – 49897
 CARLOS EDUARDO ORNELAS – 48999
 CARLOS F RONCHI – 49618
 CARLOS HENRIQUE DE FIGUEIREDO – 49926
 CARLOS HENRIQUE GARCEZ DE CARVALHO – 49180,
 49718

ÍNDICE REMISSIVO POR AUTOR E Nº DO TEMA



- CARLOS HENRIQUE MIRANDA GOMES – 49883
CARLOS HENRIQUE VIANNA DE ANDRADE – 49247
CARMEL VILARINHO FREITAS – 49328
CAROLINA DE SOUZA GALVAO – 49180
CAROLINA FRAGA PAIVA – 49556
CAROLINA GRAVANO FERRAZ FERRARI – 49178, 49183
CAROLINA KUCHENBECKER SOARES – 49615
CAROLINA MARTINS VIEIRA – 49615
CAROLINA SIQUEIRA DE OLIVEIRA – 49921
CAROLINA VASCONCELOS DE MENDONCA – 49151
CAROLINE CRUZ TERRA – 49129
CAROLINE LOPES GONÇALVES DE ANDRADE – 49735,
49763, 49785, 49942
CAROLINE SBARDELLOTTI CAGLIARI – 49766
CAROLINE SCHLEIFFER BUONICONTI – 49594
CAROLLINE RODRIGUES MENEZES – 49911, 49919
CAROLLYNE FERREIRA ALVES PEREIRA – 48999
CASSIA MARIA SIQUEIRA DE OLIVEIRA – 49921
CASSIO M NOGUEIRA – 49761
CASSIO M OLIVEIRA – 49805
CASSIO MENEZES NOGUEIRA – 49742, 49925, 49944
CECÍLIA AURORA QUERCIA – 49711
CECILIA FELIX PENIDO MENDES DE SOUSA – 49615
CECILIA SALAZAR ULACIA – 49093
CESAR AUGUSTO RABELO CONTIJO – 49673, 49676
CHRISTIANA CONCEICAO DE OLIVEIRA – 49569, 49684,
49799, 49804
CHRISTIANE ALVIM SOARES – 49716
CHRISTIANE PIRES MAROTA – 49914
CHRISTIANO G ARAUJO – 49899
CHRISTIANO GONÇALVES DE ARAUJO – 49716, 49886
CIBELE BARROS GALVÃO – 49663, 49671, 49675, 49760,
49776
CINTHIA DOS ANJOS ANTONIETTO – 49663, 49671,
49675, 49760, 49776
CÍNTIA APARECIDA SANTOS – 49795
CÍNTIA DIAS HALFELD – 49627, 49658
CIRO RAMON FERREIRA VIANA – 49178, 49183
CLARA LEAL FRAGA – 49592
CLAUDEMIRO PEREIRA NETO – 49887
CLAUDIA DE MOURA NUNES GUERRA – 49599, 49602
CLAUDIA NATALIA FERREIRA – 49706
CLÁUDIO ARAÚJO SALGADO RIBEIRO – 49622
CLÁUDIO JÂNIO PEREIRA JÚNIOR – 49793
CLÁUDIO LÉO GELAPE – 49616, 49629, 49687, 49791,
49895, 49900, 49920
CLAUDIO LUIZ AMARAL – 49569, 49684, 49799
CLAUDIO TINOCO MESQUITA – 49591
CRISTIANE ASSIS MOTTA – 48995
CRISTIANO R S CARMO – 49930, 49933, 49936, 49937,
49940
CRISTIANO RAGAZZI SILVA CARMO – 49895, 49900,
49914, 49920
CRISTIANO RICARDO BASTOS DE MACEDO – 49077,
49078
CYNTHIA KOEPPPEL BERENSTEIN – 49637
- ## D
- DAIANE CONCEIÇÃO GONÇALVES – 49068
DAISA LIMA ROCHA – 49878
DANIEL ANDRADE MENDES – 49626, 49652
DANIEL DE FREITAS MORAES – 49846, 49882, 49895,
49900
DANIEL DIAS NETO – 49883
DANIEL FELICE GUERREIRO NASCIMENTO – 49178, 49183
DANIEL FRANCISCO DE MENDONÇA TROMPIERI – 49553
DANIEL GAMA NEVES – 49591
DANIEL HUGO WINTER – 49610
DANIEL SILVA RAMOS – 49709, 49728
DANIELA APARECIDA LIMA VIANA – 49328, 49632
DANIELLA CIAN NAZZETTA – 49716
DANIELLE ALENCAR PEREIRA – 49663, 49685, 49725, 49747
DANIELLE APARECIDA GOMES PEREIRA – 49627, 49658,
49800
DANILO C P ALMEIDA – 49897
DANILO CUNHA NASCIMENTO – 49599, 49602
DANILO DOS SANTOS SOUZA – 49093
DAYANE AMARAL MADUREIRA – 49629

DAYANE QUINTINO VASCONCELOS – 49782
DEBORA NAGEM MACHADO – 49744, 49779, 49786
DÉBORA PANTUSO MONTEIRO – 49627, 49658
DEBORA URSULA FERNANDES SOUZA – 49800
DEBORAH EULALIO SANTOS NASCIMENTO – 49649
DELFINO COSTA MACHADO FILHO – 49523
DENISE FRANCA MAGALHAES DUARTE – 49594
DIANE MICHELA NERY HENRIQUE – 49715, 49765
DIOGO ARAÚJO REBELLO – 49413, 49605
DIOGO DUARTE SANTOS FARIA – 48976
DIOGO VILELA NOGUEIRA – 49742, 49780

E

EDMUNDO C OLIVEIRA – 49570
EDMUNDO CLARINDO OLIVEIRA – 49767, 49768, 49770
EDSON ELVIRO ALVES – 49878
EDUARDA PAES FONTOURA ALVES DOS SANTOS – 49783,
49931
EDUARDO AUGUSTO VICTOR ROCHA – 49846
EDUARDO BACK STERNICK – 49706
EDUARDO DIAS CHULA – 49569, 49684, 49799, 49804
EDUARDO DOS SANTOS JUNIOR – 48932
EDUARDO HENRIQUE COSTA VITOR – 49117, 49688,
49703
EDUARDO LUIS GUIMARAES MACHADO – 49575
EDUARDO MESQUITA DE SOUZA – 49416
EDUARDO PEREIRA GUIMARÃES – 49904
EDUARDO RODRIGUES BORATO – 49065, 49947
EDUARDO TELES DE LIMA LOPES – 49678, 49680
ELAINE KIMIE IWAYAMA IKEMATU – 49689
ELIS DE OLIVEIRA CAMPOS PAIVA MOL – 49744, 49779,
49786
ELIZA MIRANDA COSTA CARALINE – 49096
ELMIRO SANTOS RESENDE – 49580
ELOISA MAZIERO DE QUEIROZ – 49594
ELUAN ALBUQUERQUE DE LIMA – 49523, 49524, 49560,
49660, 49662, 49664, 49669, 49679,
49682
EMANOEL GUIMARÃES PAIVA – 49556

