



www.cardiol.br

Arquivos Brasileiros de Cardiologia



www.arquivosonline.com.br

Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 101, Nº 2, Agosto 2013

RESUMO DAS COMUNICAÇÕES

XXIII CONGRESSO DA SOCIEDADE MINEIRA DE CARDIOLOGIA

BELO HORIZONTE - MG



www.cardiol.br

www.arquivosonline.com.br

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - Publicada desde 1948

DIRETOR CIENTÍFICO

Luiz Alberto Piva e Mattos

EDITOR-CHEFE

Luiz Felipe P. Moreira

EDITORES ASSOCIADOS

CARDIOLOGIA CLÍNICA

José Augusto Barreto-Filho

CARDIOLOGIA CIRÚRGICA

Paulo Roberto B. Evora

CARDIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA

Pedro A. Lemos

CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA/CONGÊNITAS

Antonio Augusto Lopes

ARRITMIAS/MARCAPASSO

Maurício 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

Adib D. Jatene (SP)
Alexandre A. C. Abizaid (SP)
Alfredo José Mansur (SP)
Álvaro Avezum (SP)
Amanda G. M. R. Sousa (SP)
André Labrunie (PR)
Andrei Sposito (DF)
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 Klier Péres (DF)
Ayrton Pires Brandão (RJ)
Barbara M. Ianni (SP)
Beatriz Matsubara (SP)
Braulio Luna Filho (SP)
Brivaldo Markman Filho (PE)
Bruce B. Duncan (RS)
Bruno Caramelli (SP)
Carisi A. Polanczyk (RS)
Carlos Alberto Pastore (SP)
Carlos Eduardo Negrão (SP)
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)
Cleoneice Carvalho C. Mota (MG)
Dalton Valentim Vassallo (ES)
Décio Mion Jr (SP)
Denilson Campos de Albuquerque (RJ)
Dikran Armaganian (SP)
Djair Brindeiro Filho (PE)
Domingo M. Braila (SP)
Edmar Atik (SP)
Edson Stefanini (SP)
Elias Knobel (SP)
Eliudem Galvão Lima (ES)
Emilio Hideyuki Moriguchi (RS)
Enio Buffolo (SP)

Eulógio E. Martinez Fº (SP)
Evandro Tinoco Mesquita (RJ)
Expedito E. Ribeiro da Silva (SP)
Fábio Sândoli de Brito Jr. (SP)
Fábio Vilas-Boas (BA)
Fernando A. P. Morcerf (RJ)
Fernando Bacal (SP)
Flávio D. Fuchs (RS)
Francisco Antonio Helfenstein Fonseca (SP)
Francisco Laurindo (SP)
Francisco Manes Albanesi Fº (RJ)
Gilmar Reis (MG)
Gílson Soares Feitosa (BA)
Ines Lessa (BA)
Iran Castro (RS)
Ivan G. Maia (RJ)
Ivo Nesralla (RS)
Jarbas Jakson Dinkhuysen (SP)
João Pimenta (SP)
Jorge Ilha Guimarães (RS)
Jorge Pinto Ribeiro (RS)
José A. Marin-Neto (SP)
José Antonio Franchini Ramires (SP)
José Augusto Soares Barreto Filho (SE)
José Carlos Nicolau (SP)
José Geraldo de Castro Amino (RJ)
José Lázaro de Andrade (SP)
José Péricles Esteves (BA)
José Teles Mendonça (SE)
Leopoldo Soares Piegas (SP)
Luís Eduardo Rohde (RS)
Luiz A. Machado César (SP)
Luiz Alberto Piva e Mattos (SP)
Lurildo Saraiva (PE)
Marcelo C. Bertolami (SP)
Marcia Melo Barbosa (MG)
Marco Antônio Mota Gomes (AL)
Marcus V. Bolívar Malachias (MG)
Maria Cecilia Solimene (SP)
Mario S. S. de Azeredo Coutinho (SC)
Maurício I. Scanavacca (SP)
Maurício Wajngarten (SP)
Max Grinberg (SP)
Michel Batlouni (SP)
Nabil Ghorayeb (SP)
Nadine O. Clausell (RS)
Nelson Souza e Silva (RJ)

Orlando Campos Filho (SP)
Otávio Rizzi Coelho (SP)
Otoni Moreira Gomes (MG)
Paulo A. Lotufo (SP)
Paulo Cesar B. V. Jardim (GO)
Paulo J. F. Tucci (SP)
Paulo J. Moffa (SP)
Paulo R. A. Caramori (RS)
Paulo R. F. Rossi (PR)
Paulo Roberto S. Brofman (PR)
Paulo Zielinsky (RS)
Protásio Lemos da Luz (SP)
Renato A. K. Kalil (RS)
Roberto A. Franken (SP)
Roberto Bassan (RJ)
Ronaldo da Rocha Loures Bueno (PR)
Sandra da Silva Mattos (PE)
Sergio Almeida de Oliveira (SP)
Sérgio Emanuel Kaiser (RJ)
Sergio G. Rassi (GO)
Sérgio Salles Xavier (RJ)
Sergio Timerman (SP)
Sílvia H. G. Lage (SP)
Valmir Fontes (SP)
Vera D. Aiello (SP)
Walkiria S. Avila (SP)
William Azem Chalela (SP)
Wilson A. Oliveira Jr (PE)
Wilson Mathias Jr (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

Jadelson Pinheiro de Andrade

Vice-Presidente

Dalton Bertolim Précoma

Presidente-Eleito

Angelo Amato Vincenzo de Paola

Diretor Administrativo

Marcelo Souza Hadlich

Diretora Financeira

Eduardo Nagib Gaui

Diretor de Relações Governamentais

Daniel França Vasconcelos

Diretor de Comunicação

Carlos Eduardo Suaide Silva

Diretor de Qualidade Assistencial

José Xavier de Melo Filho

Diretor Científico

Luiz Alberto Piva e Mattos

Diretor de Promoção de Saúde Cardiovascular - SBC/Funcor

Carlos Alberto Machado

Diretor de Relações Estaduais e Regionais

Marco Antonio de Mattos

Diretor de Departamentos Especializados

Gilberto Venossi Barbosa

Diretor de Tecnologia da Informação

Carlos Eduardo Suaide Silva

Diretor de Pesquisa

Fernando Bacal

Editor-Chefe Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Luiz Felipe P. Moreira

Editor do Jornal SBC

Fábio Vilas-Boas Pinto

Coordenador do Conselho de Projeto Epidemiológico

David de Pádua Brasil

Coordenadores do Conselho de Ações Sociais

Alvaro Avezum Junior

Ari Timerman

Coordenadora do Conselho de Novos Projetos

Glaucia Maria Moraes Oliveira

Coordenador do Conselho de Aplicação de Novas Tecnologias

Washington Andrade Maciel

Coordenador do Conselho de Inserção do Jovem Cardiologista

Fernando Augusto Alves da Costa

Coordenador do Conselho de Avaliação da Qualidade da Prática Clínica e Segurança do Paciente

Evandro Tinoco Mesquita

Coordenador do Conselho de Normatizações e Diretrizes

Harry Correa Filho

Coordenador do Conselho de Educação Continuada

Antonio Carlos de Camargo Carvalho

Comitê de Atendimento de Emergência e Morte Súbita

Manoel Fernandes Canesin

Nabil Ghorayeb

Sergio Timerman

Comitê de Prevenção Cardiovascular

Antonio Delduque de Araujo Travessa

Sergio Baiocchi Carneiro

Regina Coeli Marques de Carvalho

Comitê de Planejamento Estratégico

Fabio Sândoli de Brito

José Carlos Moura Jorge

Walter José Gomes

Comitê de Assistência ao Associado

Maria Fatima de Azevedo

Mauro José Oliveira Gonçalves

Ricardo Ryoshim Kuniyoshi

Comitê de Relações Internacionais

Antonio Felipe Simão

João Vicente Vitola

Oscar Pereira Dutra

Presidentes das Estaduais e Regionais da SBC

SBC/AL - Alfredo Aurelio Marinho Rosa

SBC/AM - Jaime Giovany Arnez Maldonado

SBC/BA - Augusto José Gonçalves de Almeida

SBC/CE - Eduardo Arrais Rocha

SBC/CO - Hernando Eduardo Nazzetta (GO)

SBC/DF - Renault Mattos Ribeiro Junior

SBC/ES - Antonio Carlos Avanza Junior

SBC/GO - Luiz Antonio Batista de Sá

SBC/MA - Magda Luciene de Souza Carvalho

SBC/MG - Maria da Consolação Vieira Moreira

SBC/MS - Sandra Helena Gonsalves de Andrade

SBC/MT - José Silveira Lage

SBC/NNE - Aristoteles Comte de Alencar Filho (AM)

SBC/PA - Claudine Maria Alves Feio

SBC/PB - Alexandre Jorge de Andrade Negri

SBC/PE - Sílvia Marinho Martins

SBC/PI - Ricardo Lobo Furtado

SBC/PR - Álvaro Vieira Moura

SBC/RJ - Glaucia Maria Moraes Oliveira

SBC/RN - Carlos Alberto de Faria

SBC/RS - Justo Antero Sayão Lobato Leivas

SBC/SC - Conrado Roberto Hoffmann Filho

SBC/SE - Eduardo José Pereira Ferreira

SBC/SP - Carlos Costa Magalhães

SBC/TO - Adalgele Rodrigues Blois

Presidentes dos Departamentos Especializados e Grupos de Estudos

SBC/DA - Hermes Toros Xavier (SP)

SBC/DCC - Evandro Tinoco Mesquita (RJ)

SBC/DCM - Orlando Otavio de Medeiros (PE)

SBC/DCC/CP - Estela Suzana Kleiman Horowitz (RS)

SBC/DECAGE - Abrahão Afiune Neto (GO)

SBC/DEIC - João David de Souza Neto (CE)

SBC/DERC - Pedro Ferreira de Albuquerque (AL)

SBC/DFCVR - José Carlos Dorsa Vieira Pontes (MS)

SBC/DHA - Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza (GO)

SBC/DIC - Jorge Eduardo Assef (SP)

SBC/SBCCV - Walter José Gomes (SP)

SBC/SBHCI - Marcelo Antonio Cartaxo Queiroga Lopes (PB)

SBC/SOBRAC - Adalberto Menezes Lorga Filho (SP)

SBC/DCC/GAPO - Daniela Calderaro (SP)

SBC/DCC/GECETI - João Fernando Monteiro Ferreira (SP)

SBC/DCC/GEECABE - Luis Claudio Lemos Correia (BA)

SBC/DCC/GEECG - Carlos Alberto Pastore (SP)

SBC/DCP/GECIP - Angela Maria Pontes Bandeira de Oliveira (PE)

SBC/DERC/GECESP - Daniel Jogaib Daher (SP)

SBC/DERC/GECN - José Roberto Nolasco de Araújo (AL)

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Volume 101, Nº 2, Suplemento 2, Agosto 2013

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 - Núcleo Interno de Publicações

Produção Gráfica e Diagramação

SBC - Núcleo Interno de Design

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

***XXIII CONGRESSO DA SOCIEDADE
MINEIRA DE CARDIOLOGIA***

BELO HORIZONTE - MG

31077

Implante Percutâneo de Stent nas Artérias Carótidas e Vertebrais: dados do REMAT (Registro Madre Teresa)

RONALD DE SOUZA, MAURO ISOLANI PENA, ALEXANDRE J. VON SPERLING VASCONCELLOS, ROBERTO JOSE DE QUEIROZ CREPALDI, WALTER RABELO, ROBERTO LUIZ MARINO, VIVIANE SANTUARI PARISOTTO MARINO e MARCOS ANTONIO MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução O Acidente Vascular Encefálico (AVE) permanece como a principal causa de morbimortalidade na população brasileira e uma das principais no mundo. Dados da OMS indicam que cerca de 15 milhões de pessoas tem 01 AVE a cada ano e destas 06 milhões não sobrevivem. Cerca de 15 a 20% do total de AVE são devidos doença arterial aterosclerótica carotídea e vertebral. Dessa forma, a intervenção oportuna no curso da doença obstrutiva nesse território pode representar uma medida efetiva na prevenção do AVE. Com a evolução de materiais e técnicas, o tratamento endovascular das obstruções das artérias carótidas e vertebrais tornou-se uma alternativa efetiva na prevenção da isquemia cerebral. Este estudo teve como finalidade analisar os resultados e determinar os preditores de eventos adversos nos pacientes submetidos a angioplastia carotídea e vertebral. **Métodos** Foram realizadas 224 intervenções em pacientes consecutivos admitidos em um centro terciário. Incluídos todos pacientes assintomáticos com lesão >70% ou sintomáticos com lesão >50% nas artérias carótidas e vertebrais. O período de acompanhamento foi em média $2,2 \pm 7,5$ meses, sendo que 70,1% dos pacientes foram acompanhados entre 0 a 1 mês, 20,5% de 1 a 5 meses, 4,0% de 6 a 11 meses e 5,4% por 12 meses ou mais. **Resultados** A população era predominantemente masculina (65,6%), com média de idade de $69,8 \pm 9,9$, sendo 33,5% diabéticos, 36,6% portadores de doença arterial coronariana (DAC), 3,6% com história familiar para AVE, e 8,5% portadores de insuficiência renal (IRA). Sintomáticos representaram 66,1%. Etiologias foram lesões de novo (n=216), reestenose (n=4), actínica (n=2), dissecação pós trauma (n=1) e arterite (n=1). Havia oclusão total contralateral em 12,5% (n=28). A mortalidade relacionada e não relacionada ao procedimento foi de 0,9%, para ambas e AVE menor e IAM 1,3%, ambas. A incidência de AIT e sangramento maior foi de 2,7 e 4,0%, respectivamente. A análise multivariada pelo teste de Hosmer-Lemeshow após análise univariada utilizando-se o critério de forward apontou DAC (p=0,038), sexo feminino (p=0,030), história familiar (p=0,032) e IRA (p=0,001) como preditores independentes de eventos adversos. **Conclusões:** Neste registro, verificou-se alto índice de sucesso e baixa ocorrência de eventos adversos, demonstrando eficiência e segurança do implante percutâneo de stent nas artérias carótidas e vertebrais, apesar do perfil clínico complexo dos pacientes.

31087

Associação entre pródromos, variáveis clínicas, autonômicas e a resposta ao teste de inclinação de pacientes com síncope ou pré-síncope.

ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA, MARCELO MENEZES BREYNER e PAMELA DE SOUZA HAUEISEN BARBOSA

Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Minas Gerais, BH, MG, BRASIL.

A síncope apresenta incidência anual de 6% e prevalência de 42%, considerando-se um tempo de vida de 70 anos. A síncope neuromediada é a mais frequente e, na resposta vasovagal, pode apresentar pródromos, permitindo que o paciente aborde o quadro. Sabe-se que os pródromos ocorrem mais nos jovens, porém não está estabelecida a associação entre eles e as variáveis autonômicas. Objetivo: verificar a associação entre pródromos, variáveis clínicas, autonômicas e a resposta ao teste de inclinação (TI) de pacientes (pts) com síncope ou pré-síncope. Métodos: foram avaliados 174 pts, média de idade de 45,9 anos, sendo 100 mulheres. Os pts foram submetidos à avaliação clínica e ao TI, a 70 graus durante 40 min, com monitoramento digital para análise espectral (AE) da frequência cardíaca. Esta foi feita para identificar o componente de alta frequência (AF), que representa o parassimpático, o de baixa frequência (BF), que representa principalmente o simpático, e a relação BF/AF. Resultados: a resposta foi positiva ao TI em 101 pts e 120 apresentaram pródromos na história clínica. Aplicando-se o teste de qui-quadrado ou de Mann-Whitney entre a presença de pródromos e as demais variáveis, foram obtidos: p=0,01 para sexo (77% das mulheres e 59,7% dos homens), p=0,00 para idade (43 versus 52,8 anos), p=0,01 para resposta positiva (83% versus 16,9%), p=0,04 para recorrência (59,2 versus 42,3%) e p=0,02 para BF TI (975,4 versus 807,9 ms²), para pts com e sem pródromos, respectivamente. Não houve associação significativa entre pródromos e as demais variáveis (pressão arterial, frequência cardíaca, AF e BF na posição supina; história sugestiva de vasovagal ou trauma e sintomas durante TI). Conclusões: o quadro de pródromos foi mais frequente nos mais jovens, nas mulheres, nos pts com resposta positiva ao TI, com recorrência da síncope e com ativação simpática ao TI. Não houve influência do perfil hemodinâmico e autonômico dos pts na posição supina, ou da ocorrência de trauma.

31088

Comparação entre os escores clínicos de estratificação de risco de pacientes com síncope.

ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA, PAMELA DE SOUZA HAUEISEN BARBOSA e MARCELO MENEZES BREYNER

Faculdade de Medicina da UFMG, BH, MG, BRASIL.

A síncope apresenta morbimortalidade distinta conforme sua causa, atingindo 33% de mortalidade em um ano para causa cardíaca. Por isto, sua estratificação de risco é imperativa na abordagem inicial dos pacientes (pts). Há escores preconizados pela diretriz europeia sobre o tema, porém com poucos estudos sobre os mesmos e sua predição quanto à causa da síncope, constituindo este o objetivo deste estudo. Métodos: estudo prospectivo observacional, com uma casuística 264 pts com síncope, média de idade de 49,0 anos (11 a 84 anos), sendo 132 homens. Os pts foram submetidos à avaliação clínica, ao eletrocardiograma, ecocardiograma e ao cálculo dos escores de Martin, OESIL e EGSYS. Outros exames complementares foram feitos se indicados, como estudo eletrofisiológico e teste de inclinação para investigação da causa da síncope. Resultados: 115 pts não apresentavam cardiopatia estrutural, e a cardiopatia era chagásica em 70, hipertensiva em 29, isquêmica em 21, dilatada em 12 e outras etiologias em 17 pts. As médias dos escores foram: Martin e OESIL 1,6; EGSYS 4,7. Houve associação entre sexo masculino e cardiopatia (64,3%, p=0,00, qui-quadrado), bloqueio de ramo ou atroventricular (66%, p=0,00) e causa da síncope (taquicardia ventricular - TV - 65,5%, bradiarritmias 70%, p=0,00). Taquicardia supraventricular (TSV) foi causa da síncope em 64,5% das mulheres (p=0,00). Não houve diferença entre idade e sexo. Aplicando-se o teste de Kruskal-Wallis para variável cardiopatia, a idade foi maior na cardiopatia hipertensiva (69 anos, p=0,00), os escores Martin e OESIL foram maiores nos pts com cardiopatia dilatada e hipertensiva, respectivamente (2,8 cada, p=0,00) e EGSYS maior nos valvopatas e chagásicos (5,8 e 5,3, p=0,01). Somente entre escores Martin e OESIL, o coeficiente de Pearson foi significativo (p=0,00, r=0,7). Por meio da curva de operação característica, a melhor área para TV como causa da síncope foi para o escore de Martin (área 0,84, p=0,00, valor preditivo positivo - VPP - de 84%), para bradiarritmias foi o OESIL (área 0,83, p=0,00, VPP 79%) e para TSV foi o EGSYS (área 0,66, p=0,00, VPP 69%). Conclusões: Houve predomínio de cardiopatia e de TV e bradiarritmias como causa da síncope nos homens. Os escores foram maiores nos cardiopatas. O escore mais específico conforme a causa de síncope foi o de Martin para TV e de OESIL para bradiarritmias.

31217

Relação da eficiência ventilatória com a capacidade funcional de indivíduos com insuficiência cardíaca

ROSEANE SANTO RODRIGUES, SAMORA, G A R, VIEIRA, O A, FERREIRA, A C C, MONTEMEZZO, D, ALENCAR, M C N, PEREIRA, D A G, PARREIRA, V F e RAQUEL RODRIGUES BRITTO

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

INTRODUÇÃO: A intolerância ao esforço na insuficiência cardíaca (IC) é decorrente de alterações no sistema cardiorrespiratório com consequências sistêmicas e periféricas. A resposta ventilatória a diferentes demandas pode contribuir para a intolerância à realização de atividades funcionais, sendo clinicamente importante identificar essa relação. Diante disso, o objetivo deste estudo foi avaliar a relação da eficiência ventilatória com a capacidade funcional máxima e submáxima de indivíduos com IC.

MATERIAIS E MÉTODO: Vinte e oito indivíduos com IC, classes I a III da *New York Heart Association*, média de idade: $50,54 \pm 12,4$ anos e fração de ejeção ventricular esquerda: $33,93 \pm 11,07\%$ realizaram um teste de esforço cardiopulmonar máximo, em esteira eletrônica, com protocolo em rampa. Em outro dia, esses voluntários realizaram o teste de caminhada de seis minutos (TC6). Consumo de oxigênio medido no pico do esforço ($VO_{2\text{pico}}$), equivalente ventilatório de dióxido de carbono (VE/VCO_2), eficiência do consumo de oxigênio (*oxygen uptake efficiency slope* - OUES) e distância percorrida no TC6 foram avaliados. Foi realizado teste de correlação de Pearson, considerando $\alpha=5\%$. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (ETIC 050/09).

RESULTADOS: Foi observada associação entre capacidade funcional, expressa pelo $VO_{2\text{pico}}$ com o OUES ($r=0,879$; $p=0,0001$) e com o VE/VCO_2 ($r=-0,518$; $p=0,005$). Quando utilizada a distância percorrida no TC6 como referência de capacidade funcional, observou-se níveis de correlação significativos, porém de menor magnitude com o VE/VCO_2 ($r=-0,404$; $p=0,033$) e de moderada magnitude com o OUES ($r=0,540$; $p=0,003$).

CONCLUSÕES: Os pacientes com IC apresentaram influência das variáveis ventilatórias analisadas sobre sua capacidade funcional, principalmente máxima. Clinicamente, essa evidência sugere a necessidade de avaliação ergoespirométrica e abordagem fisioterapêutica específica da capacidade ventilatória, especialmente em pacientes com sinais mais evidentes de intolerância ao esforço e comprometimento ventilatório. **Apoio:** CAPES, CNPq, FAPEMIG

31799

Tolerância ao esforço em ratos após exposição ao hormônio tireoidiano e exercício físico.

FERNANDA RODRIGUES DE SOUZA, RAFAELLA CHAGAS NOBRE RODRIGUES, LEANDRO TEIXEIRA PARANHOS LOPES, THIAGO MONTES FIDALE, POLIANA RODRIGUES ALVES e ELMIRO SANTOS RESENDE

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

Fundamento: A baixa tolerância ao esforço físico é uma das consequências das disfunções da glândula tireoide em razão às suas repercussões envolvendo o sistema cardiovascular e muscular. Esta redução se justifica, entre outros fatores, pela queda do inotropismo devido a alterações estruturais que ocorrem na ATPase. Esta enzima modificada determina uma alteração contrátil que reduz o volume sistólico e o débito cardíaco; fatores relevantes na tolerância física ao esforço.

Objetivo: Comparar os efeitos da associação do hormônio tireoidiano e do exercício físico na tolerância ao esforço em ratos. **Delineamento:** Estudo experimental controlado e randomizado.

Método: Foram utilizados 37 ratos da linhagem Wistar, machos, adultos com aproximadamente 250gramas, distribuídos aleatoriamente em quatro grupos: controle, hormônio, exercício, hormônio e exercício (H+E). O grupo controle não sofreu intervenção; o grupo hormônio recebeu diariamente levotiroxina sódica pelo método de gavagem, na dose de 20 µg de hormônio tireoidiano a cada 100 gramas de peso corporal; o grupo exercício realizou natação cinco vezes por semana, com carga adicional correspondente a 20% do peso corporal, durante seis semanas; no grupo H+E foram aplicados simultaneamente os tratamentos dos grupos hormônio e exercício. Após seis semanas de intervenção os grupos realizaram um teste de tolerância ao esforço. Através dos resultados, foram realizadas comparações entre os grupos. Nas comparações utilizou-se ANOVA complementada pelo teste de Tukey considerando significantes os resultados com valores de $p < 0,05$.

Resultado: A tolerância ao esforço após o tratamento foi maior no grupo H+E em comparação ao grupo C e HT. **Conclusão:** A tolerância ao esforço foi menor no hipertireoidismo. Esta situação pode ser evitada com a prática concomitante de esforço físico.

32161

Valor da ressonância magnética em pacientes com síndrome coronária aguda e cinecoronariografia não diagnóstica

CARLOS EDUARDO ORNELAS, ANSELMO DORNAS MOURA, MARCOS ALMEIDA MAGALHÃES ANDRADE JUNIOR, HENRIQUE PATRUS MUNDIM PENA, ARIANE VIEIRA SCARLATELLI MACEDO, MÁRCIO VINÍCIUS LINS DE BARROS, MARIA HELENA ALBERNAZ SIQUEIRA, MARINA XAVIER GOMES, AMANDA SÉRGIA CATIZANE DE OLIVEIRA e CRISTINA CORDEIRO PINHEIRO

Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, BRASIL - FASEH - Faculdade de Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: É estimado que até 30% das mulheres e 12% dos homens internados com Síndrome Coronária Aguda não possuam coronariopatia obstrutiva ao cateterismo. A identificação correta da causa da lesão miocárdica aguda nestes pacientes é determinante na prescrição da terapia e cuidados a longo prazo, uma vez que o prognóstico é muito diverso quando comparamos diagnósticos diferentes do tipo Infarto do Miocárdio sem elevação do segmento ST e mio/pericardite, por exemplo.

OBJETIVOS: Avaliar o papel diagnóstico da Ressonância Cardíaca (RM) em pacientes internados com suspeita de Síndrome Coronariana Aguda (SCA), e cinecoronariografia não diagnóstica.

MÉTODOS: No período de Janeiro de 2011 a Março de 2013, 32 pacientes (idade média de 53 anos, sendo 56% do sexo masculino) atendidos no Pronto Socorro de um grande hospital privado e internados na Unidade Coronária com diagnóstico inicial de SCA (caracterizada por pelo menos duas de três variáveis: desconforto torácico, elevação de Troponina I e alteração eletrocardiográfica) que apresentavam coronariografia não diagnóstica (caracterizada pela ausência de obstrução aterosclerótica > 50% ou trombose coronária em artéria culpada), eles foram submetidas a RM cardíaca em até sete dias do evento (dois pacientes realizaram RM dentro de um mês), sendo avaliadas: alterações de motilidade, derrame e espessamento pericárdicos, edema miocárdico, anormalidades de perfusão e presença de realce tardio. **RESULTADOS:** A RM foi normal em 8 (25%) dos pacientes e contribuiu com o diagnóstico em 24 (75%) casos, incluindo doença isquêmica em 10 (31,25%), miocardiopatia em 04 (12,5%) e miocardite e/ou pericardite em outros 10 (31,25%).

CONCLUSÃO: A RM cardíaca contribuiu com o diagnóstico em cerca de 75% dos pacientes internados com suspeita de SCA e cineangiogramas não diagnóstica, sendo método propedêutico útil na elucidação diagnóstica e direcionamento terapêutico adequado neste grupo de pacientes.

32180

Impacto da gestão da clínica na performance do indicador de qualidade Tempo-Porta-Balão

HENRIQUE P M PENA, MÁRCIO V L BARROS, CARLOS E ORNELAS, ANTONIO C N FERREIRA, MARIA E C ANDRADE, PATRICIA R BERNI, ANDRE L PITANGA, ANDRE F DINIZ, SANDRO R CHAVES e MARCOS A M A JUNIOR

Hospital Mater Dei, BH, MG - Faculdade de Ciências Médicas, BH, MG, BRASIL.

Introdução: O Infarto Agudo do Miocárdio com supra ST (IAMsupra) é uma emergência médica em que a agilidade e a precisão do tratamento de reperfusão contribuem para diminuir morbidade e mortalidade. O Tempo Porta-Balão (TPB) é o indicador de qualidade validado que quantifica este intervalo. A literatura descreve várias estratégias comprovadamente efetivas em reduzir o TPB e reconhece ampla variabilidade e particularidade das ações implementadas nas diferentes instituições. **Objetivo:** Analisar a estratégia e o conjunto de ações originais adotadas em um Hospital de referência e seu impacto no TPB. **Metodologia:** Estudo observacional com amostra de 76 pacientes (pts) consecutivos, com diagnóstico de IAMsupra, adotando-se critérios de mensuração e inclusão validados. Foram comparados 2 grupos: Grupo I = 18 meses antes da intervenção (36 pts) e Grupo II = 18 meses após a intervenção (40 pts). A intervenção constituiu-se de ações validadas cientificamente (organização do Time TPB, Liderança, Monitorização, Feedback para as equipes), além de estratégias particularizadas à nossa instituição: inclusão do indicador TPB no Programa de Participação de Resultados e organização do Programa de Educação Continuada. **Resultados:** Os grupos foram estatisticamente semelhantes quanto a idade, sexo, horário do atendimento, apresentação clínica, especialidade responsável, classificação de risco. Houve redução não significativa do tempos intermediários: Tempo Porta-Atendimento Médico (8,8±1,5 -> 6,7±1,2 min, $p=0,28$), Tempo Porta-ECG (15,5± 27,6 -> 9,6±16,7 min, $p=0,33$), Tempo Hemodinâmica-Abertura da Artéria (36,31±17,5 -> 33,48±14,5 min, $p=0,61$). Houve redução significativa do Tempo Porta-Hemodinâmica (soma dos tempos do Pronto-Socorro) de 78,2±72,6 para 50,9±38,5 min, $p=0,01$. Houve impacto das ações no processo total, com redução significativa do TPB, de 112±76,4 para 85,1±43,0 min, $p=0,02$. **Conclusão:** A Estratégia adotada foi efetiva em reduzir o TPB, consequência do impacto significativo do conjunto de ações no sub-processo Atendimento no Pronto-Socorro. Estratégia composta por conjunto de ações comprovadas cientificamente associadas a ações particularizadas, definida conforme a singularidade e o momento de cada instituição, deve ser implementada com objetivo de reduzir o TPB e melhorar a qualidade assistencial.

32199

Efeito da leucina na concentração sérica de creatina quinase em ratos Wistar em hipertireoidismo experimental

FIDALE, T M, GONÇALVES, A, ALVES, P R, SOUZA, F R, MARQUES, C P, ZUTTON, B P, HADDAD, E e RESENDE, E S

Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, BRASIL - Faculdade de Aenas, Paracatu, MG, BRASIL - Faculdade Presidente Antônio Carlos, Uberlândia, MG.

INTRODUÇÃO: A leucina é um regulador do metabolismo proteico in vivo, e existem poucas informações referentes à sua relação com a creatina quinase sérica no modelo experimental de hipertireoidismo. O estudo teve por objetivo verificar a ação da leucina na concentração sérica de creatina quinase em ratos Wistar em hipertireoidismo.

MÉTODOS: O estudo teve duração de 28 dias, foram utilizados 50 animais, divididos em quatro grupos sendo estes o controle (C), hormônio (H), leucina (L) e hormônio + leucina (HL). O hipertireoidismo foi induzido administrando-se, diariamente, 20µg/100 gramas de levotiroxina sódica em suspensão aquosa, por gavagem. A leucina foi suplementada adicionando-se 5% do aminoácido à ração convencional. O sangue foi coletado por punção cardíaca e as análises feitas em kits para T4 e CK-MB. Na comparação estatística foi utilizada a análise de variância (ANOVA) de duas vias e pós-teste de Tukey, considerando-se significativos valores de $p < 0,05$. **Resultado:** As concentrações séricas de CK-MB foram maiores no grupo hormônio quando comparado aos grupos controle ($p < 0,05$), grupo leucina ($p < 0,05$) e grupo hormônio + leucina ($p < 0,05$) em comparação a controle. **CONCLUSÃO:** Em ratos tratados com hormônio tireoidiano ocorre elevação das concentrações séricas de CK-MB após 28 dias. A associação de leucina ao hormônio parece impedir a elevação da CK-MB por mecanismos ainda desconhecidos.

Grupos	N	T4 (µg/dl)	CK-MB (U/L)
C	10	4,76 ± 0,83	1150 ± 518
H	10	12,56 ± 3,45 *	1957 ± 562*
HL	10	12,46 ± 2,32*	1208 ± 314†
L	10	5,09 ± 1,19	1126 ± 588†

Valores expressos em média ± desvio padrão para creatina quinase (CK-MB); * $p < 0,05$ em relação ao Grupo C e † $p < 0,05$ em relação ao Grupo H

32213

Alterações do paladar em idosos devido ao uso crônico de fármacos.

LAURA COTTA VALENTE, FERNANDA LIMA FERNANDES, ANA CAROLINA FREIRE LOPES, CAMILA SALLES SILVA PEREIRA, MERY NATALI SILVA ABREU, SILVIA HERINGER WALTHER e PATRICIA GONÇALVES DA MOTTA

Instituto Metropolitano de Ensino Superior, Ipatinga, MG, BRASIL.

Introdução: O envelhecimento é frequentemente acompanhado de múltiplas doenças crônicas degenerativas que requerem tratamento, implicando, muitas vezes, no uso contínuo de fármacos que é a principal causa de perda da sensação gustativa em idosos. **Objetivos:** Investigar as classes de fármacos mais utilizados e mais propensos a produzirem alterações do paladar em idosos, bem como identificar o tipo de alteração gustativa mais prevalente. **Material e Métodos:** A amostra foi composta de 203 idosos da Associação dos Metalúrgicos Aposentados e Pensionistas de Ipatinga - MG, com idade igual ou superior a 60 anos, sexo masculino e feminino e que fizesse o uso crônico de algum fármaco. Para investigar a função gustativa, foi utilizado o teste das três gotas que avalia os quatro gostos primários (doce, salgado, ácido e amargo). Esse método consiste na aplicação de uma gota do sabor a ser avaliado no meio da língua, e de duas gotas de água à esquerda e à direita da solução testada. Para cada participante foi oferecido, de maneira aleatória, os quatro sabores descritos, apresentados em quatro diferentes concentrações. **Resultados:** A classe de fármacos mais utilizados pelos idosos foram anti-hipertensivos (69,5%), hipolipemiantes (36%), diuréticos (24,1%), antiácidos (19,2%), hipoglicemiantes orais (17,7%), antiplaquetários (15,3%), hormônio tireoideano (13,3%), antidepressivos (11,3%) e benzodiazepínicos (9,4%). Observou-se que os idosos que fazem o uso de anti-hipertensivos apresentam 2,4 vezes mais chances de possuir alteração gustativa para o sabor salgado e 2,3 vezes para o sabor doce. Dos anti-hipertensivos, os betabloqueadores aumentaram em duas vezes a chance de apresentar alteração ao sabor doce. Em adição, os antidepressivos, diuréticos e antiplaquetários também promoveram alterações gustativas. Observou-se que 41,4% da amostra apresenta alguma alteração gustativa ao sabor salgado, 40,2% para o doce, 14,3% para o ácido e 13,8% para o sabor amargo. **Conclusões:** Além da senilidade, o uso crônico de medicamentos pode promover a diminuição da acuidade gustativa em idosos. Sendo assim, avaliar a percepção sensorial gustativa constitui uma importante ferramenta de avaliação para os profissionais de saúde, com o intuito de proporcionar uma melhor atenção e melhoria na qualidade de vida desse grupo da população.

32799

Reestenose clínica de stent coronário: seguimento após tratamento com análise de desfechos clínicos.

BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, GUILHERME ABREU NASCIMENTO, WALTER RABELO, MARCOS ANTONIO MARINO, ROBERTO LUIZ MARINO e ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Adulto-UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamento: A reestenose clínica intrastent (RISC) é a principal complicação tardia da angioplastia coronariana com implante de stent, observada em 10 a 50% das lesões tratadas. **Objetivo:** Descrever as características clínicas e angiográficas da RISC e os desfechos em seguimento de pelo menos 12 meses após seu diagnóstico e tratamento. **Métodos:** Em 110 pacientes consecutivos com RISC, analisou-se a apresentação clínica, as características angiográficas, o tratamento e os desfechos primário combinado (morte cardiovascular, infarto agudo miocárdio não fatal [IAM]) e desfecho secundário combinado (angina instável com internação, revascularização de vaso alvo e lesão alvo) em seguimento mínimo de um ano. **Resultados:** Na amostra, 68,2% dos pacientes eram do sexo masculino, com média de idade de 61 ± 11 anos. A apresentação clínica como síndrome coronariana aguda (SCA) ocorreu em 62,7% dos casos, com a RISC proliferativa em 34,5% dos casos. O tratamento realizado foi o implante de stent farmacológico (SF) em 36,4%, stent não farmacológico (SNF) 23,6%, cirurgia de revascularização 18,2%, angioplastia por balão 15,5% e tratamento clínico 6,4%. Com seguimento mediano de 19,7 meses (tempo mínimo de 12 meses e máximo de 38 meses), o desfecho primário ocorreu em 18 pacientes, com seis (5,5%) óbitos e 13 (11,8%) IAM e o secundário em 24 pacientes. Foram preditores de desfecho primário a RISC em SF (HR=4,36; [1,44-12,85], p=0,009) e o tratamento clínico da RISC (HR=10,66, [2,53-44,87], p=0,001). O tratamento da RISC com SNF (HR=4,08 [1,75-9,48], p=0,001) e tratamento clínico (HR=6,29 [1,35-29,38], p=0,019) foram preditores do desfecho secundário. A classificação angiográfica da RISC não teve relação com o desfecho. **Conclusão:** A RISC se apresenta como SCA na maioria dos casos e os pacientes apresentam elevada frequência de eventos adversos durante o seguimento de médio prazo.

32840

Comparação da quantidade de atividade física diária em idosos com e sem infarto do miocárdio

MARIA LUIZA VIEIRA CARVALHO, GIANE AMORIM RIBEIRO SAMORA, LUISA AMARAL MENDES DA SILVA, DÉBORA PANTUSO MONTEIRO, DAYANE MONTEZZO, VERÔNICA FRANCO PARREIRA, DANIELLE APARECIDA GOMES PEREIRA e RAQUEL RODRIGUES BRITTO

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

Introdução: Poucos estudos identificaram se o infarto do miocárdio (IM) trás limitação funcional em idosos. **Objetivos:** 1) Comparar a quantidade de atividade diária de idosos que com e sem infarto do miocárdio, 2) verificar a associação entre os fatores sócio demográficos e clínicos com a quantidade de atividade física diária, 3) avaliar a relação entre a atividade física mensurada e a auto-relatada, e entre as medidas de desempenho e capacidade. **Materiais e métodos:** Incluídos idosos com IM (GPIM) e sem doença cardíaca (GC). A atividade física diária (counts/dia e steps/dia) foi mensurada pelo uso do acelerômetro GT3X, durante sete dias. Além das medidas clínicas, demográficas, aplicação do questionário Perfil de Atividade Humana (PAH), Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e realização do Shuttle Walk Test (SWT). Os valores demográficos, clínicos, counts/dia e steps/dia dos grupos foram comparados e analisados por meio do test t independente ou Mann-Whitney U dependendo a normalidade dos dados. O modelo de regressão linear múltipla foi utilizado para verificar os fatores que se associam a atividade física diária (counts/dia). Para verificar a correlação entre counts/dia e o PAH, bem como a correlação entre counts/dia e a distância percorrida no SWT foi utilizado o teste de Pearson ou Spearman dependendo do comportamento das variáveis quanto à normalidade. Valores de $\alpha=5\%$ foram considerados significativos. **Resultados:** Foram avaliados 20 idosos no GPIM (72,50 $\pm$ 1,55 anos) e 16 no GC (70,00 $\pm$ 1,93 anos). Não foram constatadas diferenças estatísticas na quantidade de atividade física realizada, entre os grupos tanto pelo variável counts/dia (GPIM=232496 $\pm$ 30937 counts/dia vs GC=256339 $\pm$ 24879 counts/dia p=0,441) quanto pelos steps/dia (GPIM = 6780 $\pm$ 3462 steps/dia vs GC=7791 $\pm$ 2839 steps/dia p=0,301). A idade e o número de fatores de risco para doenças cardiovasculares, explicaram 48% da quantidade de atividade física diária (p<0,0001). Foi encontrada uma correlação $r=0,56$ p<0,0001 entre counts/dia e o PAH, e de $r=0,71$ p<0,0001 entre a distância percorrida no SWT e counts/dia. **Conclusão:** O IM não provocou impacto adicional na quantidade de atividade física realizada por idosos. Foi identificada associação dos fatores de risco para doença coronariana, incluindo a idade, com nível de atividade física independente da existência de IM prévio. Além disso, o auto-relato de nível de atividade e de capacidade funcional é um bom indicativo do nível de atividade física diária.

32844

Avaliação objetiva e estimada da capacidade funcional de indivíduos com insuficiência cardíaca

ROSEANE SANTO RODRIGUES, SAMORA, G A R, VIEIRA, O A, FERREIRA, A C C, MONTEZZO, D, ALENCAR, M C N, PEREIRA, D A G, PARREIRA, V F e RAQUEL RODRIGUES BRITTO

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

INTRODUÇÃO: O teste de esforço cardiopulmonar (TECP) e o teste de caminhada de seis minutos (TC6) são métodos objetivos para definição do grau de intolerância ao exercício e limitação para a realização de atividades funcionais em indivíduos com insuficiência cardíaca (IC). O questionário Veterans Specific Activity Questionnaire (VSAQ) é um instrumento de estimativa da capacidade funcional de indivíduos com doença cardiovascular e para otimização de protocolos individuais para teste de esforço, baseado em classificação metabólica de atividades. Contudo, sua aplicabilidade em indivíduos com IC ainda é pouco conhecida. Assim, o objetivo deste estudo foi verificar a associação entre a capacidade funcional estimada a partir do questionário VSAQ com a obtida no TECP (padrão-ouro; máximo) e no TC6 (submáximo) em pacientes com IC. **MATERIAIS E MÉTODO:** Vinte e cinco indivíduos com IC, classes I a III da New York Heart Association, média de idade: 51,08 $\pm$ 12,8 anos e fração de ejeção ventricular esquerda: 34,16 $\pm$ 11,61% realizaram TECP, em esteira eletrônica, com protocolo em rampa e responderam o VSAQ em forma de entrevista. Em outro dia, realizaram o TC6. Foram analisados o consumo de oxigênio medido no pico do esforço (VO_{2pico}), a capacidade física estimada a partir do escore obtido no nomograma VSAQ (expressa em equivalentes metabólicos e que reflete o peso relativo da idade do indivíduo e do escore do VSAQ, otimizando a predição da capacidade funcional), além da distância percorrida no TC6. Foi realizado teste de correlação de Pearson para avaliar a associação entre as variáveis, considerando $\alpha=5\%$. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (ETIC 050/09). **RESULTADOS:** Foi observada associação de moderada magnitude entre a capacidade funcional, expressa pelo VO_{2pico} e o nomograma VSAQ ($r=0,458$; p=0,021); bem como, entre este último e a distância percorrida no TC6 ($r=0,559$; p=0,004). Observou-se também elevada associação entre o VO_{2pico} e a distância percorrida no TC6 ($r=0,770$; p<0,001). **CONCLUSÕES:** O questionário VSAQ foi identificado como um instrumento útil para estimativa da capacidade funcional de indivíduos com IC. Além disso, o TC6 apresentou correlação com a medida direta e padrão-ouro da capacidade funcional. Não descartando a necessidade de avaliação ergoespirométrica, estes instrumentos podem ser úteis para monitorização mais frequente das respostas terapêuticas na capacidade funcional de pacientes com IC. Apoio: CAPES, CNPq, FAPEMIG

32858

Atividade amidásica da caliceína tecidual humana na urina de pacientes com doença coronária crônica estável angiograficamente determinada

ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO, CAROLINA ANTUNES MAGALHAES, KARLYSE CLAUDINO BELLI, ARI MANDIL, JOSE CARLOS DE FARIA GARCIA e AMINTAS FABIANO DE SOUZA FIGUEIREDO

Serviço de Cardiologia Hospital LifeCenter, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Faculdade de Farmácia da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Research Coaching Program - Duke University Medical School, E.U.A.

Fundamentos: A caliceína tecidual humana (hK1) é a principal enzima do sistema caliceína-cininas. A atividade amidásica específica da hK1 é reduzida na urina de hipertensos e de portadores de insuficiência cardíaca (IC). Pelo que sabemos, não há informações sobre o seu papel na doença arterial coronária angiograficamente documentada (DAC) em seres humanos. **Objetivo:** Avaliar a atividade amidásica específica da hK1 na urina de pacientes com DAC estabelecida ou suspeita. **Métodos:** Após leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, sessenta e cinco indivíduos selecionados para cateterismo cardíaco (CATE) forneceram uma amostra aleatória do jato médio de urina, coletadas imediatamente antes do exame. DAC foi classificada como leve, moderada, grave ou ausente (sem-DAC), de acordo com o número e extensão das lesões coronárias. O grupo DAC foi composto por 43 pacientes, e o grupo sem-DAC por 22. A atividade amidásica específica da hK1 foi estimada espectrofotometricamente com o substrato D-Val-Leu-Arg-Nan. Creatinina foi determinada pelo método de Jaffé. A atividade amidásica específica da hK1 foi calculada dividindo-se a taxa de reação pela concentração de creatinina (mg/mL de urina) e expressa como $\mu\text{M} / (\text{min} \cdot \text{mg creatinina})$ para corrigir as diferenças no fluxo urinário. **Resultados:** A atividade amidásica específica da hK1 urinária foi reduzida em todos os pacientes, mas foi semelhante entre pacientes com e sem DAC ($P=0.785$). Ao contrário de estudos prévios onde os controles eram assintomáticos e sem doença conhecida, no presente estudo todos os pacientes tinham sintomas, sinais ou suspeita de DAC. A análise estatística demonstrou que a atividade amidásica específica da hK1 urinária em pacientes com DAC está reduzida e permaneceu entre os valores reportados anteriormente para pacientes hipertensos e com IC, respectivamente. Também não foram observados quaisquer efeitos estatisticamente significativos da gravidade da DAC e da hipertensão sobre a atividade amidásica específica da hK1 urinária. **Conclusão:** Os resultados aqui apresentados sugerem que a atividade amidásica específica da hK1 urinária também está reduzida em pacientes com DAC.

32863

Avaliação cardiológica de jovens pré-participação em atividade física competitiva: prevalência de alterações eletrocardiográficas preditoras de morte súbita

DAYANA M P SOUZA, MAIRA F ALMEIDA, KATIA C MAUTONE, TARLICE N P GUIMARAES, LILIAN M C BRAMANTE, MAYARA F GOLDNER, PRISCILA M CRUZEIRO, ERNESTO J S SALLES, SIMONE MOSQUINI e HÉLIO L B JUNIOR

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

Introdução: A avaliação cardiológica pré-participação em atividades físicas competitivas tem sido proposta. O risco de morte súbita cardíaca pode ser até 2,5 vezes maior nos portadores de alterações cardiovasculares que praticam atividade física competitiva. Objetivou-se determinar a prevalência de alterações eletrocardiográficas preditoras de morte súbita em população selecionada de jovens atletas. **Métodos:** Coorte transversal de jovens atletas integrantes do Projeto Minas Olímpica da UFJF, encaminhados ao serviço de cardiologia do HU/UFJF em 2012 para avaliação cardiológica pré-participação em atividades competitivas. Avaliação inicial: anamnese, exame físico e eletrocardiograma (ECG). Investigação adicional: quando necessário. Achados do ECG classificados em dois grupos, Grupo A: alterações habituais relacionadas ao treinamento físico e/ou idade; e Grupo B: outras alterações. Análise estatística: variáveis quantitativas (média $\pm$ DP) e qualitativas (proporção%).

Resultados: Avaliados 79 atletas, sexo masculino 42(55%) e idade 7-17 anos (12 $\pm$ 2). Anamnese/exame físico: dispnéia 10(13%), pré-síncope/síncope 9(11%), tontura 7(9%), sopro inocente 6(8%) e dor torácica atípica 4(5%). Alterações do ECG Grupo A 56(71%): arritmia sinusal respiratória 31(39%), critério de sobrecarga (voltagem) 10(13%), onda T negativa V1-3 10(13%), bradicardia sinusal < 60 bpm 8(10%), marca-passo atrial mutável 3(4%), BAV 1º grau 2(3%), distúrbio de condução ramo direito 2(3%), persistência padrão R/S > 1 em V1 1(1%), taquicardia sinusal 1(1%), PR curto sem delta 1(1%). Alterações do ECG Grupo B 1(1%): PR curto + onda delta. Avaliação adicional: teste de esforço 5 (normais), ecocardiograma 8 (aumento discreto do ventrículo esquerdo 1). Holter 24 horas 2 (pré-excitação ventricular 1 paciente, estudo eletrofisiológico 1 (pré-excitação)).

Conclusões: A avaliação cardiológica pré-participação em atividades físicas competitivas de jovens selecionados revelou alta prevalência (71%) de alterações habituais do coração do atleta e/ou jovem (Grupo A), sendo rara (1%) a alteração preditora de morte súbita cardíaca (Grupo B). Achados compatíveis com dados da literatura.

32870

Incidência de arritmia ventricular complexa após injeção intracoronária de célula tronco da medula óssea em pacientes com miocardiopatia chagásica

ADRIANA SEBBA BARROSO DE SOUZA, SALVADOR RASSI e WEIMAR KUNZ SEBBA BARROSO DE SOUZA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS, GOIANIA, GO, BRASIL.

Fundamento: Um dos problemas de segurança levantado para utilização de célula tronco para reparação cardíaca foi a ocorrência de arritmias ventriculares. **Objetivo:** Determinar se houve aumento na incidência de arritmias ventriculares complexas em pacientes chagásicos após a injeção intracoronária de célula tronco comparado ao grupo controle.

Método: Foram randomizados 65 pacientes portadores de miocardiopatia chagásica, classe funcional III e IV, fração de ejeção menor de 35% para avaliar a presença de arritmia. Realizado holter seriado de 24 horas na randomização do paciente, a seguir com dois, seis e doze meses de seguimento. Estes pacientes faziam parte do protocolo de pesquisa Estudo de Terapia Celular em Cardiopatia.

Resultados: Não houve diferença estatística entre o grupo que recebeu célula tronco e grupo controle nos critérios de arritmia avaliados ao holter. Ao holter foram analisados total de extrasístolas ventriculares com p de 0,435 no holter 1, p de 0,478 no holter 2, p de 0,379 no holter 3 e p de 0,459 no holter 4. Quanto a episódios de taquicardia ventricular no holter 3 p de 0,277 e no holter 4 p de 0,400.

Conclusão: Neste trabalho a terapia celular não aumentou a incidência de arritmia ventricular complexas em pacientes com miocardiopatia chagásica.

32876

Oclusão percutânea de foram oval pérvio (FOP), como profilaxia secundária de AVC isquêmico

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

Hospital Felício Rocho, BH., BRASIL - Hospital Life Center, BH., BRASIL - Hospital Vera Cruz, BH., BRASIL.

Superioridade do fechamento percutâneo do forame oval em relação ao tratamento clínico para prevenção de recidivas de AVCi. Entretanto, estudos randomizados, apesar de mostrarem resultados melhores com a oclusão, não mostram nível de significância clara.

Objetivo: Mostrar a experiência com oclusão percutânea de FOP, com único operador.

Método: Entre janeiro de 1999 e dezembro de 2012, 249 pacientes foram submetidos a fechamento percutâneo de FOP após AVCi. Todos pacientes tinham confirmação do evento pela do RM ou TC e grande passagem de microbolhas do AD para o AE pelo ECO transesofágico (ECO TE) e Doppler Transcraniano. Procedimento foi realizado sob leve sedação e acompanhado por ECO TE ou intracardiaco. Foram utilizadas as próteses Amplatzer e Occlutech com o mesmo mecanismo para oclusão. Doppler TC foi repetido seis meses após o procedimento e repetido um ano após caso de Shunt residual. AAS foi mantido na dose de 3mg/kg até dose de 200mg/dia por seis meses e mantido na dose de 100mg/kg/dia. **Resultado:** 249 pacientes com idade entre 14 e 74 anos (média= 42 anos), sendo 52% do gênero feminino foram submetidos à oclusão FOP com 100% de sucesso. 15/254(5,8%) apresentaram FA durante o procedimento, com conversão espontânea ou com amiodarona venosa nas primeiras 24 horas. Um paciente teve derrame pericárdico sendo necessário punção. Dois pacientes apresentaram isquemia cerebral transitória e nenhum AVC foi observado. Em cinco pacientes (1,9%), o ECO TC mostrou passagem de pequena quantidade de micro bolhas após um ano do procedimento. **Discussão:** Apesar de todas as publicações mostrarem tendência favorável ao fechamento, ainda não existe evidência científica clara. Entretanto, todos os trabalhos mostram grupos heterogênicos, outros utilizaram próteses com índice alto de shunt residual e a seleção dos casos de acordo com a gravidade do SHUNT também não foi considerada de forma criteriosa. Além disso, recomenda que o anti-adesivo plaquetário ou anticoagulante oral, possa ser suspenso após seis meses. Em nossa série, foram selecionados apenas os casos com grande SHUNT, utilizou próteses com baixo índice de shunt residual e o AAS foi mantido. Talvez isso explique o melhor resultado em nossa série. **Conclusões:** O fechamento percutâneo do FOP para evitar recidiva após AVCi idiopático tem um papel importante e deve ser considerado em casos bem selecionados.

32880

Tratamento percutâneo de Cardiopatias congênicas em adultos

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

Hospital Felício Rocho, BH., BRASIL - Hopsital Vera Cruz, BH., BRASIL - Hospital Vila da Serra, BH., BRASIL.

Introdução: A melhora dos resultados cirúrgicos tem permitido que pacientes tratados na infância chegam à idade adulta em boas condições, alguns com necessidade de tratamento por lesões residuais. Associado a isso, o aprimoramento das técnicas diagnósticas e dos meios dos recursos terapêuticos tem permitido que a maioria das cardiopatias congênicas na idade adulta (primárias ou residuais) pode ser tratada pelo método percutâneo. **Objetivo:** Mostra a experiência de um único operador com o tratamento percutâneo nessas condições. **Método:** Foram analisados retrospectivamente os pacientes adultos encaminhados para intervenção entre janeiro de 2000 e março de 2013. Nesse período 1086 pacientes (390 fechamento de CIA, 252 oclusão de FOP, 320 teste de vasoreatividade pulmonar, 06 oclusão de fistula AV pulmonar, 18 valvuloplastia pulmonar, 96 tratamento de CoAo ou ReCoAo, 03 fechamento de PCA e 01 fechamento da Veia cava superior esquerda conectada ao átrio esquerdo), foram submetidos à intervenção com sucesso. **Resultado:** Todos apresentaram bom resultado com as intervenções: Oclusão completa do CIA (97%) com diminuição do VD, oclusão completa do FOP (98%), Reconstituição da luz da aorta nos casos de COAO com gradiente final menor que 20mmHg (90%), Oclusão completa da FAVP, Oclusão de veia cava superior esquerda com normalização da saturação sistêmica de oxigênio, oclusão total do Canal atrial (100%), e gradiente final menor que 20mmHg em todos os casos de valvuloplastia pulmonar. **Discussão:** O número de pacientes adultos com necessidade intervenção primária ou para tratar lesões residuais tem crescido com a melhora da longevidade e das técnicas diagnósticas. Atualmente, com os materiais disponíveis e com melhora da experiência das equipes, a maioria desses pacientes podem ser tratados pelo método percutâneo, com resultado semelhante ao da cirurgia convencional, menor morbidade, permanência hospitalar em torno de 24 horas e retorno as atividades normais em poucos dias. **Conclusões:** O tratamento percutâneo das cardiopatias congênicas no adulto, na maioria dos casos, pode ser realizado de forma segura, eficaz e com alto índice de sucesso, sendo o método de escolha da maioria dos casos.

32892

Resultados da implementação de uma Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio no município de Belo Horizonte

BRUNO R NASCIMENTO, MILENA S MARCOLINO, LUISA C.C.BRANT, JANAINA G ARAUJO, GLÁUCIA C SILVA, LUCAS L JUNQUEIRA, JANINE M RODRIGUES, BRENDA C GODOI, LUIZ R A CASTRO e ANTONIO L P RIBEIRO

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

Introdução: A criação de linhas de cuidado baseadas em evidências para o tratamento do infarto agudo do miocárdio (IAM) tem como objetivo otimizar o atendimento ao paciente, proporcionando o diagnóstico precoce e o tratamento adequado em prazos ideais, de acordo com as diretrizes atuais. **Objetivo:** Avaliar os efeitos de uma Linha de Cuidado do IAM (LCIAM) em uma grande área metropolitana no Brasil, e seu impacto sobre o número de internações, mortalidade hospitalar, acesso a cuidados médicos de alta complexidade e custos do tratamento. **Métodos:** A LCIAM foi criada em Belo Horizonte em 2010-2011 para aumentar o acesso de pacientes do SUS à terapêutica otimizada recomendada pelas diretrizes. Equipes de unidades de emergência foram treinadas para um atendimento sistemático e estas unidades foram equipadas com um sistema de tele-eletrocardiografia. Os desfechos primários deste estudo retrospectivo observacional foram os números de internações por IAM e a mortalidade hospitalar por IAM, de 2009 a 2011. **Resultados:** A população do município em 2009 era de 2.452.617 habitantes. Durante o período do estudo, 294 profissionais foram treinados e 1.496 eletrocardiogramas (ECGs) foram transmitidos a partir de unidades de emergência: 563 (37,6%) para unidades coronarianas e 933 (62,4%) para análise e laudo online. Houve redução significativa da mortalidade hospitalar (12,3% em 2009 vs. 9,3% em 2010 vs. 7,1% em 2011, $p < 0,001$), enquanto o número de internações por IAM permaneceu estável (1.113 em 2009 contra 1.358 em 2011, $p = NS$). Houve aumento significativo do custo médio da internação (R\$ 2480 $\pm$ 4.054 em 2009 vs. R\$ 3501 $\pm$ 3202 em 2011, $p < 0,001$), da proporção de internações envolvendo cuidados intensivos (32,4% em 2009 vs. 66,1% em 2011, $p < 0,001$) e de admissões em unidades de alta complexidade (47,0% vs. 69,6%, $p < 0,001$). Entre os pacientes internados em unidades de terapia intensiva (CTI), a redução da mortalidade foi ainda mais substancial (19,7% em 2009 vs. 7,8% em 2011, $p < 0,001$), e observou-se redução dos dias de hospitalização (14,4 $\pm$ 14,4 em 2009 vs. 12,7 $\pm$ 10,0 em 2011, $p = 0,022$). **Conclusões:** A implementação da LCIAM ampliou o acesso ao tratamento adequado e, consequentemente, redução da mortalidade hospitalar por IAM em uma grande área urbana brasileira. Houve também aumento de custos e de internações em terapia intensiva, refletindo melhor acesso a cuidados médicos de alta complexidade.

32904

Análise de alterações da ausculta cardíaca digital de gestantes saudáveis, no segundo trimestre de gestação

ARAUJO, MARILENE M, REIS, ZILMA S N, FREIRE, CLAUDIA M V e FERNANDES, FABIULLA A

Centro de Informática em Saúde-Faculdade de Medicina da UFMG, BH, MG, BRASIL - Ambulatório de Pre-natal-Instituto Jenny Faria -HCUFMG, BH, MG, BRASIL - Centro de Pós-graduação Saúde da Mulher- UFMG, BH, MG, BRASIL.

Introdução: Estado hiperdinâmico hemodinâmico e baixa viscosidade do sangue são características do período gestacional que favorecem alterações auscultatórias, entre elas o surgimento de sopros sistólicos de baixa intensidade. **Objetivo:** Descrever alterações hemodinâmicas e auscultatórias de gestantes normais e compará-las às de mulheres não grávidas. **Pacientes e métodos:** Estudo observacional transversal com 26 gestantes saudáveis no segundo trimestre de gestação e 21 mulheres saudáveis, não grávidas. Um cardiologista realizou avaliação clínica e ecocardiografia em todas. Ausculta cardíaca foram gravadas com estetoscópio eletrônico Littman-3200 e armazenadas através de software específico, para análise posterior. Dois examinadores descreveram e classificaram as ausculta. As alterações auscultatórias e os achados ecocardiográficos foram comparados entre os dois grupos através do teste-t de médias para dados numéricos e do teste qui-quadrado para dados categóricos. **Resultados:** O grupo gestante apresentou idade média de 26,7 $\pm$ 5,3 anos, idade gestacional de 21,6 $\pm$ 4,7 semanas. Pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) apresentaram-se inferiores nas gestantes, em relação aos controles: PAS: 106,00 $\pm$ 9,98; 112,90 $\pm$ 9,98 mmHg; $p = 0,022$, PAD: 66,62 $\pm$ 6,81; 78,85 $\pm$ 9,26 mmHg, $p < 0,001$, respectivamente. À ausculta cardíaca, a detecção de sopro sistólico de leve intensidade foi estatisticamente mais frequente no grupo gestante (69,24% $\times$ 38,09%, $p = 0,033$), assim como Hiperfoneses de B1 (26,92% $\times$ 0%, $p = 0,01$), Hiperfoneses de B2 (61,54% $\times$ 9,52%, $p < 0,001$) e Desdobramento de B1 (80,77% $\times$ 23%, $p < 0,001$). Ao ecocardiograma, a regurgitação valvular fisiológica foi a alteração mais frequente (74,5%), sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p = 0,807$). Não foi encontrada associação entre a presença de sopro auscultatório e regurgitação valvular à ecocardiografia ($p = 0,810$). **Conclusões:** Ausculta cardíaca de gestantes saudáveis, em sistema digital, foi capaz de detectar alterações e os resultados confirmam a importância do conhecimento das alterações fisiológicas da gestação. Ecocardiograma normal nas gestantes saudáveis com sopros indicam que este exame possui indicações precisas na suspeita ou seguimento de cardiopatias.

32925

Segurança e eficácia de procedimentos eletrofisiológicos em pacientes pediátricos e na faixa etária até 18 anos

TEREZA AUGUSTA GRILLO, REYNALDO C MIRANDA, ANDRÉ A L D CARMO, HENRIQUE B MOREIRA, BRISA D C MAIA, DELIANE A S COELHO, MATHEUS C SILVA, DANIEL P CRUZ e BRUNO R NASCIMENTO

Hospital Universitário São José / INCOR-MG, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Depto. de Clínica Médica / Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A evolução da eletrofisiologia foi significativa ao longo dos anos, revolucionando a abordagem terapêutica das arritmias com elevada taxa de êxito e baixo índice de complicações, tanto em adultos quanto na população de menor idade. **Objetivo:** Descrever a experiência de um centro de referência na realização de estudo eletrofisiológico (EEF) e a ablação por radiofrequência na população de pacientes até 18 anos, avaliando a eficácia e segurança do procedimento. **Métodos:** Foi realizada coleta prospectiva de dados de pacientes consecutivos, com idade até 18 anos, submetidos a EEF e ablação em centro único, no período de novembro de 2004 a dezembro de 2012. Avaliou-se dados demográficos, clínicos e relacionados à execução do procedimento. Foram consideradas complicações na fase hospitalar: óbito, sangramento maior, complicações mecânicas e vasculares e arritmias com repercussão hemodinâmica. **Resultados:** Foram submetidos ao EEF 181 pacientes, com idade média de 14,7 $\pm$ 3,3 anos (5 a 18 anos). Quarenta e seis pacientes tinham idade inferior a 12 anos (média: 9,9 $\pm$ 1,9 anos). Dezesesseis pacientes apresentaram EEF normal. Dos 165 pacientes restantes, a ablação foi realizada no mesmo procedimento em 162 pacientes. Quatro pacientes portadores de via anômala direita recorreram e foram submetidos a um segundo procedimento. Um paciente apresentava dois focos de arritmia (uma via anômala e taquicardia nodal). Um paciente tinha fibra de Mahaim. Não houve complicações maiores (Tabela 1). **Conclusão:** Na faixa etária pediátrica e em pacientes de até 18 anos, os procedimentos eletrofisiológicos de diagnóstico e ablação foram realizados com segurança e tiveram altos índices de êxito, com dados superponíveis à literatura.

Achado (EEF)	Número	Síncope	FA	PREA<250ms	Êxito 1a ablação	Compl.
Via anômala	114	6/114	13/114	35/114	110/114	0
Reentr. nodal	47	0	0	0	47/47	0
Taqu. atrial	9	0	0	0	6/9	0
Taqu. ventric.	3	0	0	0	2/3	0
Taqu. juncional	1	0	0	0	0/1	0
Manhaim	1	0	0	0	1/1	0

32931

Resultado Local do Estudo ACCEPT: Perfil das Síndromes Coronarianas Agudas em um Hospital da Rede Privada

DANIELA BARRETO LINARES, FERNANDO CARVALHO NEVENSCHWANDER, DIOGO ANTÔNIO GOMES TIAGO, MONIQUE BATISTA NOGUEIRA DE AMORIM, LUCIANA ALVES RIBEIRO, GIOVANNI LUIZ MUSSO, ISABELLA PEREIRA CARVALHO, FERNANDA BARBOSA, BÁRBARA LUIZA ANDRADE MOREIRA e NAYARA DE SOUSA LIBERATO

Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: As Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) são importantes causas de morbimortalidade no mundo, mas há poucos dados de seu perfil no Brasil. **Objetivos:** Apresentar resultados locais de estudo multicêntrico nacional (Clinical Outcomes at 30 days in the Brazilian Registry of Acute Coronary Syndromes - ACCEPT), caracterizando os pacientes admitidos com SCA em um hospital privado de Belo Horizonte e verificando desfechos graves. **Métodos:** Estudo observacional, prospectivo. Coletados dados na admissão, 07 e 30 dias após a SCA. A significância estatística foi verificada pelo teste qui-quadrado ($p < 0,05$). **Resultados:** Foram incluídos 177 pacientes, 93% ($n=164$) atendimentos da saúde suplementar. A idade variou de 24 a 96 anos (média=mediana=67) e metade eram homens ($n=89$). 76% ($n=134$) eram hipertensos, 30% ($n=54$) eram diabéticos, 28% ($n=50$) eram ex-tabagistas e 12% ($n=22$) tabagistas, 58% ($n=103$) eram dislipidêmicos, totalizando 90% ($n=160$) com pelo menos um destes fatores de risco. 60% ($n=107$) já eram portadores de angina *pectoris* e 23% ($n=13$) já tinham sido submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica (CRVM), 48% ($n=86$) eram obesos. Quatro (2,27%) pacientes receberam trombolise. 115 (67,5%) foram submetidos à cineangiocoronariografia (CATE), sendo 54 submetidos a angioplastia (14 primárias) e em 53 casos foram implantados stents. Treze pacientes foram submetidos à CRVM. Dos 115 CATES, havia obstrução de 01 vaso em 41 (35,6%), 02 vasos em 25 (21,7%) e 3 ou mais vasos em 20 (17%); 65% ($n=114$) foram diagnosticados como angina instável, 22% ($n=39$) como infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST (IAMSSST) e 9% ($n=16$) com infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST (IAMCSST). Ocorreu um óbito por motivo não cardíaco até 07 dias, e em 30 dias a mortalidade cardiovascular foi de 2,25% ($n=4$) e de 2,82% por todas as causas ($n=5$). O sexo masculino estava associado à ocorrência de IAMCSST ($p=0,009$), mas não ao IAMSSST ($p=0,38$). **Conclusões:** No Hospital estudado a prevalência de comorbidades nos acometidos pela SCA foi alta, como visto nos resultados nacionais do ACCEPT (Arq Bras Cardiol 2013). A ocorrência de angina instável (65%), IAMSSST (22%) e IAMCSST (9%) divergiu do resultado nacional, (31,6%, 34,9% e 33,4% respectivamente). Isso pode dever-se a outras diferenças entre as populações, talvez devidas ao fato do estudo nacional totalizar 49% de pacientes provenientes do SUS.

32951

Seria a Assincronia septal ao ecocardiograma um marcador precoce de cardiotoxicidade induzida por quimioterapia? Estudo observacional de um serviço de cardio-oncologia

ARIANE VIEIRA SCARLATELLI MACEDO, RITA DE CASSIA LACERDA DE PAULA, LUCIANA PINHEIRO SALGADO, PATRICIA TAVARES FELIPE, MÁRCIO VINÍCIUS LINS DE BARROS, MARIA CECÍLIA DE SOUSA VALARINI e MARCOS ALMEIDA MAGALHÃES ANDRADE JUNIOR

Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A cardiotoxicidade é definida como queda maior que 10% da fração de ejeção do ventrículo esquerdo em pacientes em tratamento oncológico. O surgimento de marcadores séricos ou ecocardiográficos que possam preceder ou prever o surgimento da lesão miocárdica é objeto de diversos estudos nas últimas décadas. A troponina e outros biomarcadores séricos se mostraram úteis em identificar a lesão cardíaca. A identificação de um marcador sérico ou ecocardiográfico de fácil execução e ampla aplicabilidade, ainda é objeto de vários estudos em andamento. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Entre abril de 2011 e fevereiro de 2013, acompanhamos 94 pacientes no ambulatório de cardio-oncologia. A maioria dos pacientes eram do sexo feminino (85%) e em tratamento de câncer assim distribuídos: Câncer de mama (70%), Linfoma (20%) e outros tumores (10%). As drogas cardiotoxicas mais utilizadas foram a doxorubicina (95%) e ciclofosfamida (80%). Seguimos estes pacientes, segundo o protocolo da diretriz brasileira de cardio-oncologia, com realização de consultas, eletrocardiograma e coleta de troponina e BNP além de realização de ecocardiogramas seriados. **RESULTADOS:** Em nossa amostra de 94 pacientes evidenciamos cardiotoxicidade manifesta por queda da fração de ejeção e sintomas de insuficiência cardíaca em 9 pacientes (incidência de 10%). Em 4 pacientes, a primeira alteração detectada no seguimento cardiológico foi assincronia septal nova no ecocardiograma transtorácico. Esta alteração precedeu em cerca de 15 dias o surgimento de sintomas compatíveis com insuficiência cardíaca, elevação dos níveis de troponina ou BNP ou mesmo a queda da fração de ejeção. Nenhuma paciente apresentava bloqueio de ramo esquerdo novo ao eletrocardiograma. **DISCUSSÃO:** O presente estudo observacional identificou uma correlação entre surgimento de assincronia septal ao ecocardiograma e posterior desenvolvimento de cardiotoxicidade pela quimioterapia. Por ser o ecocardiograma um exame de fácil execução e a assincronia septal uma alteração de fácil visualização, esta alteração poderia ser um marcador útil de cardiotoxicidade precoce. São necessários novos estudos com maior número de pacientes para validação deste, que poderia ser um novo marcador precoce de desenvolvimento de cardiotoxicidade.

32969

Avaliação da função biventricular em indivíduos com doença de Chagas apresentando bloqueio completo de ramo direito: valor do strain bidimensional

DAVI ALEXANDRE BARQUETTE, MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES, MARCIA DE MELO BARBOSA, MÁRCIO VINÍCIUS LINS DE BARROS e MANOEL OTÁVIO DA COSTA ROCHA

Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Ecocenter - Hospital Socor, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: O BRD constitui alteração eletrocardiográfica típica da cardiopatia chagásica, não apresentando valor prognóstico independente da função sistólica e seu papel como marcador da progressão da cardiopatia não se acha estabelecido. Novas metodologias ecocardiográficas baseadas na deformação miocárdica, como o strain bidimensional, têm se revelado promissoras para avaliação da contratilidade miocárdica com o potencial de detecção subclínica da função ventricular podendo prever evolução da doença. **Objetivo:** Analisar a função biventricular em pacientes chagásicos, sem disfunção ventricular, comparando-se aos chagásicos, com exame cardiológico e ECG normais, utilizando strain bidimensional. **Materiais e métodos:** Estudados prospectivamente 42 pacientes com BRD e 68 sem cardiopatia aparente. Realizou-se ecocardiograma convencional para realização de medidas e avaliação da função ventricular. As imagens foram arquivadas no software Echopac obtendo das medidas do strain bidimensional radial, longitudinal e circunferencial. **Resultados:** As médias de idade dos sem cardiopatia aparente foram de $47,1 \pm 8,8$ anos, e no BRD $50,9 \pm 10,1$ ($P=0,030$), com diferença estatística. Em relação a sexo, 36 homens sem cardiopatia aparente e 20 com BRD ($P=0,49$), sem diferença estatística. Em relação à FEVE, houve diferença estatística, porém, dentro da normalidade. Observada diferença estatisticamente significativa no strain global VD ($p=0,001$), no strain segmentar longitudinal do VE ($p=0,001$) e strain radial e circunferencial global VE ($p=0,001$) nos chagásicos com BRD, em relação àqueles sem cardiopatia aparente.

Conclusão: Nos chagásicos com BRD verificou-se redução do strain global do VD e strain global radial, global circunferencial e segmentar longitudinal do VE, comparando-se aos sem cardiopatia aparente, denotando disfunção sistólica biventricular naquele grupo. O Strain bidimensional mostrou-se útil na detecção da disfunção sistólica subclínica nesse grupo.

33002

Ensino da ressuscitação cardiopulmonar com desfibrilador externo automático nas escolas: um estudo prospectivo com intervenção.

YORGHOS LAGE MICHALAROS, JOSEPH FABIANO G SANTOS, BERNADETE BARRETO DE ASSIS, ISABELA ASSIS MICHALAROS, MARCELLA DE ARAUJO FONSECA e MARIA DA CONSOLAÇÃO VIEIRA MOREIRA

Liga Mineira de Ressuscitação Cardiopulmonar, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Os programas de acesso público à desfibrilação melhoram a sobrevivência de vítimas de morte súbita fora do hospital. Treinar jovens em fase escolar pode ser uma valiosa estratégia para difundir o conhecimento da ressuscitação cardiopulmonar (RCP) na comunidade. O objetivo deste estudo é determinar se um grupo de jovens em idade escolar pode aprender e realizar a RCP básica utilizando um desfibrilador externo automático (DEA), da mesma forma que um grupo de adultos. **MATERIAL E MÉTODOS:** 215 voluntários de ambos os sexos foram divididos em quatro grupos de acordo com a faixa etária: grupo A - 11 e 12 anos ($n=48$); grupo B - 13 e 14 anos ($n=54$); grupo C - 15 a 17 anos ($n=55$) e grupo D - 18 anos ou mais ($n=58$). Os participantes receberam um manual com técnicas de RCP para ser estudado em casa. Posteriormente, receberam um treinamento prático. As habilidades motoras foram avaliadas pela capacidade de executar os primeiros três elos da corrente da sobrevivência. Todo o atendimento foi registrado em manequins interligados a um sistema informatizado. Um questionário de 100 pontos foi utilizado para avaliação do conhecimento teórico adquirido em três fases distintas do treinamento (pré-teste, pós-teste imediato e pós-teste tardio). Um grupo controle sem qualquer acesso ao conteúdo teórico e prático do treinamento foi utilizado para comparação da retenção das habilidades cognitivas. **RESULTADOS:** o grupo A teve desempenho significativamente inferior nas avaliações cognitivas ($p<0,001$) apresentando, no entanto, a maior variação positiva no aprendizado adquirido ($p=0,001$). As habilidades motoras foram semelhantes em todos os grupos, exceto, a profundidade das compressões torácicas, significativamente inferior no grupo A ($p=0,008$). Houve associação negativa do peso e altura dos participantes com a profundidade das compressões durante a RCP ($p=0,001$). A avaliação das habilidades cognitivas após 3-6 meses mostrou uma significativa diminuição no desempenho em todos os grupos, porém significativamente melhor que o desempenho dos indivíduos sem treinamento ($p=0,0001$). **CONCLUSÃO:** jovens a partir dos 11 anos de idade têm capacidade de aprender e executar técnicas de RCP com o uso do DEA. A capacidade de realizar compressões torácicas adequadas foi dependente do tamanho do participante. As habilidades cognitivas reduzem 3 a 6 meses após o treinamento mantendo-se, no entanto, superior a do grupo que não recebeu qualquer instrução.

33289

Tratamento da esclerose múltipla remitente recorrente: segurança cardiológica do fingolimode durante a administração da primeira dose: avaliação multicêntrica nacional

FERNANDO CARVALHO NEVENSCHWANDER, DANIELA BARRETO LINARES, DEBORA MAGALHES DE SOUZA, THIAGO SANTOS TAVEIRA, SAULO AUGUSTO DE LIMA, LUCIANA ALVES RIBEIRO, ALANA GOMES NAZARETH, DIOGO ANTÔNIO GOMES TIAGO e DANIEL PEREIRA DE ANDRADE

Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG - Núcleo de Envelhecimento Cerebral - NUDEC/UNIFESP, São Paulo, SP, BRASIL - Instituto de Neurologia de Curitiba, Curitiba, PR, BRASIL.

Introdução: O Fingolimode (Gilenya – Laboratório Novartis) é um modulador do receptor esfingosina-1-fosfato e indicado no tratamento da esclerose múltipla remitente recorrente (EMRR). Causa redução temporária na frequência cardíaca (FC) e na condução atrioventricular (AV) no início do tratamento. Após a 1ª dose, a redução da FC começa dentro de uma hora e a redução máxima é atingida em até 6 horas. **Objetivos:** Descrever os efeitos na FC e no eletrocardiograma (ECG), em especial os bloqueios AV (BAV), nos pacientes que receberam a primeira dose de Fingolimode. **Métodos:** Estudo retrospectivo. Foram incluídos pacientes de 05 centros nacionais com EMRR. Os sinais vitais foram aferidos a cada hora, por 6 horas, após a 1ª dose de Fingolimode, e um ECG foi realizado antes e 6 horas após a dose. **Resultados:** Foram incluídos 90 pacientes, com idade de 21 a 67 anos (média=39; mediana=38). 53 (72,6%) eram mulheres. A FC inicial variou de 45-105bpm (média=mediana=72) e 11 (12%) tinham FC inicial < 60bpm. Na 1ª hora a FC variou de 44-108bpm (média=71). Na 2ª hora, de 48-95bpm (média=69). Na 3ª hora, variou de 40-97bpm (média=68). Na 4ª hora, de 45-95 (média=68). Na 5ª hora variou de 48-105bpm (média=67). Na 6ª hora de 37-93bpm (média=66). Todos os pacientes apresentaram alguma queda da FC durante a monitorização. A média de queda nos batimentos foi de 3,5bpm (SD 0,5) na 1ª hora, 5,0bpm (SD0,7) na 2ª hora, 6,1bpm (SD0,8) na 3ª hora, 6,4 (SD0,8) na 4ª hora, 6,0bpm (SD 0,7) na 5ª hora e de 6,7bpm (SD 0,8) na 6ª hora. 04 (4,4%) pacientes apresentaram BAV de 1º grau novo no ECG da 6ª hora. Um paciente apresentou bradicardia sinusal (FC=37) após 06 horas, e necessitou encaminhamento. Uma paciente (1,1%) teve BAV 2:1, com encaminhamento hospitalar. BAV Mobitz tipo II ou BAVs avançados não foram observados até a 6ª hora. Houve um relato de bradicardia sintomática e um relato de tontura e síncope (sem bradicardia). O QTc foi considerado longo na 6ª hora em 05 casos (5,5%). **Conclusões:** O início da terapia com Fingolimode é relacionado à queda da FC, geralmente assintomática e transitória, o que foi consistente com os dados da literatura. Nesta população a bradicardia sintomática, assim como a ocorrência de BAV de 1º e 2º graus foi infrequente e raramente necessitou terapia específica.

33297

Deteção de trombos intracavitários em pacientes submetidos à angiogramografia cardíaca

MARIA HELENA ALBERNAZ SIQUEIRA, CHRISTIANE PIRES MAROTA, EDUARDO BACK STERNICK e DIEERE ROBERTO ALVIM

Hermes Pardini, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Hospital Biocor, Belo horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A Angiotomografia Cardíaca (ANGIOTC) nos últimos anos foi inserida como método diagnóstico complementar na cardiologia clínica, permitindo a análise não invasiva das coronárias e estruturas cardíacas, bem como identificar trombos intracavitários. A avaliação diagnóstica de trombos intracavitários e sua incidência foram relatadas em alguns estudos científicos, sendo em torno de 1%. Investigamos a reprodução destes achados em um serviço eletivo de ANGIOTC.

Métodos: No período de janeiro de 2012 a abril de 2013, em análise retrospectiva dos 455 pacientes consecutivos que realizaram ANGIOTC, em tomógrafo SIEMENS Somatom Definition dual-source 64 detectores (128), com a utilização de contraste iodado (OPTIRAY) venoso, volume médio de 75 ml. A dose de radiação variou de 03-06 mSv. A maior parte dos pacientes apresentavam como indicação clínica a suspeita de doença coronariana obstrutiva e os portadores de fibrilação atrial (FA), pré-ablação (avaliação das veias pulmonares). As imagens obtidas foram analisadas por duas médicas experientes no método.

Resultados: Encontramos imagens compatíveis com trombo intracavitário em 04 pacientes, sendo 01 localizado em Ventrículo Esquerdo (VE) e 03 em Átrio Esquerdo (AE), representando 0,88% dos pacientes. A característica clínica comum aos pacientes com trombos atriais foi FA e o com trombo ventricular apresentava acinesia ánteroapical (fatores predisponentes).

Conclusões: A ANGIOTC em um serviço eletivo mostrou uma acurácia diagnóstica similar aos estudos publicados, podendo ser um método de eleição para a pesquisa de trombos intracavitários em pacientes selecionados.

33298

Índices de deformação miocárdica na exacerbação aguda da doença pulmonar obstrutiva crônica

CLÁUDIA M A BOTELHO, J L B PENA, ENRICO A COLOSIMO e MARIA C V MOREIRA

HC-UFGM, BH, MG, BRASIL - Departamento de Estatística ICEx UFGM, BH, MG, BRASIL - Hospital Felício Rocho, BH, MG, BRASIL.

Fundamento: As técnicas de imagem ao Doppler tecidual (DT) e índices de deformação miocárdica, strain (S)/ strain rate (SR), são parâmetros da performance ventricular e poderiam ser considerados marcadores da disfunção ventricular direita que ocorre na exacerbação aguda da doença pulmonar obstrutiva crônica (EADPOC).

Objetivo: avaliar o comportamento da ecocardiografia convencional, do Doppler tecidual e de S/SR durante a estabilidade e a EADPOC. **Delineamento:** estudo clínico observacional, longitudinal, comparativo e autopareado. **Pacientes:** Doze pacientes com DPOC sem doença cardiovascular e 7 controles sadios. **Métodos:** os participantes foram submetidos à ecocardiografia transtorácica, incluindo Doppler tecidual e S/ SR, nos segmentos basal (SB), médio (SM) e apical (AS) da parede livre do ventrículo direito (PLVD) durante a estabilidade e EADPOC.

Resultados: doze pacientes (9 homens) com DPOC GOLD ≥ II, 68 ± 7 anos, VEF₁ de 39 ± 15% do previsto e 7 controles sadios (4 homens), 72 ± 9 anos, foram estudados. A fração de ejeção do ventrículo esquerdo, o índice de performance miocárdica do ventrículo direito (Tei VD) e as velocidades miocárdicas da PLVD (ao DT) não diferiram entre pacientes estáveis e exacerbados. Na EADPOC, houve aumento da PSAP em todos os pacientes (47±6 x 37±7 mm Hg, p=0,00) e redução do SR sistólico (SB: -1,55 ± 0,23 x -1,31 ± 0,19; SM: -1,75 ± 0,34 x -1,47 ± 0,22; SA: -1,67 ± 0,39 x -1,38 ± 0,32 s⁻¹, p≤0,02) e de S sistólico (SM: -26,18± 5,45 x -20,84 ± 5,01; SA: -21,91± 5,06 x -17,06 ± 4,05%; p≤0,02).

Conclusões: Durante a exacerbação aguda da DPOC, ocorreram alterações hemodinâmicas significativas, caracterizadas por elevações na PSAP e reduções em S/SR, principalmente em SM e SA da PLVD. Nossos dados são os primeiros a caracterizar os índices de deformação miocárdica, S/ SR, como marcadores da disfunção ventricular direita durante a EADPOC.

33302

Avaliação da capacidade funcional pelo Incremental Shuttle Walk Test em pacientes com cardiopatia chagásica e sua relação com qualidade de vida.

HENRIQUE SILVEIRA COSTA, RAFAEL LEITE ALVES, MARIA CLARA NOMAN DE ALENCAR, MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES, MARCIA MARIA OLIVEIRA LIMA e MANOEL OTÁVIO DA COSTA ROCHA

UFMG, Belo Horizonte, MG.

Introdução: O teste de esforço cardiopulmonar (TECP) é considerado o padrão-ouro para avaliar a capacidade funcional (CF) de pacientes com insuficiência cardíaca (IC). No entanto, os testes de campo como o Incremental Shuttle Walk Test (ISWT) são simples e eficazes na avaliação da mesma. Apesar da aplicação crescente do ISWT, não foram encontrados estudos que utilizaram o teste em pacientes com doença de Chagas (DC) e poucos estudos avaliaram a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) nesta população. **Objetivo:** correlacionar a distância percorrida no ISWT com o pico do consumo de oxigênio (VO_{2peak}) avaliado pelo TECP e com a QVRS em pacientes com DC. **Métodos:** Trinta e cinco pacientes (47,1 ± 8,2 anos) com DC foram avaliados de acordo com a CF e QVRS. A CF foi avaliada pelo VO_{2peak} e pela distância caminhada no ISWT. A QVRS foi avaliada pelo questionário genérico Short-Form Health Survey (SF-36) e Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ). Os dados descritivos foram apresentados como média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil, conforme apropriado. A correlação foi realizada pelo teste de correlação de Pearson ou Spearman. A curva ROC foi construída para investigar a precisão do ISWT em prever VO_{2peak} de pelo menos 25 ml.kg.min. **Resultados:** O VO_{2peak} encontrado foi de 26,3 ± 8,1 ml.kg.min e a distância percorrida no ISWT foi de 437,9 (329 – 658,2) metros. A distância percorrida no ISWT correlacionou-se significativamente com VO_{2peak} ($r = 0,498$, $p = 0,004$), com o escore do MLHFQ ($r = -0,460$, $p = 0,006$) e com os domínios capacidade funcional e aspectos físicos do SF-36 ($r = 0,435$, $p = 0,009$, $r = 0,477$, $p = 0,008$, respectivamente). A área sob a curva ROC foi de 0,871 na predição de VO_{2peak} de pelo menos 25 ml.kg.min.

Conclusão: O ISWT mostrou-se eficaz na avaliação da CF em pacientes com cardiopatia chagásica e em demonstrar o impacto da doença na qualidade de vida dessa população.

33312

Comportamento das médias pressóricas e descenso da pressão de idosos e muito idosos, hipertensos e em investigação de hipertensão através da monitorização ambulatorial da pressão arterial.

LIGIA ARANTES NEVES DE ABREU, BRUNA FERNANDA GOMES DE MORAIS, LEONARDO ANTUNES MESQUITA, SILAMAR BREDER DE SOUZA, LUIZ ANTÔNIO ALVES DE ABREU e ODILON GARIGLIO ALVARENGA DE FREITAS

Minascor Centro Médico, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A utilização da monitorização ambulatorial pressão arterial (MAPA) no diagnóstico e avaliação de eficácia terapêutica da hipertensão arterial sistêmica (HAS) é consagrada pela literatura. Entretanto, a HAS em pacientes idosos e muito idosos, ainda suscita muitas dúvidas. **Método:** estudo retrospectivo, coorte, com 2142 pacientes, ≥ 65 anos, ambos sexos (1238 mulheres e 904 homens), submetidos a MAPA, de março de 2006 a fevereiro de 2013. **Análise estatística:** software estatístico IBM/SPSS: qui-quadrado, análise univariada e multivariada, com $p < 0.05$.

Resultados: Distribuições das médias diastólicas vigília, sono, total, e sistólicas vigília, sono e total apresentam comportamento semelhantes em relação idade, p igual a 0.599, 0.217, 0.240, 0.549, 0.129, 0.240. Sexo: médias diastólica do sono apresentou comportamento distinto, $p = 0.049$; IMC: médias diastólicas vigília, sono, e sistólica vigília apresentaram comportamento distintos com $p = 0.013$, 0.039 e 0.009, e as variáveis médias diastólica total, e sistólicas sono e total são semelhantes, $p = 1.000$, 0.994, 1.000. Uso de medicação, as médias diastólicas vigília, sono, e sistólica vigília apresentam comportamentos diferentes, p igual 0.020, 0.002, 0.017 e médias diastólica total, e sistólicas sono e total apresentam comportamento semelhantes, $p = 1.000$, 0.790 e 1.000. Faixa etária não influenciou na proporção de pacientes em relação ao descenso da pressão sistólica, ($p = 0.718$) e apresentou comportamento diferente em relação à diastólica ($p = 0.004$). IMC: o descenso da pressão sistólica apresentou comportamento diferente ($p = 0.041$) e semelhante em relação pressão diastólica ($p = 0.153$). O mesmo foi evidenciado em relação ao consumo de medicamento anti-hipertensivo ($p = 0.009$ para sistólica e $p = 0.691$). Sexo: descenso PA sistólica e diastólica apresentaram comportamento distintos ($p = 0.022$ e $p = 0.000$). Observado que o descenso da pressão diastólica é mais acentuado em pacientes com uso de anti-hipertensivos, o uso de medicamentos, o IMC interfere nas médias pressóricas e o sexo interfere no comportamento da média pressórica diastólica do sono. Estes dados nacionais são concordantes a dados obtidos estudos internacionais.



TEMAS LIVRES - 04 e 05/07/2013

APRESENTAÇÃO PÔSTER

30190

Avaliação de atleta de alto nível

ELIZABETH NETTO, FERNANDO LINHARES DRUMOND MACHADO, EULARINO CHRISOSTOMO PATARO TEIXEIRA e FRANCISCO REZENDE SILVEIRA

UNIMED, BH, MG, BRASIL - SEMPER, BH, MG, BRASIL.

Fundamento: O treinamento aeróbico intensivo e prolongado induz adaptações cardiovasculares que permitem ao coração do atleta desempenho físico excepcional. Entretanto, essas adaptações incluem alterações funcionais e anatómicas, que podem situar-se fora dos limites de normalidade, devendo serem seguidas através de avaliações periódicas e propedêutica cardiológica. **Objetivo:** Discutir quando a vagotonia do atleta gera bradiarritmias que o impeçam de exercer esporte de competição. **Material e método:** BAF, 31 anos, jogador de vôlei, assintomático, encaminhado para avaliação de bradiarritmia. **ECG:** Bloqueio atrio-ventricular de segundo grau Mobitz tipo I.

Teste ergométrico: Inconclusivo para avaliação de isquemia por não atingir a FC submáxima prevista para idade, durante o esforço desfez o bloqueio atrio-ventricular e assumiu o ritmo sinusal, na fase de recuperação apresentou BAV de primeiro grau e curva pressórica fisiológica.

Holter: Ritmo sinusal, bradicardia sinusal, arritmia sinusal, períodos de BAV de primeiro grau e BAV de segundo grau Mobitz tipo I, extra-sístoles isoladas, QTC 382 ms a 474 ms e pausas de 2000 ms, sem alterações do segmento ST.

Ecocardiograma: Boa função ventricular e sem alterações estruturais e funcionais

Conclusão: A bradicardia sinusal ocorre em 70% dos atletas, o BAV de primeiro grau em 33% e BAV de segundo grau 10% e BAV avançados em 0,017% dos casos. Portanto a maioria das bradiarritmias dos atletas, não são necessárias EEF e o implante de MP ou CDI o que impediria o esporte de competição

30191

Uso do teste ergométrico para diagnóstico de coronariopatia em paciente com alteração no ECG basal

ELIZABETH NETTO, FRANCISCO REZENDE SILVEIRA e EULARINO CHRISOSTOMO PATARO TEIXEIRA

UNIMED, BH, MG, BRASIL - SEMPER, BH, MG, BRASIL.

Fundamento: O teste ergométrico é o exame mais antigo, difundido, barato, acessível, reprodutível e fácil interpretação no diagnóstico de isquemia miocárdica, porém na presença de repolarização o percentual de falso positivo é grande sendo necessário outros exames complementares para o diagnóstico.

Objetivo: O valor desse exame se faz quando a aplicação do teorema de Byes seleciona uma alta probabilidade pré-teste para presença de doença coronariana. É importante a avaliação dos sinais e sintomas indicativos de gravidade da doença arterial coronariana durante a realização do exame.

Material e método: ALPM, 74 anos, dor precordial típica esforço induzida. Fatores de risco: hipertensão e dislipidemia.

ECG basal: Ritmo sinusal e padrão STRAIN da repolarização ventricular

TE: Infradesnivelamento adicional do segmento ST de 3 mm da linha de base e dor precordial típica esforço induzida, curva pressórica fisiológica, sem sinais de IVE e/ou baixo débito cardíaco.

CAT: Trivascular grave com boa função ventricular

RESULTADO: Nesse caso os dados do exame e avaliação pré-teste ajudaram a indicação do CAT e cirurgia de revascularização miocárdica

CONCLUSÕES: Os testes funcionais mais indicados nessa situação são: eco de stress e cintilografia com dipiridamol, porém quando a dor precordial for típica e houver 2 a 3 fatores de risco para a doença coronária isso associado a sinais ou sintomas de gravidade da doença as probabilidades do exame ser um falso positivo são menores

30424

Morte súbita abortada como primeira manifestação na síndrome de Wolff-Parkinson-White

FILIPPE AUGUSTO VIEIRA SILVA, REYNALDO DE CASTRO MIRANDA, HENRIQUE BARROSO MOREIRA, ANDRÉ ASSIS LOPES DO CARMO, FLAVIO DE VASCONCELOS TEODORO e TEREZA AUGUSTA GRILLO

Hospital Universitário São José, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: De forma clássica a síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) se apresenta com palpitações ou síncope causada por TRAVA condução rápida de uma fibrilação atrial (FA) através de uma via anômala, resultando em fibrilação ventricular (FV) é rara, mas pode ser a primeira manifestação da síndrome WPW. **Relato do caso:** Masculino, 19 anos, encaminhado para ablação. Encontrava-se traqueostomizado, respirando ar ambiente (Sat 97%), abertura ocular espontânea, sem contato com o examinador, sons ininteligíveis, não atendendo ao comando e alimentação por sonda nasointestinal. Admitido em outra instituição devido a perda súbita da consciência enquanto trabalhava. Levado por seus colegas pedreiros que informaram que o mesmo encontrava-se agachado quando queixou de palpitação e tontura, imediatamente antes da perda de consciência. Admitido em parada cardiorespiratória (PCR) com ritmo registrado de FV. O ECG pós-ressuscitação mostrava ritmo sinusal com pré-excitação ventricular (intervalo PR curto, QRS alargado e presença de onda delta). Familiares negaram qualquer doença prévia, uso de drogas ilícitas, trauma ou qualquer infecção. Tinha hábito de jogar futebol de campo 4 vezes na semana. História familiar sem eventos significativos. **Discussão:** Embora raramente a morte súbita cardíaca (MSC) ocorra em pacientes jovens, quando ela ocorre é um evento devastador para a família e para a comunidade médica. A síndrome de WPW é uma causa reconhecida de morte súbita. Fatores de risco identificados para a MSC entre indivíduos com a síndrome de WPW incluem: idade jovem (<30 anos), sexo masculino, história de FA, síncope prévia, associação com doença cardíaca, presença de múltiplas vias e história familiar de WPW. O melhor discriminador de risco para a MSC é a identificação durante o EEF do menor RR pré-excitado na vigência de FA ser <220-250 ms. Cerca de 65% dos adolescentes e 40% dos adultos, com padrão eletrocardiográfico de pré-excitação ventricular, são assintomáticos e nesta população encontramos o maior desafio de conduta. Na atualidade orienta-se que todo indivíduo assintomático com padrão no ECG de WPW deva ser submetido ao teste ergométrico e baseado em seu resultado serão encaminhados para o EEF. O risco de MSC está sempre presente na síndrome de WPW, e esta consciência é a força que nos motiva na avaliação e tratamento desta síndrome.

30993

Estenose valvar aórtica e supra-aórtica em uma jovem com doença arterial coronariana portadora de hipercolesterolemia familiar homozigótica

FABIO BARROS DOS REIS, SUSANA DRUMOND PERES, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, EBERTHE FERNANDO MEDEIROS DIAS, CASSIO MENEZES NOGUEIRA e ROBERTO LUIZ MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: Hipercolesterolemia Familiar Homozigótica (HFH) é uma doença autossômica dominante causada por uma mutação no receptor da LDL-c, com seu aumento sérico e consequente desenvolvimento de doença arterial coronariana (DAC) prematura e estenose valvar e supra-aórtica. **RELATO DE CASO:** J.A.O., sexo feminino, 26 anos com diagnóstico prévio de HFH através de estudo genético, foi internada no Hospital Madre Teresa com sintomas de angina típica e dispnéia aos moderados esforços com quatro meses de evolução. Possuía típicos estigmas da doença que incluía Xantomas tendinosos e planares em região dorsal das mãos e arcos corneanos parciais bilaterais e xantelasmas em pálpebras. O exame cardíaco evidenciava sopros sistólico ejetivo grau 4/6 nos focos aórtico e aórtico acessório com irradiação para fúrcula esternal. Apesar do uso diário de 80 mg de Rosuvastatina e 10 mg de Ezetimiba, o nível de seu LDL-c era 409 mg/dl. O ECG evidenciava sobrecarga de ventrículo esquerdo com padrão de strain e ritmo sinusal regular. Ecocardiograma mostrava hipertrofia concêntrica importante do ventrículo esquerdo (VE), prolapse do folheto mitral anterior, valva aórtica bicúspide, com gradiente pressórico sistólico aumentado. Angiotomografia cervical evidenciava calcificações ateromatosas no arco aórtico e em seus grandes ramos arteriais. CATE com obstrução de 90% no óstio da coronária direita. VE com hipocinesia difusa moderada. Dupla lesão aórtica grave com calcificação da válvula e estenose supra-aórtica grave. Paciente foi encaminhada para cirurgia. No intraoperatório, foi observado extensa calcificação no interior da aorta e foi realizado implante de tubo valvulado com prótese mecânica no anel aórtico. O óstio da coronária esquerda foi anastomosada no tubo valvulado, e a coronária direita anastomosada através de uma ponte safena. Após despinçar a aorta, foi observado hipocontratilidade em VE. Tentado sair da Circulação Extracorpórea (CEC) sem sucesso. Realizada então uma ponte safena para a artéria descendente anterior e observada importante melhora da contratilidade. Implantado balão intra-aórtico. Logo após sair de CEC intercorreu com grave baixo débito cardíaco e fibrilação ventricular. Após 40 minutos, foi constatado óbito. **CONCLUSÃO:** Devido ao alto risco do tratamento cirúrgico da estenose aórtica nesses pacientes, relatos de reparo cirúrgico desta complicação são raros, porém pode ser a única chance de aumento da sobrevida, além do tratamento medicamentoso.

31086

Variabilidade da frequência cardíaca antes e durante o implante de stent coronariano: comparação entre o stent convencional e o farmacológico.

ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA, CARLOS AUGUSTO BUENO DA SILVA, OTAVIANO JOSÉ GRECO e MARIA DA CONSOLAÇÃO VIEIRA MOREIRA

Faculdade de Medicina da UFMG, BH, MG, BRASIL - Hospital São João de Deus, Divinópolis, MG, BRASIL.

O sistema nervoso autônomo apresenta um papel central na regulação cardiovascular, ocorrendo uma ativação simpática durante a isquemia miocárdica. Não há na literatura estudos sobre a análise espectral (AE) da variabilidade da frequência cardíaca de pacientes (pts) submetidos ao implante de stent coronariano. Objetivos: analisar a associação entre a AE e variáveis clínicas e tipo de stent antes e durante seu implante. Métodos: Foram estudados 61 pts, com idade média de $64,0 \pm 10,6$ anos, sendo 35 homens, com cardiopatia isquêmica e com indicação de implante de stent coronariano. Os pts foram submetidos à avaliação clínica e à intervenção coronariana percutânea para o implante direto do stent, sob monitoramento pelo sistema Holter digital para o registro da AE pela transformação de Fourier, com medidas dos componentes BF (baixa frequência), AF (alta frequência) e a relação BF/AF, antes e durante o procedimento. Resultados: foram submetidos ao implante de stent convencional 34 pts (55,7%) e os demais ao farmacológico. A coronária abordada foi a coronária direita em 21 pts (34,4%), a descendente anterior em 27 (44,3%), a circunflexa em 9 e o tronco de coronária esquerda em 3. Em 40 pacientes (65,6%) a porção proximal do vaso foi alvo do procedimento. O tempo médio de oclusão do stent foi de 1,11 s e suas dimensões médias foram de 3,12 mm e de 23,6 mm. Houve um aumento do BF e do AF durante o implante de stent em todos os pts, comparando-se com o período antes do implante (658 versus 185 ms2, $p=0,000$, para BF; 322 versus 121 ms2, $p=0,000$, para AF, respectivamente, teste de Wilcoxon), sem alteração da relação BF/AF (9,6 versus 12,2, $p=0,09$). O BF durante o implante foi de 864 ms2 nos pts com stent convencional e de 398 com farmacológico ($p=0,00$, teste de Mann-Whitney). Aplicando-se os testes não-paramétricos, não houve associação entre a AE e a presença de diabetes mellitus, história familiar, apresentação clínica, uso de betabloqueador (BB), idade, vaso abordado ou segmento abordado do vaso. Conclusões: A oclusão coronariana com implante de stent resultou em uma ativação simpática e em concomitante ativação vagal. Não houve influência do quadro diabetes mellitus, uso de BB e vaso abordado sobre a AE. Houve maior ativação simpática durante o implante de stent farmacológico.

31115

Tromboembolismo pulmonar. Evolução e complicações em paciente jovem sem fatores de risco.

MARIANA MENDES NUNES, NATÁLIA DE BARROS BORBA, MARIANA ATAIDE TEIXEIRA, SABRINA DEMÉTRIO DE MENDONÇA, RAPHAEL MENDES NUNES, FRANCELLE APARECIDA BORGES DOS SANTOS, FABIANE NUNES OLIVEIRA, POLIANA APARECIDA FERREIRA, CAMILA FIALHO CAIXETA BORGES e DANIEL ROCHA RABELO

Faculdade Atenas, Paracatu, MG, BRASIL.

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma desordem com altas taxas de mortalidade, cujos sinais, sintomas e exames laboratoriais não são específicos e mimetizam várias doenças, tornando-se um desafio o diagnóstico, principalmente em pacientes jovens. Estima-se que mais de 90% das mortes por TEP ocorrem em pacientes que não foram tratados porque o diagnóstico não foi estabelecido. Da mesma maneira, o fator causal é um desafio, principalmente quando estamos diante de paciente sem fatores de risco. O objetivo desse relato é demonstrar um caso de embolia pulmonar, sua evolução, complicações e manejo para o diagnóstico etiológico em paciente jovem, sem fatores de risco. Relato: Paciente do sexo feminino, 23 anos, com dor súbita em nádega e região posterior da coxa esquerda, onde procurou atendimento médico, sendo medicada com analgésicos e liberada. No outro dia retornou ao PS, com piora da dor e edema em MIE, sendo iniciado enoxaparina e pedido Doppler venoso de MIE ainda no P.S, evidenciando-se TVP extensa. Não havia história de tabagismo ou TVP prévia, uso de ACO ou qualquer outro fator de risco. No segundo dia de internação, apresentou dispnéia leve, sudorese e dor torácica, sendo encaminhada ao CTI com suspeita de TEP. Realizado ECO que demonstrou dilatação de câmaras direitas; PSAP = 46 mmHg. Angiotomografia de tórax confirmou diagnóstico. Após 3 dias no CTI com boa evolução, apresentou na enfermaria piora súbita e importante do edema em perna esq, dor local sem melhora com analgésicos opióides em altas doses, equimose em região posterior da perna e pele fria com pulsos diminuídos em região distal da perna. Duplex scan arterial demonstrou grande hematoma em região posterior da perna, com compressão das artérias locais. Paciente foi levada ao bloco para fasciotomia, evoluindo posteriormente bem, sem novas intercorrências. Conclusão: Detrás a investigação clínica e laboratorial, identificamos na paciente em questão déficit da proteína S. A proteína S age como co-fator da (dependente da vitamina K) proteína C ativada, ambas as proteínas atuam em conjunto e inibem os fatores VIIIa, pertencente a via intrínseca, e o fator Va, pertencente a via comum, a deficiência na proteína S pode levar a trombose venosa e arterial recorrente. Concluímos portanto que a diminuição dos níveis de antígenos ou da atividade de proteína S identificados na paciente supracitada foi a provável causa do TEP, já que a paciente é jovem sem qualquer fator de risco para tal feito.

31154

O grande desafio: assistência de enfermagem aos portadores de insuficiência cardíaca

WILLIAM UELTON VIEIRA DIAS,

Centro Universitário Estácio - FIB, Salvador, BA, BRASIL.

RESUMO: A insuficiência cardíaca (IC) constitui uma síndrome clínica causada por uma anormalidade cardíaca, caracterizada pela incapacidade de manter um débito cardíaco adequado para as necessidades metabólicas dos tecidos. A IC pode ocorrer de modo agudo ou insidioso, e do ponto de vista fisiopatológico representa uma condição que surge como consequência de uma sobrecarga de trabalho imposta ao músculo cardíaco. Destaca-se o grande desafio da assistência de enfermagem aos portadores de insuficiência cardíaca à tentativa de redução dos altos índices de re-internações. O objetivo geral desta pesquisa consiste em destacar atuação do enfermeiro no tratamento intra hospitalar da insuficiência cardíaca com base em conhecimentos técnico-científicos. Esta pesquisa permite abranger o conhecimento sobre a doença, bem como, ressaltar o papel do enfermeiro na participação de todos os tipos de tratamento da IC, principalmente em intervenções educativas, devido às características do seu trabalho, que busca abordar o indivíduo de forma global, abrangente e contínua e acima de tudo melhorar a qualidade de vida deste indivíduo. Para entendimento e desenvolvimento do tema, optou-se pela pesquisa bibliográfica de caráter exploratório e do tipo descritivo, a pesquisa foi realizada através da leitura e interpretação copiosa dos dados, a fim de compreender as principais características da IC e promover condutas adequadas.

PALAVRAS – CHAVE: Insuficiência cardíaca; Tratamento; Enfermagem.

31157

A enfermagem diante da interpretação do traçado eletrocardiográfico de iam na emergência

WILLIAM UELTON VIEIRA DIAS, JOSIELLI DE SOUZA FIGUEREDO e ISABELA SAMPAIO ARIGON

Faculdade Social da Bahia, Salvador, BA, BRASIL.

RESUMO: O infarto agudo do miocárdio refere-se a um processo pelo qual uma ou mais áreas do coração apresentam interrupção abrupta do fluxo sanguíneo nas artérias coronárias. Tem-se conhecimento que as cardiopatias são seguidas por alterações eletrocardiográficas e que dentre os diversos métodos diagnósticos, o ECG destaca-se como uma importante ferramenta capaz de identificar distúrbios de ritmo, condução, eventos isquêmicos, dentre outros problemas cardíacos. A partir das considerações verificou-se a seguinte questão: Quais as contribuições para a assistência de enfermagem ao paciente com IAM mediante a correta interpretação do traçado eletrocardiográfico pelo enfermeiro na emergência. O objetivo geral desse estudo consiste em destacar a importância da atuação do enfermeiro frente à interpretação eletrocardiográfica na assistência ao paciente com IAM na unidade de emergência. Nesse sentido o presente estudo justifica-se por contribuir para a identificação de condutas de enfermagem no atendimento dos pacientes submetidos à ECG com um traçado eletrocardiográfico indicativo de IAM. Para entendimento e desenvolvimento do tema, optou-se pela pesquisa bibliográfica de caráter exploratório e de natureza qualitativa, do tipo explicativo. Resultados mostraram que fatores como insegurança, estresse, ambiente físico, materiais insuficientes e quebrados, associado ao desconhecimento da técnica e interpretação são os principais agravantes da assistência de enfermagem ao paciente com ECG indicativo de IAM. Salienta-se a necessidade de cursos de aperfeiçoamento voltados ao conhecimento da interpretação do ECG, visando oferecer maior segurança ao enfermeiro e ao paciente.

PALAVRAS – CHAVE: ECG; IAM; ENFERMAGEM; EMERGÊNCIA.

31208

Relato de caso: Borreliose brasileira - rara causa de cardiomiopatia dilatada e distúrbio do ritmo. Evolução clínica em 3 anos

TEREZA AUGUSTA GRILLO, REYNALDO DE CASTRO MIRANDA, HENRIQUE BARROSO MOREIRA e ANDRÉ ASSIS LOPES DO CARMO

Hospital Universitário São José, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A doença de Lyme(DL) foi descoberta em 1975 na comunidade de Old Lyme,EUA, e os primeiros casos semelhantes a DL no Brasil foram descritos em 1982. É uma doença infecciosa sistêmica transmitida pela picada do carrapato e com poucos casos descritos no mundo de miocardite. **Relato de caso:** homem,31 anos,atendido em nossa instituição em março-2011, para seguimento clínico, após alta hospitalar de outra instituição pública. Previamente hígido com habito de atividade física desportiva diária, até 21/11/2010 quando buscou atendimento médico por "malgria,vômitos e mal estar" tendo recebido diagnóstico de virose. Com piora do quadro clínico em 24/11/2010 foi hospitalizado com quadro de dispnéia em repouso, ortopnéia e palpitações. Admitido sudoreico, taquipnéico e taquicárdico. Apresentou episódio de FV com pronta desfibrilação. Seguiu-se novo episódio de PCR com AESP sendo submetido a manobras de RCP. No CTI mantido sob ventilação assistida e em infusão contínua com drogas vasoativas.Evoluiu com grave instabilidade hemodinâmica sendo monitorado pelo cateter de Swan-Ganz .Todas as culturas colhidas foram negativas,recebendo empiricamente ceftriaxone e clindamicina. Realizada extensa pesquisa laboratorial para causa infecciosa:vírus hepatite A,B e C; doença de Chagas;Herpes 1 e 2; Varicela Zoster. Rickettsiose,Dengue,Citomegalovirus;HIV 1 e 2 todos negativos. CATE coronárias isentas de obstrução e presença de hipocinesia moderada a importante do VE. Evoluiu com melhora clínica e normalização do padrão ECGráfico poucos dias após o tratamento instituído (medidas de suporte + antibioticoterapia) recebendo alta hospitalar. Isto nos chamou a atenção,razão pela qual realizamos inquérito epidemiológico com confirmação de contacto em zona rural com o carrapato em out/2010. Com dados epidemiológicos,clínicos e boa resposta a terapia aos ATB, solicitamos a pesquisa de AC anti-Borreli burgdorferi . O teste Elisa foi positivo. CDI implantado. Em set-2011 ECOTT disfunção sistólica importante e FEVE 34%, aumento moderado AE. HOLTER com 15.584 ESV e 112 TVNS com 150 bpm. Optamos pela ablação da arritmia ventricular. Em fev-2013, apresenta-se sem terapias com o CDI e ECOTT disfunção sistólica moderada e FEVE 42%. HOLTER 915 ESV, sem TVNS **Conclusão:** apesar de ocorrência rara o cardiologista brasileiro deve lembrar da presença desta zoonose também no nosso meio e inclui-la em seu diagnóstico diferencial, dado a relevância de seu tratamento precoce.

31209

Anomalia congênita da veia cava inferior diagnosticada em laboratório de eletrofisiologia cardíaca: relato de 6 casos

FLAVIO DE VASCONCELLOS TEODORO, HENRIQUE BARROSO MOREIRA, REYNALDO DE CASTRO MIRANDA, FILIPPE AUGUSTO VIEIRA SILVA, ANDRÉ ASSIS LOPES DO CARMO e TEREZA AUGUSTA GRILLO

Hospital Universitário São José, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Realizamos o estudo eletrofisiológico (EEF)com posicionamento dos cateteres no coração usualmente através da veia femoral profunda. Em alguns pacientes, no entanto, isto não é possível devido a anomalia da veia cava inferior (VCI), sendo sua prevalência global estimada entre 0,07 a 2% da população.Relatamos os casos diagnosticados em nosso serviço pela venografia, após não progressão dos cateteres em direção cefálica: **Caso 1:** feminina, 18anos, com taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) recorrente desde sua infância. Presença de agenesia da VCI e hipertrofia do sistema hemiaxiais. Acesso ao coração obtido por dupla punção de veia jugular interna direita (DPVJI). Via anômala (VA) lateral esquerda (LE) oculta e ablação com êxito por acesso aórtico retrógrado. **Caso 2:** masculino, 38anos, síncope recorrente em coração normal e avaliação não-invasiva não-diagnóstica. Registro de agenesia da VCI e drenagem pelo sistema hemiaxiais. Abordagem por DPVJI e EEF normal. **Caso 3:** feminina, 14anos,TPSV recorrente com síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW). Diagnosticada com situs inversus cordis (+) dextrocardia (+) situs solitus viscerum. Presença de agenesia da VCI e drenagem pelo sistema axiais, através do qual realizamos a ablação de VA pósterio-septal direita (PSD) com êxito. **Caso 4:** feminina, 28anos, portadora de cardiopatia congênita cianótica corrigida na infância. Encaminhada para possibilidade de ablação por taquiarritmia atrial recorrente. Nascimento agenesia da VCI com drenagem pelo sistema hemiaxiais na VC superior esquerda persistente, que drenava no átrio esquerdo(+) drenagem anômala parcial das veias pulmonares no átrio direito (+) CIA tipo seio venoso (+) CIA do tipo ostium primum (+) CIV (+) poliesplenia. Dado a complexidade de sua cardiopatia optou-se pela ablação da junção por acesso superior e implante do MP definitivo. **Caso 5:** feminina, 11 anos, WPW e TPSV recorrente. Registro da agenesia da VCI e continuação pelo sistema axiais, através do qual realizamos seu EEF e ablação com êxito de VA PSD. **Caso 6:** masculino, 6 anos, encaminhado para avaliação pré-operatória por "WPW assintomático". Sem cardiopatia estrutural e com relato de agenesia do testículo direito. Registro de rede venosa complexa em abdômen baixo, sem contraste da VCI. Via anômala de localização esquerda. Dado as características de baixo risco da via acessória optamos por aguardar o crescimento da criança.

31509

Bloqueio atrio-ventricular(2:1) diagnosticado pelo padrão das ondas de fluxo mitral ao Ecocardiograma

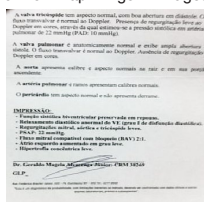
GERALDO MAGELA ALVARENGA JÚNIOR, MONIQUE BATISTA NOGUEIRA DE AMORIM, LUCIANA ALVES RIBEIRO, DIOGO ANTÔNIO GOMES TIAGO, VIVIANE BARRETO, BRUNA DE CASTRO RAFAEL, LEVINDO COSTA CARVALHO FILHO, THIAGO SANTOS TAVEIRA, GIOVANNI LUIZ MUSSO e DANIELA BARRETO LINARES

Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

A.S.C, masculino, 55 anos, Natural e procedente de Belo-Horizonte. Queixa atual: Tonteira há 1 ano e cansaço. HMA: Paciente com relato de episódio de síncope há 1 ano, evoluindo com dispnéia aos médios esforços. Paciente veio encaminhado para realização Ecocardiograma devido os sintomas. O ecocardiograma foi sugestivo de diagnóstico de bloqueio atrioventricular (BAV) 2:1, devido bradicardia e padrão das ondas do fluxo mitral. O paciente foi encaminhado ao ambulatório de arritmia da PBH. Solicitado ECG (que mostrou BAV2:1), Holter (BAV 2:1 com alternância com BAVT) e exames de sangue, inclusive íons e função tireoidiana (sem alterações).

■ Ecocardiograma

< a href="http://img812.imageshack.us/img812/8836/imagen2nh.jpg">



■ ECG - BAV 2:1.

■ Holter- BAV 2:1 com alternância com BAVT.

O paciente foi encaminhado para implante de marcapasso. Procedimento feito sem intercorrências.

No momento com melhora dos sintomas, assintomático e estável.

31711

Cirurgia ou trombólise para trombose de prótese valvar: metanálise

FÁBIO MORATO CASTILHO, MARCOS ROBERTO DE SOUSA, ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO, ANDREA LAENDER MENDONÇA e FIDEL MANUEL CACERES LORIGA

Faculdade de Medicina Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Instituto de Cardiologia y Cirurgia Cardiovascular, Havana, Cuba.

Introdução: A trombose de prótese valvar (TPV) é uma complicação que ameaça a vida de pacientes com prótese valvar cardíaca. O tratamento da doença pode ser feito com trombólise (TR) ou cirurgia (CI), não estando definida qual a melhor conduta inicial (Am J Cardiol. 2011;108(5):753).

Método: Realizamos revisão sistemática nas bases PubMed, Web of Knowledge, HINARI, LILACS e EMBASE, selecionando artigos com pelo menos 10 pacientes, publicados até 22 de agosto de 2012. A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada com a Newcastle-Ottawa Scale. As análises foram feitas com o programa Comprehensive Meta Analysis Software. Os resultados foram avaliados pelo modelo de efeitos aleatórios para os desfechos: morte, acidente vascular encefálico (AVE), sangramento, embolia e taxa de sucesso. Foi avaliado viés de publicação e realizada análise de sensibilidade, heterogeneidade (I²), meta-regressão e de subgrupos.

Resultados: Foram incluídos 47 estudos (2055 pacientes). A mortalidade do grupo CI foi de 18,1% (I² 62%), enquanto a mortalidade do grupo TR foi de 6,9% (I² 0%) (p<0,001). Para os demais desfechos encontrou-se o seguinte resultado, respectivamente para CI e TR: eventos embólicos 4,1% e 13,9% (p<0,001); taxa de AVE 4,3% e 6,3% (p=0,18); taxa de sucesso terapêutico 81,9% e 80,9% (p=0,76); sangramento maior 4,6% e 7,3% (p=0,08); desfecho combinado morte ou AVE 18% e 13,4% (p=0,02). Subanálise de mortalidade em pacientes com TPV mitral manteve a menor mortalidade da TR em relação à CI (6,3% vs 20,5%), assim como em prótese do lado esquerdo (6,3% vs 17,8%). Análise conversadora comparando subgrupo de TR incluindo apenas estudos com mais de 40 pacientes com subgrupo de CI excluindo os artigos com mortalidade cirúrgica maior que 30% mostrou mortalidade de 13,8% no grupo CI e 8,5% no grupo TR (p<0,001). A avaliação de viés de publicação foi negativa para CI (p=0,84) e positiva para TR (p=0,003). Usando o método Trim and Fill para corrigir o viés de publicação, encontrou-se mortalidade para TR de 8,3% (6,7% -10,4%), valor ainda significativamente menor que o encontrado para cirurgia.

Conclusão: A mortalidade do tratamento de TPV é maior com CI que com o uso de TR, compensando o risco de AVE da TR. As diferentes subanálises realizadas tornam robusta a diferença de mortalidade encontrada nesta metanálise.

31801

Relato de caso: Anomalia de Ebstein em adulto

FREDERICO RIBEIRO DOS SANTOS, SERGIO ALMEIDA DE OLIVEIRA, JANUARIO MANUEL DE SOUZA, ROGERIO PETRASSI FERREIRA, RICARDO MAZZIERI, LEONARDO PASCHOAL CAMACHO VARONI e THAIS MARIA ROMAO

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

Introdução: Anomalia de Ebstein(AE) é uma forma rara de cardiopatia congênita cianótica constituída por malformação da valva tricúspide e do ventrículo direito (VD), caracterizada pelo deslocamento apical da valva tricúspide, dilatação da porção atrializada do VD com variados graus de hipertrofia e afinamento da parede, além de dilatação da junção atrioventricular direita. **Objetivo:** Descrever um caso clínico de AE em adulto com manifestação tardia a despeito de alterações anatômicas relevantes. **Relato:** Paciente do sexo masculino, 37 anos, iniciou há 2 anos com quadro de dispnéia progressiva aos esforços, edema de membros inferiores e dispnéia paroxística noturna, sendo diagnosticado hipertensão arterial sistêmica e fibrilação atrial (FA). Referenciado ao serviço terciário 2 anos após diagnóstico. Apresentava exame físico com cianose +/4+, ritmo irregular, sopro sistólico foco tricúspide +3/+4, desdobramento fixo de segunda bulha e sinais de congestão sistêmica. Ao Eletrocardiograma ritmo de (FA), desvio do eixo para direita, distúrbio de condução do ramo direito. Ecocardiograma com Comunicação interatrial (CIA): 5,5mm com shunt bidirecional; Insuficiência Tricúspide importante com severa repercussão hemodinâmica; acolamento de 50mm do folheto septal da valva tricúspide. Ressonância Magnética com Valva tricúspide com acolamento dos seus folhetos septal e lateral com fechamento efetivo a cerca de 48mm do anel valvar, configurando AE. Importante regurgitação da valva tricúspide. VD com importante porção atrializada, e ventrículo efetivo encontra-se dilatado e corresponde a parte da porção trabecular e da via de saída, com volume diastólico final de 350ml. Fração de Ejeção de Ventrículo esquerdo 40% subestimada. VD efetivo com hipocinesia difusa. Optou-se por tratamento cirúrgico com Plastia redutora de átrio direito, troca valvar tricúspide por bioprótese de 31mm e rafia de CIA. Paciente evoluiu com melhora clínica significativa. **Conclusão:** A intensidade e a época de aparecimento dos sintomas na AE dependem da severidade da insuficiência tricúspide, da disfunção do VD e a presença ou não de CIA e seu tamanho. A presença de uma CIA concorre adversamente para a sobrevida desses pacientes, o que confere relevância ao caso clínico apresentado.

31839

Comunicação Interventricular e Pseudoaneurisma após Infarto Agudo do Miocárdio

EBERTHE FERNANDO MEDEIROS DIAS, CASSIO MENEZES NOGUEIRA, LUIS AUGUSTO LINDEMBERG BALTAZAR, RENATA TEIXEIRA MARTINS, EMILSON GERALDO VILARINO JUNIOR, IVAN MATEUS FERREIRA DOS SANTOS, FABIO BARROS DOS REIS e JOSÉ FERNANDO PORTUGAL HORTA

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE,, BRASIL.

Introdução: Das complicações mecânicas secundárias ao infarto agudo do miocárdio (IAM), encontram-se a ruptura de parede livre e pseudoaneurisma (1 a 4%), ruptura de parede septal com formação de comunicação interventricular (CIV) (1 a 3%), insuficiência mitral grave (1%) e aneurismas ventriculares verdadeiros (10%). **Relato de Caso:** Relatamos, neste trabalho, um caso de coexistência de CIV e pseudoaneurisma de VE como complicação mecânica de IAM. Trata-se de OVS, 66 anos, feminina, branca, procedente de Manhumirim – MG, com quadro de IAM com supra de ST dia 13/07/12, fez Cineangiogramiografia (CATE), detectando-se lesão de 80% em terço médio de Coronária Direita (CD) e obstrução total em terço médio de Arteria Descendente Anterior (DA), sendo submetida à angioplastia desta artéria. Há 7 dias evoluindo com precordialgia definitivamente anginosas. Foi submetida a novo CATE dia 07/08/12, evidenciado oclusão total do stent em DA e detectado volumoso pseudoaneurisma e CIV de grande débito. Fez Ecocardiograma (08/08/12), revelando FEVE 38%, com acinesia anteroseptal, anterior e apical, derrame pericárdico importante e confirmando o pseudoaneurisma e o CIV. Foi então encaminhada ao Hospital Madre Teresa (09/08/12) para tratamento cirúrgico. Foi estabilizada hemodinamicamente e submetida à cirurgia (CRVM - anastomose Sf-CD, aneurismectomia e ventriculoseptoplastia), com 54 minutos de CEC, 12 minutos de pinçamento de aorta e uso de Balão Intra-Aórtico, ato dito sem intercorrências. Evoluiu estável no pós-operatório, sendo realizado novo Ecocardiograma, mostrando melhora da FEVE (45%), com persistência da acinesia de septal e apical e ausência de shunt em septo. Recebeu alta em boas condições. **Conclusão:** A ruptura de parede livre é um evento catastrófico, responsável por até 25% das mortes relacionadas ao IAM. Ela pode ser aguda, sub-aguda ou crônica, esta levando a formação do pseudoaneurisma. Já a CIV pós IAM é responsável por 5% das mortes relacionadas ao IAM. Ambas são de tratamento cirúrgico e precoce.

31854

Dissecção espontânea da artéria coronária em mulheres gestantes ou no puerpério

JORDANE BORGES, CARLOS EDUARDO ORNELAS, LUCIANA PINHEIRO SALGADO, MARIA CECILIA DE SOUSA VALARINI e PATRICIA TAVARES FELIPE

Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

A dissecção espontânea da artéria coronária é uma causa de síndrome coronariana aguda em mulheres durante a gravidez ou no puerpério. Tem alta mortalidade na fase aguda. A etiologia ainda é incerta. Alterações hormonais, estresse hemodinâmico e alterações do sistema auto-imune têm sido considerados como possíveis fatores etiológicos. Não há consenso de opiniões sobre o tratamento ideal. Tratamento conservador, cirurgia de revascularização e intervenção coronária percutânea, todos têm sido descritos na literatura como possíveis opções terapêuticas. N.A.F.S., 40 anos, feminino, em puerpério imediato. Higiida. Admitida com dor torácica irradiada para membro superior esquerdo. Eletrocardiograma inicial mostrou supradesnivelamento do segmento ST (supra de ST) em D1 e aVL e Infradesnivelamento (infra de ST) de V2 a V4 com onda T apiculada. Recebeu nitrato e AAS. Evoluiu com desaparecimento do supra de ST e inversão da onda T em D1, aVL V4 a V6 e regressão progressiva do infra de ST das precordiais. Houve o aparecimento de má progressão de onda R na parede anterior. Transferida após 3 dias para Hospital Terciário. Troponina positiva. Realizado cateterismo cardíaco que mostrou DA, com irregularidades parietais difusas no 1/3 médio e afilamento importante no 1/3 distal compatível com dissecção espontânea. Optado por tratamento conservador. Manteve-se assintomática até a alta hospitalar. A dissecção espontânea de coronária é uma causa relativamente comum de infarto agudo do miocárdio em mulheres jovens que estão grávidas ou no puerpério. Uma grande suspeita clínica é importante quando se lida com qualquer jovem, com dor torácica associada a gravidez. Um diagnóstico rápido dessa doença fatal ajuda a decidir sobre o tratamento adequado e melhora o prognóstico.

31862

Um novo padrão de eletrocardiograma que significa oclusão da artéria coronária descendente anterior sem elevação do segmento ST

JORDANE BORGES, CARLOS EDUARDO ORNELAS, MARIA CECILIA DE SOUSA VALARINI, LUCIANA PINHEIRO SALGADO e PATRICIA TAVARES FELIPE

Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Winter et al., a partir de um banco de dados de pacientes com infarto anterior do miocárdio, submetidos a um cateterismo cardíaco, observaram um novo padrão de eletrocardiograma (ECG), que estava relacionado com obstrução aguda da descendente anterior (DA). Os pacientes não apresentavam supradesnivelamento do segmento ST (supra de ST) em derivações da parede anterior. O ECG padrão destes pacientes mostrava um infradesnivelamento do segmento ST (infra de ST) no ponto J de V1 a V6 (1-3mm) associado a uma onda T alta positiva e simétrica. Em alguns casos, havia perda da onda R em região precordial e elevação de 1 a 2mm do segmento ST em aVR. A onda T permanecia estática sem progressão para supradesnivelamento. A explicação eletrofisiológica ainda permanece indefinida. Caso 1. J.E.C., masculino, 58 anos, coronariopatia prévia. Admitido com dor torácica irradiada para membros superiores e mandíbula. ECG mostrou infra de ST em V2, V4 e V5 com onda T apiculada. Medicado para síndrome coronariana aguda com melhora da dor. Troponina positiva. ECG seriado mostrou normalização do infra de ST com inversão da onda T de V2 a V5 e má progressão da onda R em parede anterior. Foi levado ao cateterismo cardíaco que evidenciou DA ocluída no terço médio. Foi submetido à angioplastia. Recebeu alta hospitalar bem após 4 dias do procedimento. Caso 2. N.A.F.S., 40 anos, feminino, em puerpério imediato. Higiida. Admitida com dor torácica irradiada para membro superior esquerdo. ECG inicial mostrou supradesnivelamento do segmento ST em D1 e aVL e Infra de ST de V2 a V4 com onda T apiculada. Recebeu nitrato e AAS. Evoluiu com regressão do supradesnivelamento e inversão da onda T em D1, aVL V4 a V6 e regressão progressiva do infra de ST das precordiais. Houve o aparecimento de má progressão de onda R na parede anterior. Transferida após 3 dias para Hospital Terciário. Troponina positiva. Realizado cateterismo cardíaco que mostrou DA, com irregularidades parietais difusas no 1/3 médio e afilamento importante no 1/3 distal compatível com dissecção espontânea. Optado por tratamento conservador. Manteve-se assintomática até a alta hospitalar. O reconhecimento deste padrão pode revelar uma obstrução aguda da artéria descendente anterior sem a alteração esperada de supra de ST. Um diagnóstico precoce dessa doença fatal ajuda a decidir sobre o tratamento adequado e pode melhorar o prognóstico.

32181

Esperança e perseverança como fatores determinantes da reabilitação e retorno ao trabalho de paciente portador de doença aterosclerótica grave, miocardiopatia e seqüela de AVC.

HENRIQUE P M PENA, MARCO A ASSIS, FLAVIO A O SANTOS, BRENO G CAMARGOS, DANIEL M PINTO, LUCIANA G MAIA, RITA C L PAULA, CARLOS E ORNELAS e MARCOS A M A JUNIOR

Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A literatura científica reconhece a depressão como morbidade limitante à recuperação de pacientes acometidos por doença grave. Pouco se estuda o papel de fatores psicológicos positivos, como a esperança e perseverança, na recuperação e reabilitação de pacientes com doenças graves.

Objetivo: Descrever a trajetória heróica de um paciente que, com determinação e esperança, conseguiu superar a doença grave e, apesar das seqüelas, reabilitar-se socialmente e recuperar sua capacidade de trabalho.

Relato do caso: Paciente sexo masculino, 61 anos, professor universitário. Diagnósticos prévios de diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia, insuficiência renal crônica, aterosclerose grave. Iniciou acompanhamento em nosso serviço em fevereiro de 2008, quando apresentou acidente vascular cerebral isquêmico em território de artéria cerebral média, determinando-lhe plegia em membro esquerdo e disfasia. Diagnosticado, nesta ocasião, arteriopatia periférica e isquemia grave de membros inferiores (mmii). Realizado revascularização de artérias de mmii (angioplastia e stent) e a múltiplas cirurgias de desbridamento e cursos de antibioticoterapia devido à úlceras infectadas e osteomielite. Submetido a progressivas amputações de extremidades mmii, culminando em amputação ao nível de terço proximal da perna esquerda em junho 2009 e perna direita em dezembro 2009. Neste Interim, em dezembro 2008, apresentou síndrome coronariana aguda e choque cardiogênico grave. Tratamento intensivo e angioplastia e stent em artéria Descendente Anterior e Coronária Direita. Internação prolongada em CTI, com inerentes complicações: ventilação mecânica prolongada, múltiplas infecções e tetraparesia flácida. Nestes 5 anos, o paciente esteve internado por 302 dias. Evoluiu com compensação clínica progressiva, sempre com sentimento positivo de esperança e perseverança.

Resultado: Em fevereiro de 2013, o paciente, bem adaptado às orteses de mmii, com capacidade intelectual preservada, hábil com as ferramentas de multimídia, retornou ao trabalho como professor da graduação em Ciências Contábeis.

Conclusão: Este caso ilustra de forma contundente como a Esperança e Perseverança podem contribuir para a boa evolução de pacientes com doença crítica e promover a reabilitação pessoal e social e retorno ao trabalho.

32183

Análise dos Resultados do Time de Resposta Rápida no atendimento à Parada Cardiorrespiratória em unidade de internação hospitalar, não monitorizada

HENRIQUE P M PENA, LUCIANA G MAIA, ITAMAR T G CARDOSO, ANDRE G J ALVES, MÁRCIO V L BARROS, ANSELMO D MOURA, CARLOS E ORNELAS, RODRIGO V TEIXEIRA e MARCOS A M A JUNIOR

Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: O Time de Resposta Rápida (Código Azul) deve ser estruturado no Hospital para atender de forma rápida e eficiente os pacientes (pts) em Parada Cardiorrespiratória (PCR) em Unidades não monitorizadas. A sobrevida dos pts depende da agilidade para o início do atendimento, do ritmo cardíaco da PCR e das co-morbidades.

Objetivo: Analisar a eficiência e os resultados do Time de Resposta Rápida na assistência de pts em PCR em unidade hospitalar não monitorizada.

Material e métodos: Série de pts consecutivos, atendidos em PCR em unidade hospitalar, excluídos eventos ocorridos no CTI, Pronto Socorro e Centro Cirúrgico, no ano de 2011 e 2012. Foram analisados a sobrevida à alta e a correlação dos fatores preditivos reconhecidos na literatura médica.

Resultados: 43 pts, idade média 76,84±15,1, sendo 22(51,2%) do sexo masculino. 14 (32,6%) pts eram dependentes para atividades da vida diária. 10 (23,3%) pts foram caracterizados, a posteriori, como proposta de Cuidados Paliativos, sem, haver, entretanto, posicionamento claro dos familiares ou registro em prontuário médico. O ritmo de PCR foi Assistolia em 24 (55,8%), Atividade Elétrica sem Pulso (AESP) em 15 (34,9%), Fibrilação Ventricular (FV) em 4 (9,3%). O tempo do acionamento ao início das manobras foi de 2,59±2,1 min. A duração das manobras de ressuscitação foi de 23,25±15,3 min. 42 pts (97,7%) foram medicados com adrenalina, 8 (18,6%) com atropina e 9 (20,9%) receberam terapia elétrica. Quanto à evolução pós PCR, 18 (41,9%) pts apresentaram retorno à circulação espontânea (ROSC); 3(7,0%) pts sobreviveram e receberam alta do CTI; 1 (2,3%) pt sobreviveu e recebeu alta hospitalar.

Conclusão: O estudo demonstra que o Time de Resposta Rápida (Código Azul) foi rápido em iniciar o atendimento e eficiente em recuperar a circulação espontânea após a PCR (ROSC). Entretanto, a taxa de sobrevida dos pts à alta hospitalar foi baixa. Fatores determinantes para este resultado foram: - O ritmo cardíaco da parada (Assistolia + AESP), a idade avançada, e não clareza da Ordem de Não Ressuscitar.