ERICA BALBINO DA SILVA SALGADO – 49743, 49751,
49863
ÉRICA C CAMPOS – 49618
ÉRICA CAROLINA CAMPOS – 49580, 49614
ERICA SILVA – 49702, 49703
ERIK CORREA VRANDECIC – 49737
ERIKSSON DAMASCENO ALCANTARA DE B FARIA – 49783
ERNESTO L NETO – 48937
ESTEVÃO L FIGUEIREDO – 49930, 49933, 49936, 49937,
49940
ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO – 49623, 49706, 49846,
49882, 49895, 49900, 49914, 49920,
49935
EVARISTO MACHADO NETO – 49524
EVELYN JOYCE CORGOSINHO – 49512
EWERTON JOSE MOREIRA DE SOUZA – 49904

F

FABIANA ROCHA BRITO – 49780
FÁBIO ÁVILA TÓFANI – 49631
FABIO BARROS DOS REIS – 49633
FABIO DE CARVALHO – 49413, 49605
FÁBIO MORATO CASTILHO – 49677, 49683, 49687
FÁBIO RIBEIRO PEDROZO DE PAULA – 49685
FABIO SILVA ROMANI – 49641
FABÍOLA PRADO DE MORAIS – 49702
FABRICIO GOMES DE MATOS – 49151
FABRÍCIO PELUCCI MACHADO – 49846, 49935
FABRIZIA CRISTINA DOS SANTOS CASTRO – 49596
FÁTIMA DERLENE ROCHA ARAÚJO – 49552, 49802,
49928
FAUSTINO V FILHO – 49568
FELIPE A M STELA – 48937
FELIPE AFRÂNIO SOUSA – 49715
FELIPE AUGUSTO CARVALHO RIBEIRO – 49633, 49636
FELIPE CORREA ANDRADE – 49883
FELIPE DE CARVALHO SILVA – 49746, 49784
FELIPE DE SOUSA POSSANI – 49947
FELIPE FRANCO FONSECA – 49692, 49695, 49789

FELIPE GOMES DE OLIVEIRA – 48932
 FELIPE RIBEIRO GUIMARÃES SOARES – 49671, 49747,
 49760
 FERNANDA ALMEIDA ANDRADE – 49553, 49555, 49766
 FERNANDA BAHIA DE CARVALHO COUTINHO – 49886
 FERNANDA CURRY CARNEIRO PINTO – 49633, 49636,
 49637
 FERNANDA FÁTIMA LUZ – 48999
 FERNANDA FREIRE CAMPOS NUNES – 49706
 FERNANDA OLIVEIRA LOPES – 49733, 49806
 FERNANDA OLIVEIRA MAGALHÃES – 49514, 49515,
 49564, 49565, 49566, 49574
 FERNANDA ROCHA DORNELES – 49576
 FERNANDA RODRIGUES DE ALMEIDA – 49672
 FERNANDA RODRIGUES DE SOUZA – 49580
 FERNANDO C NEVENSCHWANDER – 49568, 49570,
 49693
 FERNANDO LUCAS QUEIROZ ABREU – 49068
 FERNANDO ROBERTO DE FAZZIO – 49702
 FERNANDO ROTATORI NOVAES – 49609
 FILIPE DIAS NASSAR NABACK – 49886
 FILIPE JOSÉ COSTA MARINHO RIBEIRO – 49923
 FILIPE MARCAL PIRES – 49945
 FILIPE RODRIGUES CUNHA – 49685
 FIRMINO RODRIGUES DIAS NETO – 49716
 FLAVIA COSTA ALVES – 49569, 49799
 FLAVIA CRISTINA JACOME MACHADO – 49791, 49891,
 49892
 FLÁVIA DE ALMEIDA MIGUE – 49151
 FLÁVIA SANTOS GUIMARÃES MACHADO – 48978, 49575
 FLAVIANA ESTHER COIMBRA SILVA – 49519
 FLAVIELLI C S CARMONA – 48995
 FLÁVIO C BARROS – 49899
 FLAVIO DONIZETE GONCALVES – 49413, 49605
 FLÁVIO ROMÃO SILVA DE OLIVEIRA – 49079
 FORTUNATO FRANCO BORGES JUNIOR – 49631
 FRANCIELE DE ANGELIS SILVA – 49613, 49685, 49747
 FRANCIELE DE MENECK – 49551
 FRANCIELLY LAYLA SEVERIANO – 49569

FRANCISCO REZENDE SILVEIRA – 49180, 49706, 49718
 FRANCYS VICENTE CORREA RIMOLO – 48942, 48946
 FREDDY GARCIA MONTECINOS – 49664
 FREDWILSON DE SOUZA COSTA – 49947

G

GABRIEL A L D CARMO – 49805
 GABRIEL BORGES BARBOSA – 49617
 GABRIEL DA SILVA – 49350
 GABRIEL DE FIGUEIREDO PEREIRA – 49689
 GABRIEL MAGALHAES DUARTE – 49594
 GABRIEL PRADO SAAD – 49606, 49622, 49905
 GABRIEL SOUSA SANTOS – 49689
 GABRIELA DRUMMOND COTTA – 49064
 GABRIELA S S CHAVES – 49623
 GABRIELA SANTOS PESSOA ISIDORO – 49948
 GABRIELA SUÉLLEN DA SILVA CHAVES – 49694
 GABRIELA WANDER DE ALMEIDA BRAGA – 49328, 49782
 GABRIELA Z L RUIZ – 49764
 GEOVANNI G A BRITO – 49761
 GEOVANNI GABRIEL ALMEIDA BRITO – 49746, 49810,
 49944
 GERALDO DARCI RIBEIRO SOARES – 49724
 GERALDO MAGELA ALVARENGA JÚNIOR – 49599, 49602
 GERUZA VICENTE SALAZAR – 49744, 49779, 49786
 GÉSSICA ROBERTA OLÍMPIA PIEDADE CARNEIRO – 49689
 GIBRAN BHERING NASCIF – 49765
 GILMAR REIS – 49630, 49794
 GIOVANA DE ANDRADE RESENDE – 49610
 GIOVANNA LUÍSA MARTINS VARGAS – 49079
 GIOVANNA OLIVEIRA CARVALHO – 48956, 48957
 GIOVANNI FRANCO POSTUMA – 49576
 GIOVANNI HENRIQUE SOARES DE ARAUJO – 49945
 GLAUBER GEAN DE VASCONCELOS – 49557
 GLAUBER S M MOTA – 49769
 GLAUCE KAROLINE DE MORAES CASSOLA – 49883
 GLÁUCIA CRISTINA DA SILVA – 49741
 GLAUCIENE FERREIRA DE SOUZA XAVIER – 49641, 49642
 GLAUCO FRANCO SANTANA – 49090