32380

Relação entre idade e variabilidade da frequência cardíaca

MARIA FERNANDA FREITAS DE FIGUEIREDO, FLÁVIA SANTOS GUIMARÃES MACHADO, BRUNO SARTO DOS REIS, VITOR SANA DE CAMARGOS MARIANO e MARIANA SANTOS FILISBINO MENDES

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

Introdução: As alterações periódicas da frequência cardíaca (FC), definida como variabilidade da frequência cardíaca (VFC), são normais e esperadas. A medida da VFC pelo Holter é usada para análise do sistema nervoso autônomo. Considera-se a redução da VFC preditor de maior mortalidade. Há evidências de que a sensibilidade do controle barorreceptor, prejudicada na hipertensão arterial (HA), envolve mecanismos parassimpáticos. Estudos mostram uma VFC reduzida em hipertensos. Nosso estudo objetiva avaliar a relação da VFC em pacientes com HA segundo a idade.

Métodos: Feita análise retrospectiva de 286 Holteres, e inclusos 84 pacientes com HA. A VFC foi determinada pelo SDNN (desvio-padrão de todos os intervalos RR), medindo-se os RR em milissegundos. Considerou-se uma SDNN menor que 100ms anormal. Critérios de exclusão: cardiopatia congênita, doença valvar, evento coronariano recente, marca-passos; neuropatias, Parkinson, uso de neurolépticos.

Análise estatística e Resultados: A idade dos pacientes (n=84) variou de 22 a 95 anos. No gráfico de dispersão Scatterplot idade X SDNN não houve tendência. Na divisão entre menores e maiores de 60 anos, nos testes de Spearman e de Pearson, e quando cruzadas as duas variáveis categorizadas, SDNNcat e idadecat e feito o teste qui-quadrado de Pearson não foi significativa a diferença entre as médias de SDNN. Análises das médias de idade dentro dos grupos de SDNN (com corte em 100ms), não há significância. Dividida a idade em 3 categorias, não houve diferenças entre as médias. Ao cruzar idade em 3 categorias e SDNN categorizados (qui-quadrado de Pearson) também não foi significativo. O teste de comparação de médias para 2 grupos utilizado foi o T de student (p) bicaudal, com alfa de 5% e intervalo de confiança de 95%. Para 3 grupos de idade foi utilizado o de variância robusta. Utilizado Stata 11.0 para análise dos dados.

Conclusões: Não houve distorções significativas na VFC em pacientes com HA conforme a idade, refletindo-se, na ausência de uma tendência ou comportamento esperado da VFC.

O estudo não mostrou correlação positiva com relatos da presença de redução de VFC nos pacientes idosos e com HA. Porém, não há consenso que reforce tais relatos de forma consistente.

32399

Atresia pulmonar com comunicação interventricular não operada em adulto jovem. Aspectos evolutivos

MARGARIDA MARIA DA COSTA SMITH MAIA, e JOSE LUIZ BARROS PENA

Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Hospital Felício Rochu, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: a história natural da atresia pulmonar com comunicação interventricular (AP+ CIV) depende da fonte e suprimento arterial pulmonar. Os pacientes com circulação sistêmico-pulmonar exuberante podem cursar com insuficiência cardíaca. Há sobreviventes até a sexta década sem correção cirúrgica. **Objetivos:** caso de AP+CIV em adulto, não operada, que evoluiu com insuficiência cardíaca. **Relato do caso:** paciente masculino, 22 anos, teve diagnóstico de cardiopatia congênita com um mês de idade. Irmão 32 anos portador de tetralogia de Fallot (T4F) operada. Aciático ao nascimento. Aos cinco meses, apresentou convulsões durante cateterismo cardíaco. Em 1997, realizou novo cateterismo que diagnosticou T4F com atresia pulmonar, circulação colateral aorta-pulmonar e canal arterial prévio. Aos onze anos, observou-se abaullamento precordial que progrediu para cifoescoliose. Apresentava hipodesenvolvimento ponderal e estatural. Mãe recusou novos procedimentos invasivos e angioressonância. Assintomático e aciático até 14 anos, quando iniciou dispnéia aos grandes esforços e palpitações. Iniciaram-se furosemdia, digoxina espironolactona, posteriormente, captopril e restrição de sal e líquidos, com melhora. Evoluiu em classe funcional II. Em 2011, agravamento dos sintomas, episódios de tontura durante palpitações e pré-síncope. Holter (2011) taquicardia sinusal (TS), associada ao cansaço e um episódio de taquicardia ventricular não sustentada. Introduziu-se bisoprolol e oxigênio durante internação em 2012, após episódio de TS, dispnéia e hipotensão. A gasometria arterial apresentava hipoxemia (SO2 83,4%; PO2 52,4 mmHg). Atualmente, tem raros episódios de TS e evoluiu em classe III. ECG: ritmo sinusal, bloqueio de ramo direito, sobrecarga atrial esquerda e alterações de repolarização ventricular. RX tórax: cifoescoliose acentuada, aumento da trama vascular pulmonar e área cardíaca. Ecocardiogramas: grande CIV perimembranosa, aorta dextroposta 40%, AP, tronco pulmonar calibre reduzido bifurcado, canal arterial grande (10,8mm), ramo direito da a. pulmonar visibilizado e fluxo anômalo de circulação colateral. Aumento progressivo dos ventrículos. **Conclusão:** a AP+CIV é considerada uma forma extrema de T4F, o que explica a anatomia intracardiaca. Entretanto, na AP+ CIV há graves anomalias na distribuição da árvore arterial pulmonar e circulação colateral bem desenvolvida, que supre, total ou parcialmente, os pulmões e determina a evolução.

32590

Apresentação Clínica Atípica da Pericardite no Octogenário

AGUIAR, JAIME O, OLIVEIRA, VINICIUS X, SANTOS, JULIANA O C D, HERIVELTON J S ALVES, DIAS, GIOVANI A, FILHO, SERGIO M R, PEIXOTO, JOSE M, SOUZA, GEORGIA X M, RENZO A L MAIA e OLIVEIRA, BRIANE M

Hospital Vila da Serra, Nova Lima, MG, BRASIL - Fundação Educacional Lucas Machado(FELUMA), Belo Horizonte, MG, BRASIL.

JFP, 82 anos, Masc, Viúvo, Aposentado **HMP** Hipertensão Arterial Sistêmica, Hipotireoidismo, Enfisema Pulmonar, Insuficiência Renal Crônica, Dislipidemia, Ex-Tabagista **HMA** Paciente, com vida funcional ativa, sem limitações, que iniciou há 30 dias quadro de tosse não produtiva, acompanhada de dispnéia aos moderados esforços, imaginou ser uma gripe. Procurou atendimento no Pronto Socorro após apresentar dor torácica atípica de moderada intensidade, sem irradiação, que aumentava de intensidade com a inspiração, sem relação ao esforço físico. Iniciado protocolo Síndrome Coronariana Aguda (SCA) com alívio dos sintomas. Transferido para Unidade Coronariana (UCO). **Exames admissionais:** D-dímero 1170/ Troponina 0,98 (< 0,50); **Diagnóstico:** Pneumonia/ **SCA Conduta:** Protocolo SCA/ATB **Ecocardiograma Transtorácico** admisso: FE 55%, Derrame Pericárdico Discreto. Paciente evoluiu com piora do quadro clínico após uma semana com bulhas cardíacas hipofonéticas, atrito pericárdico, dispnéia aos leves esforços e em repouso, murmúrio vesicular diminuído em bases e crepitações, edema MMII, hipertensão. **ECOT:** PSAP=50, PMAP=34,5, Derrame Pericárdico 200 ml, Indicador Pericardiocentese+ Biópsia. Suspendido Tratamento SCA/ Pneumonia. **Diagnóstico** Pericardite Fibromatosa. Paciente evoluiu com estabilização hemodinâmica, bom padrão respiratório, sem sinais de Tamponamento Cardíaco, iniciado Antiflogatório seguimento **Conclusão:** A apresentação mais comum da pericardite geralmente é uma história de síndrome viral a alguns dias associado a dor retroesternal de início súbito, progressiva e intensa, que piora com a inspiração, irradiada para trapézio, e que melhora quando o paciente adota a posição sentada e piora em posição supina. No idoso, esta apresentação pode não ser tão clássica e ser confundida com quadro isquêmico do miocárdio e doenças pulmonares. Por isso, a grande importância de uma boa anamnese e exame físico detalhado, com o objetivo de minimizar abordagens e/ou tratamentos desnecessários, e evitar complicações nesta população

32690

Infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST com complicação da fibrilação atrial

AGUIAR, JAIME O, NASCIMENTO, DEBORAH E S, MAIA, RENZO A L, SANTOS, JULIANA O C D, DIAS, GIOVANI A, OLIVEIRA, VINICIUS X, ALVES, HERIVELTON J S, FILHO, SERGIO M R, SOUZA, GEORGIA X M e OLIVEIRA, BRIANE M

Hospital Vila da Serra, Nova Lima, MG, BRASIL - Fundação Educacional Lucas Machado(FELUMA), Belo Horizonte, MG, BRASIL.

RAR, 70 anos, Masc, Casado, Aposentado **HMP:** Hipertensão Arterial Sistêmica, Fibrilação Atrial Paroxística (FA) não estava em uso Varfarina, Dislipidemia, AVE (isquêmico) sem sequelas, Hiperplasia Benigna da Próstata, Sedentarismo. Antecedentes Familiares de Doença Coronariana **HMA** Paciente, com vida funcional ativa, sem limitações para suas atividades diárias que iniciou quadro de dor precordial, tipo aperto, de forte intensidade, sem irradiação, com duração de 10 minutos, associado à sudorese, pele fria, palidez e pré-síncope, aliviou com repouso. Foi levado ao Pronto Atendimento. ECG ritmo sinusal sem alterações segmento ST, Troponina positiva, foi iniciado o protocolo de Síndrome Coronariana Aguda (SCA), sem recorrência de dor. Encaminhado a unidade Coronariana Killip I protocolo IAMSST **CATE (admissão):** Evidenciou: Tronco Coronária Esquerda isenta de lesões, Arteria Circunflexa com imagem negativa sugestiva de Trombo Intraluminal e lesão grave em Sub-ramo Marginal, Arteria Descendente Anterior e Coronária Direita com Ateromatose difusa e discreta. Paciente evoluiu durante o Cateterismo com FA, iniciado Cardioversão Química Amiodarona. Instalado Terapia tripla antiplaquetária + anticoagulação plena. Abordagem após 72 horas **CATE (evolução):** Trombo dissolvido (desorganizado), Lesão grave em Sub-ramo Marginal abordado Stent convencional. **Alta:** Varfarina/ Atenolol/ Ácido Acetilsalicílico/ Clopidogrel/ Atorvastatina/ Enalapril **Conclusão:** A complicação mais comum da FA são os Acidentes Tromboembólicos Cerebrais. Embora seja incomum, porém não raro é possível que os trombos se desprendam e possam ocasionar IAM. Sendo assim, a grande importância do controle medicamentoso e laboratorial nos paciente com FA.

32737

Oclusão de artéria ilíaca no mixoma atrial

MAIA, L G, R C SOARES, LANA, M L L, VALARINI, M C S, A L PITANGA, BERNARDES, R C, MIRANDA, L M, M V L BARROS, ORNELAS, C E e JUNIOR, M A M A

Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais - Feluma, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Os tumores primários do coração são raros, com incidência de 0.0017% a 0.19% na população geral, sendo o Mixoma atrial o tumor primário do coração mais comum (30-50%). Seu diagnóstico precoce é desafiador. Os sintomas mais comuns incluem dispnéia, dor torácica atípica, fenômenos embólicos e obstrutivos. Pode produzir ou não achados na ausculta cardíaca. A ressecção cirúrgica do tumor deve ser realizada precocemente devido a possibilidade de complicações embólicas. **Objetivo:** descrever um caso de mixoma atrial cuja apresentação clínica foi embolização para a artéria ilíaca desencadeando isquemia no membro inferior. **Relato de caso:** MJF, 21 anos, previamente hígido, admitido no pronto socorro com queixa de desconforto torácico tipo queimação, referido nos membros superiores, seguido de dor em abdome e membros inferiores, principalmente membro inferior direito que apresentava piora com a deambulação. Ao exame físico observou-se ausência de pulsos em membro inferior direito. Ultrassom com Doppler evidenciou oclusão de artéria ilíaca direita. Angiotomografia apresentou obstrução em artéria ilíaca comum direita, com enchimento distal da artéria ilíaca externa. Ao Ecocardiograma transtorácico foi encontrado átrio esquerdo levemente aumentado com massa intracavitária móvel e aderida ao septo interatrial. Realizada Ressonância nuclear magnética cardíaca e verificada grande massa irregular em átrio esquerdo sugestiva de mixoma. Submetido a embolectomia em membro inferior direito com remoção de êmbolo brancoso de consistência fibroelástica, correspondendo a fragmento de Mixoma atrial. Encaminhado para cirurgia cardíaca sendo retirada uma massa friável, confirmado diagnóstico de mixoma pelo anatomopatológico. Evolução clínica pós operatória sem intercorrências. **Conclusão:** Tumores cardíacos, frequentemente silenciosos, são comumente diagnosticados após a manifestação clínica de alguma complicação. O rastreamento de massas intracardíacas deve ser sempre realizado diante de manifestações vasculares oclusivas em pacientes jovens.

32780

Complicações hemorrágicas e cirurgia de emergência em pacientes em uso dos novos anticoagulantes orais

HENRIQUE P M PENA, SILVIO L OLIVEIRA, CARLOS E ORNELAS, ITAMAR T G CARDOSO, DANIEL A MAROTTA, MARCELO D VILELA, RITA C L PAULA e MARCOS A M A JUNIOR

Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Os novos anticoagulantes orais (NACO) quando comparados ao Warfarin, em pacientes com Fibrilação Atrial (FA) e fatores de risco (CHADS₂+1), mostraram não inferioridade na prevenção do Acidente Vascular Cerebral isquêmico (AVCI) e mais segurança quanto à ocorrência de ACV hemorrágico. O manejo de emergência das complicações hemorrágicas, entretanto, é um problema, pois, até o momento, não há antagonista específico validado para reversão da anticoagulação. **Objetivo:** Descrever e discutir a abordagem de 2 pacientes (pts) em uso de NACO, que apresentaram doenças agudas com indicação de cirurgia de emergência e urgência. **Caso 1:** Pt masculino, 75 anos, portador de hipertensão arterial e episódio prévio de FA, em uso de Dabigatana 110 mg, 2x por dia. Admitido no Pronto-Socorro com dor torácica intensa, de início súbito. Exame físico mostrava palidez cutâneo mucosa, PA 90/60 mmHg, bulhas hipofonéticas. ECG sem alterações isquêmicas. Rx tórax: alargamento de mediastino. Ecocardiograma mostrou flap em aorta proximal, confirmando o diagnóstico de Dissecção de Aorta. Instituído tratamento imediato com Complexo Protrombínico, Hemotransfusão de plasma, plaquetas e crioprecipitado, e Hemodilúse. Submetido a seguir, 6 horas após a admissão, a toracotomia e correção de aneurisma dissecante de aorta proximal. Pós-operatório complicado com choque, sangramento aumentado e necessidade de politransfusão. Evoluiu para óbito no 33º dia, devido à falência orgânica múltipla. **Caso 2:** Pt, feminino, 78 anos, portadora de FA, em uso de Rivaroxaban 15 mg/dia. Apresentou dor lombar de início súbito. Ressonância Magnética confirmou diagnóstico de hematoma subdural espontâneo, ocupando todo segmento tóraco-lombar e sacro, com compressão acentuada do saco dural. Suspendo o anticoagulante oral e mantido tratamento conservador por 48 horas, quando apresentou plegia de membros inferiores. Realizada, então, neurocirurgia (laminectomia) de urgência. Pós-operatório sem intercorrências e apresentou reversão do déficit motor. **Conclusão:** A meia vida curta dos NACO contribui para o manejo das complicações hemorrágicas, entretanto, em situações de emergência, a reversão imediata da anticoagulação não é, ainda, efetiva. Em que se pese os benefícios dos NACO na prevenção do AVCI, o manejo das complicações hemorrágicas e preparo para cirurgias de emergência nestes pts permanece um desafio à prática clínica.

32801

Dissecção aórtica como manifestação de hiperaldosteronismo primário

MAIA, L G, PITANGA, A L, SANTOS, F A O, FERREIRA, A C N, RAMOS, M C, CARNEIRO, J G e JUNIOR, M A M A

Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais - Feluma, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: O hiperaldosteronismo primário é a forma de hipertensão arterial (HA) secundária mais frequente. No entanto, o diagnóstico desta patologia potencialmente curável é muitas vezes realizado tardiamente, e apresenta diversas peculiaridades de difícil manejo na prática clínica diária, estando comumente associado ao aumento na incidência de complicações e lesões em órgãos alvo secundárias a HA como é o caso da dissecção aórtica. Já se sabe do aumento da atividade inflamatória vascular produzida pelo uso da aldosterona em ratos. Poucos estudos descrevem a relação entre o hiperaldosteronismo e complicações vasculares como a dissecção aórtica.

Objetivo: Relatar um caso em que a dissecção aórtica representou a primeira manifestação clínica do hiperaldosteronismo primário.

Relato de Caso: JLFs 43 anos, portador de HA há 11 anos com história de dissecção aórtica tipo A, junto ao óstio coronariano direito e, conseqüente tamponamento cardíaco, submetido a tratamento cirúrgico de urgência do quadro implante de prótese Dacron em aorta e a sutura da valva aórtica. Evoluiu no pós-operatório com HA de difícil controle e hipocalcemia persistentes sendo iniciada propedêutica para causas secundárias. Propedêutica específica descartou estenose de artérias renais, Feocromocitoma e Cushing. Tomografia de abdome não havia evidenciado alterações em supra-renais. Suspensão Espironolactona e Enalapril por 6 semanas e realizada investigação de hiperaldosteronismo: Aldosterona plasmática: 49; Atividade de renina: 0,1. (relação Aldosterona/ Renina: 490). Como não foi evidenciado tumor em supra-renais, foi encaminhado ao cateterismo seletivo de veias adrenais sob estímulo da infusão de cortosina por 60 minutos sendo detectado na veia supra-renal direita: Cortisol: 17,9 mcg/dL; renina: 0,7 µU/mL; aldosterona: 8,3 ng/dL; e na Veia supra-renal esquerda:cortisol: 23,6 mcg/dL; renina: 0,6 µU/mL; aldosterona: 112,0 ng/dL (relação aldosterona em veia adrenal esquerda/direita: 14). Confirmado desta forma o diagnóstico de hiperaldosteronismo primário por hiperplasia adrenal esquerda. Encaminhado para adrenalectomia realizada sem intercorrências.

Conclusão: O rastreamento para o Hiperaldosteronismo primário deve ser realizado em todo o paciente portador de HAS que apresenta complicações vasculares importantes.

32803

Tratamento percutâneo de artéria descendente anterior de origem anômala com trajeto interarterial

MAIA, L G, PITANGA, A L, FERREIRA, A C N, CASTAGNA, M T V, CARNEIRO, J G, PENA, H P M e M A M A JUNIOR

Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais - Feluma, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

A incidência estimada de origem anômala de artérias coronárias varia de 0,3% a 1,5% da população geral, podendo ser benigna ou potencialmente grave, causando isquemia miocárdica e morte súbita, nos casos em que apresenta trajeto interarterial. Poucos estudos foram realizados com o tratamento percutâneo destas lesões. **Objetivo:** Relatar um caso em que o tratamento percutâneo da artéria descendente anterior (DA) de origem anômala com trajeto entre aorta e artéria pulmonar foi a melhor opção. **Relato de caso:** MACDP 43 anos, sexo feminino, portadora de hipertensão arterial sistêmica, sedentária, com diagnóstico de DA originada em seio de valsalva direito com trajeto interarterial confirmado por Angiotomografia coronariana evoluindo com angina. Apresentava Cintilografia Miocárdica (CM) em repouso e estresse com alteração isquêmica em região apical. Encaminhada para Cirurgia de revascularização com anastomose de artéria mamária (MA) para DA e ligadura de DA proximal. Evoluiu no pós-operatório com persistência dos sintomas. Submetida a Cineangiogramiografia que revelou suspeita de lesões significativas pré e pós-anastomose da MA-DA, além de falência total da ligadura da DA proximal. CM pós operatória confirmou persistência da isquemia em parede ântero-apical do VE. Optado por realização de pressure wire (FFR) e ultra-som intracoronário (USIC) em repouso e após doses crescentes de dobutamina. FFR realizado na lesão distal da anastomose MA-DA não mostrou redução significativa de fluxo. A paciente referiu dor precordial de forte intensidade quando frequência cardíaca atingiu 118 b/min durante a administração de Dobutamina. Angiografia neste momento revelou estenose de 70 e 80% em segmento proximal da DA (local da compressão extrínseca de artéria pulmonar e aorta). USIC confirmou obstrução significativa no trecho citado. Optado por implante de stent *Promus Element* (3,5 x 20 mm – Boston Scientific) neste segmento. Como houve imagem de dissecção no terço médio da DA (provável trauma decorrente da segunda passagem do cateter de USIC), foi implantado um 2º stent: *Xience Prime* (3,0 x 18 mm – Abbott). Resultado: Paciente evoluiu sem intercorrências, e se mantém com boa evolução até o momento. Realizada CM 3 meses após o procedimento que se mostrou normal (sem alterações isquêmicas). **Conclusão:** A terapêutica percutânea (angioplastia e implante de stent) demonstrou ser efetiva na abordagem de artéria coronária anômala com trajeto interarterial e comprovada isquemia.

32808

Miocardiopatia Periparto - Relato de Caso

JUNIOR, EMILSON G V, BALTAZAR, LUIS A L, MARTINS, RENATA T, DIAS, EBERTEH F M, SANTOS, IVAN M F e NOGUEIRA, CASSIO M

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: Miocardiopatia Periparto (MCPP) permanece como uma difícil condição de diagnóstico e tratamento, mesmo sendo reconhecida desde o início do século passado. Faz-se necessário a busca pelo entendimento dos mecanismos fisiopatológicos para aprimorar os cuidados à saúde das gestantes/puerperas.

RELATO DE CASO: Mulher de 32 anos, chegou ao PA com queixa de palpitações e dispnéia CF IV, dia 17/08/12, no 4º dia de pós parto cesáreo. ECG admissão: taquicardia de QRS largo, padrão BRD - TPSV macrorreentrada?? Feito adenosina e CVE sem sucesso. Chegou à UCO hemodinamicamente estável e apresentou reversão da arritmia após iniciar heparinização e controle da FC com esmolol. ECG pós: RSR, SAE, BRE, ESV. HP: Ex-tabagista (parou quando engravidou), sem outros fatores de risco cardiovascular. Em 2009 realizou TE e HÔTER para investigação de arritmia que revelou BRE ao esforço e ESV, e ECOTT sem alterações estruturais, sendo orientada a abandonar o tabagismo e manter acompanhamento cardiológico. HF: Irmão TPSV-ablação. História obstétrica: G1P1A0, acompanhamento pré-natal sem intercorrências, uso de hidroclorotiazida devido edema de MMIL, sem acompanhamento cardiológico. Submetida a RNM (20/08/12): Sem realce tardio, miocardiopatia dilatada biventricular. ECOTT(20/08/12): VE com moderada dilatação cavitária. Espessura miocárdica normal, sem fibrose. Há hipoccontratilidade parietal difusa importante. VD exibe leve dilatação, espessura miocárdica normal e importante hipoccontratilidade parietal difusa à ecoscopia. FEVE 30%. BNP 1540 ng/dl. **TRATAMENTO:** Terapêutica convencional para IC, suspensão aleitamento materno, inibido lactação com CABERGOLINA e anticoagulação nos primeiros 3 meses de puerpério, seguimento. ECOTT(12/04/13):MCPD leve,FEVE 48%,VD normal. **DISCUSSÃO:** MCPP é uma miocardiopatia idiopática com IC secundária a disfunção sistólica do VE no final da gestação ou nos meses seguintes, onde outras causas de IC não são encontradas. É um diagnóstico de EXCLUSÃO. O VE pode não está dilatado, mas a fração de ejeção é quase sempre reduzida para abaixo de 45% (ESC 2010). De 23-41% recuperam FEVE normal. Estudos recentes apontam que a prolactina está diretamente envolvida na fisiopatologia, dando base racional para terapêutica específica, e incentivo à suspensão da amamentação, práticas ainda controversas. Mais estudos são necessários.

32811

O papel da revascularização híbrida: uma abordagem multidisciplinar

LUIS AUGUSTO LINDEMBERG BALTAZAR, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, MARCOS ANTONIO MARINO, FERNANDO ANTONIO ROQUETE REIS FILHO e ROBERTO LUIZ MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A revascularização miocárdica híbrida tem como o intuito, combinar o benefício terapêutico da cirurgia de revascularização do miocárdio (CRMV) com a cardiologia intervencionista para o tratamento da doença coronária multivascular, com técnica minimamente invasiva de *bypass* na descendente anterior (DA) e intervenção coronária percutânea (ICP) com stent nas lesões não DA, a fim de promover a completa revascularização. **Relato de caso:** Trata-se de paciente do gênero feminino, 75 anos, diabética insulino-dependente, asmática grave (retentora), com bolsa de colostomia, fibrilação atrial permanente e *clearance* estimado de creatinina de 89 ml/min, admitida na unidade de terapia intensiva do Hospital Madre Teresa com quadro de infarto agudo sem supra do segmento ST (IAMSSST) em Killip III. Após propedêutica de síndrome coronariana aguda e otimização terapêutica, realizado cateterismo que evidenciou: lesões graves em terço proximal e distal de DA, circunflexa (CX) com lesão grave em terço proximal, coronária direita (CD) enchendo distalmente por colaterais e ventrículo esquerdo (VE) com disfunção moderada. Ecocardiograma: VE com acinesia e parede inferior e porção médio-apical da porção septal inferior sem fibrose, FEVE = 50%, ventrículo direito normocontrátil e PSAP = 39 mmHg. Discutido caso com equipe de cardiologia, cirurgia cardiovascular e hemodinâmica, paciente com várias comorbidades, risco STS com mortalidade 3,2% e morbi-mortalidade de 22,6%, optado por realização de abordagem híbrida com revascularização da DA e CD por *bypass* sem circulação extra-corpórea (CEC) e posterior abordagem da CX com stent farmacológico. Submetida a CRMV sem CEC com ponte-safena para DA e para CD, procedimento complicado devido da insuficiência de VD, paciente apresentou broncoespasmo importante durante procedimeto e necessitou de balão intra-aórtico. Apresentou boa evolução, recebendo alta da UTI no terceiro dia de pós-operatório. Permaneceu internada, e uma semana após a CRMV foi submetida à ICP em CX com implante de stent farmacológico, ato sem intercorrências, recebeu alta dois dias após procedimento. **Conclusão:** A revascularização miocárdica cirúrgica e percutânea combinadas é uma opção para manuseio de pacientes multarteriais com comorbidades e risco cirúrgico aumentado, em centros com capacidades híbridas.

32812

Quilotórax -uma rara complicação após cirurgia cardíaca para troca valvar mitral

PRISCILA RABELO CINTRA, LUIZ GUILHERME PASSAGLIA, MARCO PAULO TOMAZ BARBOSA, VITOR FREITAS FONTES, FABRINI BATISTA SOARES, HENRIQUE LIMA DA SILVA, GUILHERME JOSÉ GARCIA SANTOS PIMENTA, ANA LUIZA HORTA DE SÁ CARNEIRO, THIAGO VINICIUS VILLAR BARROSO e PAULO HENRIQUE NOGUEIRA COSTA

Hospital das Clínicas UFMG, Belo Horizonte,, BRASIL.

Introdução: Quilotórax (QTX) é o acúmulo na cavidade pleural de líquido linfático, transportado através dos vasos linfáticos para a circulação venosa, sendo o ducto torácico o principal deles. É uma complicação rara relacionada à cirurgia cardíaca e sua ocorrência após troca valvar mitral sem intervenção em cavidade pleural ainda não foi descrito na literatura. O caso clínico refere-se à uma paciente feminina, 30 anos, submetida à cirurgia para troca valvar mitral devido a estenose mitral reumática. No 8º dia pós-operatório, iniciou quadro de dor torácica ventilatório dependente em hemitórax direito (HxD) associada à dispnéia e murmúrio vesicular abolido em HxD. A radiografia de tórax evidenciou velamento total de HxD, sendo realizado toracocentese de alívio. Exame do líquido pleural (LP) mostrou-se tratar de um QTX. Paciente evoluiu com recoleção do LP em 24 horas, sendo necessário drenagem pleural (DP) contínua, início de dieta oligomérica e octreotida por infusão contínua por 7 dias, que foi retirada após queda significativa da DP. Dreno torácico permaneceu por 8 dias e sua retirada foi realizada após controle radiográfico satisfatório. Durante 14 dias foi ofertada dieta hipolípida, e posteriormente reintroduziu dieta normolípida sem recorrência de novo QTX. **Discussão:** o ducto torácico possui variabilidade anatômica e sua lesão com consequente formação de QTX já foi descrito em alguns casos de cirurgia de revascularização miocárdica devido à lesão de vasos linfáticos durante a dissecação da artéria mamária interna esquerda. Também há relato de QTX associada à troca valvar aórtica devido a tromboembolia pulmonar. Outros fatores predisponentes ao desenvolvimento de QTX são a má formação congênita, reoperação, trombose venosa durante bypass cardiopulmonar e também a trombose do próprio vaso linfático. O tratamento do QTX é conservador ou cirúrgico. Metade dos pacientes responde ao conservador, e este consiste de DP contínua associada a dieta pobre em triglicérides ou a nutrição parenteral total, podendo ainda associar octreotida em casos de DP moderada. A terapêutica cirúrgica deve ser optada quando a DP permanecer alta (>1000ml/dia) por mais de 5 dias apesar do tratamento conservador. A cirurgia é feita através de fechamento do ducto torácico supra diafragmático, shunt pleuro peritoneal ou pleurodesse. **Conclusão:** consideramos o presente caso peculiar em razão de uma lesão do ducto torácico ser pouco comum em uma cirurgia de troca valvar mitral sem intervenção em cavidade pleural.

32814

Síndrome de Takotsubo

CARLOS DE BRITO FERREIRA, MARCOS HERTZ, RACHEL ZEITOUNE, BEATRIZ BARBOSA FERREIRA e GABRIEL VILLARD MILET

Hospital Adventista Silvestre,, RJ, BRASIL.

Introdução: a Síndrome de Takotsubo (STK) é um diagnóstico diferencial a saber, pois cerca de 2% dos casos de síndrome coronariana aguda (SCA) são, na realidade, STK. **Objetivo:** revisar a apresentação, diagnóstico e seguimento de uma paciente com STK. **Relato do caso:** feminina, 76a, hipertensa e dislipidêmica, em acompanhamento ambulatorial e tratamento com propranolol 80mg/dia, anlodipino 5mg/dia, candesartana 8mg/dia, sinvastatina 20mg/dia, além de fluoxetina 20mg/dia e alprazolam 2mg/dia para depressão e ansiedade. Em Maio/2012, evoluiu com episódio de desconforto epigástrico e, no serviço de emergência, ECG mostra inversão de onda T nas paredes anterolateral e inferior, e dosagem de marcadores de necrose miocárdica com elevação de troponina. ECO mostra hipocinesia anterolateral e septoapical, com função sistólica de VE preservada. A coronariografia com ventriculografia esquerda mostrou lesão ostial de 60% em Arteria Diagonal e hipocinesia anterolateral de VE. Em uma paciente sob estresse emocional, sem feocromocitoma ou miocardite, firmou-se a hipótese de STK, e a paciente seguiu em regime ambulatorial com otimização das medicações anti-hipertensivas e ansiolíticas, apresentando normalização do ECG após 5 meses. **Discussão:** a STK é uma cardiomiopatia estresse induzida, prevalente em mulheres após a menopausa, caracterizada por disfunção sistólica transitória do segmento apical, tipicamente, e/ou médioapical do VE, mimetizando IAM. Observa-se discreta elevação de troponina e CKMB, e supradesnivelamento de ST de V3 a V6, com aparecimento de onda Q na fase aguda. Na fase subaguda, nota-se inversão de onda T de V1 a V6, e prolongamento de intervalo QT. O estudo hemodinâmico não evidenciou lesões obstrutivas coronarianas que e a ventriculografia mostra imagem característica de balonamento apical por aneurisma ventricular. Em casos duvidosos, a ressonância magnética cardíaca auxilia a diferenciação entre STK e SCA pela ausência de impregnação tardia pelo contraste no primeiro caso. Na maioria dos pacientes, a disfunção sistólica permanece por 1- 4 semanas, retornando espontaneamente a normalidade. Apesar de não existirem estudos controlados, há autores que recomendam o tratamento com IECa, betabloqueadores e diuréticos até a resolução do quadro. Na ausência de contraindicações, continuam o uso de betabloqueadores indefinidamente.

32818

Relato de Caso: Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) em paciente portadora da Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAF)

RODRIGO NORONHA CAMPOS, GUILHERME BENFATTI OLIVATO e VINICIUS NASSER DE CARVALHO

Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL - Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG, BRASIL - Liga de Cardiologia da Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG, BRASIL.

Além dos fatores de risco clássicos para doença coronariana, outros pontos devem ser levados em consideração na avaliação do paciente com IAM, dos quais cabe destacar, a anamnese, antecedentes pessoais e familiares. Apresentamos o caso da paciente de 41 anos, que foi atendida no pronto atendimento no interior de São Paulo, com queixa de dor precordial típica após a realização de esforço físico vigoroso associada à náuseas e vômitos, cujo eletrocardiograma (ECG), demonstrava supradesnivelamento do segmento ST nas derivações V3 e V4. Além da terapia convencional para IAM, a paciente foi submetida à trombólise com estreptoquinase com critérios de reperfusão, e no quarto dia de internação, após melhora clínica, recebeu alta hospitalar. No seguinte dia alta hospitalar, a paciente procurou o pronto atendimento do hospital, referindo dor em membro superior direito com irradiação para hemitórax ipsilateral. O ECG demonstrou supradesnivelamento do segmento ST nas derivações V2 a V5, sendo submetida à cineangiogramia que evidenciou oclusão no terço proximal da artéria descendente anterior, recebendo o tratamento com angioplastia primária com 2 Stents convencionais e aspiração de trombos intraluminais. O perfil de coagulação solicitado na admissão hospitalar, apresentava altos títulos de anticardiolipina IgG (>40UI), que associado aos critérios clínicos, validou o diagnóstico de SAF. Recebeu alta hospitalar em melhores condições no décimo dia de internação com terapia anticoagulante e INR terapêutico. A ação procoagulante resultante da presença de anticorpos antifosfolípide deve-se a ligação de interleucinas aos fosfolípidos de membrana endotelial, reduzindo a síntese de prostacilinas, potente antiagregante plaquetário. Este relato demonstra a importância da investigação clínica minuciosa na etiopatogenia do IAM, atentando-se às manifestações de trombofilia nos antecedentes patológicos e familiares, sendo que o correto diagnóstico e o tratamento da SAF podem prevenir novos eventos vasculares, diminuindo a taxa de mortalidade associada à síndrome.

32819

Um caso raro de mixoma atrial direito

AGUIAR, JAIME O, MOREIRA, GUILHERME H, ALVES, HERIVELTON J S, SANTOS, JULIANA O C D, MAIA, RENZO A L, VAZ, JULIANA C, SOUZA, GEORGIA X M, DIAS, GIOVANI A, FILHO, SERGIO M R e OLIVEIRA, VINICIUS X

Hospital Vila da Serra, Nova Lima, MG, BRASIL - Fundação Educacional Lucas Machado (FELUMA), Belo Horizonte, MG, BRASIL.

C.M, 68 anos, Masc, Casado, Aposentado **HMP:** Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus não Insulino Dependente, Cirurgia de Revascularização do Miocárdio a 18 anos (Safena-Aorta-Descendente posterior/Safena-Coronária Direita), Coronariopatia Grave (cateterismo Oclusão das pontes), Dislipidemia, História Doença Arterial Coronariana Familiar, Etilista Moderado **HMA:** Paciente, com vida funcional ativa, sem limitações para suas atividades diárias, internado eletivamente, assintomático do ponto de vista cardiovascular, com diagnóstico de imagem pelo Ecocardiograma Transesofágico Massa em átrio direito aderido ao septo interatrial, sugestivo Mixoma Atrial. Com proposta para Cirurgia de Revascularização do Miocárdio e Abordagem do Mixoma **Diagnóstico:** Mixoma Atrial Direito /Doença Arterial Coronariana Grave **Conduta:** Submetido a Cirurgia de Revascularização com enxerto de Safena-Descendente Anterior/Safena-Di, Exeresse Tumor Aderido ao septo Interatrial **Seguimento:** Paciente evoluiu no pós-operatório sem intercorrências, boa evolução, recebe alta e seguimento ambulatorial. **Conclusão:** Os mixomas cardíacos são classificados como um tumor primário do coração com incidência entre 0,0017% e 0,19%, Apresentando prevalência no sexo feminino e localizando-se principalmente no átrio esquerdo (70% a 95% dos casos). O objetivo deste relato de caso é mostrar uma forma ainda mais difícil de ser encontrada que é o Mixoma Atrial Direito, com uma apresentação assintomática, sendo abordado de forma satisfatória sem complicações no pós-operatório.

32824

Doença coronariana associada a estenose carotídea: qual a melhor abordagem cirúrgica?

HOBER C F JUNIOR, ALINE P B DESLANDES, FERNANDA R FRANCA, DANIEL C DIAS, ELISA B CALLI, FRANCIANE A C CRUZ, LEANDRO B F B E SILVA, CAROLINE V FREITAS, BRUNA R B FERREZ e IRENE M M DUTRA

Hospital São José do Avaí, Itaperuna, RJ, BRASIL.

INTRODUÇÃO: Atualmente é cada vez mais frequente a presença de doença aterosclerótica multivascular, tornando-a uma razão de questionamento quanto à sua abordagem terapêutica invasiva, qual a sequência ideal e de menor risco. A presença simultânea de doença aterosclerótica coronariana e carotídea, apesar de frequente em nosso meio, ainda gera questionamento sobre como seria a melhor forma de abordagem. A grande preocupação dos cirurgiões cardíacos e cardiologistas clínicos é a possibilidade de ocorrer complicações neurológicas quando a CRM antecede o tratamento das carótidas. **OBJETIVO:** Apresentar o caso de um paciente portador de doença aterosclerótica grave com lesões coronarianas e carotídea bilateral, tratado primeiramente com angioplastia de carótida e posterior cirurgia de revascularização. **MÉTODOS:** Os autores apresentam o caso de um paciente do sexo masculino, 69 anos, hipertenso, diabético, portador de doença arterial coronariana e carotídea bilateral com histórico de cirurgia de revascularização há 11 anos. Os exames demonstraram oclusão em terço médio de artéria coronária descendente anterior (reestenose intra-stent) e lesão focal de 80% em coronária direita, ambas assintomáticas. Além das lesões coronarianas, o paciente apresentava ao ecodoppler de carótidas: estenose moderada no bulbo e início dos ramos da carótida direita (50 – 60%), esta extremamente sintomática; estenose importante no bulbo e inícios dos ramos da carótida esquerda (70 – 80%), sem sinais clínicos compatíveis com a gravidade da lesão. Por se tratar de um paciente de alto risco, sintomático para doença carotídea e assintomático para eventos coronarianos, optou-se pela angioplastia de carótida e posterior cirurgia de revascularização. O procedimento foi realizado primeiramente em artéria carótida direita, seguido pela esquerda após 7 dias. O paciente respondeu bem ao tratamento proposto, encontrando-se em bom estado geral na espera para a cirurgia de revascularização do miocárdio. **CONCLUSÃO:** O presente caso mostra a dificuldade de se lidar com um caso de doença arterial coronariana associada a doença carotídea quanto à sua abordagem terapêutica invasiva. Fica o questionamento para futuros ensaios sobre parâmetros que devem nortear essa difícil decisão.

32827

A importância da avaliação angiográfica pré-operatória de mixomas atriais

MATHEUS C SILVA, DANIEL P CRUZ, BRUNO R NASCIMENTO, PEDRO H A LIBÓRIO, THOMAZ C SILVA, FLAVIO V TEODORO, BRISA D C MAIA, DELIANE A S COELHO, IVAN F FREITAS e CARLOS A F AREAS

Hospital Universitário São José, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Mixomas são os tumores cardíacos primários mais comuns, apesar de serem extremamente raros. Como exemplo, de uma série publicada de mais de 12.000 autópsias, apenas dois foram identificados. Apesar de serem tumores altamente vasculares, e a suposição de uma maior prevalência DAC nos portadores dessa enfermidade, não há consenso na literatura sobre o uso rotineiro de angiografia coronária pré-operatória. **Caso clínico:** Mulher de 55 anos de idade, com diagnóstico ecocardiográfico presuntivo de mixoma atrial esquerdo, foi admitida no laboratório de hemodinâmica para realização pré-operatória de coronariografia. A angiografia coronária não mostrou sinais de doença arterial coronariana, mas demonstrou marcada neovascularização da massa atrial esquerda, suprida por ramo VP da artéria coronária direita, associado a "blush" tumoral. **Discussão:** Clinicamente, os sintomas mais comuns são os de obstrução da válvula mitral, embolização sistêmica, e os constitucionais (por exemplo: febre e perda de peso). A ressecção cirúrgica imediata é indicada. Os resultados são geralmente muito favoráveis, com a maioria das séries relatando uma taxa de mortalidade operatória < 5%. O predomínio de neovascularização angiograficamente detectável em mixomas cardíacos é de 37-56%, podendo ser neovascularizados por um ou mais ramos de artérias coronárias, sendo a coronária direita a mais frequente. Pouco há na literatura sobre a relação entre DAC e mixoma atrial. Publicações anteriores mostravam uma associação de DAC em pacientes com mixoma entre 0-67%. Contudo, trabalhos atuais mostram valores entre 20,3%-36,6%. **Conclusão:** A coronariografia é indispensável a todos os pacientes submetidos a ressecção cirúrgica de mixoma, mesmo na ausência de sintomas isquêmicos. Permite sua melhor delimitação intracardiaca, serve para a detecção de DAC coexistente, pois esta foi mais frequente que na população geral, além de prevenir falha em se identificar e ligar possíveis vasos tumorais.

Fig. 1. Injeção de artéria coronária direita mostrando massa suprida por ramo VP da artéria coronária direita produzindo um "blush" tumoral.

32828

Caso incomum de fistula entre artéria descendente anterior e pseudoaneurisma gigante do ventrículo esquerdo, de causa indeterminada, diagnosticado fortuitamente em indivíduo jovem assintomático

MATHEUS C SILVA, DANIEL P CRUZ, BRUNO R NASCIMENTO, PEDRO H A LIBÓRIO, THOMAZ C SILVA, GILVAN VILELLA, FILIPPE A V SILVA, TEREZA A GRILLO, IVAN F FREITAS e CARLOS A F AREAS

Hospital Universitário São José, BH, MG - Hospital das Clínicas da UFMG, BH, MG, BRASIL - Hospital Regional de Teixeira de Freitas, Teixeira de Freitas, BA, BRASIL.

Introdução: A ruptura de parede livre é uma complicação catastrófica do infarto agudo do miocárdio (IAM). Quando a ruptura é contida pelo pericárdio sobrejacente, ou pelo tecido cicatricial, o pseudoaneurisma ventricular se forma. Esse tem uma propensão ao rompimento (30-45%). **Caso clínico:** Paciente de 34 anos, ajudante de pedreiro, assintomático, sem comorbidades conhecidas, teve visualizada durante exame admissional, massa calcificada no ápice ventricular esquerdo (VE) em RX de tórax. ECG mostrou inversão de onda T em região anterior. Ecocardiograma transtorácico revelou uma grande cavidade aneurismática apical comunicando-se com o VE através de orifício estreito, associado a fração de ejeção de VE preservada. Realizou coronariografia que confirmou o diagnóstico, revelou coronárias isentas de aterosclerose obstrutiva significativa, e ainda de pequena fistula entre a artéria descendente anterior (DA) e a cavidade aneurismática. Foi mantido sob tratamento conservador. No seguimento ambulatorial após 6 meses, persistia assintomático. **Discussão:** Em uma série publicada de 253 pacientes com pseudoaneurisma, 55% estavam relacionados com o IAM, particularmente o de parede inferior e 33% foram devidos a cirurgia cardíaca. Clinicamente, os sintomas mais frequentemente encontrados foram: dor torácica, dispnéia, IAM, tamponamento, IC, precordialgia, síncope, arritmia e embolização sistêmica. Apenas 12% eram assintomáticos. O método mais confiável para o diagnóstico de um pseudoaneurisma é a angiografia, que demonstra um orifício estreito que conduz a um aneurisma sacular, associado a uma falta de artérias coronárias circundantes. **Conclusão:** Presume-se que os trombos organizados e calcificados ao preencherem a quase totalidade da cavidade do pseudoaneurisma, associados a intensa calcificação de suas paredes teriam evitado a ruptura cardíaca. Permitiu-se dessa forma, a evolução tardia favorável, sem evidências de disfunção de VE. Trata-se do nosso conhecimento, do primeiro caso descrito na literatura entre fistula de DA e pseudoaneurisma de VE.

Fig 1. (A) Pseudoaneurisma ventricular apical com colo estreito. (B) Trajeto fistuloso.

32831

Endomiocardiofibrose de Ventrículo Direito associada a cianose em paciente com forame oval patente. Relato de caso

FELIPE GOMES DE OLIVEIRA, EDILEIDE DE BARROS CORREIA, DIEGO ALBERNAZ PIMENTA, GUILHERME D' ANDRÉA SABA ARRUDA, CARLOS ALBERTO DE OLIVEIRA, EDUARDO VITOR BARBAROTO RIBEIRO e LEANDRO RUBIO FARIA

INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: A Endomiocardiofibrose é uma cardiomiopatia rara, caracterizada pela deposição de tecido fibroso no endocárdio e, em menor extensão, no miocárdio, do ápice de um ou ambos os

Ventrículos e, quando isolada de ventrículo direito, (EMFVD) gera quadros de intensa sobrecarga volêmica e ascite. Cianose não faz parte dos sinais desta patologia. **Objetivo:** Relatar caso de uma paciente com endomiocardiofibrose que apresentou, na sua evolução, intensa cianose e baqueteamento digital. **Relato de caso:** A.M.M, 50 anos, natural de Rio Formoso, PE., previamente hígida, a partir de 1995, passou a apresentar cansaço e dispnéia progressiva aos esforços moderados, com exame físico sem alterações. ECG com sinais de sobrecarga de ventrículo direito. Ecocardiograma transtorácico identificou aumento importante de átrio direito com demais cavidades normais e sinais de hipertensão pulmonar e imagem hiperecogênica preenchendo 2/3 do ventrículo direito com importante restrição de enchimento, sugestivo de endomiocardiofibrose. Estudo hemodinâmico em 05/08/97 confirmou o diagnóstico. A paciente evoluiu com cianose intensa, baqueteamento digital, flutter atrial de repetição, policitemia e necessidades de hemodiluições, e, posteriormente, após 15 anos de evolução, sinais de sobrecarga volêmica discreta, sem ascite. Em ecocardiograma realizado na sua evolução, constatou-se a presença de forame oval patente, confirmado em Tomografia computadorizada de contraste, com shunt direita-esquerda. **Conclusão:** Cianose significativa com policitemia secundária pode ocorrer na evolução de pacientes com EMFVD que apresentam forame oval patente e aumento importante da pressão atrial direita. **Discussão:** A presença de cianose em pacientes com grande dilatação atrial direita sugere o diagnóstico de Atrisia Tricúspide e o diagnóstico diferencial com EMFVD é feito pela ausência de sinais de sobrecarga volêmica. Neste caso, a presença de forame oval patente, com shunt direito esquerdo, postergou a ocorrência de sobrecarga volêmica e a paciente apresentou cianose como principal achado clínico.

32832

Disfunção Ventricular por Origem Anômala de Coronária Esquerda da Arteria Pulmonar Associada à Persistência do Canal Arterial em Paciente de Idade Avançada

FELIPE GOMES DE OLIVEIRA, EDILEIDE DE BARROS CORREIA, CARLOS ALBERTO DE OLIVEIRA, GUILHERME D' ANDRÉA SABA ARRUDA, DIEGO ALBERNAZ PIMENTA, EDUARDO VITOR BARBAROTO RIBEIRO e LEANDRO RUBIO FARIA

INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: A origem anômala da coronária esquerda (OACE) da artéria pulmonar, apesar de rara, é causa de disfunção ventricular na população pediátrica, com incidência na população de aproximadamente um caso para cada 300.000 nascidos vivos. A mortalidade é de 85% durante os primeiros anos de vida e somente 10-15% dos pacientes chegam a idade adulta. Descrevemos caso raro de uma paciente com disfunção ventricular por origem anômala de coronária em idade avançada. **Relato de caso:** A.G.S., gênero feminino, 64 anos, branca, natural e residente em São Paulo. Antecedentes pessoais: HAS, DM tipo 2, obesidade e dislipidemia. Admitida em pronto socorro por apresentar precordialgia em aperto, aos moderados esforços. Realizou coronariografia que evidenciou coronária direita ectásica, fornecendo circulação colateral para coronária esquerda (CE) e origem anômala desta, do ramo esquerdo da artéria pulmonar. Angiotomografia de coronárias demonstrou estes mesmos achados, com diagnóstico mais preciso da origem da CE. Cintilografia miocárdica demonstrou hipoconcentração fixa em parede anterior, apical e lateral de intensidade moderada. O ecocardiograma evidenciou disfunção sistólica do ventrículo esquerdo, com fração de ejeção de 37%, aumento importante das câmaras cardíacas esquerde fluxo contínuo no interior do ramo esquerdo da artéria pulmonar compatível com persistência do canal arterial. A paciente evoluiu com dispnéia aos mínimos esforços. Após tratamento otimizado com betabloqueador, inibidores de enzima de conversão e diuréticos, encontra-se assintomática do ponto de vista cardiovascular. **Discussão:** Este caso, em paciente de alto risco para doença arterial coronária aterosclerótica, apresenta disfunção ventricular por isquemia devido à origem anômala de CE de ramo esquerdo da artéria pulmonar. A persistência do canal arterial que torna mais rara esta forma de apresentação, pode ter contribuído para a maior sobrevida.

32833

Cisto pericárdico como diagnóstico diferencial de dispnéia: relato de caso

FELIPE GOMES DE OLIVEIRA, DIEGO ALBERNAZ PIMENTA, EDUARDO VITOR BARBAROTO RIBEIRO, CARLOS ALBERTO DE OLIVEIRA e LEANDRO RUBIO FARIA

INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: As lesões císticas são responsáveis por 25% das massas mediastinais em adultos. A incidência estimada do cisto pericárdico é de 1:100.000 e representam de 7% a 37% dos tumores mediastinais. Os cistos pericárdicos são afecções benignas causadas por um defeito no desenvolvimento da cavidade celômica, ocorrendo mais frequentemente na 3ª e 4ª décadas de vida, sem preferência pelo sexo. Eles são tipicamente uniloculares, delimitados por endotélio ou mesotélio, contendo fluido seroso claro. A maioria dos cistos pericárdicos é assintomático. São achados acidentais em radiografias de tórax, apresentando-se como uma lesão arredondada, homogênea e radiodensa, localizada no seio cardiopericárdico direito em 70% dos casos. Relatamos caso de uma paciente jovem, com dor torácica e dispnéia atribuídas ao cisto pericárdico, fazendo diagnóstico diferencial com síndrome coronariana aguda (SCA). **Relato de caso:** A.M.G., sexo feminino, 32 anos, branca, natural de Ponte Nova-MG, iniciou há 2 anos quadro de dispnéia aos mínimos esforços, com piora progressiva, acompanhada de precordialgia de forte intensidade, em aperto, irradiada para dorso, iniciada há 1 semana. Internada para investigação, sendo realizado eletrocardiograma e dosagem seriada de marcadores de lesão miocárdica com resultado negativo para SCA. Radiografia de tórax evidenciou abaulamento em angulo cardiopericárdico esquerdo. Ecocardiograma mostrou derrame pericárdico moderado. Tomografia de tórax evidenciou imagem cística de 7 cm de diâmetro em região anterior do tórax. Submetida a procedimento cirúrgico para remoção de cisto. Anátomo-patológico comprovou o diagnóstico de cisto pericárdico. Após procedimento a paciente evoluiu com melhora dos sintomas, recebendo alta assintomática. **Discussão:** O presente caso mostra uma paciente jovem com dispnéia de longa data, tendo na evolução o diagnóstico de cisto pericárdico em localização rara e apresentação atípica.

32836

Tempestades de Taquicardia Ventricular em Pte c/ Cardiopatia Chagásica que Mimetiza Displasia Arritmogênica do VD, Tratada c/ Ablação Epicárdica.

MITERMAYER REIS BRITO, CARLOS EDUARDO DE SOUZA MIRANDA, ANDRE OLIVEIRA NESIO, CLAUDIA MADEIRA MIRANDA e ROBERTO LUIZ MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução – A taquicardia ventricular (TV) é comum entre ptes c/ doenças de chagas embora os mecanismos definitivos não sejam inteiramente conhecidos. Áreas cicatríciais de condução lenta são relatadas como comuns focos arritmogênicos da TV na cardiopatia chagásica crônica (CCC); a cicatriz infero-lateral é a principal origem dos circuitos de TV reentrante sustentada. Este é o 1º caso descrito de tempestades de TV e CCC o qual mimetiza a displasia arritmogênica do ventrículo direito (DAVD) cuja origem da TV era na via de saída e na parede antero-lateral do ventrículo direito (VD), tratada c/ sucesso através ablação por cateter de radiofrequência epicárdica. **Relato de caso –** Paciente c/ 26 anos, sexo masculino, c/ CCC, apresentou episódios repetidos sincopais precedidos de palpitações. O ECG durante o ritmo sinusal demonstrava características que mimetizavam DAVD c/ ondas T negativas nas derivações precordiais e o ECG da taquicardia ventricular monomórfica sustentada com padrão morfológico de BRE e eixo SAQRS inferior. Foi implantado um cardioversor desfibrilador e associado amiodarona + propafenona. Ocorreram sucessivas tempestades de TV (> 5 TVs sustentadas e terapias do CDI por dia) em diferentes dias; sendo submetido ao estudo eletrofisiológico invasivo com abordagem endocárdica e epicárdica e mapeamento eletroanatômico do substrato e ablação por radiofrequência. Analisando a superfície epicárdica, havia uma forte correlação da duração do eletrograma de voltagem bipolar no epicárdio durante o ritmo sinusal. A TV foi abordada no epicárdio com os critérios da ativação, encerrilhamento e "pace mapping", com ablação local e linear e abordagem dos potenciais tardios na via de saída e parede antero-lateral do VD. Após 8 meses do procedimento, o paciente não mais apresentou episódios de TV. **Conclusão –** Descrevemos um caso único de um paciente com CCC e tempestades de TV, com origem incomum da TV e cujo ECG em ritmo sinusal e da TV mimetizavam DAVD, tratada com ablação epicárdica curativa para prevenção das recorrências de TV e terapias apropriadas do CDI.

32837

É Possível Predizer os Fatores de Risco para Indução de Fibrilação Atrial em Pacientes Assintomáticos com Pré-excitação Ventricular?

MITERMAYER REIS BRITO, CARLOS EDUARDO DE SOUZA MIRANDA, ANDRE OLIVEIRA NESIO, CLAUDIA MADEIRA MIRANDA e ROBERTO LUIZ MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A presença de uma via acessória (VA) em pacientes (pts) c/ Síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW), pode levar a fibrilação atrial (FA). A FA pode levar a apresentações adversas como Síncope (S) e fibrilação ventricular (FV), especialmente se a condução anterógrada através da VA é muito rápida. A indução de FA em WPW é controversa e pouco provável em pts c/ WPW Assintomático (WPWA). **Métodos:** Estudo prospectivo p/ avaliar os fatores de risco para indução de FA e as características clínicas e eletrofisiológicas de pts c/ WPWA que apresentaram FA / S, morte súbita (MS), como primeira manifestação clínica. Pacientes com pré-excitação ventricular / 20 consecutivos pts (2 assintomáticos e 18 sintomáticos) foram avaliados como um grupo controle (GC). **Resultados:** De 353 pts c/ pré-excitação ventricular permanente, 15 pts (4,25%) c/ WPWA, 34,8 anos (média 38 ± 9) apresentaram como 1ª manifestação FA / S (14pts) ou MS (1 pt). A FA neste grupo, foi induzida durante EEF em 5 pts: 3pts após indução de Taquicardia Reentrante por via anômala (TRVA), 2 pts após estimulação atrial progressiva (EAP) + isoproterenol, sexo masculino – 4 pts c/ VA postero-septal – 60%, PRE-VA ≤ 250ms em 4 pts. No grupo controle, 23,3 anos (média 22 ± 7). FA foi induzida em 8 pts, 6 após TRAV, 2 pts após EAP + isoproterenol, sexo masculino – 6 pts, VA lateral esquerda – 50%, PRE-VA ≤ 250ms em 5 pts. A análise estatística não foi significativa qdo observado os seguintes fatores: 1- indução de FA sustentada c/ intervalo RR < 250ms entre batimentos pré-excitados ≤ 250ms em 20% dos pts c/ WPWA e em 25% no GC; 2- TRVA – 66% e 80% respectivamente 3- múltiplas VAs em um pt no grupo WPWA e nenhum no GC, e 4- taquicardia antidrômica em 1 pt no grupo WPWA e nenhum no grupo GC. Ausência de indução de fibrilação ventricular e não houve correlação da FA c/ cardiopatia estrutural em ambos os grupos. A análise estatística – testes Fischer/ Qui Quadrado - P < 0.001 foi significativa somente p/ TRVA e EAP qdo comparado a FA no EEF c/ as características de interesse. **Conclusões:** 1) FA no grupo WPWA foi induzida no EEF em 33,3% somente homens e pts mais velhos. 2) O PREVA, idade, EAP, TRVA foram estatisticamente significativos no grupo WPWA c/ apresentação adversa e somente a TRVA e EAP nos demais pts p/ indução de FA. 3) Qdo comparado as variáveis do G WPWA/FA e GC, O PREVA, idade, localização da VA, foram estatisticamente significativas.

32845

Relato de Caso: Espondilodiscite por Staphylococcus aureus secundária a Endocardite Infecçiosa

TULIO T VARGAS, GUILHERME BENFATTI OLIVATO, RAFAEL SCOTINI VIANA A, RENATO MADURO PEREIRA, DANIEL R G DUARTE, LUCAS MOTA SUMAN, JULIANA PODDIS S, THAIS J G TOSTA e FONSECA, FABIO S F R

Faculdade de Medicina de Itajubá(FMIT), Itajubá, MG, BRASIL - Liga de Cardiologia da Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG, BRASIL.

A espondilodiscite infecciosa é um processo inflamatório que envolve disco e vértebras adjacentes, podendo acometer tecido paravertebral. A infecção pode ocorrer através de disseminação hematogênica a partir de um foco distante, por contiguidade ou procedimentos locais. Embora não haja o conceito formal da pesquisa sistemática da associação entre espondilodiscite e endocardite, há relatos de incidência de 10 a 15% de espondilodiscite em pacientes com endocardite. Apresentamos o caso da paciente de 54 anos, internada na Unidade de Terapia Intensiva(UTI) de um hospital localizado no sul do estado de Minas Gerais por choque misto (cardiogênico e séptico, sucedente a colecistite aguda). A paciente alegava como antecedente patológico miocardiopatia dilatada grave, presumivelmente hipertensiva. Após 10 dias houve reversão inicial do choque e tratamento clínico da colecistite aguda, evoluiu com Endocardite Bacteriana por Staphylococcus aureus, secundária a infecção por cateter duplo-lúmen inserido em veia femoral direita, recebendo alta após antibioticoterapia por 6 semanas e compensação clínica. Foi reinternada com quadro clínico de dor lombar incapacitante, sem história de trauma e insuficiência cardíaca aguda. O diagnóstico de Espondilodiscite foi confirmado através da radiografia de tórax e ressonância magnética. A paciente foi submetida a novo ciclo de 6 semanas de antibioticoterapia e evoluiu com graves limitações à locomoção consequentes ao acometimento vertebral de T12-L1. Recebeu alta hospitalar após estabilização com tratamento clínico e evoluiu a óbito após 3 semanas por embolia cerebral. De modo geral, a espondilodiscite deve ser investigada radiologicamente em todos os pacientes com endocardite infecciosa e lombalgia. Já os pacientes com espondilodiscite devem ser investigados para endocardite quando apresentarem lesão valvar predisponente, grande suspeição clínica e espondilodiscite causada por microorganismos que frequentemente causam endocardite. Este relato de caso demonstra a associação entre Endocardite Bacteriana e Espondilodiscite com graves complicações inerentes a dispositivos invasivos empregados na UTI. Na literatura atual, há poucos relatos relacionando a endocardite à espondilodiscite, o que evidencia a importância deste trabalho.

32846

Massa atrial em achado ecocardiográfico: trombo ou mixoma?

NATAN G SABACK, CYNTHIA U VILHENA, ISAAC H SAMPAIO, PRISCYLLA L VISCONE, JOAO P C BARBOSA, AMORINO C S JUNIOR, INGRID M MATOS, LAIS L NASCIMENTO, ESTEVÃO L FIGUEIREDO e GUSTAVO F WERNER

Hospital Lifecenter, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Instituto de Pesquisa e Pós graduação Ciências Médicas, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

FUNDAMENTOS: O mixoma cardíaco é a neoplasia benigna primária mais comum (50% destes). Apesar da maioria se concentrar no átrio esquerdo e ser mais comum em mulheres entre as terceira e sexta décadas de vida, sua incidência no átrio direito permeia uma taxa de 18% dos casos na literatura. Pode obstruir a valva tricúspide, gerando sintomas de insuficiência cardíaca direita, edema periférico, congestão hepática e síncope; sintomas estes que corroboram com a tríade classicamente descrita no diagnóstico dos pacientes portadores deste tipo de tumor, que inclui: sintomas de obstrução cardíaca e constitucionais, além da possibilidade de eventos embólicos. A gravidade dos sintomas parece variar de acordo com a localização e tamanho do tumor dentro da câmara cardíaca. Nos estágios iniciais as imagens ecocardiográficas podem ser inespecíficas ou inconclusivas. Apesar de benignos, as complicações da presença do mixoma cardíaco podem ser letais, seja por arritmias, embolização ou falência cardíaca estrutural.**MÉTODOS:** Relata-se caso de achado ecográfico de massa sugestiva de mixoma atrial direito em paciente idoso, sem complicações graves. **RELATO DO CASO:** Homem, 69 anos, hipertenso; iniciou com quadro de dispnéia matinal que perdurava por alguns minutos após levantar da cama. Durante realização de ecocardiograma (ECO) transtorácico de rotina, foi observado presença de massa no átrio direito (6,5 x 6cm) sugestiva de mixoma atrial, não se podendo descartar outras neoplasias e trombo, pois o diagnóstico definitivo é histopatológico. Realizado ECO transefagógico que confirmou a massa com as mesmas alterações. Em exame anterior, transtorácico, realizado em 2011, o resultado mostrava imagem sugestiva de massa no interior do átrio direito, quando se diagnosticou trombo e iniciou-se anticoagulação. Um segundo ecocardiograma, realizado em 2012, concluiu, mais uma vez, que havia uma massa no interior do átrio direito sugestivo de trombo, agora identificado como mixoma atrial direito. O mixoma cardíaco é uma entidade patológica bastante rara e que no início pode sim ser confundida com trombo intracavitário atrial. Apesar do diagnóstico ser dado apenas através de biópsia, a imagem persistente, bem localizada e com aparente crescimento gradual em câmara atrial direita, parece sugerir que seja mesmo um tumor cardíaco e não um trombo como antes cogitado. **CONCLUSÃO:** Este caso mostrou um achado ecográfico sugestivo de mixoma atrial que pode ser confundido com trombo.

32854

Trombose de prótese valvar mitral biológica tratada com anticoagulação como opção terapêutica com boa evolução.

GERALDO MAGELA ALVARENGA JÚNIOR, MONIQUE BATISTA NOGUEIRA DE AMORIM, VIVIANE BARRETO, BRUNA DE CASTRO RAFAEL, THIAGO SANTOS TAVEIRA, LUCIANA ALVES RIBEIRO, GIOVANNI LUIZ MUSSO, LEVINDO COSTA CARVALHO FILHO e DIOGO ANTÔNIO GOMES TIAGO

Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

E. A. F, 68 anos, masculino, Pardo, natural e procedente de Belo Horizonte, Policial Militar aposentado.

Queixa Principal: Dispnéia

HDA: Paciente esteve internado em 2008, devido insuficiência cardíaca, com trombo em AAE e em prótese mitral biológica. Realizou Ecocardiograma (abaixo). Evoluiu nessa internação com pneumonia hospitalar. Após negativa do paciente em se submeter a nova troca valvar, optado por tratamento conservador (anticoagulação). Apresentou boa evolução clínica e ecocardiográfica. No momento apresentando-se assintomático.

HPP: PO tardio de troca mitral biológica (1992 e 2002), FA paroxística, ICC, HAS.

Medicações em uso atual: AAS 100 Mg, Enalapril 5 Mg BID, Espironolactona 25 Mg MID, Furosemda 40 Mg MID, Carvedilol 12,5 BID

Ecocardiograma (25/08/2008)-FE 25%. Prótese biológica mitral com trombo e imobilidade de um dos folhetos. O fluxo transprotético apresenta gradiente máximo de 31 mmHg e médio de 17 mmHg. Válvula aórtica espessada sem alterações funcionais. Regurgitação tricúspide moderada. VE aumentado e hipocontrátil com disfunção sistólica importante. VD aumentado e hipocontrátil. Hipertensão pulmonar (PSAP=48). Aumento batrial com trombose parietal extensa do AE. Ateromatose aórtica grau I.

Ecocardiograma(29/03/2012)- FE 60%, Prótese biológica mitral normofuncionante. O fluxo transprotético apresenta gradiente máximo de 15 mmHg e médio de 06 mmHg. Valva aórtica levemente espessada. Regurgitação tricúspide leve. VE com função sistólica normal. VD levemente aumentado, normocontrátil. Hipertensão pulmonar (PSAP=38). Aumento batrial. Ausência de trombos e/ou massas intracavitárias.

Ecocardiograma(01/04/2013)- FE 58%, prótese biológica mitral normofuncionante. O fluxo transprotético apresenta gradiente máximo de 15 mmHg e médio de 06 mmHg. Regurgitação tricúspide leve, degeneração valvar aórtica com regurgitação discreta associada. VE com função sistólica normal, VD normocontrátil, PSAP 34. Ausência de trombos e/ou massas intracavitárias.

No momento está assintomático

32855

Correlação entre biomarcadores e alterações eletrocardiográficas na síndrome coronariana isquêmica

LAÍSE OLIVEIRA RESENDE, ADRIANO OLIVEIRA ANDRADE e ELMIRO SANTOS RESENDE

Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, BRASIL.