GLEIZER RICHARD PARO GARRIDO – 49738
 GLEYSON HENRIQUE DOS SANTOS PENA LANZA – 49705
 GUALTER B CANCADO – 49570
 GUILHERME ANTONIO MARTINS BOARETO – 49178,
 49183
 GUILHERME AUGUSTO CURY – 49705
 GUILHERME AUGUSTO FÉLIX DA SILVA – 49328, 49717
 GUILHERME AUGUSTO SOUSA BATISTA – 49416, 49696,
 49738, 49759
 GUILHERME FELICE NASCIMENTO – 49178, 49183
 GUILHERME FERRAZ MESSINA PADUA ANDRADE – 49677,
 49722, 49807
 GUILHERME NOGUEIRA SANTANA – 49686
 GUILHERME RAFAEL SANT`ANNA ATHAYDE – 49592,
 49622
 GUSTAVO ALEXANDRE DUTRA – 49533
 GUSTAVO ALVES DE OLIVEIRA – 49675, 49725, 49747,
 49776
 GUSTAVO BORLOT ANDRE – 49151
 GUSTAVO DE MORAES RAMALHO – 49765
 GUSTAVO DRUMMOND PINHO RIBEIRO – 49575
 GUSTAVO F WERNER – 49930, 49933, 49936, 49937,
 49940
 GUSTAVO FARIA SALGADO – 49649, 49737
 GUSTAVO FIDELIS DA CRUZ CAMPOS – 49693
 GUSTAVO FONSECA WERNER – 49882, 49900, 49914,
 49920, 49935
 GUSTAVO MICENA DE ARAUJO – 49519, 49705, 49716
 GUSTAVO MONTEIRO SOARES – 49609, 49611, 49624,
 49709, 49728
 GUSTAVO PALMIERI ALMEIDA – 49746
 GUSTAVO VINICIUS ALVES – 49898

H

HALYNNE MARIA MARQUES CONDIM – 49079
 HELENA VASCONCELOS NUNES DE CARVALHO – 49655
 HELESON HERLY FERREIRA – 49689
 HELLEN KRISTINA MAGALHÃES BRITO – 49068, 49632
 HENRIQUE A B CAMPOS – 49693

HENRIQUE AUGUSTO LINO – 49659
 HENRIQUE DE ASSIS FONSECA TONELLI – 49552
 HENRIQUE DE MATOS BALMANT BERBERT – 49636,
 49637, 49698
 HENRIQUE LEAL DESCHAMPS – 49798, 49801
 HENRIQUE P M PENA – 49897
 HENRIQUE SILVEIRA COSTA – 49748, 49754, 49910
 HERTZ CARDOSO LACERDA – 49709, 49724, 49728
 HUMBERTO DE FREITAS BOY – 49523, 49524, 49560,
 49660, 49662, 49669, 49679, 49682

I

IANE ROCHA DE SANTANA – 49605
 IARA FERNANDES PINTO – 49718
 IARA LISA MARTINS SILVA – 49758, 49910
 IGOR DE MELLO ALVIM – 49695, 49789
 IGOR H I VIEIRA – 49930, 49933, 49936, 49937, 49940
 IGOR HITIRO ITO VIEIRA – 49846, 49895, 49900, 49914,
 49920, 49935
 IGOR RIBEIRO DE OLIVEIRA – 49798, 49801
 IGOR RODRIGUES DA SILVA – 49557, 49766
 ILANA GOMES PORTELA DE CARVALHO – 49641, 49642
 IRENA APARECIDA GONÇALVES DA SILVA – 48999
 ISABEL MENDONÇA FIUZA – 49689
 ISABELA DE FREITAS DIAS – 49713, 49758
 ISABELA GALIZZI FAÉ – 49630, 49891, 49892
 ISABELA LAGE PIMENTA – 49733
 ISABELA LUISA OLIVEIRA – 49829
 ISABELA MACIEL FERNANDES – 49605
 ISABELA V PAIVA – 49930, 49933, 49936, 49937, 49940
 ISABELA VERAS RIOS LAMOUNIER – 49705, 49716
 ISABELA VIANA DE PAIVA – 49900, 49914, 49920, 49935
 ISABELLA C A COSTA – 49769
 ISABELLA LOUISE DE MATOS RIBEIRO PINTO – 49648
 ISABELLA M TEIXEIRA – 49756, 49805
 ISABELLA MATOS ABDALLA – 49709, 49724, 49728
 ISADORA MELO CUNHA – 49931
 ISADORA REZENDE SOARES DE MIRANDA – 49630
 ISIS DE ALMEIDA RESENDE – 49746

ISMÊNIA FRANCINE SANTANA ALVARENGA – 49073
 ÍTALA FERREIRA DE JESUS – 48956, 48957, 48958
 ITALO URCELINO DINIZ SILVA – 49630
 IVAN F FREITAS – 49930
 IVAN FERREIRA DE FREITAS – 49895
 IVAN GENEROSO MAGALHAES BARROSO – 49684,
 49799, 49804
 IVAN LUCAS PICONE BORGES DOS ANJOS – 49766
 IVANA MIGLIO DE CASTRO – 49512
 IZABELA DE PAIVA FELIPE – 49617
 IZABELA MARIA AZEREDO NASCIMENTO – 49793, 49806

J

JACQUELINE ALVES – 49795
 JAQUELINE AMORIM ARANTES – 49886
 JAQUELINE R SIMÃO – 49568
 JAYNE S FERNANDES – 49618
 JEMIMA SANTANNA – 49519
 JENNIFER CARAVELLI VENTURA PERDIGAO – 49350
 JESSIANE JARDER COELHO DA SILVA – 49558
 JESSICA CECILIO – 49703
 JESSICA DA CRUZ ARANTES – 49791
 JÉSSICA JESSICA GENOVEVA BOLINE PASSAREL – 49945
 JÉSSICA KARINNE VIEIRA – 49798, 49801
 JESSICA MIRANDA ROSA – 49699
 JHESSICA MACIEIRA PEREIRA – 49800
 JOALCE DORNELAS MAGALHAES MOSS – 49741
 JOAO DAVID DE SOUZA NETO – 49553, 49555, 49556,
 49557, 49558, 49561, 49648, 49650,
 49766
 JOAO ESTEVAM DA ROCHA FONSECA NETO – 49555
 JOAO GUILHERME COUTO PAREDES – 49645, 49705
 JOÃO HENRIQUE BRANDÃO SANTOS – 49794
 JOAO LISBOA COTTA – 49064
 JOAO LUCAS O'CONNEL – 49670, 49702, 49703
 JOÃO PAULO LIMA BRANDÃO – 49650
 JOAO PAULO MARTINS DE SOUZA – 49783
 JOEL TELES CORREA DE OLIVEIRA – 49737
 JOHN ALLEXANDER DE OLIVEIRA FREITAS – 48976

JOICE COUTINHO DE ALVARENGA – 49758
 JONATAS PEREIRA DOS SANTOS – 49077, 49078
 JORDAN VIEIRA DE OLIVEIRA – 49652, 49807
 JORGE BIANCHI GAZOLLA JUNIOR – 49923
 JOSANA LUCAS ARAUJO – 49685
 JOSE ARMANDO MANGIONE – 49533
 JOSE AUGUSTO ALMEIDA BARBOSA – 49768, 49770
 JOSE CARLOS DA COSTA ZANON – 49888, 49889, 49890,
 49891, 49892, 49893, 49898, 49905,
 49911, 49919, 49926, 49882, 49935
 JOSÉ DONDICI FILHO – 49695, 49789
 JOSE F BAUMGRATZ – 48937
 JOSE G CARNEIRO – 49897
 JOSE LUIZ BARROS PENA – 49596, 49631
 JOSE MARCIO TROTA BARROSO FILHO – 49765
 JOSE MARIA PEIXOTO – 49649
 JOSE MARIANO MELO GARCIA – 49512
 JOSE PEDRO DA SILVA – 48937
 JOSE PINTO DE OLIVEIRA – 49186, 49548, 49550
 JOSE REINALDO DE OLIVEIRA JUNIOR – 48937
 JOSE RESENDE DE CASTRO JUNIOR – 49065, 49695,
 49789, 49947
 JOSÉ RICARDO COSTA DE OLIVEIRA – 48974, 48975,
 48986
 JOSE WALISON MAINART JUNIOR – 49571, 49572
 JOSE WALTER MENDES NOGUEIRA – 49921
 JUAN ALBERTO COSQUILLO MEJIA – 49553
 JUAN DEMOLINARI FERREIRA – 49715, 49765
 JUAN FORTE SAMPAIO GOMES – 49556
 JUAN THOMAZ GABRIEL DE SOUZA RAMOS – 49429,
 49437, 49513
 JULIA A ALMEIDA – 49518
 JULIA SALLES REZENDE DIAS – 49886
 JULIA T TUPINAMBÁS – 49899
 JULIA VIDAL CARAMORI – 49610
 JULIANA P A SANTOS – 49764
 JULIANA CRISTINA DE LIMA PEREIRA – 49186, 49548,
 49550
 JULIANA ELISEI ALMADA – 49784
 JULIANA GUIMARAES SOUZA YOST – 49523