Introdução: A estimativa precoce do tamanho da área em risco de necrose no infarto agudo do miocárdio (IAM) possui ampla importância clínica, pois possibilita um tratamento adequado e mais rápido, melhor diagnóstico e prognóstico. A principal ferramenta para o diagnóstico do IAM é o eletrocardiograma (ECG). Entretanto, embora o ECG seja eficiente para o diagnóstico, o mesmo não fornece informações sobre a severidade, estágio da lesão cardíaca e área miocárdica em risco de necrose. **Metodologia:** A coleta de dados foi realizada no Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU/UFU). O estudo foi constituído por 15 pacientes. Os critérios de inclusão dos pacientes foram: diagnóstico de infarto transmural da parede anterior do miocárdio; primeiro eletrocardiograma realizado em, no máximo, seis horas após a manifestação da precordialgia; elevação do segmento ST em duas ou mais derivações contíguas e elevação dos marcadores moleculares de lesão miocárdica. Os critérios de exclusão foram: infarto causado por bloqueio completo de ramo e infarto ocasionado por bloqueio atrioventricular total. Os dados coletados e analisados foram: traçados eletrocardiográficos, biomarcadores (troponina T e CK-MB), íons magnésio, sódio, cálcio, potássio e concentração de glicose. Realizou-se o processamento dos sinais eletrocardiográficos, com a realização do cálculo da altura do ponto J e da área da elevação do segmento ST. **Resultados:** Foi realizada a correlação de Spearman para os dados e encontrou-se uma correlação estatisticamente significativa entre a área do supradesnivelamento do segmento ST e a concentração de troponina; e entre a altura do ponto J e a concentração do mesmo marcador molecular. De acordo com o coeficiente de correlação, há correlação linear positiva entre troponina e a área (0,83; p = 0,000667) e entre troponina e altura do ponto J (0,63; p = 0,01764). O marcador CK-MB, os íons e o índice glicêmico não apresentaram correlação significativa com as grandezas do ECG. **Conclusão:** Constatou-se forte correlação entre troponina T e os dados eletrocardiográficos, o que pode tornar possível a implementação de um software para utilização clínica, fundamentado nas grandezas do eletrocardiograma, para a definição de um prognóstico de infarto do miocárdio e predição da área miocárdica em risco de necrose, a partir do cálculo da altura do ponto J e da área do supradesnivelamento do segmento ST.

32861

Infarto agudo do miocárdio seguido de acidente vascular encefálico isquêmico em paciente jovem com deficiência de Proteína S

RODRIGO NORONHA CAMPOS, JOSE EDUARDO DE LIMA BORRELLI FILHO e ANTÔNIO AUGUSTO FIGUEIREDO ANDRADE COSTA

Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG, BRASIL - Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.

O Infarto Agudo do Miocárdio e o Acidente Vascular Encefálico são eventos incomuns em pacientes jovens, principalmente quando ocorrem de modo sequencial. Quando tais eventos acometem estes pacientes, diversos fatores devem ser considerados haja vista a existência de alterações peculiares desta classe etária como etiologia, anatomia e prognóstico, o que os diferenciam de pacientes mais velhos. Os autores apresentam um caso de um paciente de 26 anos, previamente hígido, admitido em um pronto atendimento com queixa de dor precordial típica, cujo eletrocardiograma demonstrava infarto de parede anterior, sendo submetido à cineangiogramiografia que evidenciou lesão oclusiva em artéria descendente anterior recebendo terapia de angioplastia primária com implante de stent não farmacológico e aspiração de trombos intraluminais. Após evolução do quadro com melhora clínica recebeu alta hospitalar. Retornou ao pronto atendimento do mesmo hospital após 3 dias referindo disartria e dislalia associadas à crise de ausência, turvação visual, cefaleia e lipotímia. A tomografia computadorizada de crânio e a ressonância nuclear magnética demonstraram imagens compatíveis com áreas de isquemia no giro temporal médio do lado direito. Quando avaliado o seu perfil de coagulação, solicitado na admissão do infarto do miocárdio, foi observado diminuição nos níveis séricos da proteína S livre, com os demais exames dentro da normalidade. Aventou-se a hipótese diagnóstica de uma síndrome de hipercoagulabilidade causada pela deficiência de proteína S livre. No quinto dia de internação recebeu alta para acompanhamento ambulatorial com terapia anticoagulante. A proteína S é um importante anticoagulante natural, servindo como cofator para inativação do fator V plasmático e do fator VIII. Sua deficiência está relacionada à ocorrência de eventos tromboembólicos, como Acidente Vascular Encefálico Isquêmico e Infarto Agudo do Miocárdio em pacientes jovens.

32862

Displasia arritmogênica do ventrículo direito - relato de caso

RICARDO COIMBRA GARCIA, LINES FERREIRA PERIGOLO, SHEILA PEDROSO PARREIRA, CAMILA FREITAS DE SOUZA, SAMELA DE MORAIS SEGOVIA, FRANKEL MARCIO ALVES BRANDAO, FLÁVIA SANTOS GUIMARÃES MACHADO e ROBERTO MAGNO VIEIRA DE OLIVEIRA

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

INTRODUÇÃO: A displasia arritmogênica do ventrículo direito (DAVD), descrita por Fontaine e Cols em 1977 é uma doença do miocárdio que afeta principalmente o ventrículo direito sendo caracterizada histologicamente por substituição dos miócitos por tecido fibroadiposo. Este infiltrado se torna um foco arritmogênico cujo espectro de apresentação consiste desde extrassístolia ventricular isolada até taquicardia ventricular sustentada. Apesar de etiologia ainda desconhecida, a DAVD possui herança genética com incidência familiar de 50% dos casos. É provavelmente a causa de 5,9% das mortes súbitas de origem cardíaca, podendo essa ser a primeira manifestação da doença.

RELATO DE CASO: Paciente de 47 anos, masculino, sem comorbidades, com relato de morte súbita em familiar jovem. Apresentou quadro de palpitações, precordialgia opressiva e ventilatório-dependente com duração de alguns minutos, enquanto jogava futebol. Procurou atendimento médico e foi submetido a teste ergométrico, que mostrou alterações isquêmicas. No cateterismo cardíaco apresentou precordialgia, dispnéia e palpitações. Eletrocardiograma (ECG) do momento evidenciou taquicardia ventricular monomórfica sustentada com padrão de bloqueio completo de ramo esquerdo, revertida a ritmo sinusal com amiodarona.

MÉTODOS: Para investigação, o paciente foi submetido a ECG, ecocardiograma, ressonância nuclear magnética e exames laboratoriais.

RESULTADOS: Os resultados dos exames complementares e a história clínica preencheram os critérios da Sociedade Europeia de Cardiologia para o diagnóstico de DAVD.

CONCLUSÃO: Com a definição do diagnóstico o paciente foi submetido ao implante de cardiodesfibrilador, e medicação para controle de ritmo e de insuficiência cardíaca. A DAVD é uma entidade anatômica que deve ser lembrada como um causa importante de morte súbita principalmente em jovens e atletas. Por se tratar de uma doença com características genéticas é importante também a investigação e acompanhamento dos familiares.

32864

Ablação alcóica na miocardiopatia hipertrófica

ERICA LEITE AVELINO PEREIRA, ROBERTA DE ALVARENGA BATISTA, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, WALTER RABELO, MARCOS ANTONIO MARINO e ROBERTO LUIZ MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamento: A ablação septal alcóica (ASA) foi introduzida em 1994 como alternativa a miectomia para os pacientes com miocardiopatia hipertrófica obstrutiva (MCPHO) com sintomas refratários ao tratamento medicamentoso. **Relato de caso:** Trata-se de paciente do gênero feminino, 48 anos, G4P2N1A1, portadora de MCPHO, que há um ano evoluiu com piora da dispnéia, classe III/IV e tontura, já em uso de dose máxima de beta-bloqueador. Encaminhada ao serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista do Hospital Madre Teresa para avaliação de ablação septal. Realizado cateterismo cardíaco para avaliar possibilidade de terapia com ablação alcóica: 1º ramo septal de grande calibre, com comprimento de 25mm. Ventriculografia revelou hipertrofia de VE assimétrica e movimento sistólico anterior (SAM). Realizada então ablação química do 1º ramo septal com 4,5 ml de solução alcóica, com sucesso. Dosagem de troponina I pós procedimento chegou a valores de 3,88/22,9/ > 30. A paciente evoluiu com melhora dos sintomas, ocorreu bloqueio de ramo direito (BRD) transitório, com melhora dos gradientes ao ecocardiograma e na manometria. Recebeu alta hospitalar quatro dias após o procedimento. **Conclusão:** A ablação alcóica na MCPHO é uma alternativa à miectomia em centros experientes com pacientes selecionados adequadamente. Sua indicação não deve ser estendida pra paciente com MCPHO sem sintomas ou com sintomas leves.

Ecocardiograma	Pré procedimento	Pós procedimento
VE (S) (mm)	23	25
VE (D) (mm)	33	41
Septo intraventricular	23	16
Parede posterior do VE (mm)	16	10
Fração de ejeção %	66,7	66,7
Gradiente (mmHg)	50	1

Manometria	Pré procedimento	Pós procedimento
VE apical	128/18 mmHg	130/11 mmHg
VE subvalvar	130/15 mmHg	115/100 mmHg
Aorta	100/58 mmHg	100/50 mmHg
Gradiente	30 mmHg	15 mmHg

32865

Avaliação da manutenção dos resultados da reabilitação vascular em indivíduos com doença arterial obstrutiva periférica

DEBORA URSULA FERNANDES SOUZA, GISELE PEREIRA DE OLIVEIRA AMANCIO, IARA REGINA CUNHA SOARES, JULIANA VIANA DE MORAIS, POLLYANNA FLAVIA CORDEIRO, PRISCILA PENASSO ZUBA, ANA CLARA RIBEIRO LAGES, MARCONI GOMES DA SILVA, RAQUEL RODRIGUES BRITTO e DANIELLE APARECIDA GOMES PEREIRA

Universidade Federal de Minas Gerais, BH, MG, BRASIL - Hospital das clínicas - UFMG, BH, MG, BRASIL.

Introdução: Sabe-se que o treinamento aeróbio supervisionado é padrão-ouro na melhora da capacidade funcional de indivíduos claudicantes; entretanto, há poucas evidências demonstrando a manutenção dos ganhos obtidos com a reabilitação.

Objetivo: Verificar se os ganhos obtidos com o treinamento aeróbio supervisionado, realizado em projeto de extensão universitária, são mantidos, após alta ambulatorial com um regime de follow-up. **Métodos:** Participaram 10 pacientes com Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP), idade 62,11±6,86 anos, 40% do sexo feminino, com claudicação intermitente e limitação funcional. Estes foram atendidos no Serviço de Apoio a Pessoas com DAOP da Universidade Federal de Minas Gerais em duas sessões semanais com treino aeróbio, caminhada com intensidade até claudicação máxima, totalizando 30 minutos, desconsiderando interrupções e orientados a fazer este mesmo treino uma vez por semana em casa. O número médio de sessões foi 45±19 e os pacientes foram avaliados no início, na alta e follow-ups de um e cinco meses, de acordo com a disponibilidade do paciente. Após receberem alta eram orientados a continuar o treino aeróbio, em casa, três vezes por semana como realizavam durante o acompanhamento ambulatorial. Nas avaliações (baseline, alta e follow-ups) realizamos *Shuttle Walk Test (SWT)* e *Heel Rise Test (HRT)*. As variáveis analisadas do SWT foram: tempo de dor inicial, tempo de dor máxima e distância total percorrida; e no HRT: o número de repetições, velocidade e tempo do teste. Os resultados estão expressos em média e desvio-padrão. A distribuição dos dados foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk. A comparação dos resultados dos testes funcionais entre as avaliações foi feita por ANOVA de medidas repetidas com post de Bonferroni, considerando para significância um alfa de 5%. **Resultados:** Os resultados de todas as avaliações (alta e follow-ups) foram significativamente maiores que o baseline (p<0,05) para as variáveis distância total percorrida, tempo de dor máxima no SWT e número de repetições no HRT (p=0,047, p=0,049 e p=0,002; respectivamente). Entre os períodos de reavaliação não houve diferença significativa. **Conclusão:** Foi evidenciado que os ganhos obtidos na reabilitação supervisionada foram mantidos após alta ambulatorial. Os pacientes com DAOP conseguiram manter os ganhos quando orientados a dar continuidade ao treino aeróbio no domicílio, sendo pois a intervenção de fácil implementação e aplicabilidade na prática clínica.

32866

Miocardite aguda simulando cardiomiopatia de Takotsubo: um desafio diagnóstico.

VITOR F FONTES, LUISA C.C.BRANT, EDUARDO B FALQUETO, PRISCILA R CINTRA, HENRIQUE L SILVA, FABRINI B SOARES, GUILHERME J G S PIMENTA e ANA L H S CARNEIRO

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

Introdução: O diagnóstico diferencial da dor torácica no Pronto Socorro pode ser um desafio. Na presença de supradesnível de ST, a coronariografia deve ser realizada para diagnosticar as etiologias isquêmicas secundárias à aterosclerose e permitir a terapia de reperfusão. Porém, em pacientes com coronárias normais e quadro sugestivo de infarto agudo do miocárdio com supra de ST (SCA), o diagnóstico de miocardite aguda (MA) e Cardiomiopatia de Takotsubo (CT) deve ser aventado. **Relato do Caso:** MEC, feminina, 61 anos, dislipidêmica, admitida queixando dor torácica atípica ao repouso, iniciada há 90 minutos. Sem fatores de risco cardiovasculares, negava angina ou dispnéia, uso de drogas ou pródomo viral recente. Relatava ambiente familiar estressante. Estava estável hemodinamicamente, sem sopros cardíacos ou alterações respiratórias. O ECG mostrava ritmo sinusal e supra de ST de V2-V5. A troponina I foi 1,5 ng/mL. Iniciou-se o tratamento para SCA e a paciente foi encaminhada para a coronariografia que revelou-se normal. A ventriculografia mostrava balonamento apical do ventrículo esquerdo (BE). O ecocardiograma evidenciou acinesia apical com demais segmentos normocinéticos, função ventricular preservada e ausência de trombos. Optado pela realização de ressonância magnética cardíaca (RMC) que mostrou hiperintensidade do sinal em T2 e realce tardio mesoepicárdico, heterogêneo, nos segmentos inferolateral e inferior da porção mediobasal, sugestivos de MA. **Discussão:** A CT vem se tornando mais frequente no contexto do diagnóstico diferencial da SCA, com prevalência de 1 a 2,2%. É caracterizada por: disfunção sistólica transitória, ausência de obstruções coronárias e alterações novas ao ECG. Porém, a exclusão de miocardite faz-se necessária e a RMC atualmente é imprescindível para o diagnóstico. A presença de edema miocárdico em T2 associada ao realce tardio nos segmentos afetados tem valor preditivo positivo de 90% para MA. A MA é responsável por 20% dos casos de morte súbita inexplicada. O prognóstico dos pacientes que se manifestam simulando SCA e CT ainda está indefinido e a detecção de inflamação persistente pode ser um preditor de morte súbita ou insuficiência ventricular. **Conclusão:** Apresentamos um quadro clínico clássico de CT, entretanto a RMC evidenciou alterações sugestivas de MA. Concluímos que na presença de quadro clínico sugestivo de CT, a exclusão da MA é fundamental pois há diferenças no seguimento desses pacientes.

32868

Miocardite Lúpica no pós-parto: diagnóstico diferencial com miocardiopatia periparto

ROBERTA DE ALVARENGA BATISTA, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, RENATA TEIXEIRA MARTINS, ERISON COSTA MACHADO e ROBERTO LUIZ MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamento: O Lupus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença autoimune que afeta diversos órgãos. O acometimento cardíaco, como miocardite é raro e não é considerado nos critérios diagnósticos padrões do LES. A Disfunção ventricular esquerda sintomática é a principal forma de apresentação clínica da miocardite no LES. **Relato de caso:** Trata-se de paciente do gênero feminino de 29 anos, no primeiro mês de puerpério, g2p2a0, com gestação interrompida com 36 semanas devido a pré-eclâmpsia, história de hipertensão gestacional na primeira gravidez, parente de primeiro grau com LES com acometimento renal. Paciente há 1 mês, desde a alta da maternidade, com quadro de dispnéia, piora nas últimas 24 horas, quando procurou atendimento no pronto socorro do Hospital Madre Teresa com quadro de dispnéia grau IV, ortopnéia, dispnéia paroxística noturna. Exame físico revelou taquicardia, B3, crepitações pulmonares em terços inferiores, afebril. Solicitado exames: BNP= 2240, enzimas cardíacas: negativas, PCR=18/ VHS=58, global de leucócitos sem alteração, K= 4,8, creatinina=0,7 mg/dl, Na=139, Rx-tórax: cardiomegalia II / IV, congestão pulmonar e pequeno derrame pleural bilateral, ECG: taquicardia sinusal, SAE e SAD, alteração difusa de ST-T. Encaminhada para Unidade Coronariana, iniciado tratamento para insuficiência cardíaca e solicitado ecocardiograma. ECOT: AE= 45mm/ FEVE= 19% / VE com hipocinesia difusa grave/ VD hipocontrátil / PSAP= 45mmHg/ VE(s)= 51mm/ VE(d)= 56mm. Solicitado ressonância magnética cardíaca: importante hipocinesia do VE com pequenas áreas de realce tardio sugerindo miocardite. Solicitados marcadores inflamatórios para pesquisa de doença reumatológica. Diagnóstico inicial foi de miocardiopatia periparto, no entanto, as provas inflamatórias reumatológicas indicaram diagnóstico de LES. Iniciado prednisona dose 1mg/kg peso. Paciente evoluiu com melhora clínica, radiologia e laboratorial, queda de BNP=1420, melhora dos padrões ecocardiográfico: FEVE= 30% / AE= 46mm/VE(d)= 47mm/ VE(s)= 41mm/ PSAP= 56mmHg. Paciente recebeu alta com otimização de ICC e corticoide para controle ambulatorial com cardiologia e reumatologia. **Conclusão:** A miocardite no LES é rara, mas potencialmente fatal. O tratamento consiste no uso de imunossuppressores associado às medicações cardíacas.

32869

Ressonância magnética cardíaca na miocardite

RENATA TEIXEIRA MARTINS, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, CASSIO MENEZES NOGUEIRA, LUIS AUGUSTO LINDEMBERG BALTAZAR, EMILSON GERALDO VILARINO JUNIOR e ROBERTO LUIZ MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamento: A ressonância magnética cardíaca (RMC) tornou-se a principal ferramenta não invasiva para o acesso a inflamação miocárdica nos pacientes com suspeita de miocardite. A associação de edema em T2 e a presença de realce tardio na RMC apresentam especificidade de 100%, sensibilidade de 25%, acurácia de 56%, valor preditivo positivo de 86% e valor preditivo negativo de 50% para detecção de miocardite. **Relato de caso:** Trata-se de paciente do gênero masculino, 20 anos, previamente hígido, admitido no pronto atendimento do Hospital Madre Teresa com quadro de precordialgia, associada a uma faringite prévia, febril (38° C), com hiperemia de orofaringe e saturação 98% em ar ambiente. Solicitados exames laboratoriais que evidenciaram leucocitose (14 730) sem desvio, PCR: 131, VHS: 78. ECG seriados mostraram supradesnívelamento difuso do segmento ST. Iniciado protocolo de dor torácica que revelou elevações importantes de enzimas cardíacas em amostras seriadas (troponina I: 9,34 – 11,7 – 7,34 – 23,4 – 18,1// mioglobina: 141 – 61 – 54 – >500 – 433// CKMB massa: 32,1 – 34,5 – 25,5 – 53,7 – 16). Paciente foi encaminhado para Unidade Coronariana para observação e solicitado ecocardiograma (ECO). ECO: Fração de Ejeção 63%, ventrículo esquerdo (VE) com função sistólica preservada, pequeno derrame pericárdico, sem sinais de constrição pericárdica. Realizada RMC que evidenciou áreas focais de realce tardio em região epicárdica/mesoecárdica da parede infero-lateral do VE. Paciente evoluiu com estabilidade clínica e hemodinâmica em toda internação, com melhora progressiva dos parâmetros laboratoriais. Recebeu alta hospitalar, cinco dias após admissão com normalização de enzimas cardíacas e pedido de eco para controle cardiológico ambulatorial. **Conclusão:** Nenhum sinal clínico isolado ou achado de imagem confirma o diagnóstico de miocardite com certeza, seu diagnóstico deve ser feito com a associação de história clínica, exame físico e testes não invasivos, sem, necessariamente, ter que se apoiar na biópsia endomiocárdica para firmar seu diagnóstico.

32872

Angina de Prinzmetal associada à doença arterial coronariana - relato de caso

RENATA TEIXEIRA MARTINS, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, HELDER PEREIRA DE FREITAS, FILIPE MENDONÇA CABRAL, WALTER RABELO e ROBERTO LUIZ MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamento teórico: Descrita por Prinzmetal em 1959, a angina variante caracteriza-se como síndrome de dor isquêmica que ocorre quase que exclusivamente em repouso, causada por um vasoespasm coronariano. Pode ser associada ao infarto agudo do miocárdio (IAM) e às arritmias cardíacas graves, assim como à morte súbita. **Relato de caso:** Trata-se de paciente de 53 anos, do gênero feminino, portadora de doença arterial coronariana (DAC), com história de duas angioplastias prévias com implante de stent farmacológico em coronária direita e descendente anterior com diagnóstico de angina variante de Prinzmetal (AVP). Admitida no hospital Madre Teresa com quadro de angina instável classe III B de Braunwald, com vários episódios de dor em repouso, onde foi indicado cateterismo cardíaco (CATE). Durante internação a paciente apresentou precordialgia típica às 00:45 horas. Solicitado eletrocardiograma durante episódio de dor que revelou supradesnívelamento do segmento ST ântero-septal com regressão total e imediata do sinal após administração de 5 mg de nitrato sublingual (sl). Solicitadas enzimas cardíacas que não mostraram alterações, submetida posteriormente ao cate e ultrassom intracoronariano que revelaram stents previamente implantados normais e lesão grave de um ramo diagonal já evidenciada em coronariografias anteriores. Solicitado ecocardiograma que evidenciou fração de ejeção 65%, ventrículo esquerdo (VE) com função sistólica preservada e grau I de disfunção diastólica do VE. Feito diagnóstico AVP, paciente evoluiu com melhora dos sintomas anginosos após ajuste medicamentoso e recebeu alta hospitalar nove dias após admissão, em uso de diltiazem, monocordil e isordil sl. **Conclusão:** Na AVP a obstrução dinâmica pode estar superposta à estenose coronariana ou a um segmento coronário angiograficamente normal, o que realça a importância do CATE para orientar o tratamento.

32873

Perfil clínico e ecocardiográfico de pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca com fração de ejeção normal

MAIRA FERNANDES DE ALMEIDA, ERNESTO JOSÉ DE SOUZA SALLES e JOSE RESENDE DE CASTRO JUNIOR

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

Introdução: A insuficiência cardíaca com fração de ejeção normal (ICEFEN) responde atualmente por mais da metade dos casos de insuficiência cardíaca. No perfil clínico, observa-se população de faixa etária elevada e grande associação de comorbidades. Este estudo pretende identificar o perfil clínico e ecocardiográfico de uma população com ICEFEN atendida no ambulatório do serviço de cardiologia do HU/UFJF. **Métodos:** Estudo transversal prospectivo. Avaliados pacientes com critérios para ICEFEN de acordo com a III Diretriz para insuficiência cardíaca da Sociedade Brasileira de Cardiologia, atendidos no período de outubro a dezembro de 2012. Análise de idade, sexo, raça, classe funcional, presença de comorbidades e medicações em uso. Ao ecocardiograma: Volume atrial esquerdo indexado (VAEi), relação E/E', massa do ventrículo esquerdo indexado (MVEi), pressão sistólica de artéria pulmonar (PSAP), hipertrofia ventricular esquerda (HVE) e grau de disfunção diastólica. **Estatística:** Análise estatística descritiva utilizando programa SPSS v. 13.0. Variáveis quantitativas expressas como média $\pm$ desvio-padrão. Variáveis qualitativas expressas como frequência. **Resultados:** Avaliados 18 pacientes; idade de 44-79 anos (63,56 $\pm$ 12,5), sendo 61,1% do sexo feminino, raça branca 11/61%, presença de fibrilação atrial 8/55,6%, hipertensão arterial 17/94,4%, insuficiência renal 12/66,6%, diabetes 5/27,8%, síndrome metabólica 10/55,6%, anemia 5/27,8%, classes I/II NYHA 13/72,2%, classes III/IV NYHA 5/27,8%, uso de diurético 14/77,8%, BRA 12/66,7%, beta bloqueador 10/55,6%, bloqueador do cálcio 10/55,6%, inibidor da ECA 6/33,3%. ECO: VAEi 15,4-72,5 (44,21 $\pm$ 13,6), relação E/E' 9,64-17,83 (14,82 $\pm$ 2,42), MVEi 102,64-445,51 (210,3 $\pm$ 82,1), PSAP 29-72 (46,9 $\pm$ 12,9), HVE 18/100%, disfunção diastólica 1/2/3 2(20%)7(70%)1(10%). **Conclusões:** A ICEFEN acometeu pacientes de faixa etária elevada, predominantemente mulheres, brancas e com alta prevalência de hipertensão arterial, fibrilação atrial, síndrome metabólica e insuficiência renal. Maioria oligossintomática com tratamento clínico em uso de diurético, bloqueador do cálcio, BRA e beta-bloqueador. O ecocardiograma evidenciou aumento do VAEi, HVE e disfunção diastólica graus 2-3 com sinais de aumento da pressão diastólica final do ventrículo esquerdo e da pressão arterial pulmonar.

32874

Cateterismo cardíaco em situações raras

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

H. Felício Rocho, BH., BRASIL - H. Vera Cruz, BH - H. Vila da Serra, BH., BRASIL.

Introdução: O cateterismo cardíaco tem como objetivos: complementar as informações dos achados clínicos e dos exames complementares, principalmente do ecocardiograma, fazer avaliação funcional e tratamento quando possível. Algumas vezes o diagnóstico anatômico funcional é inesperado e sem referência na literatura para comparação. **Objetivo:** Relatar uma série de casos raros, pouco frequentes em um laboratório de cateterismo cardíaco. **Relato de casos:** 1)-Paciente 52 anos, desenvolveu grande massa na região glútea após acidente automobilístico, secundária a múltiplas fistulas arteriovenosas, sem uma opção terapêutica definida; 2)- Origem da coronária esquerda diretamente do ventrículo esquerdo como doença isolada, em paciente assintomática, mas com alteração ao teste ergométrico; 3)- Grande fistula veno-venosa após cirurgia tipo Fontan, associada com pressão pulmonar elevada para o quadro, não permitindo o fechamento da mesma; 4)-Cianose grave secundária a fistulas AV pulmonar em paciente submetido à conexão da veia cava superior direita e esquerda em ambos os ramos pulmonares e depois conexão das veias hepáticas à artéria pulmonares, sendo realizadas medidas funcionais utilizando teste de oclusão com balão; 5)- Obstrução da veia porta após traumatismo abdominal com icterícia grave e refratária, associada à intensa rede de colaterais. Para estudo foi utilizado punção hepática do segmento superior da veia porta e punção esplênica para estudo da porção inferior da veia porta; 6) Veia cava superior esquerda drenando em átrio esquerdo sendo tratada por método percutâneo; 7)- Compressão do tronco da coronária esquerda pela artéria pulmonar em paciente com hipertensão pulmonar arterial grave. **Considerações finais:** O diagnóstico em cardiologia, com os métodos diagnósticos disponíveis tornou-se mais seguro e preciso. Entretanto, mesmo com a grande pesquisa nesse campo, algumas vezes nos deparamos com situações novas e atípicas que requerem conduta própria para cada situação.

32878

Cardiomiopatia induzida por estresse

MARIANA OLIVEIRA REZENDE, LIVIA ARAUJO PEREIRA, GRAZIELA DAS MERCES PIMENTA RIOGA, RENATA DE SOUZA CARNEIRO, RODRIGO GARCEZ SILVEIRA, CASSIO FERNANDO DE ASSIS CARVALHO, GLENDA DE SOUZA PATARO TEIXEIRA, CARLOS HENRIQUE GARCEZ DE CARVALHO, RODRIGO PINHEIRO LANA e FRANCISCO REZENDE SILVEIRA

Hospital SEMPER, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamento: A Cardiomiopatia induzida por estresse (CIE) é uma rara entidade, definida pelo ACC e pela AHA como uma forma única e específica de cardiomiopatia reversível. A apresentação clínica mais comum envolve mulher na menopausa com dor torácica e alterações eletrocardiográficas, desde inversão difusa das ondas T até presença de supra de ST. A normalização das alterações contráteis e eletrocardiográficas em dias a semanas é quase regra. Na maioria dos casos é observada alteração da troponina, geralmente em níveis baixos e desproporcionais aos achados do eletrocardiograma e da disfunção ventricular vista ao ECO. A ressonância cardíaca na CIE, não evidencia realce tardio. **Relato de Caso:** Paciente E.H.L., sexo feminino, 61 anos, proveniente de Sete Lagoas, tabagista 20 maços/ano, sem outras comorbidades ou uso de medicações. Relato de afonia há 1 mês, após receber notícia de doença terminal do marido. O mesmo faleceu na noite anterior da admissão da paciente no CTI-Hospital Semper. A paciente presenciou a morte do marido (caiu do décimo andar). Admissão no CTI do hospital SEMPER no dia 23/08/12, com história de dor precordial típica e edema agudo de pulmão. Atendimento inicial no Interior, onde foi detectado supra ST de V2 a V4, administrado 300mg AAS, 300mg de Clopidogrel e feito Estreptoquinase. Realizado medidas anti congestivas sem sucesso, sendo necessária intubação orotraqueal. Admitida no CTI cardiovascular do hospital SEMPER, com sangramento significativo pelo tubo, sedada, Ramsey 5 e sem uso de aminas. Troponina: 0,85, BNP:1040. Evoluiu com choque, necessitando de dobutamina e noradrenalina em altas doses. Realizado cateterismo (CATE) que revelou ventrículo esquerdo com acinesia infero-lateral, presença de trombo(?) em coronária direita distal com fluxo timi 3. Implantado Balão intra aórtico 1:1 por 48 horas. Nos dias posteriores, paciente evoluiu com melhora do choque e suspensão de aminas. ECO revelou acinesia do ápex, segmento médio infero septal e parede inferior. FEVE 45%. Disfunção diastólica grau II. VD hipertrofico e normocontrátil PSAP 58. Evoluiu com melhora clínica e retorno da fala. Novo CATE revelou coronárias normais. Alta hospitalar após 20 dias de internação, em classe funcional I NYHA. **Conclusão:** Apesar de uma condição rara, a CIE é um importante diagnóstico diferencial com SCA, principalmente naqueles pacientes submetidos a um intenso estresse emocional ou físico.

32881

Implante de prótese aórtica trans-cateter em pacientes de alto risco: seleção e resultados

FERNANDO ANTONIO ROQUETE REIS FILHO, ERNESTO LENTZ DA SILVEIRA MONTEIRO, LUIZ CLAUDIO MOREIRA LIMA, RODRIGO DE CASTRO BERNARDES, MARCOS ANTONIO MARINO, ALEXANDRE HENRIQUE COBUCCI SANTANA, WALTER RABELO e ROBERTO LUIZ MARINO

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: O implante trans-cateter de prótese valvar aórtica (TAVI) emergiu como uma opção terapêutica em pacientes não considerados para a cirurgia convencional. A seleção dos pacientes é fundamental para o sucesso da técnica, por isso a formação de uma equipe multidisciplinar para a seleção dos pacientes é considerada essencial. **MATERIAIS E METODOS:** No período de Outubro de 2011 a Março de 2013 oito pacientes foram encaminhados para implante de TAVI. Para seleção dos pacientes foram aplicados os critérios do estudo PARTNER e ainda uma avaliação individualizada do paciente por cada componente da equipe multidisciplinar. Desta forma três pacientes foram encaminhados para TAVI, 4 para a cirurgia convencional (TVAoC) e 1 paciente não teve indicação para nenhuma das duas técnicas, pois os sintomas eram relativos a grave doença pulmonar tabágica, sendo encaminhada para tratamento clínico (TTC) e avaliação pneumológica. **RESULTADOS:** A idade média nos grupos foi de 82 anos no grupo TAVI, 76,5 anos no grupo TVAoC e 79 anos no grupo TTC. O risco cirúrgico usando o EUROSCORE II no grupo TAVI era de 32,63, 12,5 no grupo TVAoC e 4,39 no grupo TTC. O STS score era de 29,4 para o grupo TAVI, 17,72 para o grupo TVAoC e 30,91 no grupo TTC. Ocorreu um óbito em cada grupo, todos na fase hospitalar. Após o período hospitalar não ocorreram óbitos em nenhum dos grupos em um segmento médio de 18 meses. O ECO mostrou melhora dos índices de função sistólica do VE, redução dos gradientes transvalvares e regressão da massa ventricular em todos os pacientes. No grupo TAVI um paciente apresenta regurgitação aórtica leve e outro moderada. No grupo convencional não há regurgitação valvar. O grupo TAVI tem 1 paciente em classe II e outro em classe I. No grupo TVAoC todos os pacientes estão em classe I (NYHA). **CONCLUSÕES:** Neste grupo de pacientes de alto risco a mortalidade e a evolução pós-operatória foi considerada satisfatória. A formação da equipe multidisciplinar (HEART TEAM) para avaliação e seleção dos pacientes e a criteriosa escolha da melhor estratégia de tratamento foi fundamental para alcançar estes resultados no tratamento da estenose aórtica sintomática.

32884

Dissecção Coronária Espontânea

PRISCILA RABELO CINTRA, ANA LUIZA HORTA DE SÁ CARNEIRO, VITOR FREITAS FONTES, FABRINI BATISTA SOARES, GUILHERME JOSÉ GARCIA SANTOS PIMENTA e HENRIQUE LIMA DA SILVA

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

Introdução: Dissecção coronária espontânea é uma causa rara de Síndrome coronariana aguda (SCA), responsável por 0,1% a 1,1% dos casos. Tipicamente afeta mulheres jovens, em torno de 40 anos. Tem associação com estado peri e pós-parto, doenças do tecido conectivo, terapia hormonal e atividade física extrema. Porém, também pode ocorrer em pessoas com fatores de risco para doença coronariana. Pode ser manifestar com SCA com ou sem supra de ST, Fibrilação ventricular e morte súbita. O diagnóstico é firmado através, de coronariografia, embora outros métodos como a angio TC e o ultra-som coronariano, podem auxiliar no mesmo. O tratamento ideal para os casos de dissecção coronariana espontânea permanece indeterminado, porém os estudos e relato de casos sobre o tema são favoráveis ao tratamento conservador, diante do alto índice de propagação da dissecção durante a angioplastia e em função da alta incidência de resolução espontânea da dissecção. O prognóstico dos pacientes que sobrevivem ao evento inicial é bom, com taxas de sobrevida de aproximadamente 80% em 30 meses.

Relato de caso: E.C.D.S, 57 anos, portadora de HAS, sem outras comorbidades. Foi admitida no Hospital das Clínicas de MG em 22/07/2012 com quadro de dor torácica típica, associada a náuseas e sudorese. Sendo realizado ECG sem evidência de alterações agudas de isquemia, porém troponina positiva; configurando assim IAM sem supra de ST, sendo iniciado protocolo para SCA. Paciente evoluiu em Killip I. Realizou cineangiogramografia que evidenciou imagem sugestiva de dissecção coronariana espontânea em ramo marginal distal da CX e demais coronárias sem alterações; ECOTTE revelou fração de ejeção preservada e hipocinesia leve da parede lateral, sendo optado por tratamento conservador. Paciente evoluiu assintomática recebendo alta para acompanhamento ambulatorial.

Conclusão: A dissecção coronária espontânea é uma entidade considerada rara, porém séries de casos, publicados recentemente na literatura, sugerem o aumento da sua incidência como causa de SCA. Logo, devemos ficar atentos durante a avaliação de pacientes com poucos fatores de risco para doença coronariana que se apresentam com SCA.

32885

Embolia Arterial Pulmonar e Trombose Venosa Pulmonar em paciente portador de Fístula Arterio-Venosa Pulmonar

ITAMAR TADEU GONCALVES CARDOSO, HENRIQUE PATRUS MUNDIM PENA, BRENO GONTIJO DE CAMARGOS, MARCOS ALMEIDA MAGALHÃES ANDRADE JUNIOR e MARCO ANTONIO DE ASSIS

Hospital Mater Dei, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - Faculdade Ciências Médicas -MG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

A Fístula Arterio-Venosa Pulmonar (FAVP) é malformação pouco frequente e pouco diagnosticada. Entretanto, a FAVP deve ser sempre investigada devido sua potencial participação no mecanismo da Embolia Paradoxal, principalmente na ausência ou pós fechamento do Forame Oval Patente.

Objetivo: Discutir a apresentação e abordagem de paciente portador de FAVP que apresentou diagnóstico de Embolia Arterial e Venosa Pulmonar após episódio de Trombose Venosa Profunda, configurando-se risco potencial de Embolia Paradoxal.

Caso Clínico: Paciente masculino, 29 anos, história pregressa de acidente perfurocortante por arma branca há cerca de 10 anos, submetido a tratamento cirúrgico e evolução clínica sem intercorrências. Apresentou, em abril de 2013 fratura de tornozelo, complicada com trombose venosa profunda em segmento popliteo-tibio-fibular e veias musculares da Panturrilha. No 10º dia de tratamento anticoagulante, apresentou dispnéia súbita e dor pleurítica. Angiotomografia de tórax mostrou falha de enchimento na bifurcação da artéria do lobo inferior do pulmão direito, além de falhas de enchimento em veias pulmonares do pulmão ipsilateral, imagens compatíveis com embolia arterial e venosa pulmonar. Ecocardiograma mostrou ausência de sinais de hipertensão pulmonar, sem evidências de forame oval patente. Análise da Angiotomografia confirmou a presença de comunicação arterial e venosa em território vascular pulmonar, explicando-se assim o shunt A-V como causa da concomitância de embolia arterial e venosa pulmonar. O paciente foi tratado com anticoagulação (Enoxaparina, seguido de warfarina). Evoluiu com melhora sintomática, sem outras complicações tromboembólicas.

Conclusão: O paciente apresentou trombose venosa profunda, embolia arterial pulmonar e trombose venosa pulmonar. Provavelmente, houve migração do trombo da artéria pulmonar para a veia pulmonar via FAVP, configurando-se, assim, risco potencial de embolia paradoxal. A literatura médica considera, baseada ainda em pequenos estudos, a abordagem da FAVP quando da constatação de embolia paradoxal. Entretanto, novos estudos são necessários para substanciar esta indicação, principalmente no âmbito da prevenção primária de acidente vascular cerebral.

32889

O consumo máximo de oxigênio em indivíduos com insuficiência cardíaca crônica pode ser estimado a partir do teste de caminhada de seis minutos?

THAYSA LEITE TAGLIAFERRI, FABIANA DAMASCENO ALMEIDA, OTÁVIA ALVES VIEIRA, DAYANE MONTEMEZZO, ANA CAROLINA CAMPOS FERREIRA, MARIA LUIZA VIEIRA CARVALHO, DANIELLE APARECIDA GOMES PEREIRA, GIANE AMORIM RIBEIRO SAMORA e RAQUEL RODRIGUES BRITTO

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

Introdução: Apesar de o teste de esforço cardiopulmonar (TECP) ser considerado padrão ouro para avaliar o consumo máximo de oxigênio (VO_{2max}) em indivíduos com insuficiência cardíaca crônica (ICC), o teste de caminhada de seis minutos (TC6) tem se mostrado um instrumento útil na estimativa da capacidade funcional destes pacientes e para avaliação da resposta à intervenções terapêuticas. Por outro lado, a acurácia das equações de predição do VO_{2max} , a partir da distância percorrida no TC6, precisa ser estabelecida. **Objetivo:** Avaliar a concordância entre o valor do VO_{2max} obtido por medida direta no TECP, e o VO_{2max} previsto por meio de três equações de predição, em indivíduos com ICC. **Metodologia:** Dezoito voluntários com ICC, de ambos os sexos, pertencentes às classes I a III da *New York Heart Association*, fração de ejeção ventricular esquerda: $37,41 \pm 11,86\%$, idade: $47,83 \pm 13,14$ anos, realizaram um TECP máximo, com medida dos gases expirados, sob o protocolo em rampa, para obtenção do VO_{2max} . Após um intervalo de aproximadamente duas semanas, foi realizado o TC6. Três equações (1, 2, 3) foram utilizadas para estimar o VO_{2max} , a partir da distância percorrida no TC6. Para avaliar a concordância foi utilizado o coeficiente de correlação intraclass (CCI). As comparações entre VO_{2max} do TECP versus o estimado pelas equações foram feitas pela análise de variância de um fator e *post hoc* de Bonferroni. O nível de significância considerado foi de 5%.

Resultados: Houve concordância de moderada magnitude entre o VO_{2max} obtido no TECP e o estimado pela equação 1 (CCI= 0,603, $p=0,026$) e pela equação 2 (CCI=0,578, $p=0,037$). No entanto, o VO_{2max} estimado pela equação 3, desenvolvida especificamente para pacientes com ICC, não foi concordante com o VO_{2max} do TECP (CCI=0,077, $p=0,212$). Além disso, as análises de comparação mostraram que o VO_{2max} do TECP foi estatisticamente diferente da equação 3, apenas ($p<0,0001$).

Conclusão: A concordância de moderada magnitude, apresentada pelas equações 1 e 2, em estimar o VO_{2max} , demonstra que o TC6 não substitui o TECP, mas pode atuar como um indicador da capacidade funcional desses pacientes. Além disso, o fato de a equação 3 não ter se mostrado válida para a estimativa do VO_{2max} , aponta a necessidade de desenvolver equações específicas para esta população.

32890

Estenose subaórtica fixa associada a Comunicação Interventricular Perimembranosa

ALBERT NILO DA COSTA, e MARIA DA GLORIA C.HORTA

UNIFENAS, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: Aestenose subaórtica pode surgir como complicação na evolução natural de várias cardiopatias congênitas. Características anatômicas da via de saída do ventrículo esquerdo e do septo atrioventricular, turbulência de fluxo na região, fatores genéticos e moleculares têm sido apontados como responsáveis pelo seu desenvolvimento, mas sua etiologia ainda é mal esclarecida. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente L.G.D.M, feminina, 06 anos e seis meses, diagnosticada como portadora de Estenose subaórtica do tipo membranosa, que evidenciou-se durante o acompanhamento ambulatorial de comunicação interventricular. O diagnóstico ecocardiográfico ambulatorial foi: Comunicação Interventricular Ventricular muscular trabecular, estenose subvalvar pulmonar e hipertrofia de câmaras esquerdas aórtica do tipo membranosa de grau leve com aumento importante de câmaras esquerdas. Foi indicado tratamento cirúrgico. À admissão o exame físico mostrou PA 105/60mmHg, Aparelho Cardiovascular com ritmo cardíaco regular em dois tempos, hiperfoneses de B2, sopro holossistólico rude grau V/VI. Frêmito em borda esternal esquerda inferior, pulsos amplos, palpáveis nas quatro extremidades. Na investigação para se decidir entre a conduta de tratamento clínico ou abordagem cirúrgica, foi realizado novo ecocardiograma que evidenciou: CIV perimembranosa de mal alinhamento de tamanho grande, CIV muscular trabecular de tamanho pequeno, estenose subvalvar pulmonar de grau leve, estenose subvalvar aórtica do tipo membranosa de grau leve e aumento importante de câmaras esquerdas. Optou-se por tratamento cirúrgico, por se tratar de CIV grande. O resultado cirúrgico foi excelente. **COMENTÁRIOS:** A indicação da ressecção da membrana subaórtica é determinada pelo gradiente subaórtico, ou pela presença de insuficiência aórtica associada. No presente caso, o gradiente subaórtico ainda não justificava intervenção, mas como a CIV necessitou de abordagem cirúrgica, foi optado por realizar correção das CIVs e ressecção da membrana subaórtica e da estenose subpulmonar. **CONCLUSÃO:** Aestenose subaórtica pode ocorrer na história natural da comunicação interventricular, geralmente após o 1º ano de vida. Quando há necessidade de abordagem cirúrgica da Comunicação Interventricular, a ressecção simultânea da membrana subaórtica deve ser realizada, mesmo quando o gradiente subaórtico é pequeno.

32893

Dissecção espontânea do tronco da coronária esquerda manifestando-se como infarto agudo do miocárdio em uma paciente grávida: uma conduta desafiadora

MILENA S MARCOLINO, GLÁUCIA C SILVA, DANIEL M F PALHARES, JANINE M RODRIGUES, BRENDA C GODOI, LUIZ R A CASTRO, MARCO P T BARBOSA, BRUNO R NASCIMENTO, LUISA C.C.BRANT e ANTONIO L P RIBEIRO

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

Introdução: A dissecção espontânea de artéria coronária (DEAC) é uma rara causa de síndrome coronariana aguda, observada principalmente em mulheres na gestação tardia e no puerpério. O envolvimento do tronco da coronária esquerda (TCE) é incomum, sua fisiopatologia incerta e o manejo é desafiador, pois não há consenso sobre a conduta mais adequada. **Caso clínico:** APC, 34 anos, feminina, na 35a semana da 7a gestação, admitida na emergência com dor torácica constritiva desencadeada por estresse emocional, com remissão espontânea. Relatou hipertensão gestacional e história familiar de doença coronariana, sem outros fatores de risco; negou alcoolismo ou uso de drogas. À admissão, troponina = 17 ng/ml (referência: <0,01 ng/ml), ECG mostrou inversão de T em regiões antero-lateral e inferior. Ao Eco transtorácico, hipocinesia antero-lateral e inferior, sem disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (FE = 63%). À coronariografia, dissecção tipo B do 1/3 proximal do TCE. Eco transesofágico descartou dissecção aórtica. Foi optado pelo tratamento conservador, com administração de heparina, aspirina e clopidogrel. Deu à luz 20 dias após o evento, tendo alta 3 dias depois. **Discussão:** DEAC deve ser considerada como diagnóstico diferencial em mulheres jovens com dor torácica no período gestacional. Nesta paciente, a manifestação foi infarto agudo do miocárdio sem elevação do segmento ST. A imediata realização de coronariografia é essencial para o diagnóstico precoce, mas ainda é controversa a conduta mais adequada. Recomenda-se que a terapêutica leve em conta a persistência de isquemia, área de miocárdio sob risco e vasos envolvidos. Entretanto, não há estudos comparativos entre as modalidades de tratamento. Autores sugerem a realização de revascularização cirúrgica em caso de envolvimento do TCE, mas a anastomose em segmento coronariano dissecado pode ser arriscada e um estudo evidenciou altos índices de oclusão de enxerto. Outros autores defendem a conduta conservadora, com indicação de revascularização em caso de isquemia recorrente. Em estudo prospectivo com 45 pacientes, esta conduta esteve associada a excelente prognóstico em longo prazo. Conclusão: Este caso, conduzido de forma conservadora com desfecho favorável, destaca alguns pontos clínicos importantes. O reconhecimento precoce da DEAC é crucial para a condução do paciente, mas estudos adicionais são necessários para avaliar a melhor opção terapêutica.

32894

Comparação dos resultados de procedimentos eletrofisiológicos diagnósticos e terapêuticos na população pediátrica entre os grupos etários maior e menor que 12 anos

TEREZA A GRILLO, REYNALDO C MIRANDA, ANDRÉ A L D CARMO, HENRIQUE B MOREIRA, DELIANE A S COELHO, BRISA D C MAIA, MATHEUS C SILVA, DANIEL P CRUZ, GILVAN VILELLA e BRUNO R NASCIMENTO

Hospital Universitário São José / INCOR-MG, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Faculdade de Medicina da UFMG - Depto. de Clínica Médica, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Uma grande preocupação da eletrofisiologia pediátrica envolve o risco de complicações nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e, embora raros, podem ocorrer e parecem ser mais significativos em crianças de menor idade. **Métodos:** Estudo observacional, prospectivo, com o objetivo de avaliar as características clínicas, demográficas e os achados e complicações de estudos eletrofisiológicos (EEF) realizados consecutivamente em um centro de referência em pacientes (P) com idade ≤ 18 anos, comparando os grupos ≤ 12 anos (G1) e de 13 a 18 anos (G2). **Resultados:** De nov/2004 a dez/2012 de 1775 EEFs realizados, 181 (10,19%) eram de P com até 18 anos, com 46 P no G1 (5 a 12 anos, média 9,9±1,9) e 135 P no G2 (13 a 18 anos, média 16,4 ± 1,6), 47% e 59% masculinos (p=0,117), todos com peso ≥ 15Kg. Em 68,2% dos casos a indicação do EEF foi TPSV. Houve predomínio da via anômala (VA) como causa da arritmia: G1- 29/46 (63,0%) e G2 - 84/135 (63,2%), seguido pela taquicardia nodal: G1 - 5/46 (10,9%) e G2- 20/135 (15,0%), p=0,435. Em relação a localização da VA, as esquerdas predominaram, seguidas pelas septais direitas, respectivamente: G1- 13/29 (44,8%) e 12/46 (41,4%), G2- 36/96 (37,5%) e 30/96 (31,2%), p=0,343. Treze P tinham história de síncope: G1- 5 (10,9%) x G2 - 8 (6,9%), p=0,102, sendo que 8/13 P tinham VA e em 4 P o evento foi durante esforço: 2 meninas (9 e 11 anos; período refratário efetivo anterógrado da VA – PREAVA - sem isuprel = 240 e 250ms) e 2 meninos (16 e 18 anos; PREAVA – sem isuprel = 260 e 200ms). Durante o procedimento, 13 P (11,5%) portadores da VA tiveram fibrilação atrial (FA), sendo 10/13 (76,92%) do G2, sexo masculino. O menor RR pré-excitado na vigência da FA foi de 226±39ms (160 a 270ms). A ablação não foi realizada em 3 P: masc., 5 anos, agenesia de VCI + VA esquerda, PREAVA>250ms; masc., 16 anos, VA para-hissiana e PREAVA>250ms e masc., 7 anos, VA esquerda e PREAVA>250ms com isuprel. Em 4 P (3,51%) houve recorrência da VA, sendo em 1 P de 11 anos (VA MSD) e em 3 P com VA de parede livre direita (8, 14 e 18 anos). Não houve complicações nos procedimentos. **Conclusão:** Os dados corroboram os da literatura em relação aos mais comuns mecanismos de arritmia na faixa pediátrica e ao risco de eventos fatais associado à presença da VA. Em crianças maiores (peso>15Kg) os achados clínicos, o índice de sucesso e o risco de complicações em idades acima e abaixo de 12 anos foram semelhantes.

32895

Efeito da fraqueza muscular inspiratória e do tipo de treinamento muscular inspiratório em indivíduos com insuficiência cardíaca crônica: meta-análise de ensaios clínicos aleatorizados

DAYANE MONTEMEZZO, DANIELE APARECIDA GOMES PEREIRA, GIANE AMORIM RIBEIRO SAMORA, GUILHERME AUGUSTO FREGONEZI, RAQUEL RODRIGUES BRITTO e W. DARLENE REID

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

Introdução: A fraqueza muscular inspiratória é considerada um fator de limitação ventilatória aos indivíduos com insuficiência cardíaca crônica (ICC), podendo contribuir para fadiga e dispneia, mesmo em atividades de baixa intensidade. O treinamento muscular inspiratório (TMI) é uma intervenção eficiente que pode atenuar a fraqueza muscular inspiratória, e frequentemente está associado aos programas de reabilitação cardíaca. **Objetivos:** Comparar o efeito da fraqueza muscular inspiratória e de dois tipos diferentes de TMI na função muscular inspiratória e na capacidade de exercício em indivíduos com ICC. **Materiais e Métodos:** O protocolo de revisão sistemática foi conduzido nas bases de dados CINAHL, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Systematic Review, EMBASE, MEDLINE e PEDro, conforme metodologia descrita pela Cochrane Collaboration. Dois revisores independentes selecionaram os artigos conforme critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos; extrairam as informações em um formulário próprio e avaliaram a qualidade dos estudos pela escala PEDro. As análises foram processadas conforme dois subgrupos: (1) indivíduos com força muscular inspiratória normal comparados aqueles com fraqueza muscular inspiratória (pressão inspiratória máxima ≤ 60cm H₂O); (2) comparação de dois tipos diferentes de equipamentos de TMI. Para significância estatística foi considerado p<0,05. **Resultados:** Nove estudos foram incluídos, totalizando 230 participantes. Os indivíduos com fraqueza muscular inspiratória apresentaram aumento na distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos (dT_{CS} - 49,40 m, p=0,04) e no consumo de oxigênio (VO₂pico - 2,59 ml/kg/min, p=0,003). O treinamento por meio de um equipamento de carga linear pressórica mostrou aumento no VO₂pico (2,59 ml/kg/min, p=0,003) comparado ao equipamento digital. As variáveis de força muscular inspiratória não apresentaram diferença significativa nas subanálises relativas à fraqueza muscular inspiratória (p=0,22) e ao tipo de TMI (p=0,42). Quanto a qualidade dos estudos selecionados, a média do escore PEDro foi 6,7. **Conclusão:** Os indivíduos com ICC e fraqueza muscular inspiratória submetidos a um programa de TMI utilizando um equipamento de carga linear pressórica apresentaram benefícios positivos nas capacidades máxima e submáxima de exercício.

32898

O risco cardiovascular em pacientes hipertensos segundo critérios de Framingham de acordo com o sexo – Revisão de Literatura

RAISSA MENDONÇA PORTO FRANCO, ERNESTO JOSE HOFFMAN, CARLOS ALBERTO QUINTAO RODRIGUES e GENESCO NUNES

Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, BRASIL.

RESUMO: O Escore de Risco de Framingham indica o risco de ter doença cardiovascular (DCV) em 10 anos. A diferença entre o sexo é decisivo. **INTRODUÇÃO:** Escore de Risco é baixo quando inferior a 10%, médio entre 10 e 20% e alto, superior a 20%. Por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ser fator de risco é que essa revisão se propõe a mostrar o como é a distinção desses valores quanto ao sexo. **METODOLOGIA:** Revisão da literatura com busca eletrônica em bancos de periódicos científicos na Biblioteca virtual em Saúde em Ciências da Saúde em Geral de estudos no Brasil e exterior. **DESENVOLVIMENTO:** Importante para a classificação dos indivíduos é a diferença existente entre homens e mulheres. Para elas pontua-se com dois pontos qualquer aumento da Pressão Arterial Diastólica (PAD) mais ou igual a 90mmHg e inferiores a 100mmHg ou, também com dois pontos, para valores de Pressão Arterial Sistólica (PAS) entre 140 e 159mmHg independentes dos valores diastólicos. Retira-se do escore final três pontos caso a média da Pressão Arterial fique menos que 120mmHg na sistólica e 80mmHg na diastólica. Para eles, pontua-se com um ponto PAD entre 85/89mmHg para valores de PAS de 120/139mmHg. Com dois pontos, considera-se valores de PAS 140/159mmHg e PAD de 90/99mmHg. Estudos mostram a prevalência de DCV em pessoas de 30 a 45 anos é maior nos homens. Tais divergências na pontuação se devem ao efeito cardioprotetor do estrogênio. É consumado que as DCV também são prevalentes em mulheres na menopausa do que em mulheres no período pré-menopausa, ratificando tal dado. **CONCLUSÃO:** Percebemos as diferenças na incidência e desenvolvimento da HAS em homens e mulheres, devido à cardioproteção do estrogênio. Tem-se justificada a abordagem de gênero distinta. **REFERÊNCIAS:** 1. BOING, A. C.; BOING, A. F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Rev Bras Hipertens**, 2007. 2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2006. 3. OLIVEIRA S. et al. Avaliação do Risco cardiovascular Segundo OS critérios de Framingham. **Arq Bras Endocrinol Metab**, SP, 03/2007 4. PEREIRA M, et al. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **J Hypertension** 2009.

32899

Supradesnivelamento do segmento ST em aVR e V1 durante teste ergométrico como discriminador de doença arterial coronária grave

JOSÉ CARLOS MARTINS COELHO JUNIOR, RODRIGO CUNHA DE SOUSA, MARCELO HENRIQUE BORGES, JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA e GIOVANI LUIZ DE SANTI

UFTM, UBERABA, MG, BRASIL.

Fundamento: O supradesnivelamento do segmento ST em aVR e V1 durante o teste ergométrico (TE) tem sido identificado como fortemente indicativo de lesões obstrutivas graves, particularmente do tronco da artéria coronária esquerda e da artéria descendente anterior. **Objetivo:** Demonstrar a importância do supradesnivelamento do segmento ST em aVR e V1 durante o TE como discriminador da presença de doença arterial coronária (DAC) grave. **Delineamento:** o tema livre em questão descreve um relato de caso.

Paciente: Paciente do sexo masculino, 59 anos, branco, sem relato de comorbidades. Tabagista (120 maços/ano) e etilista (4 doses de destilado/dia). História familiar de coronariopatia. Referia sintomatologia compatível com angina pectoris, de caráter progressivo, e evolução de aproximadamente 11 meses. Foi encaminhado ao laboratório de ergometria para estratificação de risco de DAC.

Métodos: Realizou-se TE seguindo protocolo de Bruce. Devido à presença de critérios, clínico e eletrocardiográfico, compatíveis com resposta isquêmica miocárdica em baixa carga de esforço físico dinâmico, o paciente foi encaminhado ao serviço de hemodinâmica para a realização de cineangiogramas coronariográficos (CINE).

Resultados: Registrou-se frequência cardíaca (FC) de 56 bpm e pressão arterial (PA) de 130x70 mmHg no repouso. Aos 2 minutos e 42 segundos, no 1º estágio do protocolo com carga de 2,7 km/h e 10% (4,0 METs), com FC=116 bpm e PA=160x80 mmHg, o TE foi interrompido devido ao aparecimento de precordialgia típica associada a supradesnivelamento do segmento ST em aVR e V1 que se manteve até o quarto minuto da recuperação. Considerando-se a manifestação clínica e os achados eletrocardiográficos desencadeados pelo esforço, o paciente foi submetido a CINE que evidenciou tronco da coronária esquerda com lesão grave, artéria descendente anterior com lesão suboclusiva no terço proximal e artéria coronária direita com lesão suboclusiva no terço médio.

Conclusões: O surgimento de supradesnivelamento do segmento ST nas derivações aVR e V1 durante TE pode ser considerado um importante discriminador de DAC grave, justificando a necessidade subsequente de estratificação invasiva.

32900

Mecanismos de síncope na cardiopatia chagásica crônica.

THIAGO DA ROCHA RODRIGUES, TEREZA AUGUSTA GRILLO, ALINE BRAGA RODRIGUES, HENRIQUE BARROSO MOREIRA, ANDRÉ ASSIS LOPES DO CARMO, CARLOS HENRIQUE FIGUEIREDO FONTES e REYNALDO DE CASTRO MIRANDA

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Hospital Universitário São Jose, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução – A síncope é uma condição de alto risco na cardiopatia chagásica crônica (CCC). O seu tratamento e a prevenção da morte súbita dependem da identificação de seus mecanismos. **Objetivos** – Descrever os principais mecanismos de síncope na CCC, através do relato de 4 casos em que todos os pacientes eram chagásicos e foram admitidos ao hospital com síncope. **Métodos** - Caso 1: Masc., 75 anos, portador de cardiomiopatia dilatada, fração de ejeção (FE) 36%, ECG com BCRD e HBAE e Holter com BAV IIº M-II (bloqueio trifascicular). Estudo eletrofisiológico (EEF) mostrou bloqueio infra-hissiano e indução de taquicardia ventricular sustentada (TVS). Foi implantado cardioversor-desfibrilador automático (CDI) após o qual apresentou várias terapias para TVS. Caso 2: Masc., 49 anos, portador de insuficiência cardíaca classe IV e fibrilação atrial (FA). Rx tórax com cardiomegalia, ECO com FE de 15% e alterações segmentares e ECG com baixa voltagem, FA, BCRD e ondas Q patológicas. Holter com várias TVs não sustentadas e coronariografia normal. O EEF apresentou indução de TVS e intervalo HV normal. Foi implantado CDI após o qual apresentou várias terapias para TVS. Caso 3: Fem., 54 anos, com ECO normal e FE 62%. ECG com bradicardia sinusal, vários bloqueios sino-atriais e Holter com 2075 pausas de 2 a 2,9 segs. Teste de inclinação negativo e teste ergométrico com déficit cronotrópico. Após implante de marcapasso tornou-se dependente do estímulo atrial e não mais apresentou síncope. Caso 4: Fem., 59 anos, portadora de marcapasso há 2 meses por síncope e BAVT. Após 2 meses teve nova síncope. A FE era 50% e a análise do marcapasso foi normal. O EEF mostrou indução de TVS e o CDI foi implantado.

Conclusões – Os principais mecanismos de síncope na CCC são a TVS e o bloqueio infra-hissiano. O BAVT não exclui a possibilidade de TVS se os pacientes induzirem TVS no EEF. Função sistólica preservada não exclui a possibilidade de morte súbita e síncope por TVS. Doença do nó sinusal também é causa de síncope na CCC. O EEF é um método útil para a identificação do mecanismo da síncope na CCC e é de grande auxílio para a orientação terapêutica.

32902

Derrame Pericárdico Idiópático Recorrente: Relato de caso

LARISSAARAMUNI BAÍA, MARCOS VINÍCIOS COSTA, ELVIO TIAGO AZEVEDO, ANA GABRIELA OLIVEIRA DANTAS, GUSTAVO HORACIO GAMA GOMES, DEBORAH ARRAES CASTELO BRANCO, MAURO SOARES MONTA, FÁBIO MORATO CASTILHO e JORDAN VIEIRA DE OLIVEIRA

Complexo Hospitalar São Francisco de Assis, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: O derrame pericárdico (DP) pode ocorrer devido a causas infecciosas, neoplásicas, trauma, drogas, auto imune, metabólicas e idiopáticas. Quando ocorre em indivíduos hígidos e carecendo de causa melhor definida é rotulada como idiopática. A taxa exata de recorrência após episódio de pericardite idiopática ainda é desconhecida, porém pode ser tão alta quanto 15 a 30%. **Caso clínico:** Paciente do sexo feminino, 48 anos, previamente hígida, apresentou em 2004 sintomas progressivos de dispnéia, dor torácica pleurítica e tosse, que motivaram atendimento médico. Realizou ecocardiograma (ECO) na época que mostrou função ventricular normal, espessamento pericárdico com DP moderado-importante, sem sinais de tamponamento. Não deu continuidade ao tratamento, pois houve melhora sintomática. Em Março de 2009 apresentou novamente os sintomas acima. Realizou ECO: função ventricular normal e grande DP sem sinais de tamponamento. Realizou pericardiocentese e biópsia do pericárdio: Líquido pericárdico: Adenosina-deaminase: 11,5; glicose: 98; proteína: 1,6; LDH: 154; monócitos: 89%; polimorfonucleares: 11%; citometria 1900 e hemácias: 38.500. Ausência de crescimento bacteriano. Biópsia pericárdio: espessamento pericárdico fibroso discreto, sem evidências de infiltrado inflamatório ou neoplasia. Submetida a nova pericardiocentese e foi realizada janela pericárdio-pleural, além de tratamento com AINH e colchicina. Paciente evoluiu com melhora dos sintomas. ECO após procedimentos mostrou função ventricular normal e leve DP. **Conclusão:** A pericardite pode assumir padrão recorrente, sendo importante o acompanhamento destes pacientes. O uso de colchicina parece impedir a recorrência do evento. No presente caso, além da colchicina, a paciente foi tratada com janela pericárdio-pleural, com objetivo de evitar o temido tamponamento cardíaco.

32903

Omentopexia no tratamento da mediastinite: relato de caso

CLÁUDIO LÉO GELAPE, CARLOS CAMILO SMITH FIGUEROA, RENATO BRAULIO, PAULO HENRIQUE NOGUEIRA COSTA, THIAGO VINÍCIUS VILLAR BARROSO, VINÍCIUS EDUARDO ARAUJO COSTA, OTAVIO PENA BRAGA e TIAGO BERNARDO NERY

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

Introdução: a mediastinite pós esternotomia é uma complicação gravíssima da cirurgia cardíaca aberta, ocorrendo entre 0,4% a 5% dos casos. A incidência média nas maiores revisões recentes fica em torno de 1%. A reoperação para desbridamento e drenagem é a regra, acompanhada de prolongada hospitalização para antibioticoterapia e repetidas intervenções cirúrgicas. O uso do omento maior para preenchimento do mediastino anterior apresenta algumas vantagens, como ser um excelente suprimento vascular, ter angiogênese e resistência a infecções.

Métodos: J.M.S., 32 anos, foi submetido em outubro de 2011 ao tratamento de dissecação de aorta ascendente tipo A através do tubo supracoronário. Evoluiu bem recebendo alta naquela ocasião. Em dezembro de 2012, o paciente retorna ao Hospital das Clínicas com queixa de dor retroesternal, febre e prostração, além de emagrecimento. Exames laboratoriais mostraram leucocitose sem desvio e elevação do proteína C reativa. Tomografia computadorizada de tórax evidenciou uma coleção com debris no mediastino médio, lateralmente à protese de aorta, com solução de continuidade para o esterno e pele. Em 21 de dezembro de 2012, o doente foi submetido à esternotomia exploradora, com evidência macroscópica de mediastinite e presença de abscesso apresentando grande quantidade de secreção purulenta. Procedido primeiramente com toaleta intenso da cavidade e desbridamento, o paciente foi submetido à omentopexia, com fechamento usual da cavidade e encaminhado ao CTI.

Resultados: o doente foi extubado 12 horas após o procedimento. 48 horas após, ele teve alta do CTI, sendo então acompanhado na enfermaria. Com uso de antibióticos por três semanas, o paciente evoluiu bem, sem intercorrências, recebendo alta hospitalar um mês depois.

Conclusão: a omentopexia no tratamento para mediastinite pós-operatória associada com antibioticoterapia é uma boa estratégia para o tratamento dessa moléstia, devendo ser utilizada como uma alternativa terapêutica eficaz.

32905

A utilização de stents com "micro rede" pode reduzir eventos em pacientes submetidos à angioplastia primária?

ANTONIO CARLOS MANSUR BEDETI, MATHEUS SIGILIANO CARNEIRO, ANDRÉ LIMA BRITO, GUSTAVO LOBATO ADJUTO, RICARDO WANG, MARIO IVAN MITTA BONILLA e AUGUSTO LIMA FILHO

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

Introdução: A embolização distal é uma das principais complicações no tratamento de lesões trombóticas no infarto agudo do miocárdio (IAM). A piora do fluxo coronariano e da perfusão miocárdica após o implante de stent pode acarretar no aumento da área infartada e da mortalidade. O Stent MGuard possui uma "micro rede" de polietileno tereftalato podendo assim reduzir a embolização distal.

Métodos: Estudo prospectivo, não randomizado, unicêntrico, com 19 pacientes com IAM submetidos à angioplastia primária e implante de stent MGuard no período de fevereiro a novembro de 2012. Não foram incluídos na amostra pacientes em choque cardiogênico e lesões com extensões superiores a 35mm. A tromboaspiração manual e o uso de inibidores da glicoproteína IIb/IIIa ficou a cargo do intervencionista. Eventos cardiovasculares maiores (ECM) foram definidos como morte cardíaca (MC), infarto (IAM) e revascularização da lesão alvo (RLA).