JULIANA QUEIROZ VASCONCELOS MUNIZ – 49077,
49078

JULIANA RODRIGUES SOARES – 49592, 49683

JULIANO MELO FONSECA – 49798, 49801

JULIANO MOREIRA REIS FILHO – 49675, 49725, 49760

K

KACIANE K B OLIVEIRA – 49756, 49805

KAIO CEZAR FERREIRA – 49553

KARINA B G BORGES – 49880

KARISSTON JANNIO ALVES E SILVA – 49079

KARLA CORDEIRO GONALVES – 49687

KARLLA C A LAURIANO – 49756, 49764

KATARINA MARIA BRASILEIRO LEAL – 49556

KATIA ROCHA PAULINO – 49947

KENIA CRISTINA CORREIA MARTINS – 49180, 49718

KENNEDY MARTINEZ DE OLIVEIRA – 49945

KÊNNYA GONÇALVES CAPANEMA – 49793

KLEISSON A P MAIA – 49933, 49936, 49937, 49940

KLEISSON ANTÔNIO PONTES MAIA – 49882, 49914,
49920

KLENIO FREITAS – 49709

L

LAIS BREGUEZ PASCOAL – 49783

LAIS GONÇALVES VAZANTE DE SOUSA – 49794

LAÍSE OLIVEIRA RESENDE – 48931, 49889, 49890

LAIZA MEDEIROS DOS ANJOS – 49183

LANUCY PEIXOTO DOS SANTOS – 49328, 49717

LARISSA COLARES DO AMARAL FONSECA – 49737

LARISSA CRUZ TERRA – 49129

LARISSA D AMICO SANTOS – 49571, 49572, 49610,
49617, 49621

LARISSA GABRIELLE RODRIGUES – 49744, 49779, 49786

LARISSA GARZONE – 48931

LARISSA N LIMA – 49518, 49532

LAURENE MONTEIRO PEIXOTO – 49618

LAURO H C TAVARES – 49930, 49933, 49936, 49937

LAURO HENRIQUE CARNEIRO TAVARES – 49900, 49914,
49920, 49935, 49940

LAYRA FERNANDA MARTINS – 49795

LEANDRO ALVES GARCIA – 49117, 49688

LEANDRO CAETANO PIMENTEL – 49692

LEANDRO TEIXEIRA PARANHOS LOPES – 49580

LÉLIDA PATRICIA VARGAS GONTIJO – 49671, 49725,
49760

LENIMARA DE OLIVEIRA MARTINS – 49889, 49890

LEONADO DE PAIVA OLIVEIRA – 49947

LEONARDO ALEXANDRE GANDRA – 49923

LEONARDO ALVES MARQUES – 49093

LEONARDO ANTONIO DOS SANTOS BALTAZAR – 49235

LEONARDO ARRUDA MORAES RASO – 49626, 49683,
49722

LEONARDO FERBER DRUMOND – 49737

LEONARDO FORTES GOMES – 49555

LEONARDO GRECO MACHADO – 49664

LEONARDO MUNDIM ANDRADE PORTO – 49073

LEONIDAS ALVARENGA HENRIQUES – 49708, 49727

LEONOR DE OLIVEIRA DINIZ – 49829

LETICIA BRAGA FERREIRA – 49741

LETÍCIA LEÃO DE PAULA – 49524, 49560

LETÍCIA M M RABELO – 49764

LETICIA MARIA TELES – 48976

LETICIA MARZANO SILVA – 49931

LETICIA PAULA OLIVEIRA CABRAL – 49594

LETICIA USSEM – 49615

LETICIA V S FRANCO – 49532

LIANNA FERREIRA BRINGEL CAVALIERI – 49715, 49765

LIDIANE APARECIDA PEREIRA DE SOUSA – 49748

LILIAN BEATRIZ BORGES – 49117, 49688

LILIAN CORRÊA TELES – 48976

LIVIA ARAUJO PEREIRA – 49923

LIVIA LIBERATA BARBOSA BANDEIRA – 49561

LIVIA MOL FRAGA MELO – 49744, 49779, 49786

LIVIA SILVA ARAUJO PASSOS – 49606

LIVIA VICTORINO DE SOUZA – 49551

LORENA DE MELO GAMA – 49610

LORENA IASMIM DA ROCHA MENDES – 49350

LORENA RAMOS SANTOS – 49613, 49685, 49747
 LORENA SILVA FONSECA – 49663, 49671, 49776
 LORENN LAGES GUSMO – 49748
 LORENNA DIAS GOMES – 49068
 LORRANNE LARA RODRIGUES DE SOUZA – 49350
 LOUISE MEDEIROS PORTO – 49077, 49078
 LOURENCO GONCALVES FERREIRA – 49613, 49685
 LUANA LORENA MOREIRA – 49641, 49642, 49649
 LUANA MARTINS DA SILVA – 49328, 49632, 49717, 49782
 LUANA REZENDE GUIMARAES – 49621
 LUANE APARECIDA DANTAS DE OLIVEIRA – 49793, 49806
 LUCAS ALVES BESSA CARDOSO – 49678, 49680
 LUCAS ANTÔNIO OLIVEIRA FARIA – 49702, 49703
 LUCAS AUGUSTO CANTON FERREIRA – 49829
 LUCAS CAMPOS BARBOSA E SILVA – 49592, 49910
 LUCAS COSTA DA SILVA LOPES – 49575
 LUCAS DA SILVA LOPES – 49648
 LUCAS DE BARROS ANASTÁCIO – 49798, 49801
 LUCAS LODI JUNQUEIRA – 49592, 49622
 LUCAS PONTES BICHUETTI – 49514, 49515, 49564,
 49565, 49566, 49571, 49572, 49574,
 49576, 49610, 49617, 49621
 LUCAS QUEIROZ FERNANDES CAMPOS – 49622
 LUCAS ROBERTO DA SILVA BARBOSA – 49558
 LUCAS RODRIGUES DE SOUZA – 49686
 LUCAS TEIXEIRA DE AVILA NETO – 49429, 49437, 49513
 LUCCAS FILLIPE CAMPOS COELHO – 49655
 LUCIANA C DIAMANTINO – 49519, 49568, 49568, 49570,
 49599, 49602, 49609, 49611, 49624
 LUCIANA CAROLINE DAMASCENO PENATI – 49557
 LUCIANA COUTINHO DE OLIVEIRA CHICATA – 49829
 LUCIANA CRISTIAN COELHO GARCIA – 49180, 49718
 LUCIANA DORNFELD BICHUETTE – 49429, 49437, 49513,
 49514, 49515, 49564, 49565, 49566,
 49574
 LUCIANA FRANCISCA VILELA MONTEIRO – 49613
 LUCIANA GONTIJO VIVIAN – 49923
 LUCIANA MILAGRES DE LIMA – 49645
 LUCIANA PEIXOTO DOS ANJOS – 49686

LUCIANA PONTES ARRUDA – 49632
 LUCIANO MARTINS DA SILVA – 49702
 LUDIMILA FIGUEIREDO DE SOUZA – 49699
 LUDIMILA SOBREIRA SENA – 48932
 LUICIANA M SILVA – 49880
 LUILA IVINI ANDRADE DE CASTRO – 49664
 LUIS EDUARDO DINIZ COUTO – 49921
 LUIS FLAVIO VILELA DE MESQUITA – 49514, 49515,
 49564, 49565, 49566, 49574
 LUIS PAULO ALVES GOMES – 49613
 LUÍSA CHAVES SIMÕES SILVA – 49794
 LUISA GODOI LOPES – 49889, 49890
 LUISA MARCAL DE PAULA – 49655
 LUÍSA TEIXEIRA PASQUALOTTO – 49795
 LUIZ H T COTA – 49518, 49532
 LUIZ HENRIQUE BATISTA LOTT – 49575
 LUIZ PAULO PRESTON Giesta – 49789
 LUIZ RICARDO MOKFA NOGUEIRA – 49416
 LUIZA BARBOSA DE OLIVEIRA – 49416
 LUIZA MIRANDA MARINHO DE PAULA – 49926
 LUNA SANTOS RABELO – 49709, 49724, 49728
 LUPICNIO ALVES DOS SANTOS – 49649
 LYS BEATRIZ BRANDO LOPES – 49613, 49685

M

MAIRA DUARTE FERREIRA – 49633, 49636, 49698
 MAISIA MARQUES BARROS – 49655
 MANOEL A B ESTEVES – 49570, 49693
 MANOEL OTÁVIO DA COSTA ROCHA – 49672, 49713,
 49748, 49754, 49758
 MANOELA CHRISTINA LEAO – 49151
 MARCELA BRANDÃO DE OLIVEIRA – 49631
 MARCELLA LEITE DE MATTOS MIRANDA – 49645, 49733,
 49742, 49810
 MARCELO CARNEIRO PEREIRA HONRIO – 49580
 MARCELO JULIO DE OLIVEIRA – 49178
 MARCELO NAKASHIMA DE MELO – 49642
 MARCELO PASQUALI PEIXOTO – 49093
 MARCELO SOUTO NACIF – 49591

-
- MARCELO VASCONCELOS DIAS – 49794
MÁRCIA LEYDIANE CORDEIRO – 48999
MARCIA MARIA OLIVEIRA LIMA – 49748, 49754
MARCILIO TOGNI NETO – 48976
MÁRCIO VINÍCIUS LINS DE BARROS – 48999, 49686
MARCO A. M. RAGEL JR – 49727
MARCO ANTÔNIO MOURA – 49767, 49768, 49770
MARCO POLO ASSIS DA MOTTA – 48995
MARCO TÚLIO TAVARES SEIXAS – 49795
MARCOS A MARINO – 49761
MARCOS ANTONIO MARINO – 49742, 49810, 49925, 49944
MARCOS CARVALHO DE PAULA – 49692, 49695, 49789
MARCOS GONÇALVES F. DA SILVA – 49117, 49688
MARCOS VINICIUS MENDES DE OLIVEIRA – 49793
MARCUS GUSTAVO TITO – 49846
MARCUS VINICIUS DE PAULA DA SILVA – 49523, 49524, 49560, 49660, 49662, 49664, 49669, 49679, 49682
MARCUS VINICIUS OSHIO MARIANO – 49429, 49437, 49513
MARGARIDA M C S MAIA – 49044
MARIA AUGUSTA DE MENDONCA LIMA – 49727
MARIA B S RESENDE – 48999
MARIA BEATRIZ DE SOUZA SANATOS – 49708
MARIA CAROLINA TREVIZANI TICLY – 49533
MARIA CLARA REIS SAMPAIO – 49792
MARIA CLARA RIBEIRO GONTIJO – 49783
MARIA COSTA NEVES DE OLIVEIRA – 49631
MARIA CRISTIANE XAVIER BARBOSA LIMA – 49711
MARIA CRISTINA COSTA DE ALMEIDA – 49931
MARIA CRISTINA PULINI SILOTO – 48976
MARIA D C P NUNES – 49756, 49764, 49899
MARIA DA CONSOLAÇÃO VIEIRA MOREIRA – 48958, 49687, 49689
MARIA DA GLORIA C.HORTA – 49798, 49801
MARIA DAS GRAÇAS CARVALHO – 49706
MARIA DELIA RODRIGUES VIEIRA – 49618
MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES – 49592, 49606, 49616, 49622, 49624, 49629, 49672, 49713, 49741, 49748, 49754, 49758, 49805, 49910,
MARIA DO CARMO PINHO FRANCO – 49551
MARIA DO CARMO RABELO ALVIM RODRIGUES – 49180, 49718
MARIA FERNANDA ZULIANI MAURO – 49533
MARIA GABRIELA GADELHA GOMES – 49641
MARIA HELENA ALBERNAZ SIQUEIRA – 49684, 49846
MARIA LUÍSA PINTO RAMOS ARAÚJO – 49073
MARIA TEREZA DE MAGALHÃES ANDRADE – 49077, 49078
MARIAH VICTÓRIA COSTA DUARTE. – 49711
MARIANA ARAUJO SANTOS – 49617
MARIANA BATISTA DE OLIVEIRA – 49630
MARIANA CAMPOS BELO MOREIRA – 49696, 49738, 49759
MARIANA GOMES DE SOUZA – 49708
MARIANA LEMOS PEREIRA ALVES – 48995
MARIANE F LADEIRA – 49769
MARIANE JAMAL RIBEIRO – 49780, 49944
MARINA GOMES ABRANTES – 49096
MARINA H MATOS – 49568
MARINA HENRIQUES DE MATOS – 49519, 49705
MARINA TEIXEIRA DO COUTO – 49931
MARINA Y M SILVA – 49897
MARIO LUCIO FRANCO PEREZ – 49524
MARLENE APARECIDA MORENO – 49614
MARLON VIEIRA RODRIGUES – 49626, 49677, 49683, 49722, 49807
MARSELHA MARQUES BARRAL – 49708, 49715, 49765
MATHEUS CHAVES DE OLIVEIRA – 49699
MATHEUS HENRIQUE OLIVEIRA FERREIRA – 49782
MATHEUS MACHADO DE OLIVEIRA – 49068
MATHEUS PONTES MEIRELLES – 49576, 49617
MATHEUS SANTOS ALVES FERREIRA – 49596
MATHEUS TERRA DE MARTIN – 49744, 49779, 49786
MATHEUS TOZATTO BAPTISTA COELHO – 49616
MAURICIO NAKASHIMA DE MELO – 49642
MAURICIO LEÃO FERREIRA – 49413, 49605