Resultados: Média das idades foi de 57 anos, 15,8% de diabetes. Cerca de 68,4% em Killip I. O fluxo coronariano Timi 0/1 foi encontrado em 63% dos vasos sendo que a coronária direita representou 73,6% de toda a amostra. O diâmetro médio do vaso alvo foi de 3,5mm e a extensão média tratada de 23 mm. Tromboaspiração manual e de inibidores da glicoproteína IIb/IIIa foram utilizados em 21 e 47,3% dos procedimentos respectivamente. Sucesso angiográfico foi obtido em 94,7%. Não houve ECM na fase hospitalar e no seguimento médio de 6 meses.

Conclusão: Neste estudo, o Stent MGuard mostrou segurança e eficácia no tratamento de pacientes com infarto agudo do miocárdio na fase hospitalar e a médio prazo.

32906

Troponina T como biomarcador no diagnóstico e acompanhamento da cardiotoxicidade dos quimioterápicos adjuvantes no câncer de mama: série de casos

FERNANDO CARVALHO NEVENSCHWANDER, DIOGO ANTÔNIO GOMES TIAGO, ADRIANE BOTREL BARATTI, DEBORA MAGALHES DE SOUZA, DANIELA BARRETO LINARES, LUCIANA ALVES RIBEIRO, LEVINDO COSTA CARVALHO FILHO, FERNANDA BARBOSA, THIAGO SANTOS TAVEIRA e GIOVANNI LUIZ MUSSO

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

Fundamentos: Cardiotoxicidade secundária aos quimioterápicos acarreta impacto na qualidade de vida e sobrevida dos pacientes. Pode estar associada à disfunção ventricular esquerda ao diagnóstico. A troponina T demonstra ser um biomarcador eficaz na detecção precoce de alterações cardíacas em relação aos métodos de imagem. O tratamento da cardiotoxicidade com inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) pode reduzir a progressão da perda ventricular.

Objetivos: O objetivo deste estudo é mostrar o papel da troponina T no diagnóstico precoce e no acompanhamento de lesões cardíacas nas mulheres submetidas ao tratamento quimioterápico adjuvante no câncer de mama.

Métodos: Foram incluídas 48 mulheres com diagnóstico histopatológico confirmado de câncer de mama e acompanhadas com dosagem de troponina T pré e pós quimioterapia ao longo dos ciclos. Vinte mulheres foram incluídas no estudo por apresentarem elevação da troponina T.

Resultados: A média da idade das vinte pacientes foi de 56,8 anos. Cinco pacientes já faziam uso de IECA previamente. Uma paciente evoluiu com óbito devido às intercorrências do tratamento oncológico. As outras 14 pacientes evoluíram com queda dos níveis de troponina T após início do IECA. Todas pacientes evoluíram assintomáticas durante o acompanhamento. Comorbidades associadas foram: dez pacientes eram hipertensas, quatro dislipidêmicas, duas estavam em tratamento de insuficiência cardíaca, uma era diabética, uma possuía valvulopatia e uma possuía hipertensão pulmonar.

Conclusão: O uso da troponina T mostrou-se seguro e eficaz na detecção precoce da cardiotoxicidade associada aos quimioterápicos. O IECA mostrou eficácia na redução da progressão da perda da função ventricular esquerda, assim como na recuperação.

32907

Perfil do paciente e do atendimento realizado na linha de cuidados do infarto agudo do miocárdio na unidade coronariana do Hospital das Clínicas de Belo Horizonte.

GLÁUCIA CRISTINA DA SILVA, LUISA C.C. BRANT, BRUNO R NASCIMENTO, JANINE MADUREIRA RODRIGUES, BRENDA CORRÊA DE GODOI, ANDREZZA LUCIENE ESTEVAM, GABRIEL NINO TARONI NAVES, LUIZ RICARDO DE ATAÍDE CASTRO e ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO

Hospital das Clínicas/ Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte., BRASIL.

Introdução: Doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em Belo Horizonte. Para reduzir a mortalidade, é necessário que o paciente receba tratamento imediato e conforme preconizado pelas diretrizes. O objetivo deste trabalho é retratar o perfil clínico e dados do atendimento dos pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) internados na Unidade Coronariana do Hospital das Clínicas (UCO - HC). **Método:** Análise descritiva dos registros de dados dos pacientes internados na UCO - HC, no período de 01/06/2012 a 30/11/2012. **Resultados:** neste período foram internados 243 pacientes, sendo 157 com IAM com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST), 61 com IAM sem supradesnivelamento do segmento ST, e 25 com angina instável. A maioria dos pacientes foram procedentes da região metropolitana (34,6%), hospitais (33,3%) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) (21,2%) de Belo Horizonte; 8,6% são pacientes provenientes do interior de Minas Gerais. Dos pacientes com IAMCSST, 50,3% receberam tratamento trombolítico nas UPA's, destes, 15,1% não apresentaram critérios de reperfusão e foram encaminhados para angioplastia de resgate no HC; 11,5% foram submetidos à angioplastia primária no HC e 38,2% não receberam nenhum tratamento de reperfusão. Dentre as razões para não realizar trombolise, as principais foram: tempo de dor prolongada (10,1%), não identificação do supradesnivelamento do segmento ST no eletrocardiograma (ECG) (7,6%), história de acidente vascular encefálico prévio (2,5%), ausência de trombolítico no local (1,9%) e 15,9% não informaram motivo. Pacientes chegaram ao hospital com mais de 1 hora de dor torácica em 63,6% dos casos. ECG foi feito em menos de 10 minutos (tempo ideal) em 17,3% dos pacientes e 26,2% esperaram mais de 1 hora para a realização do ECG. O tratamento trombolítico foi realizado para os pacientes com IAMCSST no tempo preconizado (até 30 minutos) em 9,3% dos casos e 33,3% apenas depois de 2 horas da admissão. **Conclusão:** O conhecimento do perfil e de dados do atendimento dos pacientes internados com IAM é o primeiro passo para propor medidas para melhoria na rede de cuidado do IAM em Belo Horizonte. Os dados mostram que muitos pontos precisam ser melhorados, dentre eles: educação da população sobre a necessidade da procura imediata por atendimento, educação continuada das equipes das UPA's, maior rapidez na transferência inter-hospitalar, maior disponibilidade do serviço de hemodinâmica para realização das angioplastias.

32908

Endocardite bacteriana: rara apresentação em paciente queimado

DIOGO ANTÔNIO GOMES TIAGO, EPOTAMENIDES MARIA GOOD GOD, MARILDES LUIZA DE CASTRO FREITAS e NATALIA GOMES TIAGO

Hospital João XXIII, BH, MG - Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamentos: Endocardite infecciosa (EI) bacteriana causa alterações nas superfícies endocárdicas. Pode apresentar sintomas inespecíficos, febre sem foco definido e septicemia grave. Possui baixa incidência em pacientes queimados (0,6% a 1,3%), por isso, é pouco diagnosticada, mal tratada e resulta em alta mortalidade (95,3%). **Métodos/ Objetivos:** Relatar o caso de um paciente com EI bacteriana após queimadura térmica.

Relato do caso: Paciente AGX, 59 anos, hipertenso, diabético não insulino dependente e etilista foi admitido em unidade de internação para queimados de um hospital público três dias após queimadura térmica em acidente doméstico. Apresentava queimaduras de segundo e terceiro graus em braço direito correspondendo a 4,5% da superfície corporal queimada (SCQ). Com dez de internação foi realizado o desbridamento da área queimada. Quatro dias após o procedimento evoluiu com insuficiência respiratória aguda e sepsis grave sendo transferido à unidade de tratamento intensivo (UTI). Cinco dias após a admissão na UTI foi encontrado sopro sistólico regurgitativo em foco mitral. Realizado ecocardiograma transesofágico (ECO-TE) com vegetação de 24,7 x 15,8 milímetros basculante entre as cavidades esquerdas, aderida ao folheto anterior da valva mitral, insuficiência mitral aguda grave e ruptura de cordão tendíneo com função sistólica preservada. Aparentada troca valvar, porém a substituição não possuía equipe cirúrgica adequada ao procedimento nem foi possível a transferência inter-hospitalar. Evoluiu com insuficiência cardíaca aguda, insuficiência renal aguda não dialítica, ventilação mecânica prolongada com necessidade de traqueostomia e desmame difícil, além de sequelas neurológicas e múltiplas infecções (pulmonar, urinária e intestinal). ECO-TE de controle com redução dos diâmetros da vegetação. Durante toda a internação apresentou *S. aureus* nas hemoculturas. Fez uso inicial de oxacilina e gentamicina seguidos de antibióticos de largo espectro posterior. Após 132 dias de internação evoluiu com óbito após novo choque séptico.

Conclusão: EI deve estar presente no diagnóstico diferencial de sepsis no paciente queimado independente da SCQ. A suspeição inicial de EI é fundamental para a conduta adequada e modificação da evolução desfavorável.

32909

Miocardioptia periparto – relato de caso

SANTOS, M A B, SILVA, GF, FRANCO, M R e OLIVEIRA, L F L

Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente, SP, BRASIL.

Introdução: A miocardioptia periparto (MP) é uma miocardioptia dilatada que afeta mulheres sem cardiopatias prévias, entre o último mês de gestação e 5 meses de puerpério.¹ Sua incidência varia de 1 caso a cada 2000 a 4000 nascimentos.² Fatores de risco incluem idade materna avançada, multiparidade, obesidade, uso de drogas, raça negra, eclampsia e preeclâmpsia.^{3,5} Sua patogenia é desconhecida² tendo hipóteses como processo inflamatório, infecção viral e resposta autoimune.^{3,6} Os sintomas são semelhantes aos de outras disfunções cardíacas sistólicas, sendo seu tratamento similar ao das demais cardiomiopatias dilatadas, com uso de IECA, diuréticos e betabloqueadores.⁸ Apenas 50% das mulheres afetadas apresentam recuperação completa da função cardíaca. O restante permanece com disfunção sistólica progressiva e evoluem para transplante cardíaco ou morte.⁷ **Material e Métodos:** Revisão de prontuário, descrição do caso e revisão bibliográfica em banco de dados. **Resultados:** É relatado o caso de uma paciente de 26 anos, portadora de asma, primípara, parda, em 30º dia de puerpério de parto cesária, com dispnéia intensa, aos mínimos esforços, progressiva, sem febre ou tosse. Ao exame apresentou estabilidade hemodinâmica, turgência jugular, taquidispnéia, com broncoespasmo difuso e Sat O₂ de 60%. Recebeu tratamento inicial para broncoespasmo. Não apresentou melhora do quadro e optou-se pela intubação orotraqueal. Evoluiu com choque cardiogênico, necessitando de drogas vasoativas e internação em UTI, onde apresentou 4 paradas cardiorrespiratórias revertidas, e dificuldade de desmame ventilatório. Formulada hipótese de MP, foi realizado ecodopplercardiograma (Eco) que mostrou fração de ejeção (FE) de 41,6% e derrame pericárdico moderado. Iniciado tratamento com furosemida, captopril e espironolactona. Novo Eco evidenciou FE de 22,6% com derrame pericárdico leve, disfunção sistólica e diastólica do ventrículo esquerdo. Eco do 23º dia admissão mostrou FE de 64% e melhora da função cardíaca. **Conclusão:** A MP é uma doença rara, grave, com elevada taxa de morbimortalidade. Seus sintomas são semelhantes aos sintomas fisiológicos do final da gravidez e início do puerpério, o que atrasa e, as vezes, impossibilita seu diagnóstico.⁸ Neste caso, os sintomas foram inicialmente atribuídos à asma, dificultando o diagnóstico. Concluímos que o rápido diagnóstico e tratamento são fundamentais para reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida e prognóstico das pacientes.

32910

Flutter atrial com eletrocardiograma de difícil interpretação: um relato de caso

ANA BEATRIZ POSSA DE ABREU, CLAUDIA CHAVES MENDONÇA, MARIA AUGUSTA GOLLNER DUARTE, ROBERTA NOGUEIRA FURTADO FERREIRA, TALITA GONCALVES PEREIRA DE SOUZA e AFONSO CELSO DE ABREU

Suprema/FCMS-JF, Juiz de Fora, MG, BRASIL - Santa Casa de Misericórdia de Lavras, Lavras, MG, BRASIL - Dermacor, Lavras, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: O Flutter atrial (FLA) é uma taquiarritmia supraventricular, caracterizada pela presença de ondas F ("aspecto serrilhado") no eletrocardiograma (ECG). É melhor observado nas derivações inferiores (D2, D3 e aVF) e septais (V1, V2), com frequência atrial em torno de 300 bpm e com resposta ventricular variável. O tipo de resposta ventricular mais comum é o 2:1, com frequência cardíaca em torno de 150 bpm, porém pode apresentar-se de forma irregular, se ocorrer bloqueio variável da condução atrioventricular (3:1, 4:1). A apresentação clínica varia de paciente assintomático à presença de palpitação, dispnéia aos esforços, fadiga, precordialgia, surgimento ou agravamento de insuficiência cardíaca e raramente parada cardíaca (PC). Pode ser precipitado por quadros de exacerbação de doença pulmonar, pós-operatório de cirurgia cardíaca ou torácica ou por infarto agudo do miocárdio. **RELATO DE CASO:** PVC, 71 anos, masculino, leucodermo. Sabidamente portador de cor pulmonale crônico, secundário à tromboembolismo pulmonar. História patológica pregressa de fibrilação atrial revertida com medicação em 08/11. Admitido no dia 27/11/12 no pronto socorro da Santa Casa de Misericórdia de Lavras-MG cianótico, inconsciente, pulso ausente, após ser encontrado desacordado em casa. Ao exame, PA 80x40mmHg, FC 129bpm, ECG sugestivo de taquicardia ventricular (TV) ou bloqueio de ramo esquerdo (BRE). Encaminhado ao CTI para estabilização hemodinâmica. ECG subsequente com características de FLA 3:1 em 28/11/12. No dia 29/11/12 paciente com ritmo de FLA estável hemodinamicamente. Tratamento com amiodarona endovenosa (EV) com evolução para padrão da arritmia de FLA 2:1. Realizada cardioversão no dia 30/11/12 (50J seguido de 100J) com retorno ao ritmo sinusal e uso de amiodarona. Ritmo sinusal mantido até alta em 05/12/12. **CONCLUSÃO:** Pacientes com FLA e instabilidade hemodinâmica (hipotensão, IC, angina e PC) devem ser tratados com cardioversão elétrica sincronizada imediata. Nos casos de estabilidade hemodinâmica, a terapia inicial deve ser direcionada para o controle da resposta ventricular (drogas cronotrópicas negativas e de ação nodal AV) e posterior reversão específica da arritmia. No caso relatado, a conduta ideal seria a cardioversão elétrica imediata, porém optou-se pelo uso da amiodarona EV, até esclarecimento da arritmia, por dificuldade diagnóstica do ECG de apresentação.

32913

Reperusão tardia pode trazer benefício a função ventricular? Relato de Caso.

ANTONIO CARLOS MANSUR BEDETI, MARCUS VINCIUS DE FREITAS MOREIRA, RICARDO WANG, GUSTAVO LOBATO ADJUTO, MARIO IVAN MITTA BONILLA, MATHEUS SIGILIANO CARNEIRO e AUGUSTO LIMA FILHO

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

No infarto agudo do miocárdio reduzir o tempo de isquemia com início rápido da terapia de reperusão são os principais objetivos para preservação da função ventricular. Mas infelizmente, este tempo de isquemia pode ser prolongar e levar a lesão cardíaca irreversível. Paciente 48 anos, tabagista, hipertensa, com quadro de dor precordial súbita com irradiação para membro superior esquerdo e dorso associado a sudorese, náusea e vômito. Após 12 horas sem melhora procurou assistência na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) sendo feito o diagnóstico de infarto anterior extenso. A equipe da UPA optou por não iniciar trombolítico e transferir para Santa Casa. A paciente foi admitida, já com 14 horas de evolução, mas ainda sintomática com precordialgia, congestão pulmonar (Killip II) e manutenção de supra ao ECG optamos por encaminhá-la a hemodinâmica para cineangiocoronariografia que mostrou: Artéria descendente anterior (DA) ocluída na porção média com colateral grau 1, coronária direita (CD) com obstrução importante na porção média e ventrículo esquerdo com acinesia anterior. Imediatamente realizamos angioplastia com implante direto de stent em DA com regressão completa da obstrução e reperusão plena do vaso (fluxo TIMI III). A paciente apresentou melhora completa da dor e regressão entre 50-70% do supra ao ECG. Durante a internação na UTI, a paciente evoluiu sem intercorrência até 72h quando apresentou novo desconforto precordial e alteração da repolarização ventricular em parede inferior sendo encaminhada a hemodinâmica para novo estudo hemodinâmico que mostrou DA com resultado mantido, CD com obstrução importante e completa recuperação da função ventricular. Sendo realizado angioplastia com stent para CD com sucesso. Paciente evoluiu sem intercorrências recebendo alta em 4 dias. Neste relato, apresentamos um caso de reperusão tardia com completa recuperação da função ventricular.

32914

Abordagem comparativa do tratamento medicamentoso e não medicamentoso na redução da pressão arterial

MARCOS VINICIUS MENDES BARROSO, LAIS GOSELING LEITE, CAROLINE MARIA MAMELUQUE E SILVA, EMANUELLE SOUZA FIGUEIREDO, ANA LUIZA SILVEIRA, MARIA ALICE RAMIRES MENDES, LORENA CALDEIRA CORDEIRO e JOAO RICARDO CARVALHO DE MATOS

Faculdades Integradas Pitágoras, Montes Claros, MG - Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG - Funorte, Montes Claros, MG, BRASIL.

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) acomete cerca de 17 milhões de brasileiros de diversas faixas etárias. É determinada pela elevação sustentada da pressão arterial que está associada à obesidade, alto consumo de sal, álcool, atividade física e tabagismo.

Método: Trata-se de uma revisão de literatura de caráter descritivo e comparativo, em que se aborda o caráter do tratamento farmacológico e do tratamento não farmacológico na diminuição da pressão arterial em indivíduos hipertensos.

Discussão: Dentre os fatores de risco da doença se enquadram: o excesso de peso, responsável por 20% a 30% dos casos, o alto consumo de sal cuja influência varia individualmente, sedentarismo e a ingestão de álcool que se associa ao índice de mortalidade cardiovascular bem como o tabagismo. A terapia farmacológica e não medicamentosa busca diminuir a pressão arterial, lesões em órgãos-alvo e doenças cardiovasculares. Há evidências de redução aproximada na pressão arterial de 5 a 20 mmHg para cada 10 kg perdidos e de 8 a 14 mmHg com adoção de dieta rica em frutos, vegetais, alimentos pouco calóricos e pouco gordurosos. A redução do consumo de sal (até 5g/dia) diminui a pressão em cerca de 2 a 8 mmHg, sendo que para a moderação da ingestão de álcool (30g/dia para os homens e 15g/dia para as mulheres) os valores são de 2 a 4 mmHg. A prática regular de atividade física aeróbica por 30 minutos pelo menos 3 vezes/semana ou diariamente também reduz os valores que foram aproximadamente de 4 a 9 mmHg.

Conclusão: Ressalta-se a importância do tratamento não farmacológico em relação ao tratamento farmacológico, uma vez que a mudança do hábito de vida e a prática de atividade física em alguns casos possui capacidade maior de reduzir a pressão sistólica e diastólica que os anti-hipertensivos.

32922

Tratamento Percutâneo da presidência da Veia Cava Superior Esquerda em átrio esquerdo

EDMUNDO CLARINDO OLIVEIRA, JULIANA OLIVEIRA CAMPOS DOS SANTOS, MARCO ANTÔNIO MOURA e JOSE AUGUSTO ALMEIDA BARBOSA

HCUFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A persistência da veia cava superior esquerda (PVCSE) ocorre em 0,3 a 0,5% da população geral e em 1,5 a 10% entre os portadores cardiopatias congênitas. Geralmente drena em seio coronário sem causar sintomas. VCSE drenando em átrio esquerdo é uma doença rara representando 8% dos casos de VCSEP (~0,04% da população geral). Os pacientes podem apresentar diminuição da saturação sistêmica de oxigênio com sintomatologia variada. Além disso, poderá ser responsável por embolia sistêmica e causar dúvidas na interpretação de instauração persistente após correção de cardiopatias congênitas, quando esse diagnóstico não for conhecido. **Objetivo:** Relatar um caso, de PVCSE em átrio esquerdo em uma paciente com dispnéia aos médios esforços e instauração sistêmica, de causa até então desconhecida. **Relato do caso:** Paciente 52 anos, cansaço aos médios esforços e SPO₂ = 90% em repouso, com diminuição para 85% com esforço. Realizado vários exames (TC, cintilografia pulmonar, Ecocardiograma, exames de sangue, provas e função pulmonar que foram normais). Diante disso ela foi encaminhada para a avaliação cardiológica. Exceto pela baixa saturação, o exame físico, ECG foram normais. Solicitado ecocardiograma com teste de microbolhas com injeções em ambos os braços. O teste foi francamente positivo quando injetado em braço esquerdo. A paciente foi encaminhada para cateterismo cardíaco, sendo confirmada a presença de VCSEP drenando em átrio esquerdo. Com essa confirmação foram realizadas medidas de pressões e feito angiografias com e sem oclusão temporária com balão da parte proximal da mesma. Após confirmação de que havia comunicação com a veia cava superior direita e de que a pressão venosa mantinha em níveis normais com a oclusão, a mesma foi ocluída com prótese utilizada para fechamento de PCA. Houve normalização imediata da saturação de oxigênio que tem sido mantido há mais de três anos. **Discussão e conclusões:** PVCSE em átrio esquerdo é uma anomalia rara, que pode ser responsável por instauração de oxigênio, sintomas relacionada a isso, Embolia sistêmica e ser causa de confusão na interpretação de baixa saturação sistêmica de oxigênio no pós-operatório de correção de cardiopatias congênitas. Geralmente a oclusão percutânea pode ser realizada de forma segura, alto índice de sucesso e com baixa morbidade.

32923

Mudanças nos parâmetros de Variabilidade da Frequência Cardíaca em resposta ao treinamento físico em pacientes com miocardiopatia chagásica

BRUNO R NASCIMENTO, MARCIA M O LIMA, MARIA D C P NUNES, MANOEL O C ROCHA, MARIA C N ALENCAR, HENRIQUE S COSTA e ANTONIO L P RIBEIRO

Depto. de Clínica Médica / Faculdade de Medicina da UFMG, BH, MG - Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias / HC-UFMG, BH, MG - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, BRASIL.

Introdução: A variabilidade da frequência cardíaca (VFC) é proposta como um marcador de gravidade da disfunção autonômica na miocardiopatia chagásica (MPC). Os efeitos do treinamento físico sobre seus parâmetros não são bem estabelecidos. Nosso objetivo foi avaliar as mudanças nos parâmetros da VFC em resposta ao treinamento físico em pacientes com MPC. **Métodos:** Os pacientes tinham diagnóstico sorológico de doença de Chagas, com disfunção do ventrículo esquerdo (VE), sem comorbidades associadas ou marcapasso. Os já fisicamente ativos foram excluídos. 40 pacientes foram randomizados entre os grupos inativo (GI) e de treinamento (GT). 39 completaram o estudo. O GT participou de um programa de exercícios: 3 sessões por semana por 12 semanas, consistindo de: 15 min. de aquecimento, caminhada de até 30 min., 15 min. de desaquecimento. Todos os pacientes fizeram ECG de repouso e Holter 24h no início e ao final do estudo. **Resultados:** A idade média foi de 49,5 ± anos, 59% homens, fração de ejeção média do VE de 36,3 ± 7,8%. Ao ECG de repouso, não houve diferença (GI x GT) na FC basal (64,6 ± 11,8 x 57,0 ± 9,5 bpm, p = NS), duração do QRS (125 ± 29 x 137 ± 27 ms, p = NS) e intervalo QTc (437,0 ± 30,8 x 451,4 ± 33,0 ms, p = NS). O intervalo PR foi mais longo no GT (176 ± 41 x 195 ± 31 ms, p = 0,034). Ao Holter 24h, a FC basal foi mais baixa no GT: (67,7 ± 7,7 x 61,8 ± 7,3 bpm, p = 0,04), mas o número de extrassístoles ventriculares (1763 ± 2364 x 2268 ± 3236, p = NS) e de taquicardias ventriculares não-sustentadas (5,7 ± 15,2 x 9,7 ± 22,9, p = NS) não foi diferente. Modificações nos parâmetros do ECG e do Holter foram similares entre os grupos. O único parâmetro basal de VFC que teve tendência à diferença entre grupos foi o SDNN (126,4 ± 31,3 x 160,3 ± 55,5 ms, p = 0,08). A variação média (pós - pré) dos parâmetros de VFC foram similares entre os grupos: SDNN (11,5 ± 29,9 x -5,4 ± 25,3 ms, p = 0,165), rMSSD (5,4 ± 20,6 vs. -4,0 ± 29,0 ms, p = 0,44), TP (3478 ± 7890 x 083 ± 3468 Hz, p = 0,46), VLFP (907 ± 3535 x 819 ± 1918 Hz, p = 0,97), LFP (249 ± 977 x -15 ± 307 Hz, p = 0,89), exceto pelo HFP, que tendeu a uma menor variação no GT (230 ± 1425 x 161 ± 388 Hz, p = 0,052). **Conclusão:** o treinamento físico não alterou os parâmetros de VFC em pacientes chagásicos com disfunção de VE. Houve uma tendência à menor variação HFP no grupo de treinamento. A literatura propõe que o benefício clínico das atividades físicas na MPC seja independente dos parâmetros de VFC.

32924

Progressão da doença coronariana em artérias nativas medida pelo ultrassom intra-coronariano: revisão sistemática e meta-análise

BRUNO R NASCIMENTO, FÁBIO N DEMARQUI, MARCOS R SOUSA, DANIEL S C QUEIROZ, MILENA S MARCOLINO, ERIC BOERSMA, GIUSEPPE B ZOCCAI, ANTONIO L P RIBEIRO e MARCO A A COSTA

Depto. de Clínica Médica / Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Serviço de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular / HC-UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Case Western Reserve University, Cleveland, E.U.A.

Introdução: Muito esforço tem sido feito para se entender os mecanismos e para se desenvolver terapias para prevenir a progressão da aterosclerose. O ultrassom intravascular (IVUS) tem sido amplamente utilizado para avaliar a progressão de placa coronariana em resposta a terapias, mas não há análises sistemáticas de dados agrupados com foco em seu padrão de progressão. **Objetivo:** Investigar o padrão de progressão temporal do volume de placa coronariana agrupando dados de estudos clínicos prospectivos que utilizaram IVUS seriado. **Métodos:** Uma busca sistemática no Medline foi realizada com 6 combinações de termos MeSH incluindo: "plaque", "progression" and "regression" para identificar estudos em inglês e espanhol que avaliaram progressão volumétrica de placa ao IVUS, em pelo menos 2 pontos no tempo, publicados até Set/2012. Os braços dos estudos foram agrupados, e um modelo de regressão multivariada foi ajustado (comparação indireta/modelos lineares mistos), considerando a mudança percentual do volume de placa (%PVC) como resposta, e o tempo de seguimento (FU) e outros fatores de risco relevantes como variáveis independentes. **Resultados:** A busca retornou 1451 títulos; 193 resumos e 42 artigos permaneceram após seleção por pares, totalizando 10169 pacientes em 86 braços (24 controles e 62 tratamento), com FU médio de 16,3 (0,6 a 36) meses. 24 estudos envolveram estatinas; houve regressão significativa da placa em 34 braços (39,5%), e progressão em apenas 7. Na análise univariada (todos os braços agrupados), não houve associação linear entre %PVC e tempo de FU ($\beta = -0,384$, $p = 0,563$) e houve associação significativa entre uso de estatina e variação do LDL (Δ LDL) com %PVC ($\beta = -3,848$, $p = 0,008$ and $\beta = 2,235$, $p = 0,002$). Considerando os braços controle, apenas o LDL basal se associou com %PVC. Na análise multivariada, também não se demonstrou associação linear entre tempo de FU e %PVC ($\beta = 0,351$, $p = 0,696$). As variáveis associadas com %PVC foram também o uso de estatina e o Δ LDL ($\beta = -5,099$, $p = 0,022$ e $\beta = 2,045$, $p = 0,035$). Entre os braços controle, nenhuma das variáveis (análise multivariada) se associou com %PVC. **Conclusão:** Parece não haver associação linear entre %PVC e tempo de FU (com achados similares para os braços controle), sugerindo que a evolução da aterosclerose não seja linear em uma população de risco moderado a alto, em um período médio de 16,3 meses. O uso de estatinas e o Δ LDL tiveram associação negativa significativa com a progressão da placa.

32926

Revisão quanto a indicação do Ácido Acetilsalicílico na prevenção primária de eventos cardiovasculares

EDUARDO GIBSON PARAISO, PEDRO GIBSON PARAISO, LEONARDO MOREIRA CARVALHO, JULIANA DEL DEBBIO ZICA, DECIO FONSECA DE FREITAS, IGOR MURTA MEGALI ABREU, LAYSA BARBOSA DE OLIVEIRA, THIAGO NEVES DA ROCHA REIS e PEDRO ROUSSEFF

UNIBH, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Segundo o Ministério da Saúde as doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração são as duas principais causas de morte da população, sendo o acidente vascular cerebral (AVC) causa de 10% do total de óbitos e as cardiopatias isquêmicas 9,6%. O ácido-acetilsalicílico (AAS) tem sua importância estabelecida na prevenção secundária dessas doenças, no entanto, ainda não há consenso sobre o seu benefício na prevenção primária das mesmas. Sendo assim, é de grande importância elucidar a vantagem do seu efeito antitrombótico em determinados grupos populacionais na prevenção primária. **Métodos:** Foi realizada revisão bibliográfica incluindo meta-análises, guidelines e UPTODATE na base de dados online: Scielo, Pubmed e Circulation. Foram utilizadas as seguintes palavras chaves: AAS, primary prevention, stroke e cardiovascular disease. **Resultados:** Até o momento sabe-se que o uso do AAS na prevenção primária é responsável por uma redução no risco de AVC, principalmente em mulheres (Women's Health Study, 2005), e infarto agudo do miocárdio (IAM), em homens. Ambos os sexos são expostos aos efeitos adversos de sangramento gastrointestinal e AVC hemorrágico na mesma proporção. Já meta-análises como Samuwanathan et al. e Herbert et al. encontraram redução entre 30-32% do risco de IAM na população estudada em geral, enquanto não identificaram redução significativa no risco de AVC. De acordo com o score de Framingham, mais de 20% dos pacientes classificados com alto risco para desenvolver doença arterial coronariana estão sujeitos a desenvolver IAM ou evoluir a óbito em menos de 10 anos. Sendo este grupo o público-alvo para iniciar a terapia com o AAS em busca de uma prevenção primária benéfica. Estudos realizados com pacientes diabéticos não possuem resultados estatisticamente relevantes quanto ao uso do AAS quando comparados a pacientes não diabéticos, mesmo sendo esses classificados como alto risco segundo o score. Porém, indicam uma tendência à redução do risco de se desenvolver eventos cardiovasculares, principalmente em mulheres. **Conclusão:** Os estudos evidenciam a eficácia do AAS na prevenção primária dos eventos cardiovasculares em pacientes de alto risco selecionados. Após avaliar estudos quanto a relação risco/benefício que a droga apresenta, o maior desafio será determinar o perfil do paciente que se beneficiará ao máximo do efeito antitrombótico do AAS com efeitos colaterais mais brandos.

32927

Implante de bioprótese aórtica por catéter em pacientes com disfunção de prótese biológica: técnica de "valve in valve"

MARCOS ANTONIO MARINO, FERNANDO ANTONIO ROQUETE REIS FILHO, RONALD DE SOUZA, MAURO ISOLANI PENA, ALEXANDRE J. VON SPERLING VASCONCELLOS, ROBERTO JOSE DE QUEIROZ CREPALDI, LUIS EDUARDO DINIZ COUTO, RODRIGO DE CASTRO BERNARDES, WALTER RABELO e ROBERTO LUIZ MARINO

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO Dentro do grupo de pacientes candidatos ao Implante de Bioprótese Aórtica por Catéter (TAVI) há um subgrupo daqueles submetidos previamente à troca valvar aórtica biológica com prótese disfuncionante que poderiam se beneficiar do procedimento, evitando riscos relacionados à cirurgia convencional. Dados do Registro Brasileiro de Implante de Bioprótese Aórtica por Cateter apontam 12 casos utilizando a prótese *Edwards-Sapien* pela técnica conhecida como "valve in valve" ou (viv-TAVI). Destes, 02 casos foram realizados em nosso serviço. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de dois casos com viv-TAVI, realizado em um Hospital terciário, referência no tratamento das doenças cardiovasculares de alta complexidade da região metropolitana de Belo Horizonte. **CASO 01:** EDJ, sexo masculino, 87 anos, portador de DM, IRC (CICr=35,6mL/min), DAC (02 ATC prévia). Substituição de valva aórtica biológica há 10 anos, quadro atual de ICC NYHA III. EuroScore II=25,22% e STS Score 10,9%. **Ecodoppler cardiograma pré procedimento:** FE=66%, DDVE=71mm, Gradiente Aórtico 62 (33); Regurgitação aórtica grave e mitral leve/moderada. Espessura septo 11mm e parede posterior =10mm. PSAP=44mmHg. **Submetido no dia 21/05/2012 ao viv-TAVI utilizando a prótese Edwards-Sapien n°23. Ecodoppler cardiograma pós procedimento (03/01/2013):** FE=50,94%, Gradiente Aórtico 39 (21); Regurgitação aórtica leve/moderada e mitral leve. Ausência de "leak" paraprótico ou regurgitação residual. PSAP=30mmHg. **Seguimento 11 meses:** Quadro atual ICC NYHA II. **CASO 02:** WBR, sexo masculino, 82anos, portador de IRC não dialítica (CICr=29,9 mL/min), troca valvar aórtica biológica em 1994 e 2007 sendo esta com CRVM. MPD desde 2002. Doença carotídea (estenose moderada 50-69%) na artéria Carótida Interna Direita. EuroScore II=27,76% e STS Score 36,8%. Quadro atual ICC NYHA IV. **Ecodoppler cardiograma pré procedimento:** FE=43%, DDVE=60mm, Gradiente Aórtico 37 (20); Regurgitação aórtica moderada/grave e mitral leve. Espessura septo 15mm e parede posterior =15mm. PSAP=44mmHg. **Submetido no dia 14/01/2013 ao viv-TAVI utilizando a prótese Edwards-Sapien n°23. Ecodoppler cardiograma pós procedimento (15/01/2013):** FE=40%, Gradiente Aórtico 37 (20); Regurgitação protética central leve. Ausência de "leak" paraprótico ou regurgitação residual. PSAP=35mmHg. **Seguimento 03 meses:** Quadro atual ICC NYHA II. **CONCLUSÃO** O viv-TAVI pode ser realizado com sucesso em pacientes com elevado risco cirúrgico em centros com experiência.

32928

Complicação rara de Ecocardiografia com Stress Farmacológico na fase de recuperação - Síndrome Coronariana Aguda com Supra ST de parede anterior em paciente com Angina Instável de baixo risco

LIVIA M A S, MARIANA R S F, RODRIGO K C, MURILO A S, MAGNO F M B F, DANIEL A M, ANTONIO D A D, JOSE R S J, RAFAEL F G e AROLD O B A J

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL.

OBJETIVO: Relatar o caso de paciente submetida a Ecocardiografia com Stress Farmacológico (ESF) que apresentou síndrome coronariana aguda com elevação do segmento ST (SCA SST) como complicação. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 68 anos, hipertensa, com história de precordialgia do tipo aperto, de forte intensidade, irradiando para MSE, iniciada ao repouso, que durou 10min e cedeu espontaneamente, sem sintomas associados. Procurou atendimento médico e foi internada na Unidade de Dor Torácica. Iniciado tratamento medicamentoso para coronariopatia, solicitados marcadores de necrose miocárdica, eletrocardiogramas (ECG) seriados, raio-x de tórax e ecocardiografia transtorácica de repouso (sem alteração segmentar da contratilidade ventricular – ASCVE e função sistólica preservada), sendo feito diagnóstico de Angina Instável estratificada em baixo risco pelos escores TIMI (2 pontos) e GRACE (73 pontos). Indicado então estratificação não-invasiva com ESF após 72h sem eventos cardiovasculares. Durante exame: paciente atingiu pico do stress sem intercorrências com frequência cardíaca submáxima de 130bpm após 20µg de Dobutamina e manobra de Hand Grip. Na fase de recuperação, após 1mg de metoprolol, paciente apresentou bigeminismo e um episódio de taquicardia ventricular não sustentada, ASCVE na parede anterior e redução da fração de ejeção (déficit sistólico moderado a importante), seguido por SST na parede anterior, dor precordial tipo B e crise hipertensiva (PA=220x110mmHg). Administrados Nitroglicerina, Metoprolol e Morfina endovenosos (paciente já em uso de enoxaparina terapêutica, AAS e clopidogrel); encaminhada para cineangiocoronariografia de urgência devido a persistência de ASCVE, apesar da melhora da precordialgia. Evidenciado lesão importante em segmento proximal de artéria coronariana descendente anterior, realizado angioplastia com stent convencional sem intercorrências e fluxo TIMI III ao final do procedimento. ECG controle sem área inativa, com melhora do SST e marcadores de necrose miocárdica negativos. **CONCLUSÃO:** O ESF é um excelente método utilizado para avaliar isquemia miocárdica com alta sensibilidade e especificidade. Mesmo sendo considerado de baixo risco, algumas complicações podem ocorrer, como dor precordial, arritmias, hipotensão, hipertensão e isquemia A isquemia miocárdica com elevação do segmento ST é extremamente rara (relato de casos - incidência de 0,1%) e geralmente ocorre na fase de recuperação do ESF.

32929

Fístula Aorto-entérica primária - Relato de caso

LIVIA M A S, MARIANA R S F, RODRIGO K C, MURILO A S, MAGNO F M B F, DANIEL A M, ANTONIO D A D, JOSE R S J, RAFAEL F G e AROLD O B A J

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, BRASIL.

OBJETIVO: Relatar o caso de um paciente com fístula aorto-entérica primária (FAEP). As fístulas aorto-entéricas (FAE) podem ser definidas como uma comunicação anormal entre a aorta abdominal e uma alça intestinal. Podem ser classificadas como primárias ou secundárias, sendo as primárias extremamente raras e na maior parte dos casos associadas a aneurisma de aorta abdominal (AAA). **RELATO CASO:** Masculino, 75 anos, hipertenso, coronariopata, ex-tabagista, deu entrada em serviço de emergência, com história de dor abdominal de forte intensidade, tipo queimação, localizado em região de epigástrico, contínua, associada a diarreia tipo dismotilidade, de início há 1 mês. Relatava ainda anorexia há aproximadamente 30 dias, associada a náuseas e vômitos, com perda ponderal de 8Kg. Negava alterações do hábito intestinal. Ao exame físico apresentava-se emagrecido e hipocorado. Massa palpável pulsátil, dolorosa a palpação em região de epigástrico, sem sinais de irritação peritoneal. Em exames de imagem observado em ultrassonografia de abdome presença de AAA com diâmetro máximo de 9,5 cm sem evidências de ruptura, a endoscopia digestiva alta revelava em esôfago a presença de uma esofagite e estômago com grande quantidade de líquido de estase e duodeno com abaulamento de parede anterior de bulbo e segunda porção duodenal, com diminuição importante do lúmen intestinal, sugestivo de compressão extrínseca. A tomografia do abdome mostrava AAA em porção infra-renal estendendo-se para a ilíaca esquerda com diâmetro interno de 4,0x4,4cm e 9,5cm externo, havendo trombo intramural adjacente, aorta abdominal ateromatosa. Durante investigação o paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica e choque refratário, sem que se objetivassem perdas hemáticas externas, sobrevivendo o óbito, na ausência de condições clínicas que permitissem abordagem laparotômica de urgência. **CONCLUSÃO:** Apesar de rara, a FAEP é uma condição temida em pacientes com AAA. O diagnóstico requer um elevado índice de suspeição, devendo ser sempre considerado no diagnóstico diferencial de massa abdominal pulsátil, sangramento gastrointestinal e dor abdominal. Apresenta alto índice de mortalidade sendo o diagnóstico frequentemente apreendido post mortem, por ocasião de necropsia. À necropsia foi constatado AAA medindo 10x12cm de diâmetro associado a aterosclerose importante, presença de trombo mural e FAE 3,0cm de diâmetro em comunicação com 3ª porção do duodeno.

32932

Valva aórtica quadrialvular

DANIEL ROCHA RABELO, SAVIO HENRIQUE DIAS, EDSON EVANGELISTA MARQUES NETO, LUCIANA RABELO ARAUJO, SÉRGIO JUNIO DOS SANTOS, DÉBORA VILELA CUNHA, FERNANDO COSTA MUNDIM, BRUNO ALVES CORREIA LIMA, MICHELLE MARTINS ABRAHÃO e NEIFFER NUNES RABELO

Faculdade Atenas, Paracatu, MG, BRASIL.

Valva aórtica quadrialvular é um achado raro, geralmente detectado pelo ecocardiograma transtorácico (ECO), com incidência entre 0,008 e 0,033% podendo aparecer como uma anomalia congênita isolada ou estar associada a outras malformações, como as anomalias das artérias coronárias. Os primeiros casos relatados basearam-se em achados necroscópicos, aortográficos ou perioperatórios. Mais recentemente, a ecocardiografia possibilitou o diagnóstico precoce de valva aórtica com quatro válvulas além da avaliação da função da valva e o acompanhamento do paciente.

Objetivo: Relatar um caso de valva aórtica quadrialvular diagnosticada pelo ECO, e sua evolução ao longo de 32 anos.

Caso: F.N.S. 59 anos, sexo masculino, deu entrada no consultório de cardiologia para exames de rotina, sem nenhuma queixa. Exame físico não demonstrava nenhuma alteração significativa na época, sendo observado ao ECO câmaras cardíacas de dimensões normais, boa função biventricular e valva aórtica quadrialvular, normofuncinante. Foi orientado apenas a acompanhamento clínico, com realização de ECO bianual.

Paciente evoluiu ao longo dos anos com progressiva degeneração e estenose da valva aórtica, sem sintomatologia até o ano de 2012, onde apresentou episódio de síncope, sendo observado ao ECO estenose importante (gradiente máximo de 96,4 mmHg e médio de 44,3 mmHg). Foi indicado troca valvar cirúrgica, apresentando boa evolução até os dias atuais.

Conclusão: Valva aórtica quadrialvular é uma anomalia congênita rara, com grande potencial para evoluções desfavoráveis já que 74,7% evoluem para regurgitação valvar e 8,4% para estenose como o caso relatado. Os pacientes devem ser cuidadosamente examinados, sendo de suma importância o seguimento muito próximo com exame clínico e ecocardiograma periódicos.

32933

Angina Instável seguido de isquemia mesentérica em paciente com hipertireoidismo

JOSE EDUARDO DE LIMA BORRELLI FILHO, TULIO TORRES VARGAS e LARISSA CHAVES NUNES DE CARVALHO

Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG, BRASIL.

É conhecida a relação das doenças cardiovasculares com as alterações tireoideanas, que podem influenciar diretamente os fatores que determinam o consumo de oxigênio pelo miocárdio, mesmo na ausência aparente de doença cardíaca. Respondem por cerca de 5% dos casos de *angina pectoris* e aumentam o número de arritmias cardíacas, principalmente a fibrilação atrial onde ocorre a formação de trombos, e consequentemente tromboembolismos. No entanto, não há descrições na literatura da relação simultânea entre hipertireoidismo, angina pectoris e isquemia mesentérica.

Os autores relatam o caso de uma paciente idosa admitida no Pronto Atendimento apresentando-se desidratada, com sinais e sintomas de choque, abdome atípico e eletrocardiograma sem alterações. Era diabética e portava exame laboratorial recente, evidenciando hipertireoidismo, ainda sem tratamento. Após internação em enfermaria, apresentou episódios de *angina pectoris* em repouso. O eletrocardiograma apresentou infradesnível descendente de segmento S-T de parede anterior em várias derivações, e Fibrilação Atrial. Foi submetida à cineangiogramiografia que se apresentou sem alterações. A paciente evoluiu com quadro de abdome agudo, sendo submetida à uma laparotomia exploradora, que evidenciou isquemia extensa em intestino delgado, sendo procedida exérese de 125 cm com necrose. Evoluiu com franca instabilidade hemodinâmica e choque séptico, refratário às drogas vasoativas, indo à óbito posteriormente. O caso relata complicações graves do hipertireoidismo, cuja fisiopatologia envolve vasoespasmos e aumento da trombogenicidade arterial.

Aventou-se a hipótese da influência do uso do Propranolol, utilizado no tratamento da paciente, na gênese ou exacerbação da isquemia mesentérica, como já descrito na literatura médica. Isto pode ocorrer devido ao aumento da trombogenicidade arterial, em pacientes portadores de hipertireoidismo. Não há estudos clínicos a respeito.

32934

Projeto BENEFIT: the BENznidazole Evaluation For Interrupting Trypanosomiasis

PRISCILA MARIA GOULART RIBEIRO, e GABRIELA CORREA REIS OLIVEIRA

UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A cardiomiopatia chagásica crônica é a forma mais comum de miocardiopatia secundária de etiologia não-isquêmica na América Latina. Com base na hipótese etiopatogênica de que essa doença possa ser iniciada e mantida pelo parasitismo tissular persistente, especula-se que a terapêutica tripanocida retarde e reduza a progressão da agressão miocárdica. Dessa forma, o projeto BENEFIT foi proposto para testar a hipótese de o benznidazol reduzir a mortalidade e a progressão da cardiopatia chagásica crônica.

Metodologia: Trata-se de estudo prospectivo, multicêntrico, internacional, controlado por placebo de forma duplamente mascarada. Os pacientes são aleatoriamente alocados para tratamento com benznidazol 5mg/kg/dia ou placebo, por 60 dias, e acompanhados por 7 anos. Os pacientes foram distribuídos em 28 centros de recrutamento distribuídos pela América Latina. A partir de 2005, o Ambulatório de Doença de Chagas HC-UFMG foi um dos centros de recrutamento e contribuiu com 26 pacientes. Cada paciente foi acompanhado por meio de consulta médica e realização de holter e teste ergométrico anualmente. Os critérios de inclusão foram:

Resultados: Considerando dados gerais do estudo, até julho de 2010, 2.226 pacientes haviam sido incluídos, sendo 1.148 em 24 centros do Brasil e 1.078 em 28 centros de outros países (Argentina: 461; Bolívia: 258; Colômbia: 324 e El Salvador: 35), excedendo em cerca de 30% a expectativa de 1.720 pacientes. Até Agosto de 2011, o Ambulatório de Doença de Chagas HC-UFMG registrou: 0 abandono, 5 óbitos, 7 reações adversas ao benznidazol e 21 tratamentos completos. Não foi possível determinar se os óbitos tiveram relação direta com o tratamento ou a miocardiopatia chagásica devido a inconsistência de dados.

Conclusão: Apesar das dificuldades de um estudo multicêntrico de longa duração, o método de recrutamento do BENEFIT mostrou-se eficiente na seleção de pacientes verdadeiramente cardiopatas chagásicos. É evidente a dificuldade em se compilar dados obtidos dos centros e gerar um resultado único acerca do acompanhamento dos pacientes participantes do estudo.

32935

Alterações eletrocardiográficas de pacientes com doença de Chagas na Atenção Primária: um estudo clínico-epidemiológico

TATI GUERRA PEZZINI ASSIS, MILENA SORIANO MARCOLINO, DANIEL MOORE FREITAS PALHARES, LORENA ROSA FERREIRA, MARIA BEATRIZ MOREIRA ALKMIN, ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO e EMILIA VALLE SANTOS

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

Introdução: Em pacientes com Doença de Chagas (DCh), alterações no eletrocardiograma (ECG) precedem o aparecimento de sintomas e alterações no exame físico, portanto o conhecimento de sua frequência é extremamente relevante. Nosso objetivo foi avaliar a prevalência das alterações eletrocardiográficas em pacientes com DCh.

Métodos: Este estudo observacional e retrospectivo incluiu os pacientes com DCh que realizaram ECG digital de 12 derivações analisado pela Rede de Teleassistência de Minas Gerais no ano de 2011. Este é um serviço público de telessaúde que atende a Atenção Primária de 660 municípios em Minas Gerais.

Resultados: No período do estudo, 264.324 pacientes realizaram ECG; 7.590 (2,9%) apresentavam DCh (idade média $57,0 \pm 13,7$ anos, 64,1% mulheres). Hipertensão foi a comorbidade mais frequente (61,3%), seguida de diabetes (9,1%) e dislipidemia (6,9%). Em 30,1% dos pacientes o ECG não apresentava alterações. O ritmo sinusal foi observado em 86,9%, fibrilação atrial/flutter em 5,3%, extra-sístoles ventriculares em 5,4%, extra-sístoles supraventriculares em 2,5% e ritmo de marcapasso em 3,5% dos pacientes. Bloqueio de ramo direito (BRD) foi observado em 22,7% dos ECGs, bloqueio de ramo esquerdo em 3,1% e hemibloqueio anterior esquerdo em 22,5%. Bloqueios atrioventriculares foram infrequentes (4,9%, 0,2% e 0,2%, respectivamente primeiro, segundo e terceiro graus). Houve evidências de sobrecarga de ventrículo esquerdo em 3,6%. Alterações inespecíficas de repolarização representaram 34,6% das alterações do ECG.

Conclusões: Neste estudo em grande amostra de pacientes com DCh atendidos na Atenção Primária, a prevalência de alterações eletrocardiográficas foi elevada. Entre as anormalidades, destaca-se o BRD, especialmente em associação com hemibloqueio anterior esquerdo.

32936

Resultados da Reabilitação Cardíaca no Programa de Reabilitação Cardiovascular e Metabólica

STARKE, A C, SILVA, P C, MORTIMER, F M, ALBUQUERQUE, L C V, SILVA, M G, PASSAGLIA, L G, JUNIOR, J A S, ARAUJO, M C, ELMIRO, N S e PEREIRA, D A G

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

INTRODUÇÃO. A Organização Mundial da Saúde define a reabilitação cardíaca como a integração de intervenções "não farmacológicas", com o objetivo de garantir aos pacientes com cardiopatia as melhores condições físicas, mental e social, de forma que eles consigam reconquistar uma vida ativa e produtiva. Nos últimos anos, foram descritos inúmeros benefícios do exercício regular para tais pacientes, dentre eles, a melhora na capacidade funcional. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi avaliar os resultados de um programa de reabilitação cardíaca na funcionalidade dos seus participantes. **MÉTODOS.** Foram avaliados 16 pacientes pré e pós reabilitação cardíaca por meio dos testes: senta-levanta (SL), index-solo (IS), e *shuttle walk test* (SWT). Os dados foram apresentados como média $\pm$ desvio padrão. A distribuição dos dados foi analisada pelo teste Shapiro-Wilk. As comparações pré e pós-tratamento foram realizadas pelo teste t pareado. Considerado para significância estatística um alfa de 5%. **RESULTADOS.** Os pacientes realizaram em média $51,81 \pm 46,15$ sessões. Do total de pacientes, oito tinham como diagnóstico infarto agudo do miocárdio, três pós-operatório de CRVM, dois miocardiopatia, um pós-operatório de troca valvar, um angina estável e um morte súbita revertida. Onze pacientes eram do sexo masculino. A média de idade da amostra foi de $63,25 \pm 12,28$ anos. No IS, os pacientes apresentaram ganho de flexibilidade, com redução da distância de $25 \pm 10,1$ para $17,3 \pm 10,5$ cm ($p = 0,001$). No SL houve melhora significativa no número de repetições de $23,2 \pm 5,5$ para $27,7 \pm 5,3$ ($p = 0,001$). No SWT, houve aumento na distância percorrida (360 ± 107 para $388,8 \pm 132,8$ metros – $p=0,003$). Também foi observada uma melhora na eficiência da caminhada no SWT, que pode ser definida como uma relação da distância percorrida, com a frequência cardíaca ao final do teste. Antes do treinamento os pacientes caminhavam $2,98 \pm 0,9$ metros a cada batimento/minuto e após a reabilitação passaram para $3,73 \pm 1,18$ metros por batimento/minuto. **CONCLUSÕES.** A reabilitação cardíaca demonstrou resultados benéficos na capacidade funcional dos pacientes, sendo a funcionalidade um parâmetro importante de ser abordado por ter relação direta com uma vida mais ativa e com maior qualidade de vida. Apesar das limitações relacionadas ao número de pacientes avaliados, foi possível detectar mudanças significativas.

32938

Pseudoaneurisma de VE e CIV apical como complicações mecânicas pós-IAM anterior: relato de apresentação rara com excelente evolução

ANDRÉ SILVA RODRIGUES, MAURO ISOLANI PENA, ROBERTO JOSE DE QUEIROZ CREPALDI, ALEXANDRE J. VON SPERLING VASCONCELOS, RENE DE ALCANTARA MIRANDA e LUIS FELIPE CINTRA PEREIRA

Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), Ouro Preto, MG, BRASIL - Hospital Arnaldo Gavazza Filho, Ponte Nova, MG, BRASIL - Hospital Madre Tereza, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: As complicações mecânicas pós-infarto agudo do miocárdio (IAM) são raras, porém responsáveis por grande elevação de mortalidade. As mais importantes são a comunicação interventricular (CIV) e as rupturas de músculo papilar e paredes livres do ventrículo, estas últimas podendo levar a formações aneurismáticas verdadeiras ou pseudoaneurismas. A CIV é um evento grave, que mais comumente ocorre na primeira semana pós-IAM, sendo cerca de 10 vezes mais prevalente naqueles pacientes não submetidos à terapia fibrinolítica, chegando a aumentar taxa de mortalidade em 67%¹. O pseudoaneurisma é caracterizado por formação cística sem endocárdio ou miocárdio em sua parede, o que o diferencia do aneurisma verdadeiro. É envolvido por um tecido fibrótico e pericárdico, apresentando alta mortalidade pelo maior risco de ruptura secundária. O presente caso relata uma apresentação atípica de concomitância de CIV e pseudoaneurisma como complicações mecânicas de infarto em parede anterior, não sendo encontrados relatos semelhantes na revisão bibliográfica realizada.

Relato do caso: Paciente, sexo feminino, 66 anos, apresentou quadro de dor torácica típica, sendo submetida a cineangiogramia coronariografia (CATE) após 3 dias, que demonstrou oclusão total em terço médio de artéria descendente anterior (DA), com angioplastia realizada 10 dias após início do quadro. Evolução após duas semanas com recidiva de dor precordial, dispnéia, sopro sistólico novo, sem sinais de insuficiência cardíaca. Diagnóstico à cineangiogramia de pseudoaneurisma de parede anterior de ventrículo esquerdo e CIV apical. Abortou-se a intervenção endovascular e foi realizado o tratamento cirúrgico, com ressecção do aneurisma e correção da CIV, obtendo-se ótimo resultado, permanecendo a paciente assintomática até o presente momento.

Conclusões: A suspeição de complicações mecânicas pós- IAM deve ocorrer sempre que houver surgimento de sintomas de súbita instalação, como insuficiência cardíaca congestiva, sopro meso/ holossistólico, dispnéia ou dor precordial, podendo em alguns casos serem assintomáticas. O diagnóstico precoce é imprescindível para casos de sucesso como este, já que, apesar da gravidade e da alta predição de morbimortalidade, a paciente apresentou evolução extremamente favorável.

32939

Terapia medicamentosa na Síndrome Coronariana Aguda: Uso na prática clínica

DANIELA BARRETO LINARES, FERNANDO CARVALHO NEVENSCHWANDER, DIOGO ANTÔNIO GOMES TIAGO, DEBORA MAGALHES DE SOUZA, THIAGO SANTOS TAVEIRA, SAULO A LIMA, LUCIANA ALVES RIBEIRO, MONIQUE BATISTA NOGUEIRA DE AMORIM, ADRIANE BOTREL BARATTI e GIOVANNI LUIZ MUSSO

Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: As Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) são importante causa de morbi-mortalidade e a terapia medicamentosa correta pode modificar sua evolução. **Objetivos:** Apresentar os resultados locais de um estudo multicêntrico nacional (Clinical Outcomes at 30 days in the Brazilian Registry of Acute Coronary Syndromes - ACCEPT), caracterizando a terapia medicamentosa dos acometidos pela SCA em um hospital privado de Belo Horizonte. **Métodos:** Estudo observacional, prospectivo. Coletados dados na admissão, 07 e 30 dias. A significância estatística foi verificada pelo teste qui-quadrado ($p < 0,05$). **Resultados:** Incluídos 177 pacientes, entre 24 e 96 anos (média 67), 50% homens. 04 (2,27%) foram trombolisados. 54 submetidos a angioplastia (14 primárias, 53 stents). 65% ($n=114$) diagnosticados como angina instável, 22% ($n=39$) como infarto sem supradesnível do segmento ST e 9% ($n=16$) com infarto com supradesnível do segmento ST (IAMCSST). Os principais medicamentos estão listados na tabela. Na admissão, 84% ($n=149$) receberam tripla terapia antitrombótica/antiplaquetária (AAS/inibidor de P2Y12/heparina), similar ao estudo nacional (80%). Não houve associação da tripla terapia com sangramentos graves ($p=45$). Usavam AAS previamente 82 pacientes (46,3%) e, dos 16 pacientes com IAMCSST, apenas 02 já usavam AAS ($p=0,004$). Houve tendência de redução na prescrição do inibidor P2Y12 à alta. **Conclusão:** O percentual de uso de fibrinolíticos foi baixo, assim como os sangramentos. A utilização ampla da triade AAS, inibidor P2Y12 e heparina, de betabloqueadores e estatinas vão ao encontro das diretrizes da terapêutica da SCA baseada em evidências.

Tabela. Uso de medicamentos e eventos adversos

	24h / n (%)	07 dias / n (%)	30 dias / n (%)
AAS	173 (97)	155 (92)	150 (88)
Anticoagulador	152 (85)	126 (75)	124 (72)
Heparinas	152 (85)	42 (25)	-
Estatinas	174 (98)	157 (93)	151 (88)
Inibidores da ECA	143 (80)	108 (64)	101 (59)
Inibidor P2Y12	169 (95)	114 (67)	100
Inibidores da GP IIb/IIIa	14 (7)	1 (0,6)	-
Óbitos	-	1 (0,5)	5 (2,8)
Sangramentos graves	-	0	3 (1,7)

32941

Tomografia Computadorizada no diagnóstico diferencial de precordialgia em paciente com cardiomiopatia hipertrófica: relato de caso

RODRIGO TOBIAS GIFFONI, RAONI DE CASTRO GALVAO, RODRIGO ANTONIO CHAVES MEIRELES, SURAMA DE OLIVEIRA FARIAS, TIAGO BITENCOURT NOVAES, FABIANA TOBIAS GIFFONI, THIAGO GONÇALVES SCHRODER E SOUZA, EDILEIDE DE BARROS CORREIA, IBRAIM FRANCISCO PINTO e TIAGO SENRA GARCIA DOS SANTOS

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, BRASIL.

Pacientes com cardiomiopatia hipertrófica (CMH) frequentemente apresentam desconforto torácico em decorrência de disfunção microvascular, na ausência de envolvimento coronariano epicárdico. A tomografia computadorizada (TC) permite estudo da anatomia coronariana e perfusão miocárdica, com grande utilidade no diagnóstico diferencial de precordialgia. **Caso Clínico:** Paciente de 29 anos, gênero feminino, sabidamente hipertensa há 1 ano, foi admitida no Pronto-Socorro com queixa de palpitações, sendo diagnosticada fibrilação atrial aguda revertida com sucesso. Foi encaminhada para acompanhamento ambulatorial. Após 2 dias, retornou com manutenção das palpitações e episódio de síncope, náusea e vômito. Em uso de losartana 25mg e propranolol 40 mg 12-12h. Foi admitida na Unidade de Dor Torácica estável hemodinamicamente, em ritmo sinusal, FC 62 bpm, PA 130/80 mmHg. O ECG apresentava sinais de hipertrofia ventricular esquerda e onda T invertida em paredes inferior e lateral. Foi iniciado protocolo de avaliação de dor torácica, solicitada TC coronária (Aquilion 64, Toshiba), que evidenciou artérias coronárias sem sinais de aterosclerose ou redução luminal. Avaliação cardíaca morfológica e funcional pela TC revelou sinais de cardiomiopatia hipertrófica com espessura miocárdica máxima de 29 mm em segmento inferior apical; defeito de perfusão miocárdica anterior e lateral-médio apical, inferior em todas as porções e do ápice do VE acometendo o subendocárdio; defeito de perfusão dos músculos papilares em toda a extensão; disfunção sistólica do VE moderada à custa de hipocinesia acentuada os segmentos anterior, lateral e inferior médio apicais. Não foram visualizadas áreas de realce tardio sugestivas de fibrose miocárdica. Os resultados da troponina I foram de 76,4 ng/mL (VR: positivo superior a 0,12 ng/mL) à admissão, e 248 ng/mL após 6 h, o valor máximo. **Conclusões:** A TC coronária apresenta grande importância na investigação de dor torácica e equivalentes isquêmicos em pacientes de baixo risco para doença arterial coronariana, além de permitir avaliação morfológica e funcional que podem auxiliar no diagnóstico diferencial da dor e oferecer dados prognósticos.

32942

Intervenção Coronária Percutânea em Lesão de Tronco Não Protegido

CASSIO MENEZES NOGUEIRA, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, LUIS EDUARDO DINIZ COUTO, RONALD DE SOUZA, RENATA TEIXEIRA MARTINS, WALTER RABELO e MARCOS ANTONIO MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamento: A cirurgia de revascularização miocárdica (CRMV) é a terapêutica mais adotada em casos de lesão de tronco da coronária esquerda (TCE) não protegido. Os avanços técnicos nas intervenções coronárias percutâneas (ICP) e na terapia medicamentosa fizeram com que os stents se tornassem uma alternativa eficaz para o tratamento destes pacientes.

Objetivo: Relatar e descrever as características clínicas basais, angiográficas e o procedimento de ICP em uma série de 17 casos consecutivos submetidos à ICP em TCE não protegido no Hospital Madre Teresa, no período de fevereiro de 2011 a fevereiro de 2013. Os pacientes foram rigorosamente selecionados usando os escores: SYNTAX e EUROSCORE.

Resultados: A média de idade foi de 69 (± 15) anos, com mínimo de 39 e máximo de 87, ocorreu predomínio do sexo masculino em 14 pacientes (82,4%), a mediana do clearance de creatinina foi de 48,8 (37,6-103,9) mL/min. Todos os pacientes eram hipertensos, cinco eram diabéticos (29,4%), sendo três (17,6%) diabéticos insulino-dependente, 12 (70,5%) tabagistas e dez (58,5%) apresentaram IAM prévio. O grau médio de estenose da lesão no TCE foi de 83% (± 9), a lesão tipo B2 ocorreu em nove casos (52,9%) e a tipo B1 em seis (35,3%), e o TIMI fluxo pós-procedimento foi 3 em todos os casos. Não ocorreram óbitos ou complicações intra-hospitalares maiores relacionadas aos procedimentos.

Conclusão: Na atualidade a ICP é alternativa eficaz na abordagem de pacientes com TCE não protegido. É de fundamental importância a rigorosa seleção de casos com os critérios do SYNTAX e EUROSCORE.

32944

Regurgitação aórtica grave em paciente jovem com aneurisma de aorta ascendente e hematoma intramural aórtico: relato de caso.

MARCOS VINÍCIOS COSTA, MARTHA COSTA OLIVEIRA, GUSTAVO HORACIO GAMA GOMES, DEBORAH ARRAES CASTELO BRANCO, ELVIO TIAGO AZEVEDO, LARISSA ARAMUNI BAIA, JULIANA RODRIGUES SOARES, MAURO SOARES MOTTA e FÁBIO MORATO CASTILHO

Hospital São Francisco, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Aneurisma de aorta torácica (AAT) é uma doença rara com incidência anual de 0,01%, ocorrendo principalmente em idosos, em associação com aterosclerose e hipertensão arterial (Circulation. 2008;117(6):841). Em jovens, deve-se geralmente à síndrome de Marfan, valva aórtica bicúspide, sífilis ou arterites.

Método: Este trabalho tem como objetivo relatar caso de paciente jovem com AAT, hematoma intramural e insuficiência aórtica grave, atendido no Hospital São Francisco. **Resultado:** Paciente de 18 anos, sexo masculino, sem comorbidades conhecidas, foi admitido em 30/08/2012 com quadro de pico febril isolado, dispnéia em repouso e anasarca, com evolução de 15 dias. Exame físico com perfusão periférica identificada, sopro diastólico grau III/VI em foco aórtico e PA 80x30/0mmHg. Iniciada dobutamina, furosemida e antibioticoterapia para endocardite. Realizou ecocardiograma Transesofágico em 31/08/12, que evidenciou dilatação do ventrículo esquerdo (67mm na diástole e 51mm na sístole), com FEVE 46%, aorta ascendente dilatada com presença de imagem de 43x37mm, na fase posterior da raiz da aorta se projetando no átrio esquerdo (AE) pela fibrose valvar, com drenagem para AE por amplo orifício (hematoma intramural complicado); valva aórtica tricúspide com leve espessamento e regurgitação aórtica grave, sem imagem de vegetação. O paciente não apresentava qualquer estigma de Marfan. Submetido em 06/09/12 a implante de tubo aórtico valvulado metálico. Hemoculturas e cultura da valva sem crescimento. Anamotopatológico mostrou aorta com infiltrado inflamatório de linfócitos, neutrófilos e eosinófilos, compatível com aortite crônica inespecífica. Realizados testes para sífilis (VRDL e FTA-Abs), que se mostraram negativos. Recebeu alta hospitalar em 29/06/2012 assintomático.

Conclusão: Embora o AAT tenha, geralmente, evolução insidiosa, no caso em questão, o paciente apresentou quadro clínico dramático, demandando suporte inotrópico e cirurgia cardíaca precoce. O diagnóstico etiológico ainda não foi concluído, sendo possível tratar-se de doença reumatológica, como arterite de Takayasu ou arterite de células gigantes. Algumas doenças foram afastadas, pela falta de estigma de Marfan, presença de valva tricúspide e exclusão de sífilis (exames negativos e baixa idade para sífilis terciária).

32945

Infarto agudo do miocárdio sem lesão coronariana: relato de caso

STEGUN, P C G, LEITE, A F, SANTOS, J L O, CASTRO, P L, SOUSA, I M, SOARES, D S, MENDES, L T M e COSTA, P L A L

Instituto tecnológico de avaliação do coração - ITACOR, Teresina, PI, BRASIL - Faculdade Integral Diferencial - FACID, Teresina, PI, BRASIL - Universidade Estadual do Piauí - UESPI, Teresina, PI, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A cocaína é a droga ilícita que mais determina atendimentos em serviços de emergência, a qual faz parte das etiologias de síndrome coronariana aguda de causa não aterosclerótica. Pacientes do gênero masculino, jovens, tabagistas e que não apresentam fatores de risco para doença cardiovascular são os mais acometidos pelo infarto agudo do miocárdio pelo uso dessa droga. **RELATO DE CASO:** M.A.L.S., 46 anos, gênero masculino, pardo e natural do Piauí. Em 26 de dezembro de 2012 foi admitido no serviço de urgência de um hospital privado da cidade de Teresina - PI com queixa de dor precordial em aperto intenso com irradiação para o membro superior esquerdo, acompanhado de mal estar, sudorese e dispnéia. Ao exame físico foi verificada pressão arterial sistêmica de 150 mmHg x 90 mmHg, sem outras alterações. O eletrocardiograma admissional revelou supradesnivelamento de ST de V2 a V6. O cateterismo cardíaco evidenciou artérias coronárias normais. Os indicadores de lesão miocárdica CKMB e Troponina I foram solicitados em sua admissão, indicando valores de 41,3 ng/ml e 6,58 ng/ml, respectivamente. No dia posterior foram solicitados novamente, mostrando os seguintes valores: CKMB de 20,3 ng/ml e Troponina I de 6,8 ng/ml. No terceiro dia, os valores foram de 13,8 ng/ml para CKMB e 4,8 ng/ml de Troponina I. Tratado clinicamente com heparina, atenolol, losartan, ácido acetilsalicílico, propatilnitrito, clopidogrel, sinvastatina, bromazepam, ranitidina e diltiazem. Após quatro dias de internação teve alta hospitalar, situação em que afirmou ser usuário de cocaína.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A cocaína, entre outras consequências, é uma das grandes responsáveis pela *angina pectoris* e pode causar até mesmo infarto agudo do miocárdio, independente da presença de alterações coronarianas prévias, situação esta emergencial e que pode ter sua causa de difícil descoberta por indisposição do usuário da droga em assumir seu consumo. Devido a sua prevalência, consequências e detalhes no tratamento é sempre recomendado o questionamento quanto à utilização da cocaína, principalmente quando o paciente for homem e jovem.

32948

Adesão ao tratamento de hipertensos cadastrados no Programa de Saúde da Família (PSF) do Bethânia - Ipatinga MG

RENATA DE SA E CARVALHO MUSSI, TICCIANA TORRES DE MAGALHES e FERNANDA LIMA FERNANDES

Prefeitura Municipal de Ipatinga, Ipatinga, MG, BRASIL.

Introdução: É bem estabelecido que a maioria dos hipertensos não aderem ao tratamento de forma adequada; apesar dos riscos existentes de comprometimento cardíaco, renal, neurológico e possíveis sequelas, as quais eles não possuem conhecimento suficiente ou orientação sobre esta correlação.

Objetivos: Averiguar o percentual dos pacientes hipertensos que realizam o tratamento de forma adequada, cadastrados no Programa de Saúde da Família do bairro Bethânia em Ipatinga, Minas Gerais.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa realizada com base em consulta e análise de dados dos pacientes cadastrados em seis micro-áreas do Programa de Saúde da Família do bairro Bethânia no município de Ipatinga, Minas Gerais, no período de dezembro de 2012 à fevereiro de 2013.

Resultados: Verificou-se que dos 3.908 pacientes cadastrados na área de abrangência analisada, apenas 9,47% são hipertensos que realizam o tratamento de forma adequada. Desses, 2,93% apresentam outra patologia associada, Diabetes Mellitus.

Conclusões: Constatou-se que a baixa adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial é explicada por vários fatores, sendo a maioria dos pacientes analfabetos, idosos, sem cuidador e/ou responsável; além de apresentar conhecimento restrito sobre as consequências do tratamento inadequado. Portanto, esclarecer e avaliar a condição em que os hipertensos estão inseridos constitui uma importante ferramenta dos profissionais de saúde para proporcionar qualidade de vida e evitar sequelas para essa população.

32949

Bloqueio multifascicular associado à BAVT

CASSIO FERNANDO DE ASSIS CARVALHO, MARIANA OLIVEIRA REZENDE, RENATA DE SOUZA CARNEIRO, GRAZIELA DAS MERCEDES PIMENTA RIOGA, LIVIA ARAUJO PEREIRA, GLENDA DE SOUZA PATARO TEIXEIRA, RODRIGO GARCEZ SILVEIRA, CARLOS HENRIQUE GARCEZ DE CARVALHO, RODRIGO PINHEIRO LANNA e FRANCISCO REZENDE SILVEIRA

Hospital SEMPER, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamento: Os bloqueios multifasciculares referem-se a distúrbios de condução em mais de um dos componentes do sistema de condução especializado miocárdico. O bloqueio multifascicular se remete à associação de bloqueio de ramo direito (BRD) mais bloqueio de ramo esquerdo (BRE) alternante e eventualmente associado a bloqueio dos fascículos anterior ou posterior esquerdos. O diagnóstico é dado pela associação de um bloqueio bifascicular mais evidência de condução prolongada pelo nó atrioventricular. Esta geralmente se manifesta como prolongamento do intervalo PR, mas em casos raros pode se apresentar como bloqueio atrioventricular total (BAVT). Esses tipos de bloqueios geralmente associam-se a doença miocárdica grave, seja congênita ou adquirida. **Relato de caso:** Paciente L.S.A., sexo masculino, 43 anos, natural de Belo Horizonte, tabagista, etilista social, sem outras comorbidades ou uso regular de medicação. No dia 04/10/12 em consulta eletiva com cardiologista constatado ao eletrocardiograma (ECG) presença de BAVT, sendo encaminhado ao Hospital Semper para propedêutica. Admitido no CTI às 14 horas, estável hemodinamicamente, ECG com BRE associado à BAVT, QRS com duração de 160 ms, realizado teste com atropina sem resposta. ECG das 18 horas notava-se BAVT com BRD e hemibloqueio anterior esquerdo. ECG com DII longo mostrava alternância de bloqueio do sistema de condução pelo ramo direito e ramo esquerdo. Implantado Marcapasso Transvenoso, com período de assistência de 10 segundos durante procedimento. No dia 05/10, realizado Cateterismo com coronárias normais. Evoluiu totalmente dependente do marcapasso. Ecocardiograma com FEVE 70%, regurgitação mitral leve e tricúspide discreta, PSAP 24mmHg, câmaras cardíacas de dimensões normais. Sorologia para doença de Chagas negativa. No dia 08/10 implantado marcapasso definitivo DDDR sem intercorrências. Alta do CTI dia 09/10. Mantém acompanhamento ambulatorial regular assintomático. **Conclusão:** A associação de BAVT com bloqueio trifascicular grave é uma condição rara, com poucos casos descritos na literatura e representa um desafio etiológico para o médico. No Brasil a doença de Chagas é um diagnóstico importante, sendo o restante distribuído entre doenças reumatológicas, processos infiltrativos, neoplasias, outras infecções e doenças congênitas.

32950

Síndrome X

GRAZIELA DAS MERCES PIMENTA RIOGA, MARIANA OLIVEIRA REZENDE, LIVIA ARAUJO PEREIRA, RENATA DE SOUZA CARNEIRO, CASSIO FERNANDO DE ASSIS CARVALHO, RODRIGO GARCEZ SILVEIRA, GLENDA DE SOUZA PATARO TEIXEIRA, RODRIGO PINHEIRO LANNA, CARLOS HENRIQUE GARCEZ DE CARVALHO e FRANCISCO REZENDE SILVEIRA

Hospital SEMPER, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamento: O termo síndrome X foi citado por Kemp em 1973 ao comentar um estudo que avaliava pacientes com queixa de dor precordial tipicamente anginosas e cineangiogramas normais. Tal definição foi denominada de *lacto sensu*, mas como a fisiopatologia e as características clínicas da síndrome X são abrangentes e não há um consenso definido, a maioria dos estudos atuais a define na tríade: dor precordial, cineangiogramas normais e teste ergométrico positivo, ou definição *strictu sensu*. Em 1998 foi proposto o termo 'angina microvascular' que é aceito atualmente como sinônimo de síndrome X. **Relato de Caso:** Trata-se de uma paciente do sexo feminino, de 52 anos, sem história de hipertensão, diabetes, dislipidemia ou tabagismo, que deu entrada na urgência do Hospital Semper dia 09/06/12 com queixa de dor torácica em aperto, desencadeada por esforço físico, associada a dispnéia e mal-estar. Com relatos de episódios recorrentes semelhantes, de início a partir dos 47 anos em associação com seu período de climatério, tendo diagnóstico sugerido desde então de angina de Prinzmetal. O ECG de admissão mostrou inversão de onda T e infradesnívelamento de segmento ST nas derivações de V2 a V4. Iniciado protocolo para tratamento de síndrome coronariana aguda e encaminhada ao centro de terapia intensiva, estável hemodinamicamente. Foram solicitados marcadores de necrose miocárdica que vieram negativos, ecodopplercardiograma transtorácico sem sinais de hipocinesia, teste ergométrico inconclusivo e seu último exame de cineangiogramas de julho de 2009, que assim como os dois anteriores, de anos diferentes, mostrou coronárias isentas de aterosclerose evidente e ventrículo esquerdo com bom desempenho. Diante dos testes inconclusivos e da suspeita de que estávamos diante de uma entidade rara como a síndrome X, optamos por submeter a paciente a um exame de angioscopia de alta resolução com score de cálcio. O resultado foi escore total de cálcio de 0 Agatston, no percentil 50% para faixa etária e sexo. Com este valor, a probabilidade de acometimento coronário significativo é muito baixa com um risco cardiovascular também muito baixo. Toda a pesquisa acima corroborou com mais fidedignidade o diagnóstico de Síndrome X. **Conclusão:** Mesmo que existam poucos estudos sobre sua prevalência, o objetivo do trabalho é demonstrar que a síndrome X é uma enfermidade prevalente no nosso meio e que deve estar entre os diagnósticos diferenciais das anginas atípicas.

32952

Morte súbita abortada durante corrida de 15 Km: relato de caso

RODRIGO TOBIAS GIFFONI, RICARDO CONTESINI FRANCISCO, NABIL GHORAYEB, CAROLINA MOREIRA MONTENEGRO, GUSTAVO BERNARDES DE FIGUEIREDO OLIVEIRA, RUI FERNANDO RAMOS, DANIEL SILVA CHAMIE DE QUEIROZ, LUCIANA CAPELLI ARAÚJO, THIAGO GHORAYEB GARCIA e LUIZ MAURO SILVEIRA DE VASCONCELOS

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, BRASIL.

Síndromes coronarianas agudas em atletas constituem eventos raros, desencadeados por diversos gatilhos, tais como aumento das forças de cisalhamento endotelial durante esforço, estresse oxidativo e hiperagregação plaquetária, e podem manifestar-se com arritmias complexas, exigindo-se atendimento médico imediato. **CASO CLÍNICO:** Gênero masculino, 62 a., com náuseas e opressão precordial no quilômetro final de uma corrida de 15 Km. No atendimento médico, evoluiu com parada cardiorrespiratória. Após 8 min de ressuscitação cardiopulmonar, foi admitido no pronto-socorro de um hospital de referência em Cardiologia, constatada fibrilação ventricular, submetido à desfibrilação elétrica. Após retorno da circulação espontânea, o eletrocardiograma revelou supradesnívelamento do segmento ST em parede anterior extensa. O paciente foi encaminhado para angiografia coronária imediata, com suporte inotrópico intravenoso e ventilação mecânica invasiva. Confirmou-se a artéria descendente anterior com Fluxo TIMI 0 após o primeiro ramo septal, realizada tromboectomia manual com cateter de aspiração (grande carga trombótica) seguida de angioplastia com implante de stent não-farmacológico. Após 8 h da admissão, Troponina I apresentou pico de 45,9 ng/mL (VR até 0,034 ng/mL). O ecocardiograma revelou acinesia do segmento apical da parede anterior, com fração de ejeção preservada. História pregressa: hiperhomocisteinemia, dislipidemia, hiperferritinemia leve (mutação heterozigótica para hemocromatose) e estresse. Hospitalização em 2005 por trombose venosa profunda em membro inferior direito. Prática corrida há 20 a. 6 Km, 3-4 vezes/sem. Há 8 meses, reduziu treinamento para 1 vez/sem, por menor tolerância para grandes esforços. Teste ergométrico até a exaustão negativo para isquemia há 7 meses. Em uso de ácido fólico 5mg/dia. **CONCLUSÃO:** Avaliação cardiovascular pode ser limitada em atletas com fatores de risco não controlados. As variáveis fisiológicas do exercício e aspectos psicossociais podem contribuir como gatilhos para SCA nesses indivíduos. Além da dislipidemia não adequadamente tratada, é possível que o paciente tenha outros fatores de risco menos comuns, como trombofilia. Neste contexto, torna-se imperativo avaliação clínica abrangente.

32953

Síncope por obstrução da via de saída do VD por tumor cardíaco.

GUSTAVO HORACIO GAMA GOMES, DEBORAH ARRAES CASTELO BRANCO, MARCOS VINÍCIOS COSTA, LARISSA ARAMUNI BAIA, ANA GABRIELA OLIVEIRA DANTAS, MARTHA COSTA OLIVEIRA, JULIANA RODRIGUES SOARES, JORDAN VIEIRA DE OLIVEIRA e MAURO SOARES MOTTA

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

INTRODUÇÃO: Os tumores malignos primários representam 25% dos tumores do coração. Os sarcomas são derivados de tecido mesenquimal que podem apresentar múltiplas diferenciações em rabdomiossarcoma, angiossarcoma, fibrossarcoma e outros. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 17 anos, sexo feminino, previamente assintomática, iniciou há 1 mês quadro de dor torácica e dispnéia aos esforços, com episódios de pré-síncope. Apresentava também perda ponderal de 10kg. Ao exame: Emagrecida, hipocorada. PA = 120/80 mmHg, FC = 110 bpm, FR = 18 icpm. Presença de sopro sistólico IV/VI em borda esternal esquerda. Semiologia compatível com derrame pleural bilateral. O ECG: ritmo sinusal regular, com bloqueio completo do ramo direito. ECO: VE com depressão leve da função sistólica global. VD dilatado, com hipocinesia moderada, com cavidade quase totalmente preenchida por massa endocavitária, ocupando tanto a via de entrada, com leve a moderada estenose, como a porção trabecular e via de saída do VD, com estenose moderada. Tomografia Tórax: Moderado derrame pleural bilateral, múltiplos nódulos pulmonares difusos. Submetida à cirurgia cardíaca e retirado grande massa tumoral protrudindo através da valva tricúspide, com envolvimento desta assim como da valva pulmonar. Anatomia Patológica: neoplasia mesenquimal consistente com origem muscular, com sinais de malignidade. A paciente evoluiu no pós-operatório com quadro de derrame pleural recorrente, necessitando de toracotomias, e mesmo com quimioterapia, manteve-se debilitada e com piora das lesões pulmonares, com óbito após 2 meses da cirurgia. **CONCLUSÃO:** Os sarcomas são altamente invasivos e de má evolução, com sobrevida de semanas a meses. O crescimento rápido da lesão pode levar a metástases a distância principalmente para os pulmões e linfonodos mediastinais, ou atingir o mediastino por contiguidade, além da infiltração cardíaca chegando, em alguns casos, a promover obstrução da via de saída. Dor torácica, quadro de insuficiência cardíaca e manifestações sistêmicas como anorexia e perda de peso são os achados clínicos mais frequentes

32954

Endocardite infecciosa em bioprótese valvar aórtica com posterior acometimento de valva mitral e necessidade de duas intervenções cirúrgicas - Relato de caso

ELVIO TIAGO AZEVEDO, GUSTAVO HORACIO GAMA GOMES, DEBORAH ARRAES CASTELO BRANCO, MARCOS VINÍCIOS COSTA, ANA GABRIELA OLIVEIRA DANTAS, MARTHA COSTA OLIVEIRA, JORDAN VIEIRA DE OLIVEIRA, FÁBIO MORATO CASTILHO e GUILHERME FERRAZ MESSINA PADUA ANDRADE

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

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) é caracterizada por acometimento endotelial de estruturas cardíacas. Estima-se incidência anual de 10 a 15 mil casos nos EUA. As complicações da EI são variadas e frequentes, ocorrendo na maioria dos pacientes. Infecção invasiva é comum em pacientes com prótese valvar, principalmente quando a EI ocorre nos primeiros 12 meses da cirurgia ou quando envolve prótese de valva aórtica (VAO). A cirurgia cardíaca é importante no tratamento eficaz de muitos casos de EI em prótese valvar, uma vez que 40 a 50% necessitam de abordagem cirúrgica. **Caso clínico:** Homem de 70 anos com passado de implante de VAO biológica em 2002 procurou PA no dia 13/07/12 com quadro de febre, dispnéia e prostração. Estava em uso de ciprofloxacino por suspeita de infecção urinária após biópsia prostática, sem melhora clínica, sendo internado e trocado antibiótico (ATB) para ceftriaxona. Encaminhado ao CTI no dia 19/07, realizado ecocardiograma que mostrou grande abscesso junto a VAO com fistulização e shunt da raiz da aorta para a via de saída do ventrículo esquerdo. Iniciados gentamicina e ampicilina, hemoculturas com crescimento de *Streptococcus* do grupo B multissensível. Submetido à retroca VAO com implante de bioprótese e drenagem de abscesso em 07/08. Cultura da valva negativa, mantido esquema de ATB. No dia 25/08 evoluiu com piora clínica, dispnéia em repouso e quadro de dor, edema, equimose e calor em membro inferior esquerdo, pulsos preservados. Duplex scan venoso do membro sem evidências de trombose venosa. Devido suspeita de êmbolo séptico, realizado ecocardiograma transesofágico em 28/08 que evidenciou VAO com aspecto e função normais, regurgitação mitral importante e grande massa ecodensa nas paredes póstero-lateral e posterior do anel aórtico, sendo trocado ATB para meropenem e teicoplanina. Submetido à troca mitral com implante de bioprótese e nova drenagem de abscesso em 11/09. Apresentou melhora clínica progressiva no pós-operatório, cultura de valva mitral negativa, mantido esquema de ATB por 28 dias, recebendo alta no dia 10/10. **Conclusão:** A EI é uma doença grave que requer suspeita diagnóstica e abordagem terapêutica eficiente e rápida. Visto que as complicações com necessidade de cirurgia são comuns, principalmente nos casos com prótese valvar, é importante a abordagem multidisciplinar pelas equipes de cardiologia, terapia intensiva e cirurgia cardíaca.

32955

Principais diagnósticos de enfermagem encontrados em paciente participantes do programa de reabilitação cardiopulmonar e metabólica

LUZ, ALESSANDRA R, VIANNA, MAYARA S e SILQUEIRA, SALETE M F

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

As doenças cardíacas, pulmonares e as metabólicas têm sido responsáveis pelo comprometimento da qualidade de vida, incapacidade funcional e por mortes prematuras. Daí, o grande interesse em medidas preventivas e de reabilitação para os indivíduos portadores destas doenças. Objetivo: descrever os principais diagnósticos de enfermagem em paciente no ambulatório multiprofissional de reabilitação cardíaca. Métodos: estudo transversal com pacientes acompanhados no programa de reabilitação cardiopulmonar e metabólica vinculado ao hospital universitário de Belo Horizonte. Durante a consulta de enfermagem foram identificados os diagnósticos de enfermagem de acordo com a taxonomia da NANDA-I. Resultados: foram avaliados dezessete pacientes durante cinco meses sendo que 82% eram homens com média de idade de 59 anos já entre as mulheres a média de idade foi de 60 anos. Entre as comorbidades foram identificadas 82% hipertensos, 47% diabéticos, 29% dislipidemias, 17% com Insuficiência Cardíaca e 11% Insuficiência Renal Aguda, os principais diagnósticos de enfermagem foram: Risco de perfusão tissular cardíaca diminuído 94%; Risco de perfusão renal ineficaz 70,5%; Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz 53%; Ansiedade 47%; Risco de quedas 41%; Dentição prejudicada 35%. Conclusão: O Programa, após avaliação multidisciplinar e do estabelecimento da capacidade funcional de cada indivíduo, pretende simultaneamente ao treinamento, com fins de recuperação da tolerância ao esforço físico, ou ao aprimoramento da capacidade funcional, e cabe ao enfermeiro educar para mudanças do estilo de vida, dos hábitos alimentares, a fim de promover uma vida saudável. A consulta de enfermagem foi introduzida recentemente nesse ambulatório, o que justifica, portanto, a amostra reduzida desse presente estudo. Após as primeiras consultas de enfermagem com a identificação dos diagnósticos de enfermagem percebeu-se que estes pacientes já vem sendo bem orientados pelos profissionais da equipe multiprofissional e estas orientações possibilitaram melhora no quadro clínico do paciente porém, algumas necessidades dos pacientes ainda faltam ser trabalhadas. Desta forma vê-se a importância da maior atuação do enfermeiro nesta equipe.

Palavras-chave: Reabilitação, Diagnósticos de enfermagem. Processo de enfermagem.

32956

Taquiarritmias no pós-operatório tardio de correção de Tetralogia de Fallot: relato de dois casos

ANA GABRIELA OLIVEIRA DANTAS, ELVIO TIAGO AZEVEDO, LARISSA ARAMUNI BAIÁ, MARTHA COSTA OLIVEIRA, GUSTAVO HORACIO GAMA GOMES, DEBORAH ARRAES CASTELO BRANCO, GUILHERME FERRAZ MESSINA PADUA ANDRADE, JULIANA RODRIGUES SOARES e FÁBIO MORATO CASTILHO

Hospital São Francisco, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: As taquicardias são complicações frequentes no pós-operatório tardio de correção de tetralogia de Fallot (TF), podendo ocorrer em até 43% dos pacientes (Circulation. 2010;122(9):868). Flutter ou fibrilação atrial são as taquicardias mais comuns acarretando morbimortalidade por maior risco de insuficiência cardíaca, arritmia ventricular ou eventos embólicos (Am J Cardiol. 2001;87(5):584). Taquicardia ventricular monomórfica sustentada (TVMS) ocorre em 4,2% dos pacientes, com elevado risco de morte súbita e indicação de implante de cardiodesfibrilador implantável (CDI) (Lancet. 2000;356(9234):975).

Método: Este trabalho tem como objetivo relatar dois casos de taquiarritmia em pacientes portadores de TF atendidos no Hospital São Francisco.

Resultados: 1º caso: Mulher, 40 anos, com passado de três cirurgias para correção de TF, apresentou no dia 24/01/2012, quadro súbito de palpitação, dispnéia e hipotensão. ECG mostrava TVMS com padrão de bloqueio de ramo esquerdo. Submetida a cardioversão elétrica, com remissão dos sintomas. ECG basal com ritmo sinusal e bloqueio de ramo direito (BRD). Paciente foi submetida a implante de CDI. 2º caso: Homem, 40 anos, portador de TF com duas abordagens cirúrgicas prévias, atendido em 05/02/13 com quadro súbito de palpitação e dispnéia. ECG com taquicardia atrial com frequência atrial de 220 e condução 2:1, presença de BRD. Houve remissão dos sintomas após controle de frequência ventricular com beta-bloqueador. Ecocardiograma mostrou boa função biventricular. Apesar de a frequência atrial de 220 ser compatível com taquicardia atrial focal, optado por manter paciente anticoagulado por elevado risco de tratar-se de taquicardia atrial por macro-reentrada (flutter), já que esta é a arritmia mais comum no pós-operatório de TF e sabe-se que o critério eletrocardiográfico de considerar flutter apenas quando a frequência atrial está entre 250 e 350 é arbitrário e sujeito a falhas (Curr Probl Cardiol. 2005;30(10):529). O paciente foi encaminhado para ablação por radiofrequência da taquiarritmia. Conclusão: Taquiarritmias são complicações frequentes do pós-operatório de TF, acarretando maior risco de morte ou complicações. Independente da origem ventricular ou supraventricular, geralmente o QRS está alargado, já que é comum a ocorrência de bloqueio de ramo direito nestes pacientes.

32957

Sistematização da Assistência de Enfermagem no ambulatório multiprofissional pós-unidade coronariana

LUZ, ALESSANDRA R, VIANNA, MAYARA S e SILQUEIRA, SALETE M F

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

As doenças cardiovasculares estão entre as categorias de doenças com maior morbimortalidade no mundo, entre estas as doenças isquêmicas com maior incidência de internações. Objetivo: descrever os principais diagnósticos de enfermagem no ambulatório multiprofissional pós- unidade coronariana. Métodos: estudo transversal com pacientes acompanhados por enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos da Residência Multiprofissionais em Saúde Cardiovascular do Hospital das Clínicas vinculado à Universidade Federal de Minas Gerais. Neste ambulatório são realizadas consultas compartilhadas em que os pacientes são aconselhados quanto à mudanças nos hábitos de vida. A fisioterapia atua principalmente nas orientações referentes ao exercício físico, capacidade funcional e condicionamento cardiopulmonar e a psicologia atua dando suporte aos aspectos psicológicos e emocionais que interferem no controle do paciente. O enfermeiro durante o atendimento tem levantado por meio dos problemas apresentados pelos pacientes, os diagnósticos de enfermagem de acordo com a taxonomia da NANDA-I, o que proporciona uma melhor atuação do profissional. Os resultados mostram que foram avaliados dezenove pacientes, sendo 66,7% homens, com média de idade de 65 anos. 94% apresentam hipertensão arterial, 61% história familiar positiva para doença arterial crônica, 83% diabetes, 22% pararam de fumar após o infarto. Entre a primeira consulta e o retorno os principais diagnósticos são: Falta de adesão 94%, dentre esses 76% de melhora; Conhecimento deficiente quanto ao diagnóstico e tratamento 94% e apenas 5,8% foram inalterados; Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída 97% entre estes 53% obteve melhora; Perfusion tissular periférica ineficaz 89% e 62,5% tiveram melhora; Medo 88% entre estes 81,2% com melhora neste diagnóstico. Conclusão: O trabalho possibilitou conhecer melhor o paciente e analisar suas relações e as características, fornecendo assim, subsídios para o autocuidado. Assim, foi possível uma melhor conduta proporcionando a identificação da melhora no estado de saúde destes indivíduos durante as consultas de retorno. Podemos inferir que as condutas e orientações de enfermagem estabelecidas na primeira avaliação foram compreendidas e realizadas por grande parte dos pacientes.

Palavras-chaves: Diagnósticos de enfermagem, Doenças Cardiovasculares, Processo de enfermagem.

32958

Síndrome da Cimitarra

MARCOS HERTZ, RACHEL ZEITOUNE e ESMERALCI FERREIRA

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Introdução: a síndrome da cimitarra (SC) é uma anomalia congênita rara, caracterizada por drenagem venosa anômala parcial pulmonar por meio da veia da cimitarra, que drena para V. Cava Inferior ou diretamente para o átrio direito. Em 2/3 dos pacientes, a drenagem anômala é de todo o pulmão direito e em 1/3 a anomalia de drenagem engloba apenas a porção inferior do pulmão direito;

Objetivo: Este relato tem como propósito atentar aos colegas cardiologistas sobre a inclusão de condições raras no seu diagnóstico diferencial

Relato do caso: M.L.S., feminina, 50 anos, previamente hígida, vai à consulta de clínica médica queixando-se de "dor nas costas". Realizado Raio-x de tórax, que evidenciou área cardíaca aumentada, dextroposta, além de uma opacidade linear em terço inferior de pulmão direito. Para melhor elucidação do caso, foi realizada tomografia computadorizada do tórax, evidenciando a drenagem anômala venosa existente no pulmão direito da paciente, em que as veias pulmonares direitas, por meio da "veia da cimitarra", drenavam para a veia cava inferior em vez de para o átrio esquerdo.

Discussão: a SC representa 0,5% - 1% de todas as doenças cardíacas congênitas, sendo mais comum em mulheres. Manifesta-se na infância, com sintomas de insuficiência cardíaca, hipertensão pulmonar e shunt E-D, ou pode ser diagnosticada no adulto, como achado radiológico. Ao cardiologista, a SC representa um diagnóstico diferencial de cardiopatias congênitas que deve ser lembrado, principalmente no adulto, em que se manifesta de forma assintomática podendo ser confundida e conduzida como outras condições clínicas.

32959

Cardiomiopatia Periparto - relato de caso.

TULIO TORRES VARGAS, BRUNA MEDINA TEIXEIRA, JOSE EDUARDO DE LIMA BORRELLI FILHO, ANTÔNIO AUGUSTO FIGUEIREDO ANDRADE COSTA, AMANDA VENTURINI ARANTES, ANDRE HILARIO FERNANDES e JÉSSICA MACHADO MOTA FERNANDES

Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG, BRASIL.

A Cardiomiopatia Periparto (CMP) é uma doença rara, de etiologia incerta, mais incidente em mulheres negras, multiparas, maiores de 30 anos. Caracteriza-se pelo desenvolvimento de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) entre o último mês de gestação e os cinco meses pós-parto, sendo admitidos como fatores de risco a gestação gemelar, obesidade, pré-eclâmpsia e doença hipertensiva gestacional. O diagnóstico é confirmado pelo ecocardiograma com presença de disfunção ventricular esquerda. O tratamento é semelhante ao da ICC de outras etiologias e o prognóstico depende da recuperação da função ventricular esquerda ao fim de seis meses, com taxa de mortalidade entre 18% e 56%. Em casos de persistência da disfunção cardíaca gestações futuras são contraindicadas.

Os autores apresentam um caso clínico de mulher de 42 anos, multipara, hipertensa, com pré-eclâmpsia necessitando de parto de urgência, que após 3 meses apresentou quadro de ICC. Identificou-se cardiomegalia e infiltrado peribronquial ao raio X de tórax e sinais de sobrecarga de câmara esquerda ao eletrocardiograma. Ao ecocardiograma foi confirmada fração de ejeção (FE) de 32% e hipocinesia difusa de ventrículo esquerdo. Diagnosticada CMP, foi instituído tratamento convencional, com melhora dos sinais clínicos. Após 45 dias, nova ecocardiografia mostrou FE de 47% e hipocinesia difusa de VE, com função diastólica normal.

A definição da etiologia da CMP é dificultada devido à sua raridade e à menor incidência em países desenvolvidos (onde há mais recursos para pesquisas), sendo fundamentais mais estudos sobre a doença que possam orientar um tratamento específico, levando a uma melhor evolução das pacientes portadoras.

32960

Acidentes vascular cerebral isquêmico como primeira manifestação de miocardiopatia hipertrófica apical: relato de caso.

ARIANE VIEIRA SCARLATELLI MACEDO, CARLOS EDUARDO ORNELAS, PATRICIA TAVARES FELIPE, MARIA HELENA ALBERNAZ SIQUEIRA, MÁRCIO VINÍCIUS LINS DE BARROS e MARCOS ALMEIDA MAGALHÃES ANDRADE JUNIOR

Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

A miocardiopatia hipertrófica apical (MPHA) é uma forma rara da Miocardiopatia Hipertrófica (MPH) e, geralmente, envolve o ápice do ventrículo esquerdo raramente envolvendo o ápice do ventrículo direito ou ambos. Nos pacientes com MPH, a prevalência de MPH apical varia entre 3 a 15%. O relato de caso demonstra a associação entre MPHA e acidente vascular cerebral, situação pouco descrita que pode ter alta morbidade e mortalidade. Descrição do caso: Paciente masculino, 62 anos, dislipidêmico e hipertenso, foi ao Hospital por apresentar, há 20 minutos da chegada, quadro de afasia e hemiplegia à direita durante atividade física aeróbica. Avaliação inicial identificou déficit motor à direita, afasia e NIH de 10. Realizado tomografia de crânio sem alterações. Iniciado trombolise com alteplase, após 2 horas do início dos sintomas, com reversão completa dos déficits motores e da fala. ECG mostrava onda T invertida, profunda, em derivações esquerdas e distúrbio de condução do ramo esquerdo. Realizado doppler de carótidas normal e ECOTE com ausência de trombos intracavitários. Ressonância Nuclear Magnética (RNM) de crânio, realizada após 24h do ictus, evidenciou pequena área isquêmica em ínsula e substância branca. RNM de coração evidenciou hipertrofia e realce transmural apical nas paredes anterior septal, lateral e inferior. Realce tardio pontual no septo medial e na parede inferior basal. Discinesia da porção apical com trombo organizado em seu interior. Iniciado anticoagulação terapêutica. Paciente recebeu alta bem, sem déficits neurológicos. Comentários: As descrições de hipertrofia apical do ventrículo esquerdo têm sido confinadas a relatos de casos e pequenos estudos, o que leva a este subgrupo permanecer subestimado. Relato de casos clínicos mostraram a associação de MPH com evento cardioembólico similar ao descrito em nosso paciente. Mesmo sem associação com arritmias como a fibrilação atrial, a miocardiopatia hipertrófica em seu subtipo apical pode induzir eventos trombotogênicos pela associação com discinesia do ápice e potencial formação de trombos em VE.

32961

Volumoso Pseudoaneurisma em parede lateral do VE: Relato de Caso.

GABRIEL FERREIRA, FABRICIO LUCAS DIPE PRATES, FLÁVIO FARIA VIERIA, ANDRE OLIVEIRA RUAS ABREU, ANDRE RICARDO VALE RODRIGUES, CAMILA RODRIGUES PEREIRA, MARCELL ROCHA PEIXOTO TEMPONI e MAURO SOARES MOTTA

Hospital São Francisco de Assis, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Minas Gerais,

INTRODUÇÃO: O pseudoaneurisma do VE é uma complicação rara, ocorrendo geralmente após Infarto do Miocárdio em 55%, após cirurgia cardíaca em 33% ou após trauma cardíaco em 7%. O local mais comum é a parede inferior e lateral do VE. A ruptura completa do músculo cardíaco contida pelo pericárdio forma o pseudoaneurisma.

RELATO DE CASO: Paciente de 74 anos, sexo masculino, iniciou há 2 anos quadro de astenia e dispnéia progressiva, atualmente em Classe funcional III NYHA. Nega dor torácica. Relato de Acidente Vascular Isquêmico há 6 meses. Ao exame: emagrecido, corado. PA: 120/80mmHg, FC: 62bpm, FR: 18irpm. Presença de sopro sistólico em foco mitral.

Ecocardiograma para propedêutica de ICC mostrou VE dilatado, com depressão importante da função sistólica global. Presença de grande formação aneurismática em região basal da parede posterior e lateral, com colo medindo 42 mm e trombo em seu interior. Regurgitação mitral leve a moderada.

A Ressonância Nuclear Magnética mostrou VE dilatado, hipocinesia difusa (FE: 24%), presença de cavidade aneurismática com colo amplo, medindo 45 mm na parede lateral ao nível de base e terço médio e medindo 10,3 x 6,6cm, com trombo aderido, com espessura máxima de 2,1cm, não observado realce tardio dessa parede. Presença de realce tardio do tipo subendocárdio na parede inferior do VE, ao nível da base sugestivo de pseudoaneurisma.

Realizado CATE: VE com dilatação aneurismática importante em parede inferior e lateral. CD dominante, ocluída no terço proximal, com moderado enchimento do seu leito distal por circulação colateral. Demais artérias isentas de estenoses significativas.

ONCLUSÃO: O pseudoaneurisma do VE representa uma ruptura da parede livre contida pelo pericárdio, com suas paredes compostas por trombos, epicárdio e pericárdio, que junto ao colo estreito, à ausência de miocárdio e ao elevado risco de ruptura espontânea, o diferenciam do aneurisma verdadeiro do VE. Os pseudoaneurismas podem drenar parte do volume de ejeção do VE, levando a um quadro de insuficiência cardíaca. Há indicação frequente de abordagem cirúrgica pelo risco de ruptura. A presença de trombos em sua superfície representa um risco de embolia sistêmica.

32962

Síndrome de Brugada: relato de caso

MARCOS HERTZ, DIRCEU RODRIGUES ALMEIDA e RACHEL ZEITOUNE

UNIFESP, São Paulo, SP, BRASIL.

Introdução: A Síndrome de Brugada (SB) é uma síndrome genética, de herança autossômica dominante, mais comum no sexo masculino, em uma proporção de 9:1, e indivíduos de origem asiática. Ocorre por uma mutação no gene SCN5A, que altera os canais de sódio, principalmente, os localizados no subepicárdio do ventrículo direito. Existe, então, uma alteração eletrofisiológica capaz de gerar fibrilação ventricular e morte súbita.

Relato de caso: M.A.S.L., feminino, 61 anos, natural do RJ, com ascendência de família portuguesa, procura o atendimento de emergência com queixa de quatro episódios de síncope precedidos por pródromos no mesmo dia, negando febre, liberação esfinteriana ou convulsão, apenas com quadro de IVAS em curso. Refere dois episódios semelhantes prévios, em 2004 e em 2006. Em sua história familiar, o pai era falecido de morte súbita aos 40 anos e o filho apresentava episódios recorrentes de síncope precedidos por pródromos. Chega à emergência hemodinamicamente estável, afebril, sendo feitas as hipóteses diagnósticas de síndrome vaso-vagal, arritmia, crise convulsiva e infecção. É internada na Unidade Coronariana e realiza ECG que evidencia supra-desnivelamento do segmento ST em derivações V1 e V2, além de ECO TT e marcadores de necrose miocárdica sem alterações, fechando o diagnóstico de Síndrome de Brugada.

Discussão: o relato acima ilustra um caso característico da síndrome de Brugada, ocorrido em paciente do sexo feminino, sem piores repercussões clínicas ao longo de 61 anos. A paciente foi submetida a colocação de Cardioversor Implantável (CDI) e os membros de sua família submetidos a estudo eletrofisiológico para investigação.

32964

Paniculite Chagásica após Transplante Cardíaco tratada com Alopurinol

MARCOS HERTZ, DIRCEU RODRIGUES ALMEIDA e RACHEL ZEITOUNE

UNIFESP, São Paulo, SP, BRASIL.

Introdução: A doença de Chagas (DC), tem o *Trypanosoma cruzi* como agente etiológico, e figura entre as mais importantes endemias vigentes no continente americano. A DC pode manifestar-se no coração, por destruição de suas células, sob as formas miocárdicas e arritmogênicas, com desenvolvimento de insuficiência cardíaca e arritmias cardíacas complexas, com necessidade de estudo eletrofisiológico, implante de dispositivos para regularizar o ritmo cardíaco e, em caso de insucesso, transplante cardíaco (Tx).

Relato do Caso: O presente caso descreve um paciente chagásico, portador da forma arritmogênica e miocárdica da doença, que após se submeter a transplante cardíaco, desencadeou, em decorrência do estado de imunossupressão, a reativação da doença na forma de paniculite. Foi iniciado tratamento com Alopurinol, com remissão completa das lesões.

Discussão: Devido à imunossupressão imposta no transplante cardíaco, o indivíduo submetido ao tratamento torna-se passível de infecções, bem como a reativação da Doença de Chagas, como qualquer manifestação típica da doença em diversos órgãos, principalmente o coração, pele, e órgãos do trato digestivo. O tratamento com Alopurinol mostrou-se eficaz com regressão da progressão da doença e, na maioria dos casos, remissão das lesões tanto nos casos de infecção aguda, como nos casos de reativação da doença. Até o presente momento, não há na literatura descrição em lesões tardias.

32966

Displasia arritmogênica do ventrículo direito e morte súbita

FLAVIO DE VASCONCELLOS TEODORO, BRISA D'LOUAR COSTA MAIA, DELIANE APARECIDA SENA COELHO, FILIPPE AUGUSTO VIEIRA SILVA, TEREZA AUGUSTA GRILLO, DANIEL PINHEIRO CRUZ e MATHEUS DE CAMPOS SILVA

Hospital Universitário São José, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A displasia arritmogênica do ventrículo direito é uma cardiomiopatia genética caracterizada tipicamente por infiltração fibrogordurosa no ventrículo direito. Ela é responsável por 20% dos casos de morte súbita cardíaca e a prevalência é ainda maior no caso de morte súbita em atletas jovens.

RELATO DO CASO: Masculino, 29 anos, previamente hígido, encaminhado ao serviço de cardiologia do Hospital Universitário São José para diagnóstico/propedêutica. Relato de que durante partida de futebol apresentou mal súbito com parada cardiorespiratória atendida primeiramente pelos colegas até a chegada do SAMU que fez o diagnóstico de PCR em ritmo de fibrilação ventricular revertido para ritmo sinusal após 3 choques de 200 J com desfibrilador bifásico.

Foi levado ao CTI para estabilização hemodinâmica. Ecocardiograma mostrou aumento moderado de câmaras direitas e VD hipocontrátil. ECG em repouso apresentava complexo QRS estreito e ondas T negativas de V3 a V6. Cineangiogramia coronariografia sem alterações importantes. O paciente foi então encaminhado para realizar ressonância cardíaca que confirmou diagnóstico de DAVD. Dessa forma, foi indicado implante de cardiosdefibrilador como prevenção secundária de morte súbita.

DISCUSSÃO: A DAVD é geralmente identificada em adultos jovens, com predomínio no sexo masculino. Seu extenso espectro de apresentação consiste desde extra-sístolia ventricular isolada até TV sustentada. A morte súbita pode se apresentar como primeira manifestação da doença podendo ocorrer durante a prática desportiva ou mesmo em repouso. Enfim, em casos ressuscitados de morte súbita, com ritmo de FV ou TV documentados, o implante de CDI tem classe 1 de indicação com nível de evidência B.

32967

Epidemiologia, manifestações clínicas e diagnóstico da síndrome de Wolff-Parkinson-White

LUCAS EMMELS MALAQUIAS, MARISTELA MARCIA MENEZES e AGOSTINHO FIGUEIREDO

Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, MG - Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A síndrome de Wolff-Parkinson-White (SWPW) é a mais frequente do grupo das síndromes de pré-excitação, que são caracterizadas por despolarização ventricular precoce durante condução do estímulo elétrico do átrio para o ventrículo, através de uma ou mais vias acessórias. Ela prevalece em 0,1 a 0,3% da população geral, com 60% a 70% dos casos sem qualquer evidência de cardiopatia. Sua incidência é duas vezes maior em homens, existindo uma distribuição bimodal quanto à idade. Pode afetar pacientes de todas as idades, desde os fetos até as pessoas com idade avançada, mas com maior incidência no primeiro ano de vida e na adolescência. **MÉTODO:** Foi realizada uma revisão de literatura, utilizando-se artigos das bases de dados Up-to-date, The New England Journal of Medicine, Scielo, compreendendo o período de 2007 a 2013, além de pesquisa no livro intitulado "Tratado de Cardiologia", do autor Braunwald, da 7ª edição.

RESULTADOS: Os mecanismos que levam ao aparecimento da SWPW relacionam-se ao fato de os portadores dessa síndrome apresentarem duas vias alternativas de condução para chegar ao ventrículo durante o ritmo sinusal: a via normal passa pelo NAV (nó atrioventricular), e a via anômala, conhecida como feixe de Kent. A via acessória presente nos portadores da SWPW faz com que o impulso elétrico do coração seja conduzido de uma forma mais rápida, pois este é desviado do nó atrioventricular, isto é, ocorre uma alteração elétrica chamada de pré-excitação. A consequência maior desse processo é o aparecimento de certas arritmias cardíacas, como a taquicardia supraventricular e a fibrilação atrial, as quais aceleram excessivamente o coração.

CONCLUSÕES: A importância do diagnóstico precoce está relacionada com uma possível consequência da síndrome de Wolff-Parkinson-White, a morte súbita. Pacientes assintomáticos apresentam um risco de 0,1% ao ano de apresentarem a morte súbita, enquanto em pacientes graves, isto é, aqueles que apresentam eventos sincopais e/ou fibrilação ventricular, esse risco aumenta para 0,56% ao ano. Desta forma, torna-se fundamental realizar-se um diagnóstico precoce, que pode ser feito por meio do estudo do eletrocardiograma, que apresenta achados característicos, como intervalo PR curto e a presença da onda delta, e também por meio do estudo eletrofisiológico.

32970

Doença arterial coronariana multivascular grave com Cintilografia Miocárdica Perfusional normal: Relato de Caso.

DEBORAH ARRAES CASTELO BRANCO, GUSTAVO HORACIO GAMA GOMES, MARCOS VINÍCIOS COSTA, ELVIO TIAGO AZEVEDO, LARISSA ARAMUNJI BALÁ, ANA GABRIELA OLIVEIRA DANTAS, GUILHERME FERRAZ MESSINA PADUA ANDRADE, JORDAN VIEIRA DE OLIVEIRA e MAURO SOARES MOTA

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

INTRODUÇÃO: A Cintilografia Miocárdica de Perfusão (CMP) na doença arterial coronariana (DAC) tem sensibilidade de 80% a 90%, porém esta taxa pode se reduzir quando ocorre DAC grave nos três principais vasos simultaneamente. Em pacientes com lesões de tronco de coronária esquerda, a alteração segmentar múltipla é encontrada somente em 60% dos exames. O provável mecanismo que explicaria esta subestimação da doença arterial grave se daria por uma isquemia equilibrada, que ocorre por ausência ou mínimo de defeito relativo de perfusão. **OBJETIVO:** Demonstrar um caso em que a CMP com Dipiridamol mostrou-se normal em vigência de DAC grave, com lesão de tronco de coronária esquerda (TCE) e artéria descendente anterior.

RELATO DO CASO: Paciente de 87 anos, masculino, hipertenso e dislipidêmico. História prévia de Teste Ergométrico (TE) positivo para isquemia com 7 MET'S, com ECO de stress normal em 1998.

Em fevereiro de 2009 evoluiu com quadro súbito de dispnéia associada à sudorese e chiaria com duração de 2 horas, que repetiu no mesmo dia, evoluindo com melhora espontânea. Procurou atendimento alguns dias depois e realizou ECG e exames laboratoriais sem alterações. Realizado novo ECO de Stress que mostrou FEVE 79%, mas inconclusivo devido à baixa frequência cardíaca por uso de beta-bloqueador. Em março de 2009 iniciou quadro de queimação epigástrica e dispnéia aos mínimos esforços, optado por realizar CMP com dipiridamol que não mostrou evidências de lesões isquêmicas e/ou cicatriciais.

Em maio de 2009 evoluiu com dor atípica intensa desencadeada por pequenos esforços, realizado TE positivo para isquemia com carga de 5 MET'S (infra de ST de 6 mm em CM5, DII, aVL, aVF, V5 e V6 e supra de ST > 2mm em V1). Realizado cateterismo cardíaco que mostrou TCE com obstrução de 85%, DA com 85% de obstrução na origem e CD com lesão de 40%, sendo encaminhado para CRVM.

CONCLUSÃO: A Cintilografia miocárdica tem alta sensibilidade na doença cardiovascular grave, porém essa sensibilidade é muito reduzida na doença trivascular e em casos de doença de TCE. Quando a suspeita clínica for importante, mesmo com cintilografia normal, deve-se avançar na propedêutica.

32975

Prevalência de alterações eletrocardiográficas em pacientes atendidos com dor torácica na Atenção Primária: estudo de um serviço de telecardiologia

MILENA SORIANO MARCOLINO, TATI GUERRA PEZZINI ASSIS, DANIEL MOORE FREITAS PALHARES, MARIA BEATRIZ MOREIRA ALKIMIM e ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO

Rede de Teleassistência de Minas Gerais, Hospital das Clínicas, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Dor torácica é queixa comum na Atenção Primária. Apesar de doença coronariana não ser causa muito frequente, a exclusão de etiologia isquêmica deve ser a prioridade. O eletrocardiograma (ECG) é um exame de fácil realização e amplamente acessível, sendo de grande utilidade clínica para avaliação de pacientes com dor torácica. O objetivo deste estudo é avaliar a prevalência de alterações eletrocardiográficas em pacientes atendidos na Atenção Primária com queixa de dor torácica.

Metodologia: Trata-se de estudo observacional retrospectivo, que analisou todos os ECGs realizados por um serviço público de teleassistência de janeiro a dezembro de 2011. Na ocasião, o serviço atendia a Atenção Primária de 658 municípios em Minas Gerais. A prevalência de alterações eletrocardiográficas foi avaliada.

Resultados: No período do estudo, foram avaliados 197.101 exames de pacientes com dor torácica (idade média 50±19 anos, 59,4% mulheres). Hipertensão foi a comorbidade mais frequente (26,8%), seguida de diabetes (4,6%) e dislipidemia (2,4%); história familiar positiva para doença coronariana foi relatada em 13,1% dos casos, e tabagismo em 6,3%. Entre os ECGs, 59,8% não apresentavam alterações. A prevalência de alterações sugestivas de isquemia miocárdica foi 4,4%, sendo 2,5% má progressão de onda R, 1,5% alterações sugestivas de isquemia aguda e 0,4% presença de onda q patológica. Outras alterações detectadas foram: bloqueio atrio-ventricular de primeiro grau (1,8%), bloqueio do ramo esquerdo (1,6%) e direito (2,8%), bloqueios divisionais (6,4%), fibrilação ou flutter atrial (1,7%), sobrecarga de câmaras (6,5%), extrassístoles (4,2%) e alterações inespecíficas de repolarização ventricular (17,4%).

Discussão: Apesar de ser pequeno o percentual de exames que possui com alterações sugestivas de isquemia aguda, o médico da Atenção Primária deve ter em mente que a presença de exame sem alterações não exclui a presença de doença coronariana, e avaliação clínica criteriosa deve ser realizada em todos os pacientes.

Conclusão: Neste estudo em grande amostra de pacientes da Atenção Primária em investigação de dor torácica, a prevalência de exames sem alterações é superior a 50%, e apenas pequena parcela dos exames possui alterações sugestivas de isquemia miocárdica.

32987

Insuficiência cardíaca: uma complicação do marcapasso

VAZ, J C, SCARPELLI, R A B, OLIVEIRA, V X, OLIVEIRA, B M, MAIA, R A L, SOUZA, G X M, AGUIAR, J O, FILHO, S M R, OLIVEIRA, J C V e GARCIA, L C

Hospital Vila da Serra, Nova Lima, MG, BRASIL.

Trata-se de paciente de 40 anos, com passado de CIA, submetida, em 1990, a plastia valvar pulmonar e correção de CIA. Evoluiu, em outubro de 2007, com endocardite valvar mitral e consequente insuficiência mitral, com necessidade de troca valvar. Apresentou nova endocardite bacteriana no pós-operatório. Optado por tratamento clínico, porém progrediu com BAVT implantado marcapasso (MP) DDDR. Evoluiu com sintomas de insuficiência cardíaca (IC). Observado Leak paravalvar mitral, com regurgitação moderada a importante e insuficiência pulmonar importante. Nova cirurgia para correção do Leak e troca valvar pulmonar. Novo episódio de endocardite bacteriana no cabo do MP, que foi retirado e implantado novo sistema epicárdico VVI. Apresentou piora progressiva dos sintomas da IC, classe funcional III, mesmo com medicamentos otimizados e sem queda da fração de ejeção. Afastada doença coronariana, valvar e outras. ECG com dissociação átrio-ventricular. Troca desse sistema para um DDD com melhora dos sintomas, atualmente classe funcional I.

Conclusão: O MP tem muitos benefícios, mas sabemos que a dessincronização átrio-ventricular, intra e inter-ventricular pode levar a IC. Portanto, temos que optar pelo sistema de estimulação mais fisiológico e, nos portadores de IC e MP, pensar nesse dispositivo como etiologia da IC.

32994

Uma causa rara de cianose

GLENDA DE SOUZA PATARO TEIXEIRA, MARIA GABRIELA DE CARVALHO GONTIJO, CRISTIANE NUNES MARTINS e PATRICIA LOPES MORAIS

BIOCOR INSTITUTO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - MG.

INTRODUÇÃO: As anomalias congênitas do retorno venoso sistêmico representam um grupo heterogêneo de malformação no qual as consequências fisiológicas podem variar de discretas até formas mais severas com hipoxemia sistêmica importante. Tais anormalidades mesmo que discretas, quando não reconhecidas no pré-operatório, podem complicar a evolução pós-operatória de lesões simples e complexas, contribuindo para o aparecimento de shunt D-E obrigatório, causando graus variáveis de hipoxemia.

RELATO DO CASO: W.H.C., 11 anos. HDA: Cianose no primeiro ano de vida (2000). Diagnosticado como cor triatrium dextrum (2002), sendo acompanhado clinicamente. 2010 apresentou AVC, sendo encaminhado ao Hospital Biocor para tratamento cirúrgico eletivo. ECO 03/03/2011: Dilatação importante da VCI com sinais de importante congestão venosa. Aumento importante do AD. FOP com valva de Eustáquio acolada a lâmina do septo primum direcionando o fluxo da VCI para o AE. Aumento leve do VE. Realizado dia 03/03/2011 cirurgia de correção. Achado cirúrgico: retração importante de AD. Intenso processo de fibrose e retração de Válvula de Eustáquio, da crista terminal e do apêndice atrial direito que se encontrava excluído. Com fibrose da válvula de eustáquio houve a septação do AD em duas cavidade (superior: VCS e valva tricúspide, e inferior: VCI e septo interatrial) FOP. Estenose da junção da VCS com AD. Técnica cirúrgica: Ressecção da válvula de eustáquio. Fechamento do FOP. Alargamento da atriotomia direita com pericárdio bovino. ECO pós-op (03/10/2011): Junção das veias cava no AD com bom aspecto, fluxo de velocidade normal. Câmaras cardíacas de dimensões normais. Criança evoluindo bem durante toda a internação. Recebendo alta hospitalar no 7o DPO.

COMENTÁRIOS: As anormalidades do retorno venoso da veia cava inferior na ausência de cardiopatias congênitas complexas são raras. Esta anomalia cursa com desvio direita-esquerda obrigatório, acarretando cianose, hemoconcentração e mais raramente embolia paradoxal. A Ecocardiografia é elucidativa na avaliação das Anomalias da Veia Cava Inferior.

33005

Complicações do tratamento de SCA

SAMELA DE MORAIS SEGOVIA, LINES FERREIRA PERIGOLO, SHEILA PEDROSO PARREIRA, MARCOS HENRIQUE BORGES, LUIS CLAUDIO TOLEDO, RICARDO COIMBRA GARCIA, FRANKEL MARCIO ALVES BRANDAO, VINICIUS PEREIRA DOURADO, THIAGO SPINOLA RODRIGUES e ROBERTO MAGNO VIEIRA DE OLIVEIRA

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE, belo horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: o infarto agudo do miocárdio é uma importante causa de morte cardiovascular em todo o mundo, sendo caracterizado por diminuição do aporte de oxigênio nas células miocárdicas, ocasionando lesão miocárdica (necrose) transitória ou permanente, consequente à obstrução ao fluxo coronariano. A terapia com antiagregantes plaquetários exprime efeitos exuberantes no tratamento desta síndrome aguda, porém nos casos em que se manifesta com sangramento pode trazer resultados catastróficos para o paciente.

Relato de caso: paciente de 56 anos, masculino, hipertenso, ex-tabagista, coronariopata, evoluiu com quadro de precordialgia típica em queimação, associada a náuseas e sudorese. Procurou atendimento médico, sendo iniciado protocolo para síndrome coronariana aguda. Internado e submetido a cateterismo cardíaco, que evidenciou: coronária direita ocluída, circunflexa ocluída, acinesia infero-dorsal. Indicado cintilografia miocárdica para avaliar viabilidade, e enquanto aguardava o exame, evoluiu com fraqueza muscular, retenção fecal e urinária, e posteriormente plegia de mmii. Acompanhado pela neurologia, realizada ressonância magnética, apresentando hematoma epidural em coluna torácica (T4-T9), com compressão medular.

Métodos: para investigação, o paciente foi submetido a ecg, ecocardiograma, ressonância nuclear magnética, e exames laboratoriais. **Resultados:** os resultados dos exames e a história clínica levaram ao diagnóstico de infarto agudo do miocárdio sem supra de st, complicado com hematoma epidural em coluna torácica, secundária a terapia farmacológica instituída (aas, clopidogrel, enoxaparina), o que levou o paciente a plegia completa permanente.

Conclusão: o paciente foi mantido sem antiagregantes plaquetários, rotineiros no tratamento de infarto agudo do miocárdio, e submetido à terapia de reabilitação motora. A terapia para coronariopatia crônica exerce grande papel na prevenção de novos eventos cardiovasculares, porém devemos nos atentar aos inúmeros efeitos colaterais possíveis, e as consequências desta terapêutica para cada paciente.

33015

Infarto agudo do miocárdio em atleta jovem, após uso de esteróide anabolizante - relato de caso

ESTEVAO LANNA FIGUEIREDO, RAQUEL LEÃO SILVA, ISABELA VIANA DE PAIVA, GUSTAVO FONSECA WERNER, ROBERTO DRUMOND FERREIRA DE MELO, JOSE CARLOS DE FARIA GARCIA, ARI MANDIL, BEATRIZ EUGENIA GOMES QUIRINO e KLEISSON ANTÔNIO PONTES MAIA

Serviço de Cardiologia Hospital Lifecenter, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

FUNDAMENTOS: Esteróides anabolizantes androgênicos (EAA) são utilizadas em todo o mundo para ajudar os atletas a ganhar massa e força muscular, apesar de serem proibidos em muitos países, como no Brasil. Seu uso e abuso está associado a diversos efeitos colaterais, incluindo infarto agudo do miocárdio (IAM). EAA induzem um aumento ligeiro, mas transitório da pressão arterial e também conferem um estado pró-trombótico aumentado, predominantemente através da ativação da agregação plaquetária. Há poucos relatos na literatura sugerindo trombose intracoronária com o abuso da testosterona. Estanozolol e oxandrolona são esteróides anabolizantes sintéticos derivados de di-hidro-testosterona. Relatamos o caso de um jovem, que desenvolveu IAM, pelo uso de estanozolol e oxandrolona.

RELATO DO CASO: Homem, 21 anos, sem fatores de risco tradicionais para doença arterial coronária, atleta. Em uso regular de estanozolol e oxandrolona por três meses, por via intramuscular. O paciente iniciou com súbita e intensa dor torácica anginosa, típica, em repouso, com dispnéia moderada. Admitido no setor de emergências, com pressão arterial, ausculta cardíaca e pulmonar normais. Eletrocardiograma mostrou supra-desnivelamento do segmento ST, de até 3 mm, de V1 a V5. Cateterismo cardíaco imediato (CATE) revelou a presença de um grande trombo, não oclusivo, no 1/3 proximal da artéria coronária descendente anterior (DA), com oclusão de sua borda distal, sem aterosclerose coronária visível. Hipocinesia apical grave foi vista à ventriculografia. As demais artérias foram angiograficamente normais. A Troponina T elevou-se. A análise bioquímica foi negativa para trombofilias. O paciente foi tratado com aspirina, prasugrel, tirofiban, enoxaparina, carvedilol, valsartana e atorvastatina. Ele evoluiu satisfatoriamente, em classe I de Killip. Após 10 dias do evento, CATE de controle mostrou recanalização completa da DA e normalização da função ventricular. O paciente recebeu alta hospitalar, com aspirina e prasugrel, reiniciou atividades físicas e está bem, depois de oito meses de acompanhamento. **CONCLUSÕES:** Pelo que sabemos, este é o primeiro relato de IAM ocorrido em um jovem após uso de estanozolol e oxandrolona. Por causa das graves complicações cardiovasculares dos esteróides anabolizantes, os médicos devem conhecer os efeitos e consequências destas drogas e desestimular seu uso.

33172

Desfechos de gravidez em mulheres com Tetralogia de Fallot

HENRIQUE MIGLIORI RODRIGUES DA ROCHA, ANA REGINA ELMEC, INDIRA TORRES e BERNARDO BORGES MARQUES

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, BRASIL.

OBJETIVOS: Buscou-se determinar os resultados de desfechos da gravidez em pacientes com tetralogia de Fallot (T4F).

MÉTODOS: Dados clínicos e obstétricos, foram revisados em prontuários e com acompanhamento das pacientes com T4F durante e após a gravidez.

RESULTADOS: Foram 55 gestações de um total de 29 pacientes (com idade média de 22,7 anos e variando de 01 até 08 gestações por paciente);

Do total de pacientes 27 tinham T4F corrigida (tempo médio pós operatório é de 15,7 anos), 01 paciente sem correção pois a T4F era discreta e 01 paciente com cirurgias paliativas.

Das 55 gestações houveram 12 abortos espontâneos (21,8%, p=0,1162) e 01 óbito fetal (1,8%). Das 42 (76,4% com IC(95%)=[63,0%;86,8%]) gestações bem sucedidas (tempo médio de gestação de 36 semanas e peso médio de 2656g), 09 recém nascidos foram prematuros (21,4%), 11 pequenos para a idade gestacional (26,1%), e 03 nasceram com malformação (7,1%, 02 com T4F e 01 com Truncus Tipo I).

Uma paciente teve complicações cardiovasculares durante a gravidez e que necessitou de valvoplastia pulmonar percutânea.

CONCLUSÕES: As pacientes com T4F têm um risco aumentado de perda fetal quando comparadas a pacientes sem malformações cardíacas, e os seus descendentes são mais propensos a terem anomalias congênitas do que descendentes na população em geral. Eventos adversos maternos são raros, mas estas pacientes devem ter acompanhamento cardiológico e obstétrico mais de perto que o restante da população.

33173

Infarto do miocárdio por mixoma atrial esquerdo

HENRIQUE MIGLIORI RODRIGUES DA ROCHA, BERNARDO BORGES MARQUES e CLAUDIO MAGALHÃES RANGEL

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

Relato do caso

Paciente do sexo masculino, de trinta e oito anos de idade, veio encaminhado ao serviço de cirurgia cardíaca do hospital Beneficência Portuguesa para exérese de mixoma atrial esquerdo. Mixoma atrial esquerdo diagnosticado após pesquisa para possível causa de acidente vascular encefálico, acometido há um ano e seis meses deixando como seqüela ao paciente hemiplegia em membro superior direito e membro inferior direito. Paciente relatou também que após seis meses do acidente vascular encefálico sofreu único episódio de dor precordial atípica de forte intensidade, procurando o pronto socorro onde foi medicado com analgésicos com melhora da dor após algumas horas. Ao realizar pré operatório foi evidenciado no eletrocardiograma presença de onda Q em parede inferior (DII, DIII e AVf), após o achado foi realizado novo ecodopplercardiograma que evidenciou presença de massa móvel com pedículo localizado em teto de átrio esquerdo perto da desembocadura de uma das veias pulmonares medindo 43 mm x 21,6 mm e comprometimento da função global do ventrículo esquerdo com predomínio de acinesia de parede inferior do ventrículo esquerdo (FEVE%: 0,49 Cubo). Realizado cineangiogramografia não demonstrando lesões coronárias obstrutivas que caracterizassem doença arterial coronariana podendo sugerir isquemia miocárdica de etiologia embólica. Realizado exérese de mixoma atrial esquerdo sem intercorrências, paciente mantém consultas periódicas com ecodopplercardiograma para avaliação da disfunção ventricular esquerda.

33178

Uso de balão intra-aórtico em pacientes com angina instável refratária

MARCOS ANTONIO GARCIA MAGALHAES, ALEXANDRE LUCIO SOARES DE ASSUNCAO, SARAH MATOS PAOLINELLI, ALINE COELHO FIGUEIREDO, GABRIEL MIRANDA PERON, BARBARA MAGALHAES VIOLA, LAISSA NASCIMENTO BERNARDES SOUZA, THIAGO ZERAIA SAMPAIO LUSTOSA, THIAGO CARVALHO OLIVEIRA e KAYO VIEIRA TEODORAK PEGO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO JOAO DEL REI, DIVINOPOLIS, MG, BRASIL - HOSPITAL VERA CRUZ, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: O Balão Intra-Aórtico (BIA) usa o sistema de contrapulsção idealizado por Harken, descrito os seus benefícios por Moupoulos e aplicado clinicamente por Kantrowitz. Posicionado após o istmo na aorta descendente, é inflado na diástole, o que aumenta em 30% a perfusão coronária, e ao final da diástole é desinflado. O acesso preferencial para a colocação é a via femoral. Principais indicações: Infarto agudo do miocárdio (IAM) com baixo débito cardíaco; Angina refratária em ajuste para terapia definitiva; e, Comunicação interventricular pós-infarto. Objetivo: Transmitir informações atualizadas sobre o uso do BIA, suas indicações, seu manejo e suas consequências.

Metodologia: Análise de caso de paciente atendido no CTI do Hospital Vera Cruz, com diagnóstico de angina instável refratária, e que necessitou de BIA. Pesquisa na base de dados Scielo, livros texto consagrados e opinião de especialistas. A partir dos descritores "Balão intra-aórtico", "Angina Instável" e "Assistência circulatória mecânica". Resultados: Paciente masculino, 64 anos, hipertenso, etilista, ex-tabagista, história familiar positiva para coronariopatia, em uso de losartan e hidroclorotiazida. Admitido na urgência com precordialgia em queimação, irradiando para região cervical, associada à dispnéia, eletrocardiograma sem alterações, sendo realizado o protocolo para síndrome coronariana aguda sem supra de ST, encaminhado a Unidade Coronariana, onde mesmo após otimização de medidas anti-anginosas evoluiu com refratariedade da dor. Realizado Ecocardiograma sem alterações e Cateterismo com doença multivasculares coronariana com indicação de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRVM). Optado, então, por implantação de BIA com melhora do quadro anginoso e programado CRVM que se realizou em 48 horas após início dos sintomas. No pós-operatório evoluiu bem, com retirada do dispositivo em 48 horas e alta do CTI em 96 horas. Conclusão: O BIA promove efeitos hemodinâmicos que são consequentes ao aumento da oferta ao miocárdio de oxigênio, o que melhora a perfusão diastólica, devido há uma redução do seu consumo e na pós-carga ventricular esquerda. A melhora no fluxo coronário, aumenta a reserva energética para o período transoperatório, o que leva a melhor recuperação hemodinâmica após circulação extracorpórea. Além disso, reduz o trabalho cardíaco por oferecer suporte circulatório contínuo durante e após cirurgia.

33184

Trombo em trânsito no coração direito: migração do trombo durante exame ecocardiográfico – relato de caso

CRISTIANA ROSA DE LIMA MACHADO, MÁRCIO VINÍCIUS LINS DE BARROS, DAVI ALEXANDRE BARQUETTE e RENATA MARIA RAMOS CALDEIRA

Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Trombo em trânsito no coração direito (TTCD) é um fenômeno raro, associado a elevada morbi-mortalidade, relacionada com sua associação com tromboembolia pulmonar (TEP). **Relato de caso:** MLB, sexo feminino, 87 anos, leucoderma, sabidamente portadora de HAS, insuficiência cardíaca (IC) e doença renal crônica não dialítica. Levada ao pronto socorro com relato de estar evoluindo há cerca de 10 dias com dispnéia aos esforços menores que os habituais, além de ortopnéia, progredindo para dispnéia em repouso, e associação com edema em membros inferiores e redução progressiva do volume urinário, sendo iniciado tratamento direcionado e solicitados exames laboratoriais e ecocardiograma transtorácico (ETT). O ETT evidenciou miocardiopatia dilatada com disfunção sistólica importante (fração de ejeção de 33%), além de hipertensão pulmonar, evidenciando ainda a presença de estrutura filiforme e com movimentação ampla, sugestiva de trombo, no interior do átrio direito (AD). Cerca de 57 segundos após a primeira imagem, foi documentada nova imagem semelhante, esta sem a presença da estrutura em AD, evidenciando a migração do TTCD durante a realização do ETT. No seguimento, foi realizada Cintilografia pulmonar, que mostrou sinais de TEP bilateralmente. Iniciado então anticoagulação com heparina e otimizado tratamento da IC. Paciente evoluiu com melhora progressiva da dispnéia, tendo alta hospitalar em uso de Varfarina. **Discussão:** Aproximadamente todos os pacientes com TTCD desenvolvem TEP bilateral maciça, e a taxa de mortalidade global nesses pacientes é de 28%, podendo chegar a 100% nos pacientes não tratados. O ETT é normalmente suficiente para o diagnóstico de TTCD, e pode ser considerado como um teste de screening, com uma sensibilidade de 50-60%, podendo no entanto subestimar o tamanho do trombo. Após revisão da literatura, não foi encontrado estudo semelhante, em que se detecta a migração do trombo durante exame ecocardiográfico. **Conclusão:** TTCD é um fenômeno de elevada morbi-mortalidade, sendo o ETT uma importante e útil ferramenta no diagnóstico e também no seguimento dessa condição.

33186

Estresse e risco cardiovascular de cuidadores de idosos em instituição de longa permanência privada.

SADY, ERICA R R, MARRA, TAIS A, RIBEIRO, MARCELLA M, DUTRA, PATRICIA T e CARMO, ISABEL R S D

Faculdade Pitágoras de Ensino Superior, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: dentre as ocupações que podem favorecer o desenvolvimento do estresse e provável doença cardiovascular (DCV), cuja relação fisiopatológica tem sido demonstrada, estão as assistenciais. Assim, considerando o envelhecimento populacional e os desafios a ele inerentes, a saúde do cuidador de idosos (CI) deve ser discutida. **Objetivos:** delinear o perfil sociodemográfico, o risco cardiovascular e o nível de estresse de CI. **Métodos:** trata-se de um estudo observacional de corte transversal, com amostra alocada em ILPI privada da capital mineira em março/2012, sendo excluídos CI sem vínculo institucional, gestantes, em licenças/férias ou que recusassem. **Variáveis investigadas:** idade; gênero; estado civil; etnia; escolaridade/ formação complementar; sedentarismo; tabagismo; etilismo; hipertensão arterial; diabetes melito; dislipidemia; história familiar positiva, excesso de peso e estresse. **Instrumentos:** entrevista, avaliação antropométrica e o questionário Lista de Sintomas de Estresse (LSE), que compõe-se de 59 questões sobre a frequência de sintomas psicofisiológicos e psicossociais [nunca (0), raramente (1), frequentemente (2) ou sempre (3)], cujo escore varia entre 0-177 pontos. **Análise estatística:** utilizou-se o Microsoft® Office Excel, versão 2007 e o GraphPad Prism 4 Project, versão 4.0 para Windows, sob o teste Kolmogorovi-Smirnov. Variáveis contínuas foram representadas como médias $\pm$ desvios-padrão e intervalo de confiança de 95%, e as categóricas como frequência relativa (%). **Resultados:** foram incluídos 15 cuidadores. **Perfil sociodemográfico:** idade 41,3 anos ($\pm 8,2$, 36,7-45,8); casadas (60%); etnia negra (46,7%); 2º grau completo (66,7%) e formação complementar de CI (40%). **Risco cardiovascular:** identificou-se sedentarismo (80%); excesso de peso (53,3%); tabagismo (40%); história familiar positiva (26,7%); dislipidemia (26,7%) e etilismo (13%). **Estresse:** escore médio de 43,9 pontos ($\pm 12,6$, 36,9-50,9) no LSE. **Conclusões:** o sedentarismo e o excesso de peso foram os fatores de risco de maior ocorrência; o estresse, pouco expressivo. Portanto, embora a casuística seja pequena e imponha-se a necessidade de comparações, os achados indicam a necessidade de estratégias preventivas para DCV, possibilitando ao cuidador melhor gerir suas atividades.

Palavras-chave: Cardiologia, Cuidadores, Estresse Psicológico, Instituição de Longa Permanência para Idosos

33191

Diagnósticos diferenciais de miocardite viral em paciente jovem

ANA PAULA GIMENEZ DA CUNHA BUZINARO, e MARCOS ANTONIO BUZINARO

Faculdade Atenas, Paracatu, MG, BRASIL.

Introdução: Relato de caso de E.A.S., sexo masculino, 37 anos, que iniciou em outubro de 2012 quadro de febre de origem desconhecida sendo avaliado por diversos médicos em locais e momento diferentes chegando a ser investigado durante seu tratamento por várias patologias como síndrome coronariana, neoplasia pleural e pneumonia bacteriana. Caso é descrito com detalhes com exames diversos entre eles Rx de tórax, Ecocardiograma, biópsia pleural, análise do líquido pleural, exames laboratoriais, enzimas cardíacas e no final com sorologia para confirmação do CokSakie B e Echovirus influenzae (IgG positivos), tendo sido seguido durante todo quadro tanto em terapia intensiva (18 dias), como enfermagem e ambulatórios de cardiologia. Hoje paciente estável com redução da fração de ejeção que apresenta boa evolução e melhora conforme seguimento e acompanhamento clínico.

Método: Realizado busca ativa de informações junto a prontuários médicos, exames laboratoriais, imagem e em especial dados coletados do paciente que conhece bem toda a história da doença inclusive com resultados de praticamente todos exames realizados.

Resultado: Em vista dos diagnósticos diferenciais pensado durante o longo tempo de tratamento do paciente, podemos observar que a miocardite viral pode simular diversas outras patologias, entre elas, a pneumonia viral ou bacteriana, neoplasia pleural (com líquido com características de exsudato) e síndrome coronariana aguda através de acinesias em ecocardiogramas. O diagnóstico definitivo da doença veio apenas após algumas consultas ambulatoriais quando o paciente apresentou sorologia positiva para os dois vírus, sendo possível observar sua melhora clínica durante seu seguimento.

Conclusão: Após o relato de caso, chegamos a conclusão do quanto é importante a definição e conhecimento das diversas formas de manifestações clínicas que podem ocorrer nas miocardites, tendo desta forma o conhecimento exato para um diagnóstico precoce e uma maior chance de um tratamento eficaz.

33197

Rejeição Humoral grave em receptor de Transplante Cardíaco: Relato de Caso

MARCELLE CRISTINA DA SILVA, FÁBIO MORATO CASTILHO, SÍLVIO AMADEU DE ANDRADE, RENATO BRAULIO, PAULO HENRIQUE NOGUEIRA COSTA, CLÁUDIO LEO GELAPE, VANDACK NOBRE, MARCUS VINÍCIUS M ANDRADE e MARIA DA CONSOLAÇÃO VIEIRA MOREIRA

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

Introdução: Cerca de 30% dos pacientes transplantados cardíacos (TC) apresentam pelo menos um episódio de rejeição grave no primeiro ano após o procedimento, sendo essa uma das principais causas de morte (J Heart Lung Transplant. 2009 Oct;28(10):989-92). Enquanto a rejeição celular (RC) é mais frequente e conhecida, a rejeição humoral (RH) – mediada por anticorpos – apresenta maior mortalidade (30 a 50%) e está associada ao desenvolvimento de doença vascular do enxerto (Arq Bras Cardiol. 2010;94:e16-76).

Método: Este trabalho tem como objetivo relatar o primeiro caso de RH em paciente pós TC tratado em um centro de referência de TC do estado de MG.

Resultado: Paciente LB de 64 anos, masculino, TC em agosto de 2012 por cardiopatia isquêmica, com reatividade contra painel classe I e II de 0% pré TC. Ecocardiograma (ECO) e biópsia endomiocárdica (BEM) recentes, pós TC eram normais. Paciente procurou o hospital no dia 05/02/13 com dispnéia, insuficiência cardíaca classe IV e anasarca, com 72 horas de evolução. Realizado ECO, que mostrou disfunção ventricular esquerda grave (FEVE 25%). Submetido à BEM para pesquisa de RC e RH, no mesmo dia. Tratado empíricamente inicialmente para RC, com pulsoterapia venosa constituída de metilprednisolona e timoglobulina, além de troca da ciclosporina para tacrolimus. Evoluiu com piora clínica, caracterizada por sinais de choque cardiogênico, com necessidade de suporte inotrópico venoso. Iniciado, então, tratamento para RH, com plasmaferese e imunoglobulina EV. Após 4 dias, paciente apresentava melhora clínica, tolerando suspensão de dobutamina e diurético venoso. A BEM evidenciou ausência de RC e confirmou a RH. O ECO realizado após 6 sessões de plasmaferese, evidenciou FEVE = 56%. O tratamento foi mantido por 8 semanas.

Conclusão: Apesar de menos frequente, a RH apresenta alto índice de mortalidade e deve ser suspeitada nos pacientes refratários ao tratamento imunossupressor, com quadro clínico e ecocardiográfico sugestivos de rejeição e BEM sem alterações histológicas compatíveis com RC de grau importante. Na suspeita de RH, plasmaferese e imunoglobulina devem ser iniciadas o mais precocemente possível, mesmo antes da confirmação diagnóstica.

33198

Transplante cardíaco em paciente com amaurose bilateral: primeiro caso descrito na literatura

MARCELO MARTINS P FILHO, FÁBIO MORATO CASTILHO, SÍLVIO AMADEU DE ANDRADE, PAULA APARECIDA BRAGA, MARINA CALDAS TEIXEIRA, RENATO BRAULIO, PAULO HENRIQUE NOGUEIRA COSTA, CLÁUDIO LÉO GELAPE e MARIA DA CONSOLAÇÃO VIEIRA MOREIRA

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

Introdução: O transplante cardíaco (TC) é um procedimento de alta complexidade, que requer avaliação social criteriosa do potencial receptor. A falta de adesão ao tratamento constitui contraindicação absoluta para o procedimento. A amaurose bilateral impõe grande limitação ao paciente, por dificultar o uso correto das medicações e o cumprimento da rotina de exames.

Método: Este trabalho tem como objetivo relatar o primeiro caso de TC em paciente com amaurose bilateral realizado em um Centro de referência para TC do estado de Minas Gerais.

Resultado: Paciente de 44 anos, portador de amaurose bilateral por catarata congênita, foi referenciado à equipe de TC devido à cardiomiopatia isquêmica estágio D e classe funcional IV. Apresentava passado de acidente vascular cerebral isquêmico com hemiparesia discreta à esquerda e episódio de tromboembolismo pulmonar em 2010. Ecocardiograma mostrava disfunção ventricular grave com FEVE = 29%. O paciente apresentava estrutura familiar estável, sendo casado com mulher também portadora de amaurose bilateral. Apesar da deficiência física grave e limitante, apresentava boa adesão ao tratamento e entendimento do seu quadro clínico, sendo considerado, após avaliação de psicóloga e assistente social, haver condição para a realização do TC. O paciente foi transplantado em 09/10/2012, evoluindo sem intercorrência e recebendo alta hospitalar em 24/10/2012. Desde então, tem realizado consultas ambulatoriais regulares e exames, incluindo a biópsia endomiocárdica. Apresenta níveis séricos adequados de ciclosporina e nunca apresentou episódio de rejeição significativa ou de qualquer intercorrência com necessidade de internação hospitalar. Em busca não-sistemática realizada na base PubMed não foi encontrado outro caso de TC em paciente portador de amaurose bilateral.

Conclusão: O TC é um procedimento complexo, que envolve a necessidade de adesão ao uso de grande número de medicamentos e realização de exames. Embora pacientes portadores de deficiência física grave apresentem dificuldades ainda maiores para o sucesso do procedimento, isso não deve ser considerado isoladamente contraindicação ao TC. A avaliação multidisciplinar cuidadosa consegue identificar aqueles indivíduos capazes de superar esse desafio.

33202

Aneurisma ventricular calcificado diagnosticado através de ventriculografia esquerda em paciente com infarto agudo do miocárdio anterior de longa data

MATHEUS C SILVA, DANIEL P CRUZ, BRUNO R NASCIMENTO, PEDRO H A LIBÓRIO, THOMAZ C SILVA, FLAVIO V TEODORO, FILIPPE A V SILVA, DELIANE A S COELHO, IVAN F FREITAS e CARLOS A F AREAS

Hospital Universitário São José, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: um aneurisma ventricular esquerdo (AVE) verdadeiro é definido como uma parede fibrótica ou escarificada, bem delineada, fina, destituída de musculatura ou contendo musculatura fibrótica. É resultado de um infarto agudo do miocárdio (IAM) transmural resolvido. O segmento de parede envolvido é ora acinético (sem movimento) ou discinético (com balonamento paradoxal) durante a sístole.

Caso clínico: um homem de 67 anos de idade foi admitido em nosso serviço, com quadro de angina de esforço, para propedêutica coronariana invasiva. O paciente tinha uma história prévia de IAM ocorrido há cerca de 10 anos atrás. O eletrocardiograma (ECG) evidenciou ondas Q patológicas e uma elevação do segmento ST em derivações anteriores, alteração essa, compatível com um ECG obtido há 01 ano atrás. A angiografia coronária demonstrou uma oclusão total do terço proximal da artéria descendente anterior com fluxo colateral intercoronário proveniente do 1o. ramo diagonal. A ventriculografia esquerda mostrou um aneurisma ventricular apical esquerdo calcificado. **Conclusão:** a possível presença de um AVE deve ser sempre suspeitada em um paciente com um grande IAM, geralmente de parede anterior, que desenvolve alguma das seguintes complicações: insuficiência cardíaca, angina, arritmias ventriculares, ou embolização sistêmica. O ECG geralmente revela evidência de um grande IAM. Pode haver elevação persistente do segmento ST. Contudo, esse achado geralmente é resultado de uma grande região cicatricial e não necessariamente implica em um aneurisma. O diagnóstico definitivo é feito através de um método de imagem. O ecocardiograma (ECO) transtorácico é o método mais utilizado, mas a ventriculografia por radiocontraste ou a ventriculografia contrastada, no momento da cateterização cardíaca, são alternativas. O ECO tridimensional e a ressonância nuclear magnética são modalidades novas que estão sendo cada vez mais usadas para o diagnóstico, medida do volume ventricular e seguimento cirúrgico.

Fig. Ventriculografia esquerda evidenciando aneurisma ventricular calcificado no ápice do ventrículo esquerdo.

33204

Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST em paciente sem aterosclerose coronária tratado com cateter aspirador de trombo QuickCat®

CLARISSA C D ORTO, GILVAN VILELLA, RUBENS P F LOPES, MATHEUS C SILVA, DANIEL P CRUZ, BRUNO R NASCIMENTO, PEDRO H A LIBÓRIO, THOMAZ C SILVA, IVAN F FREITAS e CARLOS A F AREAS

Hospital Regional de Teixeira de Freitas, Teixeira de Freitas, BA, BRASIL - Hospital Universitário São José, BH, MG, BRASIL - Hospital das Clínicas da UFMG, BH, MG.

Caso clínico: paciente masculino, 39 anos, sem fatores de risco para doença aterosclerótica coronária (DAC), admitido no pronto socorro com quadro de dor torácica em aperto há 02 horas, associada a náuseas e vômitos. Não havia história de uso de álcool ou drogas ilícitas. O eletrocardiograma evidenciou supra do segmento ST na parede anterior. Cineangiogramografia revelou artéria descendente anterior (DA) com imagem de trombo intraluminal ocupando 90% de sua luz, porém não havia aspecto de placa de aterosclerose. Após seletivação da artéria coronária esquerda com um cateter terapêutico JL 3,5 6F, foi realizada aspiração manual com cateter aspirador de trombo QuickCat®, que retirou grande quantidade de trombo de coloração esbranquiçada, denotando característica de trombo fresco. Administrou-se abxiximabe em bolus através do cateter aspirador posicionado na DA. Após essas intervenções houve melhora da dor e do supradesnivelamento do ST observado à monitorização cardíaca intraprocedimento. Reestado no terceiro dia após o evento agudo evidenciou coronárias sem lesões e ausência de trombo na DA. **Discussão:** A principal causa de infarto agudo do miocárdio (IAM) em pacientes com DAC é a ruptura de uma placa de aterosclerose. Entre 6-12% dos pacientes com IAM têm coronariografia normal. Entretanto, angiogramas podem falhar em detectar lesões mínimas enquanto, em muitos casos, a ultrassonografia intravascular revela pequenas placas ateroscleróticas, de modo que após o advento do mesmo, a prevalência de IAM com coronárias normais caiu para aproximadamente 1%. **Conclusão:** embora o fator causal e consequentemente a fisiopatologia do IAM com supra de ST em pacientes sem aterosclerose sejam diferentes, o manejo inicial é o mesmo que o de um IAM convencional, incluindo alívio da dor, agentes antiplaquetários, heparina, trombólise ou angioplastia na fase aguda.

Fig 1. (A) Trombo intraluminal em DA. (B) Trombo fresco de coloração esbranquiçada. (C) Ausência de trombo ou lesão aterosclerótica em DA.

33209

Arritmias ventriculares complexas secundárias a hiperaldosteronismo – Relato de Caso

CARLOS EDUARDO DE SOUZA MIRANDA, CLAUDIA M MIRANDA, ANDRE O NESIO, LUCIANA S R BRITO e MITERMAYER R BRITO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamento: A ocorrência de arritmias ventriculares deve levar a investigação rotineira de causas secundárias.

Objetivo: Relatar um caso de arritmias ventriculares complexas de secundárias a hiperaldosteronismo primário.

Descrição: Mulher de 46 anos com palpitações e arritmias ventriculares complexas encaminhada para avaliação no ambulatório de arritmias. Paciente evoluindo, após ajuste das medicações anti-hipertensivas, com palpitações, dores musculares e fadiga aos esforços. Relatava hipertensão arterial (H.A.) desde 23 anos de idade e fazia uso regular de: losartana + hidroclorotiazida (50/12,5 mg/dia), anlodipina (20 mg/dia) e de metoprolol (100 mg/dia). Ao exame, RC2t Fc 74 bpm e PA d/s/p160/100 mmHg. Ao ECG, ritmo sinusal com BAV do 1º grau, intervalo QT prolongado (QTc 520 ms) e onda U. Exames prévios: teste ergométrico com H.A. sustentada e sem resposta isquêmica; ecocardiograma com HVE; laboratório com hipopotassemia (K=3,4 mEq/L). Além destes, Holter realizado após piora dos sintomas, com 28.658 extrasístoles ventriculares, 1.352 episódios de TVNS/RIVA com 3 a 111 batimentos e Fc entre 42 a 176 bpm. Diante da história clínica e dos achados, encaminhada para internação, sendo ajustadas medicações, suspensa a HCT e realizada nova revisão laboratorial. Esta revelou hipopotassemia grave (K=1,9 mEq/L). Iniciada reposição de potássio, feitas dosagens da aldosterona, da atividade de renina plasmática, que estavam alteradas e com relação superior a 30. Após, realizada TC de abdomen e pelve, que evidenciou adenoma em adrenal esquerda. Iniciada espirolactona, com normalização dos níveis pressóricos e do potássio, melhora das palpitações, normalização do QTc e desaparecimento das arritmias ventriculares complexas.

Conclusões: 1- Na presença de arritmias ventriculares, causas secundárias devem ser investigadas de maneira rotineira 2- A história clínica, associada aos achados dos exames complementares, é fundamental para a abordagem correta 3- A presença de hipopotassemia leve espontânea ou acentuada provocada por diuréticos em baixas doses, associada a H.A. refratária, deve direcionar a investigação para a presença de hiperaldosteronismo.

33235

Beriberi de Shoshin: uma causa rara de insuficiência cardíaca fulminante

MATHEUS C SILVA, DANIEL P CRUZ, BRUNO R NASCIMENTO, PEDRO H A LIBÓRIO, FLAVIO V TEODORO, FERNANDA B OLIVEIRA, VALDEON C R JÚNIOR, ANA C C B DARÉ, IVAN F FREITAS e CARLOS A F AREAS

Hospital Universitário São José, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Beribéri é uma doença provocada pela grave deficiência de tiamina. Não só alcoolátras, mas também pessoas carentes com desnutrição, idosos, pacientes com AIDS e em nutrição enteral, estão em risco dessa deficiência. Além disso, o uso de furosemida a longo prazo pode estar relacionado com a sua deficiência devido à perda urinária. **Caso clínico:** paciente de 17 anos, portadora de estenose mitral (EM) reumática moderada, diagnosticada há 4 anos, evoluiu nos últimos meses com piora progressiva dos sintomas de insuficiência cardíaca congestiva (ICC). Desnutriu-se, com quadro de inapetência, náuseas e vômitos. Fazia uso ambulatorial de: digoxina 0,2 mg/d, diltiazem 180 mg/d, furosemida 80 mg/d e espironolactona 25 mg/d. Procurou atendimento hospitalar em 04/07/12 com quadro de descompensação do quadro de ICC. Ecocardiograma transtorácico (ECO TT) revelou EM grave, insuficiência mitral (IM) leve, fração de ejeção ventricular (FEVE) preservada e hipertensão arterial pulmonar (HAP) grave. Evoluiu em 05/08 com descompensação súbita da ICC, necessitando de ventilação mecânica (VM) e suporte vasopressor em CTI. Optou-se por tratamento percutâneo da válvula mitral com catéter-balão de Inoue (*Escore de Block* = 6) sendo no dia 07/08 encaminhada ao laboratório de hemodinâmica para valvuloplastia percutânea. Durante ventriculografia contrastada, identificou-se grave disfunção ventricular esquerda com hipocinesia difusa grave, confirmada através de novo ECO TT (FEVE = 35%), sem sinais de piora angiográfica do refluxo mitral. Diante da suspeita clínica de Beribéri cardíaco fulminante (de *Shoshin*), iniciou-se em 08/08 tratamento com tiamina parenteral. A paciente evoluiu com notável melhora, alcançando estabilidade hemodinâmica e tolerando extubação após três dias de tratamento, que foi consequentemente mantido. No dia anterior à sua alta, em 22/08, já assintomática, realizou novo ECO TT que evidenciou: função ventricular com retorno à normalidade (FEVE = 67%), dupla lesão mitral com estenose leve-moderada, regurgitação moderada e HAP moderada. **Conclusão:** Manifestações cardiovasculares (beribéri úmido) da deficiência de tiamina são caracterizadas por vasodilatação periférica com aumento do débito cardíaco, lesão miocárdica, retenção de sódio, água e IC biventricular. Sua forma extrema, de *Shoshin*, é rapidamente fatal a não ser que a terapia específica seja dada. O tratamento consiste na administração de tiamina, com melhora clínica rápida após sua suplementação.

33236

Pseudoaneurisma de artéria femoral pós cineangiografografia

LUCIANA RABELO ARAUJO, ISADORA MARTINS CHAVES, GABRIEL DE MELO FERREIRA, EDMAR SILVA DE ARAUJO JUNIOR, GABRIELA MIRANDA SANTANA, LEONARDO KADO TAKEDA, MARIÁ LIBÓRIO P LEITE, THATYANA SIMÕES WEBER, SHADY ALVES BOAVENTURA e DANIEL ROCHA RABELO

Faculdade Atenas, Paracatu, MG, BRASIL.

Pseudoaneurisma (PAN) é uma complicação vascular relativamente frequente após cateterização da artéria femoral, com incidência em torno de 6%.

Existem fatores de risco relevantes para o aparecimento dos PANs tais como a idade, o sexo feminino, doença vascular periférica (há relato de sua ocorrência no local de ruptura de placa ateromatosa). Também contam a inexperience do operador e o tamanho do cateter maior que 8F, com anticoagulação concomitante.

O objetivo do trabalho é relatar um caso de PAN de artéria femoral, sua evolução, diagnóstico, vantagens da ecografia vascular, tratamento e discussão das novas possibilidades terapêuticas.

Paciente do sexo feminino, 54 anos, sabidamente coronariopata, com história de angioplastia há 2 anos para DA (sem intercorrências na época). Deu entrada no hospital com quadro de angina instável, sendo indicado nova cineangiografografia e realizado angioplastia no mesmo procedimento, com novo stent na DA (procedimento sem intercorrências). Paciente evoluiu bem, quando apresentou no segundo dia pós procedimento massa pulsátil em região inguinal direita (local da punção) e sopro audível no mesmo local. Realizado duplex scan venoso de MID, sendo observado imagem hipocogênica arredondada, com presença de fluxo bidirecional ao Doppler. Feito o diagnóstico de PAN, foi realizado a compressão guiada por US durante 30 minutos, com êxito no procedimento.

Estratégias terapêuticas têm sido desenvolvidas para tratamento dos PANs como compressão local guiado pelo ultrassom, injeção de trombina, ou tratamento cirúrgico em casos de falência das opções citadas ou na presença de complicações. A compressão guiada pelo tem como desvantagens o longo tempo de procedimento, pode ser doloroso, frequentemente requer sedação, a taxa de sucesso é cerca de 74%, tem eficácia reduzida com o uso de anticoagulantes/antiplaquetários, recorrência acima de 20%, porém tem raras complicações. A técnica por injeção percutânea de trombina tem duração menor que 15 minutos, menos dolorosa, não necessita de sedação, resulta em 93 a 100% de sucesso, recorrência é rara e apresenta complicações entre 0 e 4%. Concluindo, PAN é um problema recorrente dentre as complicações da punção arterial. O Doppler vascular é um exame não invasivo, rápido, muito disponível e de baixo custo, com ótima acurácia para o seu diagnóstico. A injeção de trombina parece ser uma técnica com melhores benefícios e eficácia para tratamento.

33245

Implante percutâneo de valva aórtica (IVAP) em pacientes com estenose aórtica grave

PHÉLIPPE COSTA DE CERQUEIRA, FABIANA OLIVEIRA PENIDO e PAULA CARVALHO RIBEIRO

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

INTRODUÇÃO: estenose aórtica é a anomalia valvar mais comum. Sua incidência aumenta devido à maior expectativa de vida populacional. A estenose aórtica adquirida é geralmente consequência da calcificação da valva, decorrente de desgaste progressivo. Assim, tem maior incidência em idosos, que, quando não operados, apresentam elevado índice de mortalidade. Entretanto, o alto risco da cirurgia de troca valvar (CTV) a contra-indica a 33% dos pacientes graves. Nesse contexto, com aplicação do conhecimento anatômico vascular apurado, criou-se uma alternativa de tratamento para aproximadamente 54 mil idosos, o IVAP. Após análise cuidadosa das características anatômicas da valva aórtica do paciente, realiza-se uma punção na artéria femoral para introdução da nova valva, que, conduzida por via arterial até o local do implante, expande-se e assume as funções da valva doente.

OBJETIVO: avaliar as vantagens do IVAP em relação à CTV.

METODOLOGIA: revisão literária utilizando PUBMED, BVS, LILACS, Uptodate e literatura impressa, nos idiomas inglês, português e espanhol.

RESULTADOS: nos 10 artigos encontrados, publicados entre 2008-2010, constatou-se 38 IVAP. Todos obtiveram ampliação da área valvar e redução do gradiente transvalvar. Quatorze necessitaram implantar marca-passo. Ocorreram cinco mortes: uma morte súbita e quatro relacionadas às co-morbidades.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: as vantagens em relação à CTV são redução do risco cirúrgico e dos tempos de recuperação e procedimento, aumentando a expectativa de vida dos pacientes inoperáveis pela CTV. Principais desvantagens são difícil acesso arterial em pacientes com aterosclerose grave, vazamento para-valvar e aumento da necessidade de implantar marca-passos após o procedimento.

CONCLUSÃO: a IVAP é uma técnica nova e promissora, que oferece tratamento a pacientes com 50% de taxa de mortalidade em dois anos, porém necessita de maior desenvolvimento para minimizar as desvantagens.

33252

Quilotórax após cirurgia de revascularização miocárdica.

ALVES, ANDRÉ G J, PITANGA, ANDRÉ L, SANTOS, FLAVIO A O, MACEDO, ARIANE V S, PAULA, RITA C L, VALARINI, MARIA C S e JUNIOR, MARCOS A M A

Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais - FELUMA, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: O quilotórax, manifestação secundária em certas patologias clínicas (linfoma, tuberculose, cirrose hepática), é uma rara complicação da cirurgia de revascularização miocárdica (CRVM), entre 0,5 a 1%. Relatamos um caso quilotórax após CRVM. Relato de caso: MSFC, 61 anos, feminino, hipertensão, diabética, admitida no Hospital Mater Dei com dor torácica típica. Eletrocardiograma compatível com infarto agudo com supradesnivelamento segmento ST de parede inferior. Submetida à angioplastia primária com implante stent convencional em terço distal artéria coronária direita com sucesso. Demais lesões no cateterismo de 70% em óstio e 90% no terço médio da descendente anterior (DA) e 80% no terço distal da circunflexa foram tratadas com CRVM após fase aguda do infarto. Realizado anastomose mamária interna esquerda (MIE) para DA, radial para 2º marginal e safena para ventricular posterior. Ato dito sem intercorrências, porém no 4º dia de pós-operatório (DPO) apresentou dispnéia e importante derrame pleural à esquerda. Realizada toracocentese de alívio (1600ml) e fixado dreno pleural com drenagem em alto débito diário de aspecto quiloso. Dosagem de triglicérides no líquido 688mg/dl e sérico 245mg/dl, confirmando o diagnóstico de quilotórax. Iniciado tratamento conservador, jejum e nutrição parenteral, porém no 14º dia manteve drenagem acima de 1000ml/dia. Realizado videolaparoscopia torácica posterior direita e clipado estrutura compatível com ducto torácico. No 1º DPO teve abundante drenagem leitosa (2000ml) necessitando abordagem aberta por toracotomia posterior esquerda, visualização direta do ducto próximo à origem da MIE. Administrado via gástrica 100ml de azeite uma hora antes do procedimento e através da visualização direta do gotejamento no espaço pleural foi possível a clipagem e utilização de cola biológica no local fistuloso do ducto torácico. Após procedimento, mantido inicialmente dieta parenteral e não houve recorrência de drenagem. Discussão: O quilotórax é uma rara complicação da CRVM, manifesta-se entre o 2º e 5º DPO. Conduta inicial deve ser conservadora com suspensão de dieta lipídica. O tratamento cirúrgico é indicado após 14 dias ou quando a drenagem é superior a 1000ml/dia. Conclusão: A ocorrência do quilotórax foi devido à lesão do ducto torácico durante o procedimento de CRVM. Sem resposta ao tratamento conservador, foi necessária a intervenção cirúrgica corretiva. Quilotórax é uma rara, porém, importante complicação pós CRVM.

33263

Raro caso de infarto agudo do miocárdio de repetição causado por ponte miocárdica.

MATHEUS C SILVA, DANIEL P CRUZ, BRUNO R NASCIMENTO, PEDRO H A LIBÓRIO, THOMAZ C SILVA, FLAVIO V TEODORO, FILIPPE A V SILVA, BRISA D C MAIA, IVAN F FREITAS e CARLOS A F AREAS

Hospital Universitário São José, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: as principais artérias coronárias, que são normalmente distribuídas sobre a superfície epicárdica do coração, ocasionalmente, têm um curso segmentar intramiocárdico. Durante a sístole, esse segmento do vaso é comprimido, uma condição referida como "ponte miocárdica". **Caso clínico:** paciente de 41 anos de idade, previamente hipertensa, que fazia uso ambulatorial de losartam 50mg/d, apresentou em 19/04/13 episódio de forte precordialgia. Procurou atendimento no pronto-socorro (PS) local. Foi feito ECG que mostrou supra do segmento ST de V1-V6. Recebeu tratamento para infarto agudo do miocárdio (IAM) com supra do segmento ST, associado a estreptokinase (STK). Existiram critérios de reperfusão. Em 25/04/13 realizou coronariografia (CATE) que evidenciou: grave ponte miocárdica no 1/3 médio da artéria descendente anterior (DA) associada a vasoespasmos locais. As demais coronárias não apresentavam alterações obstrutivas significativas. O ventrículo esquerdo (VE) exibiu discreta hipocinesia apical. Optou-se por tratamento clínico. Em 01/05/13 evoluiu com novo episódio de precordialgia de forte intensidade sendo novamente conduzida ao PS. Enzimas cardíacas se elevaram. ECG revelou isquemia subendocárdica de região infero-ântero-apical. Reiniciou-se então, protocolo para síndrome coronariana aguda, com melhora dos sinais e sintomas. Na madrugada do dia 07/05/13, intercorreu mais uma vez com forte dor precordial. ECG revelou outra vez supra do segmento ST em parede anterior. Recebeu de novo STK, com critérios de reperfusão. CATE realizado em 08/05/13 evidenciou: grave ponte miocárdica no 1/3 médio da DA e piora da hipocinesia apical do VE. Recebeu alta no dia 10/05/13, com tratamento clínico otimizado com beta-bloq. em dose máxima tolerada. **Conclusão:** apesar dessa ser geralmente uma condição benigna encontrada em cerca de 2% das angiografias coronárias, foram relatados casos de IAM, taquiarritmias ventriculares e morte súbita cardíaca. Esse caso, segundo nosso conhecimento, é o primeiro descrito na literatura, de IAM de repetição causado por ponte miocárdica.

Fig 1. (A) Ponte miocárdica na diástole. (B) Ponte miocárdica na sístole.

33265

Perfil de incidência das doenças do aparelho circulatório no estado de Rondônia

DIONE JOSÉ FERNANDES SILVA, VINICIUS LUIZ PITALUGA CAMPELO, BRAZ EMANUELL SOUZA LIMA e CASSIO FACHI

Faculdades Integradas Aparício Carvalho, Porto Velho, RO, BRASIL.

INTRODUÇÃO: No estado de Rondônia no período de novembro de 2012 a janeiro de 2013, as doenças do aparelho circulatório foram entre outras morbidades, as que mais levaram pacientes a procura de atendimento médico. O objetivo do trabalho é ilustrar o perfil de incidência de doenças do aparelho circulatório em Rondônia, em um trimestre, e concluir os aspectos como morbidade, sexo e a idade que é mais prevalente no estado.

METODOLOGIA: O trabalho foi realizado utilizando dados secundários provenientes do banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS /Ministério da Saúde). E por último, o programa Excel foi usado para auxiliar na tabulação e no cruzamento das informações obtidas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES: Segundo os 1453 casos obtidos de internações no período, ocorreram uma incidência maior no interior do estado que na capital, sendo considerado normal, pois a população do interior é superior em números que a população de Porto Velho. As internações aconteceram com mais significância a partir dos 30 anos de idade, com um pico entre 70 a 79 anos, achando-se compatível com os padrões normais da população brasileira. Houve uma incidência maior em indivíduos do sexo masculino com 54,99% dos casos em Rondônia. Dentre as morbidades encontradas que levaram os pacientes a internação, destacou-se a hipertensão primária (27,60%) e a insuficiência cardíaca (22,84%), além de um conjunto de outras doenças do aparelho circulatório, principalmente cerebrovasculares. No aspecto de cor/raça, 70,68% dos indivíduos não declararam sua cor/raça, entretanto dos que declararam, a maior incidência foi em pardos representando 26,36% das internações.

CONCLUSÃO: Por fim, este trabalho permitiu concluir que o índice de doenças do aparelho circulatório em Rondônia apresenta um perfil de maior prevalência em indivíduos do sexo masculino, faixa etária de 70 a 79 anos, de cor/raça parda e residente no interior do estado. Isto poderá servir de apoio ao sistema de saúde, permitindo um direcionamento na identificação dos indivíduos mais susceptíveis que, desse modo, contribuirá para melhores estratégias de promoção, prevenção e controle destas doenças no estado.

33267

Insuficiência cardíaca refratária e episódios de taquicardia ventricular não sustentada devido a miocárdio não compactado

ZANDONAI MIRANDA, GERSON MIRANDA, GERALDO GUINOMAR ALCANTARA, VAGNER VINÍCIUS FERREIRA, DANIELA LOPES GOMES, ANA PAULA ALVES FONSECA e WILLIAM MOREIRA SENA

Hospital Nossa Senhora Mercês - Santa Casa, Montes Claros, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: O miocárdio não compactado (MNC) é uma entidade rara diagnosticada com mais frequência na população pediátrica. Caracteriza-se por excessiva trabeculação e recessos que predominam no ventrículo esquerdo (VE), devido à interrupção do processo de compactação das fibras miocárdicas durante a fase embriológica, tendo como principais complicações o tromboembolismo, as arritmias cardíacas e a insuficiência cardíaca congestiva (ICC) progressiva.

OBJETIVOS: Relatar o caso de uma paciente com diagnóstico prévio de cardiomiopatia dilatada sem etiologia definida apresentando ICC descompensada e episódios de arritmia cardíaca, sendo diagnosticado MNC.

MÉTODOS: As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com a paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos utilizados e revisão de literatura.

RESULTADOS: Mulher de 72 anos com história de cardiomiopatia dilatada há 39 anos evoluindo com piora da dispnéia aos esforços (classe funcional III - IV), ortopnéia, palpitações e fadiga, sendo internada e iniciado tratamento otimizado para ICC. Os exames realizados mostraram: cardiomegalia ao raio-x de tórax; eletrocardiograma com ritmo sinusal, bloqueio de ramo esquerdo completo, QRS >160ms; holter com ectopia ventricular polimórfica frequente e taquicardia ventricular não sustentada. O ecocardiograma com doppler evidenciou trabeculação excessiva e proeminente em região apical e nas paredes lateral e inferior do VE, fração de ejeção de 20% e derrame pericárdico. Tais achados levaram a suspeita de MNC que foi confirmado pela ressonância magnética cardíaca com relação entre o miocárdio não compactado e o compactado > 2,3 - dado sensível (86%) e específico (99%) para o diagnóstico.

CONCLUSÕES: O caso exposto retrata uma doença subdiagnosticada, cujo diagnóstico postergado por 39 anos pode ser justificado pelo pouco conhecimento sobre essa patologia, sua semelhança com outras miocardiopatias e a limitação da técnica ecocardiográfica empregada, demonstrando a importância dos métodos diagnósticos atualmente disponíveis em cardiologia e que a suspeição é o principal item para o diagnóstico do MNC.

33269

Valor da ecocardiografia tridimensional no diagnóstico do duplo orifício da valva mitral

ALEXANDRE FERREIRA, RODRIGO ABBUD ATTUX, MARIA COSTA NEVES DE OLIVEIRA, BRUNO REZENDE PASSOS, FILIPE REZENDE LOPES DE ALMEIDA, ARMANDO FAGUNDES MORATO NETO, MIGUEL RABELO GUIMARÃES, MARGARIDA MARIA DA COSTA SMITH MAIA, FÁBIO ÁVILA TÓFANI e JOSE LUIZ BARROS PENA

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: As anomalias congênitas da valva mitral são raras e pouco descritas na literatura. O Duplo Orifício da Valva Mitral (DOVM) foi descrito inicialmente por Greenfield em 1876 e até 1988 apenas 181 casos foram relatados. Frequentemente o DOVM está associado a outras malformações cardíacas tais como defeitos do septo atrioventricular e interventricular, anomalia de Ebstein, valva aórtica bivalvular e coarctação da aorta. A valva pode ser estenótica, insuficiente ou funcionalmente normal, sendo que o DOVM pode ser acidentalmente detectado ao ecocardiograma. Anatomicamente o DOVM pode ser classificado de acordo com a localização do orifício acessório. **Relato de caso:** Sexo masculino, 43 anos, professor, ex-modelo profissional, natural de Patos de Minas, residente em Belo Horizonte. Assintomático, foi detectado sopro cardíaco em avaliação de rotina em novembro de 2001, época em que praticava atividade física de forma regular, 5x por semana. Submetido a dois ecocardiogramas transtorácicos na ocasião, teve diagnóstico de hipertrofia das paredes do VE, prolapse da valva mitral com insuficiência leve e valva aórtica bivalvular com insuficiência leve. Exame físico atual demonstrou sopro mesossistólico em foco aórtico grau II, protomesodiastólico grau III em foco aórtico e mesotelesistólico grau II em foco mitral. Mãe falecida no pós-operatório de cirurgia para correção de aneurisma da aorta abdominal. Estudo ecocardiográfico em nosso serviço demonstrou malformação da valva mitral, com anel fibroso e duplo orifício, sendo que o orifício acessório estava localizado na comissura pósteromedial. O Doppler em cores demonstrou dois jatos através da valva mitral e sinais de insuficiência de grau discreto. Visualizamos ainda músculo papilar anômalo do VE, valva aórtica bivalvular com rafe entre a válvula coronariana direita e não coronariana, insuficiência aórtica de grau moderado, dilatação moderada da raiz da aorta e aorta ascendente. Apesar do aumento moderado do VE a função global estava preservada (fração de ejeção=70% e strain global longitudinal -18,6%). **Conclusão:** A ecocardiografia tridimensional parece ser mais acurada na identificação do orifício acessório, visualização e análise morfológica do aparelho subvalvar e músculos papilares, além de possibilitar diagnóstico de possíveis anomalias congênitas associadas em casos raros de DOVM.

33270

Tuberculoma cardíaco: apresentação de caso de massa intracardiaca de difícil diagnóstico

VINICIUS EDUARDO ARAUJO COSTA, CARLOS CAMILO SMITH FIGUEIROA, RENATO BRAULIO, PAULO HENRIQUE NOGUEIRA COSTA, THIAGO VINICIUS VILLAR BARROSO, OTAVIO PENA BRAGA, TIAGO BERNARDO NERY, MARCOS ROBERTO DE SOUSA e CLÁUDIO LÉO GELAPE

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

Mycobacterium tuberculosis (MT) é causa importante de morte global, e é capaz de infectar cada órgão do corpo, e o coração não é exceção. Entretanto, são raros os relatos de endocardite tuberculosa na literatura, e mais raros ainda os casos de tuberculoma cardíaco. Apresentamos o caso de paciente masculino, 54 anos, com história prévia de histoplasmosse disseminada em 2008, confirmada por biópsia de linfonodo inguinal. Tratado em hospital de referência, recebeu alta após melhora clínica. No início de 2012 reiniciou sintomatologia semelhante: astenia, emagrecimento, inapetência, dispnéia. Reiniciado tratamento e mantido itraconazol por cerca de 8 meses. Houve melhora parcial dos sintomas, porém, evoluiu com piora da dispnéia. Iniciada propedêutica cardiológica com ecocardiograma, que mostrou formação densa, bem delimitada, aspecto vesiculado, com formação de pedículo ao nível da via de saída do ventrículo direito (VSVD), causando estenose subvalvar. Realizada ressonância magnética cardíaca, que apresentou massa intracavitária na VSVD, sugestiva de vegetação subvalvar pulmonar com componente trombótico associado. Relacionando clínica e imagens, o caso foi conduzido então como possível endocardite subvalvar pulmonar por histoplasmosse. Avaliação imunológica cuidadosa confirmou AIDS. O paciente foi encaminhado para tratamento cirúrgico. Durante procedimento, foi realizada a retirada de massa de aspecto tumoral em via de saída do ventrículo direito, com necessidade de excisão de folheto anterior da valva pulmonar. Questionado novamente a hipótese diagnóstica, que foi esclarecida após resultado da cultura do fragmento tumoral, positiva para MT. Iniciado esquema de rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol no pós-operatório. Embora tuberculose seja primariamente uma doença pulmonar, 15-20% de todos os casos são extrapulmonares e os locais mais comumente acometidos são linfonodos, pleura, abdome e sistema nervoso central. O envolvimento do miocárdio pode ocorrer por contiguidade de doença do pericárdio, propagação pelos linfonodos mediastinais ou disseminação hematogênica. O tratamento de escolha é o uso de medicações antituberculosas, e a cirurgia está indicada nos casos de lesões obstrutivas. Concluímos que embora o acometimento cardíaco por MT seja raro, ele deve ser suscitado em pacientes imunocomprometidos portadores de massa intracardiaca.

33271

Diagnósticos e intervenções de Enfermagem: instrumentos que contribuem para redução dos riscos ao paciente submetido ao CAT em um hospital universitário.

SOKEN, N M, SOUZA, I C P, SCARCELLA, M F S, SILQUEIRA, S M F e MEMBRIVE, S A

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

As síndromes coronarianas agudas (SCA) são causadas por obstrução coronariana decorrente da interação entre fenômenos de trombose e vasoespasmos, resultando em quadros clínicos pertinentes com isquemia do miocárdio, que envolvem a angina instável e infarto agudo do miocárdio, com ou sem supra de ST. No Brasil, os dados relacionados com os eventos de SCA são de grande relevância e importância para o perfil de morbi-mortalidade da população, já que 1.099.131 mortes ocorridas, 75.868 são decorrentes do infarto agudo do miocárdio, o que representa 6,9% de todas as mortes. Para melhor diagnósticos e intervenção nesses casos, há a indicação da Cineangiografiografia (CAT) que consiste na visualização angiográfica dos vasos coronários após a injeção seletiva de contrastante. A Sistematização da Assistência de Enfermagem é um processo que deve ser utilizado para a assistência dos pacientes submetidos a procedimentos invasivos, como alvo deste estudo, visto que é um método que utiliza bases científicas no cuidado, beneficiando o paciente com a continuidade e segurança no atendimento, já que permite o planejamento e execução sistemática das fases do processo de enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão da literatura desenvolvida por meio de busca em bases de dados da biblioteca real e virtual associada à experiência vivenciada durante as atividades práticas das autoras em um hospital universitário nos meses de março a abril de 2013. O objetivo deste estudo é identificar os principais diagnósticos e prescrições de enfermagem aplicados aos pacientes pós-cateterismo. **Resultados:** Nesse levantamento observou-se que a alta prevalência dessa intervenção invasiva e os riscos associados justificam a necessidade de conhecer e aprofundar estudos sobre a prática sistemática de enfermagem para os pacientes submetidos ao CAT. Apesar de haver escasso material publicado referente aos diagnósticos específicos do Enfermeiro, as observações na prática assistencial permitiram a identificação dos principais diagnósticos de enfermagem como sendo de riscos e as intervenções propostas podem antever as complicações e agravantes ao quadro do paciente submetido ao CAT. **Conclusão:** Conclui-se que o estabelecimento de práticas assistenciais voltadas para a identificação de diagnósticos precoces e suas respectivas intervenções, podem diminuir os riscos de eventos complicadores e geradores de aumento da permanência hospitalar, procedimentos invasivos no paciente e número de óbitos.

33272

Identificação das principais complicações após remoção do introdutor utilizado em intervenções coronárias percutâneas

SOUZA, I C P, SCARCELLA, M F S, SOKEN, N M, SILQUEIRA, S M F e MEMBRIVE, S A

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

Introdução: A intervenção coronária percutânea (ICP) é uma alternativa efetiva para restabelecer o fluxo sanguíneo para o miocárdio isquêmico. É um procedimento invasivo em que a artéria coronária obstruída é dilatada com um cateter balão com a opção de colocação de stent ou não. Para manejo com o cateter é realizada a punção arterial com a inserção de um dispositivo introdutor. O objetivo desse estudo é identificar as principais complicações relacionadas à retirada do introdutor após uma ICP. **Metodologia:** Como metodologia foi realizada revisão bibliográfica por saturação do assunto em artigos eletrônicos publicados entre 2008 e 2013 na base de dados Scielo. Foram encontrados 15 artigos que atenderam ao objetivo do estudo. **Resultados:** Os estudos mostraram que a maioria das ICP é realizada através da artéria femoral e, apesar de muitos avanços, persistem complicações relacionadas com o sítio de punção após a remoção do introdutor, particularmente em pacientes que fazem uso de altas doses de anticoagulante, fibrinolíticos e inibidores antiplaquetários. Alguns estudos apontam menores complicações com a escolha da via radial, técnica preferencial em casos com contraindicação para a via femoral, como em portadores de doença aorto-iliaca, infecção local e com alto risco de complicações, como obesos e indivíduos em uso de drogas que atuam nos fatores de coagulação sanguínea. Pode-se observar incidência considerável de oclusão arterial relacionada ao uso de alguns tipos de introdutores, podendo gerar comprometimento funcional do membro, isquemia local, desconfortos e queixas algicas para o paciente. Os hematomas locais ou retroperitoneais, em menor ou maior extensão, são facilmente observados após a retirada do introdutor. Mais raramente podem ocorrer pseudo-aneurisma e formação de fistula arteriovenosa. Assim, os estudos identificaram que na retirada do introdutor podem surgir complicações relacionados com o sítio de punção, tais como: comprometimento da deambulação precoce, hemorragias, comprometimento funcional do membro com perda do pulso, quando não realizado adequadamente os testes de Allen e o estudo da saturação de oxigênio. **Conclusão:** Conclui-se que os eventos adversos citados acarretam danos físicos e emocionais ao paciente, gerando o aumento da permanência hospitalar e gastos com possíveis procedimentos de reparo cirúrgico, compressão mecânica, transfusões sanguíneas além de demandar mais cuidados de enfermagem para o sítio da punção.

33274

Punção transhepática: Acesso alternativo para a realização de cateterismo cardíaco diagnóstico e terapêutico em cardiopatias congênitas.

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

Hospital das Clínicas, BH, MG, BRASIL - Hospital Felício Rocho, BH, MG, BRASIL - Hospital Vila da Serra, BH, MG, BRASIL.

Introdução: O cateterismo cardíaco diagnóstico ou terapêutico em cardiopatias congênitas tem sido realizado na maioria das vezes por acesso inguinal, outras vezes por acesso cervical ou de membros superiores. Ocasionalmente essas vias não podem ser utilizadas devido: obstrução ou ausência das vias clássicas ou necessidade de introdução de bainhas de diâmetros incompatíveis com os vasos como acontece em alguns casos com neonatos, principalmente em prematuros. **Objetivo:** Mostrar a experiência com a utilização dessa via de acesso alternativa em diferentes situações. **Método:** A punção transhepática foi realizada em seis pacientes: 1)- Dois prematuros com 1,0 e 1, 2 kgs para a realização de cateterismo cardíaco 2- Em um paciente para oclusão de CIA grande devido à agenesia da veia cava inferior 3- Oclusão de Forame oval em paciente com implante recente de filtro de veia cava inferior com fracasso em realizar o procedimento pela via cervical, 4)- RN nascido com isomerismo esquerdo, hipoplasia de VE, com objetivo de implantar STENT no canal arterial 5) Para acesso da veia porta após traumatismo de fígado com trombose e obstrução da mesma, e nesse caso usado também a punção do baço para canular a veia esplênica. Em dois pacientes a punção foi guiada por ultrasonografia e nos outros quatro foi feita com ajuda da fluoroscopia apenas. **Resultado:** O acesso foi obtido em todos pacientes e o procedimento planejado realizado em cinco. No paciente com isomerismo esquerdo associado à hipoplasia de VE, o implante do STENT não foi realizado mesmo já tendo sido posicionado, devido hipoplasia extrema de todo arco e istmo, pelo risco de causar obstrução retrógrada e infarto do miocárdio. **Considerações Finais:** A punção transhepática pode ser realizada com segurança e alto índice de sucesso. Ela permite a utilização de hemaquês de diâmetros semelhante aos usados em adultos, mesmo em prematuros. Em situações especiais essa via de acesso deve ser considerada para permitir a realização de procedimento que seriam considerados inviáveis sem essa alternativa.

33275

Mixoma atrial esquerdo – relato de caso

PRISCYLLA L VISCONI, CYNTHIA U VILHENA, AMORINO C S JUNIOR, INGRID M MATOS, ISAAC H SAMPAIO, NATAN G SABACK, JOAO P C BARBOSA, GUSTAVO F WERNER e ESTEVÃO L FIGUEIREDO

Hospital Lifecenter, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Instituto de Pesquisa e Pós graduação Ciências Médicas, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

FUNDAMENTOS: O mixoma é o tumor cardíaco mais comum, correspondendo a cerca de 30 a 50% de todos os tumores cardíacos primários. Ocorre em adultos de 30 a 50 anos e é mais comum em mulheres. É uma neoplasia que surge, mais provavelmente, de células mesenquimais multipotentes. A principal localização é o átrio esquerdo (aproximadamente 80%), com inserção no septo interatrial próximo à fossa oval, em geral móvel e pedunculado, com diâmetros variando de 04 a 08 cm. Clinicamente, os sintomas dependem do tamanho e da localização, entretanto são clássicos a tríade: sintomas de obstrução cardíaca (tontura, dispneia, edema pulmonar, tosse e insuficiência cardíaca, resultados da interferência mecânica do tumor com a válvula mitral), de embolizações e manifestações estruturais – sistêmicas. O EcoDopplercardiograma (ECO) é o exame mais comumente usado para o diagnóstico. Em razão do risco de embolização e da possibilidade de sintomas por obstrução intracavitária, o tratamento é sempre cirúrgico, com objetivo de excisão completa. Recidiva ocorre em cerca de 3% dos casos. **MÉTODOS:** Relata-se caso de mixoma atrial. **RELATO DO CASO:** Mulher, 48 anos, portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica diagnosticada há 01 ano, em uso domiciliar de Losartana 50mg MID; relato de asma na infância. Previamente assintomática. ECO de 2011 era normal. Iniciou com quadro de dispnéia aos moderados esforços acompanhada de dor torácica em fisgada, com duração de 01 minuto, sem irradiação, sem outras queixas associadas, com início 01 mês antes da admissão hospitalar. Não possuía fatores de risco para coronariopatia. Exame clínico sem alterações significativas. Eletrocardiograma, RX de tórax e exames laboratoriais dentro da normalidade. Novo ECO transtorácico mostrou a presença de estrutura ecodensa (4,69 X 4,48 X 2,74 cm) de aspecto gelatinoso e lobulado, pedunculado, solitária e móvel, arredondada, com a base aderida na metade distal do septo interatrial compatível com mixoma, no átrio esquerdo, sem outras alterações. A dispnéia piorou, transitoriamente. Após a estabilização clínica, a paciente foi encaminhada para cirurgia de remoção do mixoma; ato sem intercorrências. Recebeu alta hospitalar uma semana após cirurgia, com melhora clínica. **CONCLUSÃO:** Embora seja uma doença cardíaca rara, o mixoma atrial esquerdo deve ser sempre lembrado. O correto diagnóstico e o tratamento cirúrgico foram fundamentais para a boa evolução desta paciente.

33276

Miocardite Lúpica (ML), uma incomum e potencialmente grave complicação do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)

SAMUEL GONÇALVES DA CRUZ, CASSIO FERNANDO DE ASSIS CARVALHO, LIVIA ARAUJO PEREIRA, RENATA DE SOUZA CARNEIRO, GRAZIELADAS MERCES PIMENTARIAGA, MARIANA OLIVEIRA REZENDE, EULARINO CHRISOSTOMO PATARO TEIXEIRA, CARLOS HENRIQUE GARCEZ DE CARVALHO, FRANCISCO REZENDE SILVEIRA e RODRIGO PINHEIRO LANNA

Hospital Semper, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

O LES, doença crônica, autoimune, caracterizada por inflamação tissular disseminada, acomete o coração em 30-50% dos casos, mais comumente como pericardite, mas pode afetar todos os componentes do coração.

Trata-se de mulher de 29 anos, com LES iniciado 4 anos prévios a internação, em uso regular de Hidroxicloroquina, Metotrexato, Prednisona, Losartana, Ácido fólico, Complexo B e em uso recente de Amoxicilina e Clavulanato para tratamento de infecção urinária, admitida com diarreia e dor em hipocôndrio direito e com exames laboratoriais indicando atividade inflamatória. Ultrassom abdominal permitiu diagnóstico de colecistite aguda alitiásica (vesícula biliar espessada, sem cálculos). Dez dias após a alta hospitalar, foi readmitida com desconforto abdominal, anasarca, tosse e taquidispneia. Havia sinais de insuficiência cardíaca (IC) aguda. EcoDopplercardiograma (ECO) mostrou FEVE de 25%, hipocinesia difusa e importante do ventrículo esquerdo. Recebeu tratamento para IC, em regime de terapia intensiva. Suspensas as medicações de uso habitual e realizada pulsoterapia com metilprednisolona. Houve boa resposta clínica e melhora funcional progressiva, recebendo alta hospitalar, em uso de Prednisona(1mk/kg/dia) e tratamento otimizado para IC (Carvedilol, Losartan, Furosema, Espironolactona), em classe funcional II NYHA. Houve melhora gradual da função sistólica do VE - FEVE 56% e FEVE 68%, 3 meses e 1,5 ano após a internação, respectivamente. Atualmente, está assintomática, com LES sem atividade, em uso de Carvedilol, Losartana, Prednisona (5mg/dia).

A disfunção miocárdica no LES advém de miocardite, cardiotoxicidade por drogas ou isquemia miocárdica. Embora achado frequente em autóptas de pacientes com LES, a ML raramente é sintomática, sobremaneira após corticoterapia. O diagnóstico baseia-se em forte suspeição clínica, alterações eletrocardiográficas, de marcadores de necrose miocárdica, exames de imagem e biópsia endomiocárdica. As demais causas de miocardite constituem diagnóstico diferencial, em especial as miocardites virais. A terapêutica compreende o tratamento de suporte e, em alguns casos, imunossupressores. Cerca de 50% dos pacientes mostram melhora da função ventricular esquerda, como esta paciente; 25% mantêm disfunção ventricular; 25% deteriora rapidamente exigindo, às vezes, o transplante cardíaco.

33277

Cardiomiopatia de Takotsubo como diagnóstico diferencial de infarto agudo do miocárdio. Evolução na fase hospitalar e seguimento em 30 e 90 dias.

ZANDONAI MIRANDA, GERSON MIRANDA, VAGNER VINÍCIUS FERREIRA, GERALDO GUINOMAR ALCANTARA, DANIELA LOPES GOMES, WILLIAM MOREIRA SENA e ANA PAULA ALVES FONSECA

Hospital Nossa Senhora Mercês - Santa Casa, Montes Claros, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: De etiologia desconhecida, porém com forte relação com a estimulação simpática alterada com níveis elevados de catecolaminas circulantes foi descrita pela primeira vez no Japão no ano de 1990 e no Brasil em 2000, sendo chamado de "pseudo-infarto do miocárdio por Herpes Zoster". É uma síndrome caracterizada por disfunção do ventrículo esquerdo (VE) aguda, sem coronariopatia comprovada por coronariografia e reversível espontaneamente após 18 dias. Predomina em mulheres com idade entre 60-75 anos e estima-se que 1,7% dos pacientes que chegam ao serviço de emergência com suspeita de IAM apresentam a cardiomiopatia de Takotsubo.

MÉTODOS: Mulher, 75 anos, hipertensa, diabética tipo II, dislipidêmica, história familiar de coronariopatia, evoluindo com dor precordial em aperto com supra de ST de V1-V4, elevação de marcadores de necrose miocárdica e sinais clínicos de insuficiência VE, levada em caráter de urgência para o laboratório de Hemodinâmica onde foi submetida a cinecoronariografia e ventriculografia esquerda, que não evidenciou lesão obstrutiva nas coronárias epicárdicas, mas confirmou déficit contrátil do VE.

RESULTADOS: O ecocardiograma (ECO) da fase hospitalar mostrou fração de ejeção do VE (FEVE) de 29% e disfunção sistólica do VE com acinesia ântero-septal, apex e hipocinesia importante das demais paredes. A paciente evoluiu com estabilidade clínica após início do tratamento de insuficiência cardíaca (ICC), utilizando diurético de alça e poupador de potássio, IECA, BRA, AAS, clopidogrel, digoxina, metoprolol, bloqueador de canal de cálcio, sinvastatina e hipoglicemiantes orais. Cumprir o protocolo de IAM com supra, recebendo alta após sete dias. Em 30 dias compareceu ao ambulatório com drogas para ICC já suspensas, mantendo apenas anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais. Em 90 dias foi realizado novo ECO que mostrou função global do VE preservada, FEVE de 59% e apenas hipocinesia leve das paredes anterior, ântero-septal e lateral.

CONCLUSÃO: Diante do exposto ficou caracterizado o caso de cardiomiopatia de Takotsubo, pois a paciente apresentou quadro clínico, ECG e alterações enzimáticas de IAM além de insuficiência aguda do VE. O estudo hemodinâmico afastou hipótese de coronariopatia obstrutiva. A função do VE retornou aos valores normais no segmento ambulatorial.

33281

Tratamento endovascular de aneurisma do ramo circunflexo da coronária esquerda com implante de STENT GRAFT guiado por ultrassom intracoronário (USIC)

ZANDONAI MIRANDA, GERSON MIRANDA, GERALDO GUINOMAR ALCANTARA, VAGNER VINÍCIUS FERREIRA, DANIELA LOPES GOMES, WILLIAM MOREIRA SENA e ANA PAULA ALVES FONSECA

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

INTRODUÇÃO: O aneurisma de coronária é definido como uma dilatação que excede 1.5 vezes o tamanho normal da mesma. São afecções raras (1-2%), mais frequente na coronária direita (CD), seguida da circunflexa (CX), descendente anterior (DA) e mais raramente no tronco da coronária esquerda. A aterosclerose é tida como a principal etiologia, seguida pelas causas congênitas, das doenças inflamatórias e do tecido conjuntivo que promovem a destruição dos elementos musculares e fibroelásticos da parede das artérias coronárias agravadas pela hipertensão arterial.

MÉTODOS: Homem de 73 anos, hipertenso crônico, sobrepeso, ex-tabagista, dislipidêmico, história familiar de coronariopatia e passado de cirurgia de revascularização há 10 anos com pontes mamária-DA e safena-Aorta-CD. Nessa época, o cateterismo não mostrou coronariopatia significativa e nem dilatação de artéria CX. Há um mês vem apresentando palpitações e dor precordial típica tendo realizado ecocardiograma que mostrou déficit contrátil septal e FEVE 66% e cintilografia miocárdica com hipocaptação transitória de radiotrâcio em parede infero-lateral e permanente em parede inferior (miocárdio hibernante?). Na internação, a cineangiografografia evidenciou aneurisma aterosclerótico de grande diâmetro em CX, oclusão de CD com safena-CD pérvia e lesão grave em 1/3 médio de DA com mamária ocluída. Optado por tratamento endovascular com implante de stent de malhas fechadas *MGuard* em CX e stent farmacológico PROMUS Element (Boston Scientific) em DA guiado pelo USIC Ilab (Boston Scientific) pré, durante e pós implante, repetindo-se a coronariografia após três dias.

RESULTADO: Paciente evoluiu clinicamente de forma satisfatória com melhora dos sintomas, recebendo alta no dia seguinte após o procedimento. O resultado angiográfico imediato foi a exclusão parcial do aneurisma que na coronariografia após três dias mostrava-se completa com excelente resultado angiográfico e ultrassonográfico do implante, com o USIC mostrando boa expansão e aposição das hastas do stent com área luminal mínima maior que 9.0 mm².

CONCLUSÃO: O tratamento endovascular de aneurisma de artérias coronárias com uso de STENT GRAFT e otimizado com o USIC demonstra ser excelente alternativa com baixos índices de morbi-mortalidade redução do tempo de internação hospitalar.

33282

Psicologia e cardiologia: o resgate da subjetividade no contexto da urgência na Unidade Coronariana

HELOISA ALVES CHAGAS, JULIANA DE OLIVEIRA FIGUEIREDO, HÉLDER OLIVEIRA FARIAS SANTOS e EMMA ELISA CARNEIRO DE CASTRO

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

Introdução: A Unidade Coronariana (UCO) é uma unidade de terapia intensiva dedicada ao cuidado a pacientes em urgência decorrentes de doenças cardiovasculares. Nesse cenário, o tratamento é orientado pela prática multiprofissional, que considera a variedade de demandas decorrentes do adoecimento e suas reverberações. Os acometimentos cardiovasculares levam ao sofrimento físico e psíquico, e a internação na UCO repercute na subjetividade do paciente, sendo altamente estressora e ansiogênica. A presença do psicólogo nessa unidade possibilita o resgate da subjetividade que perpassa a condição biológica e pode ser ofuscada em meio aos dispositivos técnicos de alta complexidade presentes nesse cenário. A demanda de escuta é frequente entre os pacientes, que necessitam dar sentido ao adoecer e seus desdobramentos. **Método:** Relato de experiência da prática do psicólogo hospitalar na UCO do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, a partir da experiência dos Residentes Multiprofissionais nesse cenário de prática. **Resultados:** Diferentemente do sistema de atendimento via interconsultas, é constante a presença do psicólogo no setor, nas discussões e decisões referentes à condução do tratamento. Por meio de entrevista psicológica, é realizada a avaliação do estado psíquico atual do paciente, sua compreensão acerca da doença e tratamento. Consideram-se também as demandas espontâneas do paciente, que podem extrapolar o âmbito hospitalar. Na alta da unidade é avaliada a necessidade de continuidade do atendimento, sendo possível o encaminhamento a outros setores do hospital ou a rede de saúde. É oferecido suporte aos familiares durante a internação. **Conclusões:** Os efeitos da presença do psicólogo na UCO repercutem na equipe como um todo, exigindo novas posturas facilitadoras do diálogo multiprofissional. Observam-se efeitos positivos na redução da ansiedade dos pacientes. É exigido do psicólogo um posicionamento voltado ao resgate da subjetividade do paciente, mesmo que obscurecida pelos cuidados especializados necessários às urgências cardiovasculares, além de mediar a comunicação entre profissionais, paciente e familiares. Em um contexto no qual se ressalta a primazia do cuidado diante do risco à vida, a presença do psicólogo oferece ganhos ao paciente em urgência cardiovascular, no sentido de promover caminhos para sua construção enquanto protagonista em seus processos de saúde e doença.

33283

Embolização com micro molas de fistula coronária-artéria pulmonar de grande débito em paciente com quadro de insuficiência cardíaca.

ZANDONAI MIRANDA, GERSON MIRANDA, VAGNER VINÍCIUS FERREIRA, DANIELA LOPES GOMES, GERALDO GUINOMAR ALCANTARA, JULIO CESAR SILVEIRA, WILLIAM MOREIRA SENA, MARCILIO MONTEIRO CATARINO e ANA PAULA ALVES FONSECA

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

INTRODUÇÃO: Fistula coronária é uma alteração rara, 0,2-0,4% na população adulta, caracterizada por uma comunicação anormal da coronária com uma cavidade cardíaca ou outros vasos. Pode ser congênita, traumática ou iatrogênica. 50% origina-se da coronária direita (CD), 45% da coronária esquerda e menos de 5% de ambas, drenando principalmente para ventrículo direito –tipol (40%), átrio direito –tipol (25%) e tronco de artéria pulmonar –tipol (15%). **MÉTODOS:** Mulher de 68 anos com quadro de insuficiência cardíaca (IC), necessidade de oxigênio (O2) suplementar e ecocardiograma (ECO) com aumento moderado de câmaras direitas, função sistólica preservada, hipertensão pulmonar (HAP) importante (87mmHg) sem etiologia definida, procurou o serviço de hemodinâmica da Santa Casa de Montes Claros para realização de cateterismo e teste de reatividade pulmonar. **RESULTADO:** Realizado novo ECO que mostrou HAP (79mmHg), sobrecarga pressórica de câmaras direita e septo íntegro. Cateterismo direito confirmou HAP (PAP 90/35mmHg- média 54mmHg) sem resposta ao óxido nítrico por via inalatória 10, 40 e 80 partes por milhão. Cateterismo esquerdo com fistula de alto débito entre CD e tronco da artéria pulmonar com hipocinesia moderada inferior. Optou-se por procedimento endovascular iniciado com implante de marca passo provisório. Cateterizado CD com cateter JR4 Run way (Boston Scientific), acessado seletivamente fistula com microcateter Renegade (Boston Scientific) e embolização com exclusão total da fistula após liberação de micromolas (Microvention) 3 de 3/10mm e 1 de 4/10 mm. Em acompanhamento clínico aos três meses, relatou melhora importante da dispnéia não necessitando de O2. **CONCLUSÃO:** Está indicado a oclusão de todas as fistulas, mesmo nos doentes assintomáticos para evitar complicações como IC, endocardite infecciosa, arritmias e hipoperfusão miocárdica. No passado o único tratamento era cirúrgico, mas na última década devido a evolução técnica dos procedimentos endovasculares a embolização se tornou uma realidade bem fundamentada, com indicações precisas, excelentes resultados, baixa morbidade e reduzida permanência hospitalar. No caso em questão independente dos resultados ecocardiográficos, a melhora clínica e da qualidade de vida da paciente mostra acertada conduta diagnóstica e terapêutica, com permanência hospitalar de dois dias.

33288

Impacto da alimentação na redução de riscos cardiovasculares de pacientes diabéticos

CAROLINA JOVITA OLIVEIRA DIAS, ANN KRISTINE JANSEN e RODRIGO BASTOS FOSCOLLO

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

Introdução: Na população diabética mundial, as doenças isquêmicas do coração são responsáveis pela morte de 22% dos indivíduos e são desencadeadas pela hiperglicemia. O mau controle glicêmico favorece o surgimento de comorbidades. Entretanto, sabe-se que, além de hiperglicemia, a presença de fatores de risco, como alterações nos índices lipídicos séricos (triglicérides, *High Density Lipoprotein* -HDL, *Low-density lipoprotein* -LDL) estão possivelmente envolvidos no surgimento e exacerbação das complicações diabéticas. **Objetivo:** Analisar o impacto de alterações do consumo alimentar na redução dos riscos de doenças cardiovasculares de pacientes com *diabetes mellitus* atendidos a nível ambulatorial. **Metodologia:** Estudo de intervenção nutricional com um ano de duração, com 32 pacientes diabéticos atendidos em ambulatório multidisciplinar. Consideraram-se critérios de inclusão indivíduos com pelo menos quatro consultas da nutrição em intervalo de um ano e sem comorbidades que necessitem de dietas restritivas em algum nutriente. Coletaram-se os dados dos prontuários na primeira consulta e um ano após a mesma. Compararam-se variáveis clínicas, bioquímicas e antropométricas dos dois momentos. O consumo alimentar foi analisado por meio do recordatório de 24 horas. A análise estatística foi realizada pelo software SPSS 17.0. **Resultados:** A amostra constituiu-se de 59,37% portadores de DM tipo 2. A média de idade dos pacientes foi de 39,50±17,70 anos, sendo 71,90% (n=23) do sexo feminino, e o tempo médio de diabetes na primeira consulta foi de 6,00±7,86 anos. No final do estudo observou-se melhora do padrão alimentar, com redução de consumo de tempero industrializado (p<0,05), óleo vegetal (p<0,05), refrigerante (p<0,05), carne com gordura (p<0,05), frango com pele (p<0,05) e aumento da ingestão de azeite de oliva (p<0,05), peixes (p<0,05) e total de frutas e verduras (p<0,05). Notou-se também aumento do HDL (p<0,05) e redução no número de pacientes com glicohemoglobina maior que 7% (p<0,01). **Conclusão:** Os resultados obtidos no presente estudo sugerem que um consumo adequado de ácidos graxos, sódio, frutas, verduras e legumes tem o potencial de melhorar o nível sérico de HDL e o controle glicêmico. Sendo assim, contribui para manutenção do quadro clínico dos pacientes e redução do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

33290

Fatores preditores de mortalidade no mundo em pacientes com infarto agudo do miocárdio submetidos angioplastia coronariana primária

MANOEL AUGUSTO BAPTISTA ESTEVES, AUGUSTO LIMA FILHO, UBIRAJARA LIMA FILHO, HENRIQUE AUGUSTO BECHO DE CAMPOS, MONIQUE BATISTA NOGUEIRA DE AMORIM, ALANA GOMES NAZARETH, DANIEL PEREIRA DE ANDRADE, RAIMUNDO ANTONIO DE MELO e RENATO ROCHA RABELLO

Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: O infarto agudo do miocárdio com supra do segmento ST (IAM C/SST) deve ser tratado com angioplastia primária sempre que haja disponibilidade da equipe e condições hospitalares para se fazer o procedimento em até 90 minutos de tempo porta balão.

Método: Registro unicentrico incluindo 168 pacientes consecutivos no período de julho de 2009 a dezembro 2012 em pacientes com IAM C/SST submetidos angioplastia primária com o objetivo de estabelecer fatores preditores de mortalidade hospitalar no mundo real. **Metodologia:** Foi realizado análise de associação do óbito através do modelo de regressão logística. A medida de força de associação foi através do odds ratio (OR). Iniciou-se pelo ajuste univariado de cada variável. As variáveis que tiveram valores < 0,2 foram consideradas candidatas ao modelo multivariável.

Resultados: O tempo porta balão de 90,5 minutos. A artéria relacionada ao infarto foi descendente anterior em 50,5% dos casos levando ao óbito em 16,5% (sem significado estatístico). As variáveis que se associaram com óbitos com o intervalo p de 0,05 foram: Classe Killip III ou IV, idade > 70 anos e entubação Orotraqueal e diabetes. Em relação ao OR pode-se interpretar que os pacientes com IAMC/SST que: A chance de um paciente classe >2 de Killip morrer foi de 10,2 vezes; a chance de um paciente entubado morrer foi de 17,96 que o paciente não entubado; a chance do paciente diabético morrer foi 6,52 vezes maior que paciente não diabético e ao aumentar a idade em um ano a chance morrer aumenta-se em 1,07. A mortalidade foi de 11,9%.

Conclusão: A angioplastia coronariana primária no mundo real foi um método eficaz de tratamento sendo a mortalidade diretamente associada à gravidade clínica dos pacientes.

33291

Estágios da reabilitação cardíaca fase três: um relato de experiência

LEANDRA CRISTINA V DE ALBUQUERQUE, ANA CAROLINA STARKE, FELIPE MOREIRA MORTIMER, POLLYANNA CASSIA SILVA, LUIZ GUILHERME PASSAGLIA, MARCONI GOMES DA SILVA, JOAO ANTONIO DA SILVA JUNIOR e DANIELLE APARECIDA GOMES PEREIRA

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

INTRODUÇÃO. A reabilitação cardíaca (RC) fase três consiste em reabilitação supervisionada após alta hospitalar, tendo comprovada repercussão clínica, e sendo preconizada a disponibilidade da mesma para todos os pacientes que preencham os critérios de indicação. Devido à grande prevalência de doenças cardiovasculares no país, os serviços de RC existentes encontram-se sobrecarregados. Isto é secundário à elevada demanda diante de uma escassa oferta, somado ao prolongado período em que um paciente permanece em um programa de RC (a Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica prevê um período de 6 a 24 meses). Porém, após esse período, o paciente se mostra dependente do serviço para manter seu ganho funcional, o que consequentemente impossibilita a admissão de um novo paciente no programa. O objetivo do presente estudo foi demonstrar a divisão em estágios de um programa de RC fase três. **MÉTODOS.** Este estudo trata-se de um relato de experiência, realizado junto ao Programa de Reabilitação Cardiovascular e Metabólica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. **RESULTADOS.** Após reuniões semanais realizadas em equipe multiprofissional (médicos, enfermeiras, fisioterapeutas e psicólogas), foi estipulada a divisão deste programa de RC nos seguintes estágios: Estágio 1 – três sessões por semana durante três meses (totalizando 36 sessões); Estágio 2 – duas sessões por semana durante um mês (8 sessões); Estágio 3 – uma sessão por semana durante um mês (4 sessões); Estágio 4 – uma sessão por mês durante três meses (3 sessões); Estágio 5 – uma sessão a cada dois meses, totalizando 2 sessões; Estágio 6 – uma sessão a cada 6 meses, totalizando 2 sessões; Estágio 7 – uma sessão ao ano indefinidamente, com o objetivo de manter o serviço à disposição do paciente para que ele consiga sustentar pelo maior tempo possível os ganhos obtidos. Conforme o paciente evolui de um estágio para o outro, o mesmo é reavaliado quanto à sua capacidade funcional, e é orientado a realizar atividade física nos dias em que não está em atendimento. A RC dividida por estágios facilitou consideravelmente a independência do paciente quanto ao serviço, além de propiciar satisfação do mesmo por perceber que está progredindo na reabilitação. **CONCLUSÕES.** Esta estruturação de um programa de reabilitação aumenta a rotatividade do serviço e a adesão, possibilitando que um maior número de pacientes seja atendido de forma satisfatória.

33292

Descrição do caso clínico: miocardite pós infecção pelo vírus da dengue

CARLOS EDUARDO ORNELAS, ALESSANDRA AGUIAR SOUZA COSTA, MONICA HERMONT FALEIROS, LUANA DA CUNHA TAVARES AMARAL, CHRISTIANO COLI NOGUEIRA, CECÍLIA GOMEZ RAVETTI, DANIEL ARAUJO MAROTTA, ANDREA ROSA BAHIA e SAMUEL DA CUNHA PEREIRA NETO

Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A Dengue é uma arbovirose presente em áreas tropicais e subtropicais do globo. O acometimento cardíaco por esta doença é considerado raro, mas vem sendo cada vez mais descrito nos últimos anos. As alterações cardíacas relatadas nesta complicação da doença são, principalmente, os distúrbios da condução atrioventricular, arritmias supraventriculares e disfunção ventricular e miocardite. Esta última, pode simular infarto agudo do miocárdio devido às alterações da repolarização ventricular no registro eletrocardiográfico. **Método:** Relata-se caso de miocardite por dengue, com desfecho desfavorável. **Descrição do caso:** Homem, 42 anos, portador de artrite gotosa, hipertensão arterial. Procura o pronto socorro no dia 13/04/2013, com calafrios, mialgia, dor retro-orbitária e cefaleia há um dia. Apresentava-se, corado, hidratado, subfebril (temperatura axilar de 37,5°C). Prova do laço negativa. Liberado para o domicílio com orientações, sintomáticos e hidratação oral, com retorno em caso de piora dos sintomas. Após 72 horas apresentou hematoquezia. Hemograma, revelou contagem plaquetária de 117.000/mm³, hematócrito de 44,4% e leucopenia 3.300/mm³. Seis dias após início dos sintomas, o paciente retorna com mal estar generalizado, astenia, hipotensão postural e dor torácica incômoda. Diminuição do volume urinário. Ao exame físico apresentava-se pálido, sub hidratado, afebril, hipotensão (PA = 80x50 mmHg) e taquicárdico (FC = 130 bpm). Ausculta cardíaca taquicárdica com ritmo de galope ventricular, jugulares túrgidas à 45°. Sorologia para dengue positiva. Eletrocardiograma com supradesnivelamento do segmento ST difuso, associado à elevação de troponina. Realizado cateterismo cardíaco que evidenciou coronárias sem lesões obstrutivas e ventrículo esquerdo (VE) com hipocontratibilidade difusa grave. Paciente evoluiu com choque cardiogênico refratário à ressuscitação volêmica, parada cardiorrespiratória em atividade elétrica sem pulso. Foi constatado o óbito após 45 minutos de tentativa de RCP. **Resultado:** O caso descrito demonstra o diagnóstico da Dengue, evolução e complicação por miocardite no sexto dia da doença. **Conclusão:** A dengue é um problema de saúde pública mundial e causa inúmeras mortes. A miocardite por dengue é uma complicação rara que pode levar a desfechos desfavoráveis como choque cardiogênico e óbito mesmo com rápida intervenção e manejo adequado.

33294

Fistula coronária: um caso incomum de isquemia miocárdica em adultos

IVAN MATEUS FERREIRA DOS SANTOS, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, BRUNO VIDAL DE OLIVEIRA, LUIS EDUARDO DINIZ COUTO, EBERTE FERNANDO MEDEIROS DIAS, RONALD DE SOUZA, CRISTIANO ALVARENGA ROCHA, CARLOS EDUARDO DE SOUZA MIRANDA, MAURO ISOLANI PENA e ROBERTO LUIZ MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: As fístulas coronárias, usualmente de origem congênita, são comunicações entre as artérias coronárias e as cavidades cardíacas ou grandes vasos (seio coronário, artérias ou veias pulmonares ou veia cava), são más formações pouco frequentes (0,4% das cardiopatias congênitas), diagnosticadas na proporção de 1:500 estudos cinecoronariográficos. A fístula coronária pode produzir um débito cardíaco aumentado devido à sobrecarga de volume e/ou isquemia miocárdica devido a roubo de fluxo.

Relato de caso: Paciente do gênero masculino, 56 anos, previamente hígido, evoluindo com quadro de cansaço e dispnéia com piora aos exercícios. Exame físico e eletrocardiograma basal sem alterações. Realizou teste ergométrico que foi positivo para isquemia, sendo encaminhado para ecocardiograma de estresse com dobutamina que demonstrou alteração segmentar em território posterior. Submetido à coronariografia: artérias coronárias isentas de processo ateromatoso e presença de fístula da artéria circunflexa (CX) para cavidade direita. Diagnóstico confirmado com a realização de angiogramografia coronária e demonstrado a drenagem da fístula de CX para átrio direito. Optado por fechamento de fístula devido aos sintomas e a isquemia, ato realizado por via percutânea com implante de coil com sucesso e sem intercorrências. Paciente será submetido posteriormente à nova prova isquêmica para avaliação.

Conclusão: Fístulas coronárias são raras, mas devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de pacientes com isquemia.

33295

O papel da ressonância magnética cardíaca em pacientes com dor torácica, troponina elevada e coronárias sem obstrução

BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, RENATA TEIXEIRA MARTINS, CASSIO MENEZES NOGUEIRA, LUIS AUGUSTO LINDEMBERG BALTAR, IVAN MATEUS FERREIRA DOS SANTOS, EMILSON GERALDO VILARINO JUNIOR, CRISTIANO ALVARENGA ROCHA, MARCOS ANTONIO MARINO e ROBERTO LUIZ MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamento: O subgrupo de pacientes com dor torácica, troponina elevada e coronárias sem obstrução representa um dilema no diagnóstico. As causas desse cenário incluem etiologias não cardíacas, infarto agudo do miocárdio com recanalização coronária e miocardite aguda. A fim de estabelecer a causa para a elevação da troponina, a RMC é um método não invasivo que identifica áreas de inflamação, fibrose, distinguindo entre as diferentes etiologias.

Relato de caso: Paciente do gênero feminino, 82 anos, sem uso prévio de medicações, há quatro dias evoluindo com quadro de infecção urinária (ITU) em tratamento com ciprofloxacino 500mg BID, procurou atendimento de nosso serviço com quadro de calafrio, dor torácica provavelmente anginal de início há quatro horas, associado à náusea, tontura e sudorese. Solicitado exames e iniciado protocolo de síndrome coronariana aguda (SCA). Exames: PCR > 90, global leucócitos = 9.200, sem desvio, creatinina = 0,7 mg/dl, ureia = 21 mg/dl, troponina = 5,66, CK-massa = 22,8, mioglobina > 500 e ECG: RSR e q inferior. Feito 300mg AAS e 180mg de ticagrelor e encaminhado para hemodinâmica. Cateterismo: ventriculografia (VE) com hipocinesia moderada ântero-septal e lateral, e coronárias sem obstrução e com fluxo TIMI III. Solicitado ecocardiograma que evidenciou fração de ejeção (FEVE) = 40%, VE sístole = 35mm e VE diástole = 51mm, VE com hipocinesia importante em 1/3 médio inferior, infero-lateral e septal inferior, grau II de disfunção diastólica, átrio esquerdo = 43mm e PSAP = 42mmHg. Realizada RM que evidenciou VE com hipocinesia global difusa (FEVE=37%) e pequenas áreas focais de realce tardio nas paredes inferior e septal, predominantemente mesocárdica, podendo estar relacionado a processo inflamatório/infecção (miocardite). Paciente recebeu alta estável hemodinamicamente, após término de antibioticoterapia venosa para ITU, em uso de metoprolol 50 mg BID, enalapril 5 mg BID e 100mg de AAS.

Conclusão: Pacientes com dor torácica, troponina elevada e sem obstrução coronária representam um grupo com injúria miocárdica, no entanto alguns destes não apresentam infarto do miocárdio. A RMC é indicada neste grupo sendo capaz de evidenciar as diferentes causas, auxiliando no diagnóstico.

33296

Sub-utilização de anticoagulantes em portadores de fibrilação atrial crônica no Brasil e no mundo: dados do Registro GARFIELD (The Global Anticoagulant Registry in the FIELD)

ESTEVAO LANNA FIGUEIREDO, GUSTAVO FONSECA WERNER, ANTONIO CARLOS PEREIRA BARRETO, FERNANDO ANTONIO ALVARES DA COSTA e SAMUEL GOLDBERGER

Serviço de Cardiologia Hospital Lifecenter, Belo Horizonte, MG, BRASIL - GARFIELD Registry, Inglaterra.

Fundamentos – As Diretrizes de Fibrilação Atrial (FA) recomendam anticoagulantes orais (AO) para pacientes (pac) com risco moderado ou alto para acidente vascular cerebral (AVC) - CHADS₂ ≥ 2. No Brasil, suspeita-se que percentual expressivo de pac com indicação para AO não estejam recebendo tais drogas. A Coorte 1 do Registro GARFIELD incluiu pac brasileiros de 27 centros de 9 estados. Nesse sub-estudo são apresentados os dados brasileiros da Coorte 1 do Registro e comparações com os dados globais

Métodos – GARFIELD é um Registro observacional, não intervencionista, multicêntrico, internacional, que incluiu 55.000 pac em 5 coortes sequenciais. Critérios de inclusão: pac ≥ 18 anos com diagnóstico recente (até 6 semanas) de FA, após leitura e assinatura do TCLE. Avaliou-se os escores CHADS₂ e CHA₂DS₂-VASc e o tratamento proposto para os pac.

Resultados – Na coorte 1 foram estudados 10.614 pac de 19 países, sendo 243 (2,3%) brasileiros. Em relação aos dados globais, os brasileiros eram mais jovens, fumavam menos, eram menos obesos e um percentual maior tinha insuficiência cardíaca (36,6% x 21%). No Brasil, a maioria foi tratada por cardiologistas. 60% dos pac brasileiros tinham CHADS₂ ≥ 2 contra 62% no resto do mundo (ns). Destes, 60% estavam recebendo AO, (52,8% warfarina e 7,2% os novos AO). Dentre os pac de baixo risco (CHADS₂ 0 ou 1), no Brasil 21% estava recebendo AO e 43% no resto do mundo.

Conclusões – 40% dos pac brasileiros portadores de FA e com risco moderado ou alto para sofrer um AVC não recebem AO adequada. Por outro lado 21% dos pac de baixo risco, sem indicação precisa para AO recebem estas drogas. Os resultados indicam que é necessária educação médica mais eficaz e melhor esclarecimento dos pac sobre a FA, seus riscos e a importância do uso dos AO nesta doença.

33299

Angiografia coronária após 9 anos de angioplastia em artéria coronária única

MATHEUS C SILVA, DANIEL P CRUZ, BRUNO R NASCIMENTO, PEDRO H A LIBÓRIO, THOMAZ C SILVA, FLAVIO V TEODORO, FILIPPE A V SILVA, DELIANE A S COELHO, IVAN F FREITAS e CARLOS A F AREAS

Hospital Universitário São José, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: a artéria coronária única (ACU) é uma anomalia congênita rara, onde apenas uma artéria coronária surge do tronco da aorta, através de um único óstio que supre toda a circulação. A sua prevalência é de apenas 0,02% na população geral. É geralmente uma anomalia benigna e assintomática, entretanto, graves complicações, como a morte súbita cardíaca e IAM resultante dessas anormalidades foram descritas na literatura. **Caso clínico:** trata-se de mulher de 78 anos de idade, com passado de infarto agudo do miocárdio (IAM) há 9 anos, hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia isquêmica, dislipidemia e fibrilação atrial permanente. Faz uso ambulatorial de: atenolol 50mg BID, enalapril 20mg BID, sinvastatina 40mg MID e dabigatran 110mg MID. Queixava-se de precordialgia e dispnéia aos esforços com piora progressiva nos últimos meses. Deu entrada no laboratório de hemodinâmica para realização de estudo angiográfico das coronárias. Esse, revelou origem da artéria coronária direita (CD) a partir da artéria circunflexa (CX). CD, de fino calibre, possuía padrão de fluxo normal e CX exibiu aterosclerose difusa discreta. Stents previamente implantados há 9 anos, em contexto de IAM, no 1/3 proximal e médio da artéria descendente anterior (DA) exibiam aterosclerose difusa discreta. Proximal ao 1º ramo diagonal da DA, detectou-se lesão estenótica de 70%. A ventriculografia esquerda evidenciou hipocinesia difusa grave. **Conclusão:** nosso caso é um tipo muito raro de anomalia de ACU que de acordo com a classificação de Shirani et al., pode ser classificada no grupo IA, que significa: um óstio solitário no seio aórtico esquerdo (I) não associado a uma coronária de curso aberrante (ACU anatômica) (A). Esse caso, segundo nosso conhecimento, é o primeiro descrito na literatura, de angioplastia de DA em ACU IA com origem de CD a partir de CX.

Figs. Origem de CD (setas) a partir de CX em ACU IA.

33300

Infarto agudo do miocárdio com oclusão total de descendente anterior e circunflexa

MATHEUS SIGILIANO CARNEIRO, RICARDO WANG, ANTONIO CARLOS MANSUR BEDETI, GUSTAVO LOBATO ADJUTO, MARCUS VINICIUS FREITAS MOREIRA, MARIO IVAN MITTA BONILLA, VINICIUS PEDRO ALMEIDA VALENTIM e AUGUSTO LIMA FILHO

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

Introdução: Em 2009 o infarto foi responsável por aproximadamente 100.000 óbitos no Brasil, descrevemos a seguir apresentação atípica de IAM.

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 51 anos, tabagista, sedentário, com história familiar para DAC, admitido com quadro de intensa dor torácica com irradiação para dorso e membro superior esquerdo, diaforético, com 01 hora de evolução. ECG mostrou elevação do segmento ST em D1, aVL, V2 a V6. Iniciado protocolo de IAM com supra e encaminhado para angioplastia primária (ACTp). Coronariografia evidenciou oclusão nos segmentos iniciais das artérias descendente anterior (DA) e circunflexa (CX), com alta carga de trombo intraluminal, ausência de circulação colateral; coronária direita sem aterosclerose significativa. Ventriculografia mostrando hipocinesia anterolateral moderada e lateral importante. Durante o procedimento paciente apresentou com piora hemodinâmica, evoluindo com choque cardiogênico que respondeu a reposição volêmica. Devido à instabilidade clínica foi optado por revascularização completa, inicialmente foi realizada ACTp da DA com implante de stent. Em seguida foi recanalizado CX com implante de segundo stent. Além disso, foi infundido inibidor da glicoproteína IIb/IIIa (tirofiban) intracoronário. Fluxo coronário final foi TIMI 3. ECG de controle pós, o segmento ST retornou a linha de base. Na unidade de terapia intensiva cursou congestão pulmonar e piora do padrão respiratório, sendo necessário suporte ventilatório não invasivo. Evoluiu com estabilização e teve alta hospitalar no sétimo dia pós IAM.

Discussão: A oclusão simultânea de duas artérias, por instabilização de duas placas ateroscleróticas, apesar de possível, é um evento raro no IAMCSST, é em geral acompanhado de instabilização hemodinâmica.

33303

Peptídeo natriurético do tipo B e ecocardiografia Doppler na exacerbação aguda da doença pulmonar obstrutiva crônica

CLÁUDIA M A BOTELHO, JOSE LUIZ BARROS PENA, ENRICO A COLOSIMO e MARIA C V MOREIRA

HC UFMG, BH, MG, BRASIL - Hospital Felício Rocho, BH, MG, BRASIL - Departamento de Estatística - ICEx - UFMG, BH, MG, BRASIL.

Fundamento: A identificação de marcadores bioquímicos, neuro-hormonais ou ecocardiográficos de disfunção ventricular direita poderia ajudar na melhor compreensão das alterações da hemodinâmica cardiovascular durante a exacerbação aguda da doença pulmonar obstrutiva crônica (EADPOC).

Objetivo: avaliar o comportamento dos níveis plasmáticos de peptídeo natriurético do tipo B (BNP) e da ecocardiografia Doppler durante a EADPOC.

Delimitação: estudo clínico observacional, longitudinal, comparativo e autoperado.

Pacientes: doze pacientes com DPOC sem doença cardíaca conhecida, avaliados durante a estabilidade e a EADPOC e 7 controles saudáveis.

Métodos: Avaliação clínica, espirométrica, ecocardiográfica transtorácica e dosagens de BNP no plasma (*Triage, Biosite*) foram obtidas na DPOC estável e EADPOC.

Resultados: doze pacientes (9 homens) com DPOC GOLD ≥ II - 68 ± 7 anos e VEF, pós-broncodilatador de 39 ± 15% do previsto - e 7 indivíduos saudáveis (4 homens) - 72 ± 9 anos - foram estudados. A fração de ejeção do ventrículo esquerdo e o índice de performance miocárdica do ventrículo direito (Índice de Tei do VD) não mostraram diferença significativa entre estabilidade e exacerbação. Na DPOC estável, a saturação de oxigênio (SaO₂) foi mais baixa (91±5 x 96±1%, p=0,02) e a pressão sistólica na artéria pulmonar (PSAP) foi mais alta (37±7 x 29±2 mm Hg, p=0,02) que nos controles. O BNP plasmático (32,2±16,8 x 15,9±12,3 pg/mL, p=0,00) e a PSAP (47±6 x 37±7 mm Hg, p=0,00) foram significativamente maiores e a SaO₂ (88±7 x 91±5%, p=0,01) foi significativamente menor durante a EADPOC que na estabilidade. Não houve correlação entre BNP e PSAP, mas a SaO₂ se correlacionou inversamente com a PSAP (r=-0,61 e p=0,00).

Conclusões: Durante a EADPOC ocorreram alterações hemodinâmicas e neuro-hormonais caracterizadas por elevações independentes da PSAP e dos níveis plasmáticos de BNP. Na DPOC, o índice de Tei do VD não discriminou pacientes estáveis de exacerbadados.

33304

Perfil clínico dos pacientes com infarto agudo do miocárdio submetidos a angioplastia no ano de 2012

MANOEL AUGUSTO BAPTISTA ESTEVES, UBIRAJARA LIMA FILHO, DIOGO ANTÔNIO GOMES TIAGO, MONIQUE BATISTA NOGUEIRA DE AMORIM e HENRIQUE AUGUSTO BECHO DE CAMPOS

HOSPITAL VERA CRUZ, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Fundamentos: O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil. Conhecer as comorbidades destes pacientes é importante para prevenção primária e secundária do IAM.

Objetivos: O objetivo deste estudo é descrever o perfil clínico dos pacientes atendidos com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (IAM) submetidos à angioplastia coronariana.

Métodos: Foram incluídos 176 pacientes consecutivos admitidos com IAM, no ano de 2012, com elevação de pelo menos duas vezes o valor de referência da troponina e submetidos a angioplastia coronariana. Foram divididos em dois grupos: infarto agudo do miocárdio com supra-ST (IAMCSST) e infarto agudo do miocárdio sem supra-ST (IAMSSST). Excluídos pacientes submetidos apenas a cineangiocoronariografia. O estudo foi retrospectivo através do prontuário eletrônico da instituição.

Resultados: Dos 176 pacientes incluídos, 64 apresentaram-se com IAMCSST e 112, IAMSSST. No grupo dos pacientes com IAMCSST 33 pacientes eram do sexo masculino, 66% eram hipertensos, 64% sedentários, 56% dislipidêmicos, 64% tabagistas, 20% diabéticos e 2% renais crônicos. No grupo dos pacientes com IAMSSST 65 pacientes eram masculinos, 74% hipertensos, 65% sedentários, 45% dislipidêmicos, 39% diabéticos, 18% tabagistas, 12% renais crônicos.

Conclusão: Os principais fatores de risco associados com IAM foram hipertensão arterial, sedentarismo e tabagismo. A hipertensão arterial, o diabetes, o sexo masculino e a doença renal crônica predominaram no grupo IAMSSST, enquanto que o tabagismo e a dislipidemia predominaram no grupo IAMCSST.

33305

Relação da circunferência abdominal entre hipertensos e hipertensos e diabéticos

GISELLY GOMES CARVALHO, MARINA ABREU FAIOLI, RAFAELA CAROLINA CRUZ SANTOS, RAISSA BRAGA LINHARES ANDRADE, MERY NATALI SILVA ABREU, PATRÍCIA GONÇALVES DA MOTTA e SILVIA HERINGER WALTHER

Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES), Ipatinga, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A obesidade abdominal tem sido mais relacionada aos fatores de risco cardiovascular e diabetes mellitus tipo 2 do que a gordura total ou índice de massa corporal (IMC). A medida da circunferência abdominal (CA) é um método simples e representativo da gordura acumulada no abdome. Ela representa, quando associada a outros fatores como diabetes, hipertensão, colesterol, hipertrigliceridemia e obesidade, grande risco para desenvolver a *síndrome metabólica*. Atualmente, o que mais se tem usado como critério de identificação da síndrome metabólica é a medida da CA, pois está correlacionada com a obesidade visceral. **MÉTODOS:** Foram entrevistados 715 hipertensos em seus domicílios entre outubro de 2010 a janeiro de 2012. Foram critérios de inclusão: indivíduos de ambos os sexos, usuários de medicamentos para tratamento da hipertensão, maiores de 18 anos sem distinção de credo, etnia ou religião e que aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Pesquisa transversal de base populacional descritiva e exploratória. **RESULTADOS:** A idade média dos participantes foi 61 anos, sendo a idade mínima 19 e máxima 97 anos. As mulheres correspondem a 67,9% e os homens a 32%. Do total de entrevistados, 22,5% são hipertensos e diabéticos, sendo que as mulheres totalizam 113 pacientes (23,3% do total de mulheres), dessas, 81,3% apresentam perímetro abdominal acima de 88 cm e 18,8% perímetro abdominal abaixo de 88 cm, sendo 53 cm a menor medida e 132 cm a maior medida. Já entre as pacientes hipertensas não diabéticas, 72,2% tiveram perímetro abdominal acima de 88 cm. Os homens hipertensos e diabéticos correspondem a 21%, sendo que 46,8% possuem perímetro abdominal acima de 102 cm e 53,2% abaixo de 102 cm, sendo a menor medida 78 cm e a maior 123 cm. Dos homens hipertensos não diabéticos 24,2% tiveram perímetro abdominal acima de 102 cm. **CONCLUSÃO:** Existe uma diferença no perímetro abdominal entre pacientes apenas hipertensos e os que são hipertensos e diabéticos. Nas mulheres, essa diferença não foi relevante, já entre os homens foi estatisticamente significativa. O fato indica que diabetes mellitus é um dos fatores que pode interferir na medida do perímetro abdominal, sendo mais relevante nos homens, porém, não é exclusivamente responsável pelo aumento da mesma, sendo essa uma alteração de etiologia multifatorial.

33306

Trombose muito tardia do stent convencional. Relato de cinco casos

MANOEL AUGUSTO BAPTISTA ESTEVES, MARCUS VINICIUS FREITAS MOREIRA, UBIRAJARA LIMA FILHO, ALANA GOMES NAZARETH, ANTONIO CARLOS MANSUR BEDETI, AUGUSTO LIMA FILHO, RENATO ROCHA RABELLO, DANIEL PEREIRA DE ANDRADE, MONIQUE BATISTA NOGUEIRA DE AMORIM e EDSON ELVIRIO ALVES

Hosp. Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: A trombose muito tardia do stent convencional (TMT do SC) e pouco relatada na literatura. Os eventos que ocorrem tardiamente em pacientes que já receberam stents são atribuídos a reestenose. Relatamos cinco casos de TMT do SC evoluindo com infarto agudo miocárdio com supra de segmento ST (IAM C/SST) submetidos a angioplastia coronariana primária em um serviço que faz anualmente entre quarenta e cinquenta angioplastias primárias. **Métodos:** A Trombose de stent (TS) é definida pelas proposições da Academic Research Consortium (ARC) como aguda: Trombose que ocorre em até 24 horas do implante do stent; subaguda, mais de um dia até um mês do implante do stent; tardia, entre um mês e um ano após o implante do stent; trombose muito tardia, ocorre com mais de um ano após o implante do stent. **Resultados:** Nos casos admitidos em nosso hospital com quadro IAM C/SST observamos a presença de TMT do SC em cinco casos sendo todos tratados com angioplastia primária com recanalização do vaso. O tempo médio após o implante do stent foi de seis anos e meio, sendo que o paciente que apresentou a TMT do SC após mais tempo de implante foi de treze anos. Dois pacientes estavam sem usar o Ácido acetil salicílico ou outro antiagregante plaquetários. Um há sete dias e outro há três meses sem o uso do medicamento. Outro paciente fazia uso irregular de medicamentos. Em todos os casos foi utilizado o cateter extrator de trombos. Em quatro casos foi implantado um novo stent convencional e em um caso feito apenas aspiração de trombos. Em dois casos, a artéria comprometida era a artéria descendente anterior antes do primeiro ramo septal. Nestes dois casos evoluíram para óbito, mostrando o potencial de gravidade da TS. Os outros três pacientes evoluíram em classe I de Killip e receberam alta hospitalar. **Conclusão:** A TMT do SC pode estar sendo subavaliada em sua prevalência em nosso meio tanto quanto ao número de casos quanto a sua gravidade.

33308

Supradesnivelamento do segmento ST em teste ergométrico de cintilografia miocárdica em paciente com suboclusão de descendente anterior e disfunção sistólica

IVANA SENA DO NASCIMENTO, ARI MANDIL, SIMONE MIRANDA MARTINS, LEONARDO ANTUNES MESQUITA, BRUNA FERNANDA GOMES DE MORAIS, LIGIA ARANTES NEVES DE ABREU e ODILON GARIGLIO ALVARENGA DE FREITAS

CEU Diagnósticos, BH, BRASIL - Hospital Lifecenter, Belo Horizonte, BRASIL.

Introdução: A cintilografia miocárdica é um dos métodos de diagnóstico por imagem da isquemia miocárdica. A ocorrência de espasmos em lesões e infartos durante o estresse físico são raros. **Relato de caso:** paciente caucasiano, masculino, 50 anos, em consulta queixava de: fadiga desproporcional aos esforços há 20 dias e, quadro precordialgia desencadeada por grandes esforços nos últimos 3 dias. Fatores de risco: hipertensão, dislipidêmico, história familiar positiva (mãe) para coronariopatia. Em uso: Anlodipina, Atenolol, Sinvastatina e AAS. Ativo, IMC = 27,5 e exame físico sem alterações; ECG ritmo sinusal, bloqueio divisional anterio-superior esquerdo. Médico assistente optou por investigação do quadro através de cintilografia miocárdica convencional com MIBI para a pesquisa de isquemia. Realizada com estresse físico (protocolo de Elletstad) apresentando no pico do esforço supradesnivelamento segmento ST em CM5, DI, DII, DIII, AVF, V3 a V6 (máximo 4,0mm) com dor precordial típica que regrediu com uso Nitroato SL; desaparecimento do supradesnivelamento aos 03:16 minutos de recuperação. Desenvolveu após, quadro de insuficiência ventricular esquerda com dispnéia e tosse. Enquanto aguardava transporte para pronto-atendimento, foi completado a captação das imagens apresentando (repouso/estresse): imagens pós-esforço precoce com captação pulmonar; dilatação isquêmica de ventrículo esquerdo (VE) com hipocinesia antero-apical acentuada; queda acentuada da fração de ejeção; aumento dos volumes sistólico e diastólico finais; anormalidades acentuadas de perfusão do miocárdio parede apical, anterior e antero-septal de VE. Ao ser admitido no pronto-atendimento, encaminhado para cinecoronariografia apresentando descendente anterior subocluído com trombos. Realizada aspiração dos trombos com dilatação da lesão e implante de stent coronário. Apresentou normalização da função VE. Evolução satisfatória e alta sem intercorrências. **Discussão / Conclusões:** A elevação segmento ST provocada por teste ergométrico é preditiva de estenose grave da artéria coronária e corresponde ao vaso doente. O espasmo arterial coronariano e mesmo a oclusão aguda na cintilografia são raras, mas constituem situação de emergência grave pelo potencial de complicação e alterações demonstradas.

33310

Relato de caso: valva aórtica quadrivalvular e miocardiopatia chagásica

SOUZA, DEBORA M, SANTOS, FRANCISCO A N, NEVENSCHWANDER, FERNANDO C, LINARES, DANIELA B e BARATTI, ADRIANE B

Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Introdução: Valva aórtica quadrivalvular (VAQ) é uma anomalia cardíaca congênita rara. Mais da metade dos pacientes com esta anormalidade irá desenvolver insuficiência aórtica na idade adulta.

Métodos: Apresentamos um caso de uma mulher de 41 anos, que apresentava sinais e sintomas de insuficiência cardíaca, sorologia positiva para Doença de Chagas, disfunção sistólica moderada do ventrículo esquerdo e insuficiência valvar aórtica de grau moderado decorrente de valva aórtica quadrivalvular.

Resultados: Após ter sido iniciado tratamento apropriado para insuficiência cardíaca, evoluiu com melhora progressiva dos sintomas. Foi orientada a realizar seguimento clínico e com ecoDopplercardiograma rigoroso devido à possibilidade de piora da insuficiência aórtica.

Conclusões: A incidência da VAQ é de cerca de 0,013% a 0,043%, segundo relatos de autópsia, sendo responsável por 0,55% a 1,46% dos procedimentos cirúrgicos da válvula aórtica. É vital que os pacientes com valva aórtica quadrivalvular que se apresentam com insuficiência aórtica progressiva sejam submetidos à troca valvar ou reparo no momento apropriado. A associação dessa anormalidade congênita com a miocardiopatia chagásica ainda não havia sido relatada.

33314

Necessidade de mudança de via de acesso arterial, em um centro de hemodinâmica em que o acesso radial é a primeira escolha

VINICIUS PEDRO ALMEIDA VALENTIM, RICARDO WANG, MATHEUS SIGILIANO CARNEIRO, ANTONIO CARLOS MANSUR BEDETI, GUSTAVO LOBATO ADJUTO, MARCUS VINICIUS FREITAS MOREIRA e AUGUSTO LIMA FILHO

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

Introdução: O cateterismo cardíaco via artéria radial (AR) proporciona maior conforto ao paciente além de diminuir complicações vasculares. O sucesso do procedimento via AR requer curva de aprendizado para seu bom desempenho, sendo comum a necessidade de mudança de via de acesso devido à dificuldade técnica.

Método: No período de janeiro a fevereiro 2013, foram analisados 493 procedimentos hemodinâmicos pela AR na Santa Casa de Belo Horizonte, instituição com alto volume de procedimentos por esta via. Foi considerado falha de acesso desde a dificuldade de punção da AR, passagem da bainha, e tortuosidade ou oclusão da artéria.

Resultado: A média de idade foi de 60,6 $\pm$ 11,3 anos, 37% eram do sexo feminino. Dentre esses procedimentos, em 19,7% eram angioplastia coronariana (ACTP), e o coronariografia (CAT) 80,3%. A taxa de falha de acesso via AR foi de 7,9% dos procedimentos (9,3% das ACTP e 7,8% das CAT, p=ns), e na maioria dos casos foi convertido para a via braquial com sucesso. O insucesso foi maior no sexo feminino (9,7 x 6,8%; p=0,323), e pacientes que necessitaram de conversão eram pouco mais idosos 62,23 $\pm$ 11,31 x 60,44 $\pm$ 11,31; p=0,344).

Conclusão: A via de acesso a artéria radial para estudo hemodinâmico tem baixa taxa de conversão para outra via, em um centro com experiência para esta via, além de ser segura e proporcionar maior conforto ao paciente.

33315

Avaliação da prevalência de obesidade no laboratório de hemodinâmica

MATHEUS SIGILIANO CARNEIRO, RICARDO WANG, VINICIUS PEDRO ALMEIDA VALENTIM, ANTONIO CARLOS MANSUR BEDETI, GUSTAVO LOBATO ADJUTO, MARCUS VINICIUS FREITAS MOREIRA, MARIO IVAN MITTA BONILLA, MARIO LUCIO FRANCO PEREZ, CARLOS AUGUSTO BUENO DA SILVA e AUGUSTO LIMA FILHO

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

Introdução: A obesidade é considerado uma epidemia no mundo moderno, e acarreta problema de saúde pública, com aumento da ocorrência de diabetes, doença arterial coronariana (DAC) e morte. A ocorrência de DAC nesta população reflete o aumento do número de procedimentos diagnósticos e terapêuticos no laboratório de hemodinâmica.

Objetivo: avaliar a prevalência de pacientes com sobrepeso e obesidade no laboratório de hemodinâmica.

Métodos: Foram avaliados 436 pacientes (P) submetidos a procedimentos na hemodinâmica da Santa Casa de BH. Foi calculado o IMC dos P, consideramos normal abaixo de 24,9, sobrepeso 25-29,9, obesidade grau I 30-34,9 e obesidade grau II >35.

Resultados: Idade média de 60,38 $\pm$ 11,34 anos, sexo feminino 36,9%. P com IMC considerado normal representou 33,7%, sobrepeso 38,5%, obesidade grau I 17,9% e obesidade grau II 9,8%. Respectiva idade variou 61,87 $\pm$ 11,3 X 60,7 $\pm$ 11,6 X 59,15 $\pm$ 12 X 56,25 $\pm$ 11,3 ; p=NS. A distribuição do sexo feminino foi de 21,7 X 34,5 X 52,5 X 69,7%; p<0,001.

Conclusão: Observamos aumento da prevalência de obesidade em pacientes submetidos a estudos hemodinâmicos principalmente no gênero feminino.

33316

Correlação de sintomas e distúrbios da condução atrioventricular em idosos submetidos a eletrocardiografia dinâmica pelo método Holter

BRUNA FERNANDA GOMES DE MORAIS, LEONARDO ANTUNES MESQUITA, LIGIA ARANTES NEVES DE ABREU, LUIZ ANTÔNIO ALVES DE ABREU, SILAMAR BREDER DE SOUZA e ODILON GARIGLIO ALVARENGA DE FREITAS

MinasCor Centro Médico, Belo Horizonte, BRASIL.

Introdução: A utilização da eletrocardiografia dinâmica de 24 horas pelo método Holter (Holter) no diagnóstico dos bloqueios atrioventriculares (BAVs) é consagrada pela literatura. Entretanto, estudos atuais correlacionando a sintomatologia dos pacientes idosos a estes bloqueios são raros e suscitam necessidade constante de investigação.

Objetivos: Determinar a correlação de sintomas e distúrbios da condução atrioventricular em idosos submetidos ao Holter.

Método: estudo retrospectivo, coorte, de 4612 exames Holter, ambos sexos, de setembro de 2011 a fevereiro de 2013. Seleção participantes: com 75 anos ou mais: 922 indivíduos (559 mulheres e 363 homens). Análise estatística: software estatístico IBM/SPSS, com p<0,05.

Resultados: média de 84 anos, 295 exames com BAV de primeiro grau, 116 BAV de segundo grau Mobitz tipo 1, 38 BAV Mobitz tipo 2, BAV tipo 2:1 em 46 e, BAV total em 51 exames. Sintomas (19% dos exames) sendo os mais frequentes associados ao BAV: tontura (36%), cansaço/fadiga (21%), "falta de ar" (dispnéia - em 11%) e síncope (3%). O BAV de primeiro grau não esteve correlacionado significativamente a sintomas; outros apresentaram graus de significância.

CONCLUSÃO: O valor diagnóstico de Holter em participantes com idades entre 75 e mais velhos mostrou-se efetivo e, apresenta uma correlação de sintomas semelhantes a relatada em literatura internacional.

ÍNDICE REMISSIVO POR AUTOR E Nº DO TEMA



A

A L Pitanga - 32737
Adriana Sebba Barroso de Souza - 32870
Adriane Botrel Baratti - 32906, 32939
Adriano Oliveira Andrade - 32855
Afonso Celso de Abreu - 32910
Agostinho Figueiredo - 32967
Aguiar, J O - 32987
Aguiar, Jaime O - 32590, 32690, 32819
Alana Gomes Nazareth - 33289, 33290, 33306
Albert Nilo da Costa - 32890
Albuquerque, L C V - 32936
Alencar, M C N - 31217, 32844
Alessandra Aguiar Souza Costa - 33292
Alexandre Ferreira - 33269
Alexandre Henrique Cobucci Santana - 32881, 31077, 32927, 32938
Alexandre Lucio Soares de Assuncao - 33178
Aline Braga Rodrigues - 32900
Aline Coelho Figueiredo - 33178
Aline P B Deslandes - 32824
Alves, Andre G J - 33252
Alves, Herivelton J S - 32690, 32819
Alves, P R - 32199
Amanda Sérgio Catizane de Oliveira - 32161
Amanda Venturini Arantes - 32959
Amintas Fabiano de Souza Figueiredo - 32858
Amorino C S Junior - 32846, 33275
Ana Beatriz Possa de Abreu - 32910
Ana C C B Daré - 33235
Ana Carolina Campos Ferreira - 32889
Ana Carolina Freire Lopes - 32213
Ana Carolina Starke - 33291
Ana Clara Ribeiro Lages - 32865
Ana Gabriela Oliveira Dantas - 32902, 32953, 32954, 32956, 32970
Ana L H S Carneiro - 32866
Ana Luiza Horta de Sá Carneiro - 32812, 32884
Ana Luiza Silveira - 32914
Ana Paula Alves Fonseca - 33267, 33277, 33281, 33283
Ana Paula Gimenez da Cunha Buzinaro - 33191
Ana Regina Elmec - 33172
André A L D Carmo - 32894, 32925
André Assis Lopes do Carmo - 30424, 31208, 31209, 32900
Andre F Diniz - 32180
Andre G J Alves - 32183
Andre Hilario Fernandes - 32959
Andre L Pitanga - 32180
André Lima Brito - 32905
Andre O Nesio - 33209
Andre Oliveira Nesio - 32836, 32837
Andre Oliveira Ruas Abreu - 32961
Andre Ricardo Vale Rodrigues - 32961
André Silva Rodrigues - 32938
Andrea Laender Mendonca - 31711
Andrea Rosa Bahia - 33292
Andreza Luciene Estevam - 32907
Ann Kristine Jansen - 33288
Anselmo D Moura - 32183
Anselmo Dornas Moura - 32161
Antônio Augusto Figueiredo Andrade Costa - 32861, 32959
Antonio C N Ferreira - 32180
Antonio Carlos Mansur Bedeti - 32905, 32913, 33300, 33306, 33314, 33315

Antonio Carlos Pereira Barretto - 33296
Antonio D A D - 32928, 32929
Antonio L P Ribeiro - 32892, 32893, 32923, 32924
Antonio Luiz Pinho Ribeiro - 31711, 32799, 32907, 32935, 32975

Araujo, M C - 32936
Araujo, Marilene M - 32904
Ari Mandil - 32858, 33015, 33308
Ariane Vieira Scarlatelli Macedo - 32161, 32951, 32960
Armando Fagundes Morato Neto - 33269
Aroldo B A J - 32928, 32929
Augusto Lima Filho - 32905, 32913, 33290, 33300, 33306, 33314, 33315

B

Baltazar, Luis A L - 32808
Baratti, Adriane B - 33310
Bárbara Campos Abreu Marino - 30993, 32799, 32811, 32864, 32868, 32869, 32872, 32942, 33294, 33295
Bárbara Luíza Andrade Moreira - 32931
Barbara Magalhaes Viola - 33178
Beatriz Barbosa Ferreira - 32814
Beatriz Eugenia Gomes Quirino - 33015
Bernadete Barreto de Assis - 33002
Bernardes, R C - 32737
Bernardo Borges Marques - 33172, 33173
Braz Emanuell Souza Lima - 33265
Brenda C Godoi - 32892, 32893
Brenda Corrêa de Godoi - 32907
Breno G Camargos - 32181
Breno Gontijo de Camargos - 32885
Brisa D C Maia - 32827, 32894, 32925, 33263
Brisa D' Louar Costa Maia - 32966
Bruna de Castro Rafael - 31509, 32854
Bruna Fernanda Gomes de Morais - 33308, 33312, 33316
Bruna Medina Teixeira - 32959
Bruna R B Ferraz - 32824
Bruno Alves Correia Lima - 32932
Bruno R Nascimento - 32827, 32828, 32892, 32893, 32894, 32907, 32923, 32924, 32925, 33202, 33204, 33235, 33263, 33299
Bruno Rezende Passos - 33269
Bruno Sarto dos Reis - 32380
Bruno Vidal de Oliveira - 33294

C

Camila Fialho Caixeta Borges - 31115
Camila Freitas de Souza - 32862
Camila Rodrigues Pereira - 32961
Camila Salles Silva Pereira - 32213
Carlos A F Areas - 32827, 32828, 33202, 33204, 33235, 33263, 33299
Carlos Alberto de Oliveira - 32831, 32832, 32833
Carlos Alberto Quintao Rodrigues - 32898
Carlos Augusto Bueno da Silva - 31086, 33315
Carlos Camilo Smith Figueroa - 32903, 33270
Carlos de Brito Ferreira - 32814
Carlos E Ornelas - 32180, 32181, 32183, 32780
Carlos Eduardo de Souza Miranda - 32836, 32837, 33209, 33294
Carlos Eduardo Ornelas - 31854, 31862, 32161, 32960, 33292

Carlos Eduardo de Souza Miranda - 32836, 32837, 33209, 33294
 Carlos Eduardo Ornelas - 31854, 31862, 32161, 32960, 33292
 Carlos Henrique Figueiredo Fontes - 32900
 Carlos Henrique Garcez de Carvalho - 32878, 32949, 32950, 33276
 Carmo, Isabel R S D - 33186
 Carneiro, J G - 32801, 32803
 Carolina Antunes Magalhaes - 32858
 Carolina Jovita Oliveira Dias - 33288
 Carolina Moreira Montenegro - 32952
 Caroline Maria Mameluque E Silva - 32914
 Caroline V Freitas - 32824
 Cassio Fachi - 33265
 Cassio Fernando de Assis Carvalho - 32878, 32949, 32950, 33276
 Cassio Menezes Nogueira - 30993, 31839, 32869, 32942, 33295
 Castagna, M T V - 32803
 Castro, P L - 32945
 Cecília Gomez Ravetti - 33292
 Christiane Pires Marota - 33297
 Christiano Coli Nogueira - 33292
 Clarissa C D Orto - 33204
 Claudia Chaves Mendonca - 32910
 Cláudia M A Botelho - 33298, 33303
 Claudia M Miranda - 33209
 Claudia Madeira Miranda - 32836, 32837
 Cláudio Léo Gelape - 32903, 33197, 33198, 33270
 Claudio Magalhães Rangel - 33173
 Costa, P L A L - 32945
 Cristiana Rosa de Lima Machado - 33184
 Cristiane Nunes Martins - 32994
 Cristiano Alvarenga Rocha - 33294, 33295
 Cristina Cordeiro Pinheiro - 32161
 Cynthia U Vilhena - 32846, 33275

D

Daniel A M - 32928, 32929
 Daniel A Marotta - 32780
 Daniel Araujo Marotta - 33292
 Daniel C Dias - 32824
 Daniel M F Palhares - 32893
 Daniel M Pinto - 32181
 Daniel Moore Freitas Palhares - 32935, 32975
 Daniel P Cruz - 32827, 32828, 32894, 32925, 33202, 33204, 33235
 Daniel P Cruz - 33263, 33299
 Daniel Pereira de Andrade - 33289, 33290, 33306
 Daniel Pinheiro Cruz - 32966
 Daniel R G Duarte - 32845
 Daniel Rocha Rabelo - 31115, 32932, 33236
 Daniel S C Queiroz - 32924
 Daniel Silva Chamie de Queiroz - 32952
 Daniela Barreto Linares - 31509, 32906, 32931, 32939, 33289
 Daniela Lopes Gomes - 33267, 33277, 33281, 33283
 Danielle Aparecida Gomes Pereira - 32840, 32865, 32889, 32895, 33291
 Davi Alexandre Barquette - 32969, 33184
 Dayana M P Souza - 32863
 Dayane Montemezzo - 32840, 32889, 32895
 Debora Magalhães de Souza - 32906, 32939, 33289
 Débora Pantuso Monteiro - 32840
 Debora Ursula Fernandes Souza - 32865

Débora Vilela Cunha - 32932
 Deborah Arraes Castelo Branco - 32902, 32944, 32953, 32954, 32956, 32970
 Decio Fonseca de Freitas - 32926
 Deliane A S Coelho - 32827, 32894, 32925, 33202, 33299
 Deliane Aparecida Sena Coelho - 32966
 Dias, Eberthe F M - 32808
 Dias, Giovanni A - 32590, 32690, 32819
 Dieere Roberto Alvim - 33297
 Diego Albernaz Pimenta - 32831, 32832, 32833
 Diogo Antônio Gomes Tiago - 31509, 32854, 32906, 32908, 32931, 32939
 Diogo Antônio Gomes Tiago - 33289, 33304
 Dione José Fernandes Silva - 33265
 Dirceu Rodrigues Almeida - 32962, 32964
 Dutra, Patricia T - 33186

E

Eberthe Fernando Medeiros Dias - 30993, 31839, 33294
 Edileide de Barros Correia - 32831, 32832, 32941
 Edmar Silva de Araujo Junior - 33236
 Edmundo Clarindo Oliveira - 32874, 32876, 32880, 32922, 33274
 Edson Elviro Alves - 33306
 Edson Evangelista Marques Neto - 32932
 Eduardo B Falqueto - 32866
 Eduardo Back Sternick - 33297
 Eduardo Gibson Paraiso - 32926
 Eduardo Vitor Barbaroto Ribeiro - 32831, 32832, 32833
 Elisa B Calili - 32824
 Elizabeth Netto - 30190, 30191
 Elmiro Santos Resende - 31799, 32855
 Elmiro, N S - 32936
 Elvio Tiago Azevedo - 32902, 32944, 32954, 32956, 32970
 Emanuelle Souza Figueiredo - 32914
 Emilia Valle Santos - 32935
 Emilson Geraldo Vilarino Junior - 31839, 32869, 33295
 Emma Elisa Carneiro de Castro - 33282
 Enrico A Colosimo - 33298, 33303
 Epotamenides Maria Good God - 32908
 Eric Boersma - 32924
 Erica Leite Avelino Pereira - 32864
 Erison Costa Machado - 32868
 Ernesto J S Salles - 32863
 Ernesto José de Souza Salles - 32873
 Ernesto Jose Hoffman - 32898
 Ernesto Lentz da Silveira Monteiro - 32881
 Esmeraldi Ferreira - 32958
 Estevão L Figueiredo - 32846, 33275
 Estevão Lanna Figueiredo - 32858, 33015, 33296
 Eularino Chrisostomo Pataro Teixeira - 30190, 30191, 33276

F

Fabiana Damasceno Almeida - 32889
 Fabiana Oliveira Penido - 33245
 Fabiana Tobias Giffoni - 32941
 Fabiane Nunes Oliveira - 31115
 Fábio Ávila Tófani - 33269
 Fabio Barros dos Reis - 30993, 31839
 Fábio Morato Castilho - 31711, 32902, 32944, 32954, 32956, 33197, 33198
 Fábio N Demarqui - 32924

ÍNDICE REMISSIVO POR AUTOR E Nº DO TEMA



Fabricio Lucas Dipe Prates - 32961
Fabrini B Soares - 32866
Fabrini Batista Soares - 32812, 32884
Felipe Gomes de Oliveira - 32831, 32832, 32833
Felipe Moreira Mortimer - 33291
Fernanda B Oliveira - 33235
Fernanda Barbosa - 32906, 32931
Fernanda Lima Fernandes - 32213, 32948
Fernanda R Franca - 32824
Fernanda Rodrigues de Souza - 31799
Fernandes, Fabyulla A - 32904
Fernando Antonio Alvares da Costa - 33296
Fernando Antonio Roquete Reis Filho - 32811, 32881, 32927
Fernando Carvalho Nevenschwander - 32906, 32931, 32939, 33289
Fernando Costa Mundim - 32932
Fernando Linhares Drumond Machado - 30190
Ferreira, A C C - 31217, 32844
Ferreira, A C N - 32801, 32803
Fidale, T M - 32199
Fidel Manuel Caceres Loriga - 31711
Filho, S M R - 32987
Filho, Sergio M R - 32590, 32690, 32819
Filipe Mendonça Cabral - 32872
Filipe Rezende Lopes de Almeida - 33269
Filippe A V Silva - 32828, 33202, 33263, 33299
Filippe Augusto Vieira Silva - 30424, 31209, 32966
Flávia Santos Guimarães Machado - 32380, 32862
Flavio V Teodoro - 32827, 33202, 33235, 33263, 33299
Flavio A O Santos - 32181
Flavio de Vasconcellos Teodoro - 30424, 31209, 32966
Flávio Faria Viera - 32961
Fonseca, Fabio S F R - 32845
Franciane A C Cruz - 32824
Francielle Aparecida Borges dos Santos - 31115
Francisco Rezende Silveira - 30190, 30191, 32878, 32949, 32950, 33276
Franco, M R - 32909
Frankel Marcio Alves Brandao - 32862, 33005
Frederico Ribeiro dos Santos - 31801
Freire, Claudia M V - 32904

G

Gabriel de Melo Ferreira - 33236
Gabriel Ferreira - 32961
Gabriel Miranda Peron - 33178
Gabriel Nino Taroni Naves - 32907
Gabriel Villard Milet - 32814
Gabriela Correa Reis Oliveira - 32934
Gabriela Miranda Santana - 33236
Garcia, L C - 32987
Genesco Nunes - 32898
Geraldo Guinomar Alcantara - 33267, 33277, 33281, 33283
Geraldo Magela Alvarenga Júnior - 31509, 32854
Gerson Miranda - 33267, 33277, 33281, 33283
Giane Amorim Ribeiro Samora - 32840, 32889, 32895
Gilvan Vilella - 32828, 32894, 33204
Giovani Luiz de Santi - 32899
Giovanni Luiz Musso - 31509, 32854, 32906, 32931, 32939
Gisele Pereira de Oliveira Amancio - 32865
Giselly Gomes Carvalho - 33305
Giuseppe B Zoccai - 32924
Gláucia C Silva - 32892, 32893
Gláucia Cristina da Silva - 32907

Glenda de Souza Pataro Teixeira - 32878, 32949, 32950, 32994
Gonçalves, A - 32199
Graziela das Mercês Pimenta Rioga - 32878, 32949, 32950, 33276
Guilherme Abreu Nascimento - 32799
Guilherme Augusto Fregonezi - 32895
Guilherme Benfatti Olivato - 32818, 32845
Guilherme D' Andréa Saba Arruda - 32831, 32832
Guilherme Ferraz Messina Padua Andrade - 32954, 32956, 32970
Guilherme J G S Pimenta - 32866
Guilherme José Garcia Santos Pimenta - 32812, 32884
Gustavo Bernardes de Figueiredo Oliveira - 32952
Gustavo F Werner - 32846, 33275
Gustavo Fonseca Werner - 33015, 33296
Gustavo Horacio Gama Gomes - 32902, 32944, 32953, 32954, 32956, 32970
Gustavo Lobato Adjuto - 32905, 32913, 33300, 33314, 33315

H

Haddad, E - 32199
Hélder Oliveira Farias Santos - 33282
Helder Pereira de Freitas - 32872
Hélio L B Junior - 32863
Heloisa Alves Chagas - 33282
Henrique Augusto Becho de Campos - 33290, 33304
Henrique B Moreira - 32894, 32925
Henrique Barroso Moreira - 30424, 31208, 31209, 32900
Henrique L Silva - 32866
Henrique Lima da Silva - 32812, 32884
Henrique Migliori Rodrigues da Rocha - 33172, 33173
Henrique P M Pena - 32180, 32181, 32183, 32780
Henrique Patrus Mundim Pena - 32161, 32885
Henrique S Costa - 32923
Henrique Silveira Costa - 33302
Herivelton J S Alves - 32590
Hober C F Junior - 32824

I

Iara Regina Cunha Soares - 32865
Ibrahim Francisco Pinto - 32941
Igor Murta Megali Abreu - 32926
Indira Torres - 33172
Ingrid M Matos - 32846, 33275
Irene M M Dutra - 32824
Isaac H Sampaio - 32846, 33275
Isabela Assis Michalaros - 33002
Isabela Sampaio Arigon - 31157
Isabela Viana de Paiva - 33015
Isabella Pereira Carvalho - 32931
Isadora Martins Chaves - 33236
Itamar T G Cardoso - 32183, 32780
Itamar Tadeu Goncalves Cardoso - 32885
Ivan F Freitas - 32827, 32828, 33202, 33204, 33235, 33263, 33299
Ivan Mateus Ferreira dos Santos - 31839, 33294, 33295
Ivana Sena do Nascimento - 33308

J

J L B Pena - 33298



ÍNDICE REMISSIVO POR AUTOR E Nº DO TEMA

Janaina G Araujo - 32892
Janine M Rodrigues - 32892, 32893
Janine Madureira Rodrigues - 32907
Januario Manuel de Souza - 31801
Jéssica Machado Mota Fernandes - 32959
Joao Antonio da Silva Junior - 33291
Joao P C Barbosa - 32846, 33275
Joao Ricardo Carvalho de Matos - 32914
Jordan Vieira de Oliveira - 32902, 32953, 32954, 32970
Jordane Borges - 31854, 31862
Jose Augusto Almeida Barbosa - 32874, 32876, 32880, 32922, 33274
Jose Carlos de Faria Garcia - 32858, 33015
José Carlos Martins Coelho Junior - 32899
Jose de Oliveira Ferreira - 32899
Jose Eduardo de Lima Borrelli Filho - 32861, 32933, 32959
José Fernando Portugal Horta - 31839
Jose Luiz Barros Pena - 32399, 33269, 33303
Jose R S J - 32928, 32929
Jose Resende de Castro Junior - 32873
Joseph Fabiano G Santos - 33002
Josielli de Souza Figueredo - 31157
Juliana de Oliveira Figueiredo - 33282
Juliana Del Debbio Zica - 32926
Juliana Oliveira Campos Dosd Santos - 32922
Juliana Poddiss S - 32845
Juliana Rodrigues Soares - 32944, 32953, 32956
Juliana Viana de Moraes - 32865
Julio Cesar Silveira - 33283
Junior, Emilson G V - 32808
Junior, J A S - 32936
Junior, M A M A - 32737, 32801
Junior, Marcos A M A - 33252

K

Karlyse Claudino Belli - 32858
Katia C Mautone - 32863
Kayo Vieira Teodorak Pego - 33178
Kleisson Antônio Pontes Maia - 33015

L

Lais Goseling Leite - 32914
Lais L Nascimento - 32846
Laíse Oliveira Resende - 32855
Laissa Nascimento Bernardes Souza - 33178
Lana, M L L - 32737
Larissa Aramuni Baía - 32902, 32944, 32953, 32956, 32970
Larissa Chaves Nunes de Carvalho - 32933
Laura Cotta Valente - 32213
Laysa Barbosa de Oliveira - 32926
Leandra Cristina V de Albuquerque - 33291
Leandro B F B E Silva - 32824
Leandro Rubio Faria - 32831, 32832, 32833
Leandro Teixeira Paranhos Lopes - 31799
Leite, A F - 32945
Leonardo Antunes Mesquita - 33308, 33312, 33316
Leonardo Kado Takeda - 33236
Leonardo Moreira Carvalho - 32926
Leonardo Paschoal Camacho Varoni - 31801
Levindo Costa Carvalho Filho - 31509, 32854, 32906
Ligia Arantes Neves de Abreu - 33308, 33312, 33316
Lilian M C Bramante - 32863

Linares, Daniela B - 33310
Lines Ferreira Perigolo - 32862, 33005
Livia Araujo Pereira - 32878, 32949, 32950, 33276
Livia M A S - 32928, 32929
Lorena Caldeira Cordeiro - 32914
Lorena Rosa Ferreira - 32935
Luana da Cunha Tavares Amaral - 33292
Lucas Emmels Malaquias - 32967
Lucas L Junqueira - 32892
Lucas Mota Suman - 32845
Luciana Alves Ribeiro - 31509, 32854, 32906, 32931, 32939, 33289
Luciana Capelli Araújo - 32952
Luciana G Maia - 32181, 32183
Luciana Pinheiro Salgado - 31854, 31862, 32951
Luciana Rabelo Araujo - 32932, 33236
Luciana S R Brito - 33209
Luis Augusto Lindemberg Baltazar - 31839, 32811, 32869, 33295
Luis Claudio Toledo - 33005
Luis Eduardo Diniz Couto - 32927, 32942, 33294
Luis Felipe Cintra Pereira - 32938
Luisa Amaral Mendes da Silva - 32840
Luisa C.C.Brant - 32866, 32892, 32893, 32907
Luiz Antônio Alves de Abreu - 33312, 33316
Luiz Claudio Moreira Lima - 32881
Luiz Guilherme Passaglia - 32812, 33291
Luiz Mauro Silveira de Vasconcelos - 32952
Luiz R A Castro - 32892, 32893
Luiz Ricardo de Ataíde Castro - 32907
Luz, Alessandra R - 32955, 32957

M

M A M A Junior - 32803
M V L Barros - 32737
Macedo, Arianne V S - 33252
Magno F M B F - 32928, 32929
Maia, L G - 32737, 32801, 32803
Maia, R A L - 32987
Maia, Renzo A L - 32690, 32819
Maira F Almeida - 32863
Maira Fernandes de Almeida - 32873
Manoel Augusto Baptista Esteves - 33290, 33304, 33306
Manoel O C Rocha - 32923, 32969, 33302
Marcell Rocha Peixoto Temponi - 32961
Marcella de Araujo Fonseca - 33002
Marcelle Cristina da Silva - 33197
Marcelo D Vilela - 32780
Marcelo Henrique Borges - 32899
Marcelo Martins P Filho - 33198
Marcelo Menezes Breyner - 31087, 31088
Marcia de Melo Barbosa - 32969
Marcia M O Lima - 32923
Marcia Maria Oliveira Lima - 33302
Marcilio Monteiro Catarino - 33283
Márcio V L Barros - 32180, 32183
Márcio Vinícius Lins de Barros - 32161, 32951, 32960, 32969, 33184
Marco A A Costa - 32924
Marco A Assis - 32181
Marco Antonio de Assis - 32885
Marco Antônio Moura - 32874, 32876, 32880, 32922
Marco P T Barbosa - 32893
Marco Paulo Tomaz Barbosa - 32812

ÍNDICE REMISSIVO POR AUTOR E Nº DO TEMA



Marconi Gomes da Silva - 32865, 33291
Marcos A M A Junior - 32180, 32181, 32183, 32780
Marcos Almeida Magalhães Andrade Junior - 32161, 32885, 32951, 32960
Marcos Antonio Buzinaro - 33191
Marcos Antonio Garcia Magalhaes - 33178
Marcos Antonio Marino - 31077, 32799, 32811, 32864, 32881, 32927, 32942, 33295
Marcos Henrique Borges - 33005
Marcos Hertz - 32814, 32958, 32962, 32964
Marcos R Sousa - 32924
Marcos Roberto de Sousa - 31711, 33270
Marcos Vinícios Costa - 32902, 32944, 32953, 32954, 32970
Marcos Vinicius Mendes Barroso - 32914
Marcus Vincius de Freitas Moreira - 32913, 33300, 33306, 33314, 33315
Marcus Vinicius M Andrade - 33197
Margarida Maria da Costa Smith Maia - 32399, 33269
Maria C V Moreira - 33298, 33303
Maria Alice Ramires Mendes - 32914
Maria Augusta Gollner Duarte - 32910
Maria Beatriz Moreira Alkmim - 32935, 32975
Maria C N Alencar - 32923
Maria Cecilia de Sousa Valarini - 31854, 31862, 32951
Maria Clara Noman de Alencar - 33302
Maria Costa Neves de Oliveira - 33269
Maria D C P Nunes - 32923
Maria da Consolação Vieira Moreira - 31086, 33002, 33197, 33198
Maria da Gloria C. Horta - 32890
Maria do Carmo Pereira Nunes - 32969, 33302
Maria E C Andrade - 32180
Maria Fernanda Freitas de Figueiredo - 32380
Maria Gabriela de Carvalho Gontijo - 32994
Maria Helena Albernaz