MAURO ISOLANI PENA – 49925

MAURO LUCIO CHIARADIA ZARATTINI – 49613

MAURO SOARES MOTTA – 49626

MAYARA OLIVEIRA FREITAS GRALHA – 49413

MAYARA S VIANNA – 49874

MICHELE CRISTINA PINTO BICALHO GOMES – 49727

MICHELLE MARIA SALES COSTA – 49664

MICHELLE MARTINS ABRAHÃO – 49073

MIGUEL ANGEL FLORES NUNEZ – 49679, 49682

MIGUEL ANGELO GIOVANNI NORONHA JUNIOR – 49716

MILENE BASTOS FERREIRA – 49798, 49801

MILLENE F CUNHA – 48995

MILTON HENRIQUES GUIMARAES JUNIOR – 49629, 49741

MIRIAM DAMIÃO GOMES SEABRA – 49117, 49688

MIRNA KARINE DE BRITO MELO ESCORCIO – 49555

MOARA R M SANTOS – 49532

MOHAMAD SAID GHANDOUR – 48976

MONICA C L FERREIRA – 49518

MONIQUE CHIOVATTO MONTES ARAUJO – 49670

N

NÁDIA DE MENDONÇA CARNIETO – 49533

NADYA MENDES KAZZAZ – 48958

NATALIA S OLIVEIRA – 49761

NATÁLIA ALVES LIMA MENDES – 49655

NATALIA DE SA MORAES – 49633, 49698

NATALIA DOS SANTOS OLIVEIRA – 49746, 49780

NATÁLIA RODRIGUES DE OLIVEIRA – 49889, 49890

NATHALIA MUSSI MONTEZE – 49552

NATHALIA SIMOES FERNANDES – 49655

NAYANA FLAMINI ARANTES GOMES – 49616

NAYARA GRACIANO DA SILVA – 49079

NAYARA MARIA MARTINS PEREIRA – 49715

NAYARA YAMADA TAMBURUS – 49614, 49618

NELMA MARIA NEVES ANTUNES – 49611

NELSON BORGES NETO – 49569, 49684, 49799, 49804

NEWTON SANTOS DE FARIA JÚNIOR – 49795

NICOLE DE PAULA AARÃO FALEIRO MAIA – 49629

NOASSES NEIVA DIAMANTINO – 49609, 49728

NUNO DE ANDRADE REZENDE LIMA – 48932

O

ODILON GARIGLIO ALVARENGA DE FREITAS – 49888,
49889, 49890, 49891, 49892, 49893,
49898, 49905, 49911, 49919, 49926

OLÍVIA MARIA TRINDADE – 49889

OMAR RIBEIRO SANTOS JUNIOR – 49672

ONIVALDO PEREIRA DOS SANTOS – 49090

OTACILIO GOMES DE OLIVEIRA FILHO – 49151

P

PATRCIA PICARDI MORAIS DE CASTRO – 49738

PATRICIA FIGUEIREDO FONTES – 49649, 49737

PATRICIA FRAGA PAIVA – 49555, 49556, 49558, 49650

PATRÍCIA GRAZIELA BRAGA – 49699

PATRICIA LOPES TEIXEIRA – 48942, 48946

PATRÍCIA PAMPURI LOPES PERES – 49648

PATRICIA TAVARES FELIPE – 49686

PAULA APARECIDA COSTA – 49621

PAULA GOMES RABELO – 49636, 49737

PAULA R TEIXEIRA – 49568

PAULA REZENDE TEIXEIRA – 49519

PAULA SEPULVEDA MESQUITA – 49429, 49437, 49513,
49514, 49515, 49564, 49565, 49566,
49574

PAULA VALLE VERSIANI – 49613

PAULO CÉSAR SANTOS – 49703

PAULO HENRIQUE NOGUEIRA COSTA – 49616, 49687

PAULO NEVES CERQUEIRA – 49596

PAULO VASCONCELOS SILVA, – 49533

PEDRO AUGUSTO MACIEL MOREIRA – 49575

PEDRO CAETANO DE OLIVEIRA MIRANDA – 49641,
49642, 49649

PEDRO DAMIAO JANSEN – 49713, 49758

PEDRO FERRARI SALES DA CUNHA – 49672, 49713

PEDRO CONTIJO PUBLIO – 49923

PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA MURTA PINTO – 49629,
49741

PEDRO MARTINS CORREA – 49416
 PEDRO ROUSSEFF – 49733
 POLLYANA RODRIGUES MARGATO – 49621
 PRISCILA CRISTIAN DO AMARAL – 49887, 49911, 49919
 PRISCILA NERI LACERDA – 49077, 49078
 PRISCILA PIMENTEL BERNO – 49636, 49698
 PRISCILLA BENFICA CIRILIO – 49888, 49893

Q

QUELE DE MELO RESENDE – 49350
 QUETSIA CAMELO VALLETTA – 49073

R

RAFAEL FIGUEIREDO DOS SANTOS – 49616
 RAFAEL PROTA – 49151
 RAFAELA ANSELMO SOARES BARBOSA – 49626, 49631
 RAFAELA DE VASCONCELOS BARBOSA FERREIRA – 49699
 RAFAELA DINIZ PERPETUO – 49350
 RAFAELLA PEREIRA DE OLIVEIRA LIMA – 49670, 49702,
 49703
 RAIANA FORTUNA CAVALIERE – 49769
 RAIMUNDO A MELO – 49693
 RAIMUNDO MARQUES NASCIMENTO NETO – 49696,
 49738, 49759
 RAIZA TEIXEIRA DE OLIVEIRA – 49780, 49784, 49810,
 49944
 RAQUEL DA SILVA MOREIRA – 49576
 RAQUEL DE SOUZA NOVAES COSTA – 49652, 49677,
 49722
 RAQUEL PINTO COELHO SOUZA DIAS – 49247
 RAQUEL PUCCI DE OLIVEIRA – 49186, 49548, 49550
 RAUL SILVA SIMES DE CAMARGO – 49713
 REBECA C T M DIAS – 49899
 REBECCA CRUZ DE MORAES REGO – 49650
 REGINA MENDONCA PEIXOTO – 49793
 RENAN A S MARQUIORI – 49769
 RENATA CRUZEIRO RIBAS – 49623, 49694
 RENATA VALENTE ARAÚJO – 49637, 49698

RENATO ARAÚJO SILVA – 49733
 RENATO BORGES ARAÚJO – 49921
 RENATO BRAULIO – 49616, 49687
 RENATO BUENO CHAVES – 49743, 49751, 49863
 RENATO R RABELLO – 49693
 RENATO SOARES VENTURA – 49631
 RHUAN DE SANTANA FERNANDES – 49782
 RIBANA DE LACERDA MERLIN – 49686
 RICARDO ALEIXO RODRIGUES DA ROCHA – 49632,
 49717
 RICARDO DA SILVA SENA – 49669
 RICARDO OLIVEIRA DE CARVALHO – 49641, 49642
 RICARDO SIMOES – 49880
 RICARDO WANG – 49560, 49664
 RIKA ALINE DE SOUZA – 49711
 RITA CAROLINA FIGUEIREDO DUARTE – 49706
 RITA DE CASSIA OLIVEIRA – 49413, 49605
 ROBERTA DE ALVARENGA BATISTA – 49633, 49636, 49637
 ROBERTA MARA BATISTA LIMA – 49794
 ROBERTA VALERIO DE ARAUJO NAVES – 49923
 ROBERTO DRUMOND FERREIRA DE MELO – 49882,
 49895, 49936
 ROBERTO JOSE DE QUEIROZ CREPALDI – 49925
 ROBERTO LUIZ MARINO – 49733, 49742, 49746, 49780,
 49784, 49810, 49925, 49944
 ROBERTO MAGNO VIEIRA DE OLIVEIRA – 49235
 ROBERTO S S GUIMARAES – 49532
 RODOLFO LUIZ AMORIM DE OLIVEIRA – 49631
 RODOLPHO POEYS LIMA – 49678, 49680
 RODRIGO DE CASTRO BERNARDES – 49746, 49780,
 49806
 RODRIGO DISCACCIATI FONSECA – 49727
 RODRIGO F BEZERRA – 48937
 RODRIGO GUIMARAES RABELO – 49068
 RODRIGO M. CASTRO – 48937
 RODRIGO MATOS PINTO COELHO – 49629, 49741
 RODRIGO PENHA DE ALMEIDA – 49670
 RODRIGO PINHEIRO LANNA – 49180, 49706, 49718
 ROGÉRIO KHALIL AKKARI EVANGELISTA – 49703
 RÔMULO NASCIMENTO MUNDIN – 49557, 49561

RÔMULO REIS VIANA – 49794
 ROMULO RIBEIRO DO AMARAL – 49531
 ROMULO SANTOS PECANHA REZENDE – 49686
 RONALDO TORRES DE FREITAS FILHO – 49798, 49801
 RONARA ANGELICA DE SOUZA – 49931
 ROQUE ARAS JUNIOR – 49077, 49078
 ROSÁLIA MORAIS TORRES – 48958
 ROSANE CARDOSO FERREIRA – 49413, 49605
 ROSE M F L SILVA – 49044
 ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA – 48956, 48957,
 48958, 49552

S

SABRINA C LIMA – 49623
 SABRINA COSTA LIMA – 49694
 SALETE MARIA DE FÁTIMA SILQUEIRA – 49874
 SAMARA PEREIRA DE ALMEIDA – 49556, 49648
 SAMIR IDALÓ – 49429, 49437, 49513, 49514, 49515,
 49564, 49565, 49566, 49571, 49572,
 49574, 49576, 49610, 49617, 49621
 SAMIRA SODRÉ PICHELI – 49733, 49742, 49810
 SANDRA R T CASTILHO – 49802
 SANDRA REGINA TOLENTINO CASTILHO – 49552, 49941
 SANNY CRISTINA DE CASTRO FARIA – 49910
 SARA MAGRO BORIGATO – 48956, 48957, 48958
 SARAH CRISTINA VIEIRA – 49795
 SARAH DE OLIVEIRA MENDES – 49416
 SARCHA MIRANDA WARD DE PAIVA – 49652, 49683,
 49722
 SAULO AUGUSTO DE LIMA – 49523, 49560
 SAULO EMANUEL BARBOSA DE OLIVEIRA – 49599, 49602
 SERGIO ALMEIDA DE OLIVEIRA – 48976
 SERGIO CASTRO PONTES – 49947
 SERGIO CORREA PRATA – 48931
 SERGIO FIGUEIREDO CAMPOS CHRISTO – 49783
 SHEYLA ROSSANA CAVALCANTI FURTADO – 49800
 SHIRLEY MARIETA ALVES DOS SANTOS – 49519, 49599,
 49602
 SÍLVIO AMADEU DE ANDRADE – 49687

SILVIO QUITES PENA BRAGA – 49093
 STEFANIA BRUNA COSTA VALENTE – 49652, 49677,
 49683, 49722
 STELLA CRISTINA SILVA DE SOUZA – 49672, 49713
 SUEMARA FERNANDES DA SILVA MARTINS – 49910
 SUSANA DRUMOND PERES – 49633, 49928, 49941
 SYLMARA JENIFER ZANDONA FREITAS – 49931

T

TACITO LEANDRO BORGES DE BESSA – 49429, 49437,
 49513
 TAIANA LOPES RANGEL MIRANDA – 49696, 49759
 TAINÁ V LOURENÇO – 49756
 TAINÁ VITTI LOURENÇO – 49764
 TAÍS BARBOSA BUENO – 49557
 TAIZA DE C C DIAMANTINO – 49611, 49624
 TALLES CASTRO MOREIRA – 48999
 TAMARA KATINA – 49768, 49770
 TAMARA TAVARES LEÃO – 49568, 49645
 TATIANA COSTA DIAMANTINO – 49606
 TATIANA JANUZZI NAVES VILELA – 49180, 49718
 TERESA C A FERRARI – 49899
 TERESA CRISTINA DE ABREU FERRARI – 49629, 49741
 TERESA R P CUNHA – 48995
 THAIS APARECIDA REIS LAGE – 49758
 THAIS BARROS CORREA – 49151
 THAIS CARREIRO DE MORAIS – 49655
 THAIS DINIZ FERRAZ – 49806
 THAIS LEMOS DE SOUZA MACEDO – 49650
 THAIS LOPES RIBEIRO – 49429, 49437, 49513, 49514,
 49515, 49564, 49565, 49566, 49574
 THALES BARCELOS DE SOUZA – 49663, 49725, 49776
 THALLES OLIVEIRA GOMES – 49090
 THAMARA P CASTRO – 49518
 THAMILLYS TAVEIRA TEODORO DE MOURA – 49328,
 49632, 49717, 49782
 THÁSSIA KAUANY FEITOSA DA SILVA – 49806
 THAYNÁ CARVALHO FERREIRA – 49073, 49632
 THIAGO ABIZAID KLEINSORGE – 48932

THIAGO DA ROCHA RODRIGUES – 49521, 49663, 49671,
49675, 49725, 49747, 49760, 49776

THIAGO GUIMARAES ROSA CARVALHO – 49626, 49652,
49677, 49683, 49722

THIAGO GUIMARES TEIXEIRA – 49553, 49558

THIAGO JOSÉ DE ASSIS – 49921

THIAGO MATOS E SILVA – 49077, 49078

THIAGO MENDONA NUNES DE PAULA – 49616, 49672,
49758

THIAGO MIRANDA FERREIRA – 49514, 49515, 49564,
49565, 49566, 49571, 49572, 49574

THIAGO PASCELE DE OLIVEIRA BATISTA – 49622

THIAGO SANTIAGO FERREIRA – 49630

THYESSA NAYANNA DA COSTA – 49784

TIAGO VILELA CUPERTINO – 49888, 49893

TOMAS FURTADO REIS – 49804

TÚLIO DE MEDEIROS SPERB – 49727

TÚLIO MOURÃO OLIVEIRA – 49888, 49893

U

UBIRAJARA LIMA FILHO – 49693

V

VAGNER CAMPOS DA SILVA – 49765

VANESSA APARECIDA DE OLIVEIRA – 49551

VANESSA CRISTINA DE SOUZA – 49699

VANESSA DINIZ NOGUEIRA – 49524

VANESSA SOUZA PINTO – 49783

VANESSA TAVARES DE OLIVEIRA REZENDE – 49552

VICTOR GABRIEL ALVES DE FARIA – 49945

VICTOR JÁCOME SOARES MARTINS – 49898

VICTOR L O P ARAUJO – 49897

VICTOR PIMENTEL DE MATOS – 49675, 49725, 49776

VICTOR SANTANA CORRÊIA SCALABRINI – 49782

VICTOR TEATINI RIBEIRO – 49592, 49672

VILMAR JOSE PEREIRA – 49670

VINICIU LUCIO DE SOUSA – 49769

VINÍCIUS MAGATON LIMA – 49065, 49692, 49695, 49789

VINICIUS PEDRO ALMEIDA VALENTIM – 49744, 49779,
49786

VINICIUS PEREIRA DOURADO – 49669

VINICIUS TOSTES CARVALHO – 49416

VIRGÍNIA CAPISTRANO FAJARDO – 49696, 49738, 49759

VITOR PEREIRA SCARPETTE – 49735, 49763, 49785,
49792, 49942

VITOR VILAÇA OLIVEIRA – 49806

VIVIAN DAMIÃO SEABRA COELHO – 49117, 49688

VIVIANE P SOUSA – 48995

VIVIANI C FURINI – 48995

W

WAGNER DO NASCIMENTO CARVALHO – 49687

WAGNER FERNANDES JUNIOR – 49791

WAGNER LEAO LEITE TOSTES – 49641, 49642, 49649

WALDEREZ ORNELAS DUTRA – 49606

WALQUIRIA DA MATA SANTOS – 49795

WALTER RABELO – 49925

WILLDEMAR ALVES TUNES – 49944

WILLIAM ANTONIO M. ESTEVES – 49592, 49910

WILTER DOS SANTOS KER – 49591

WILTON AFONSO DA SILVA LÔRES FILHO – 49782

Y

YASMIN SANT ANA DE PAULA – 49093

YNGRID SOUSA LUZ – 49650

Z

ZILDA MARIA ALVES MEIRA – 49552, 49802, 49928, 49941

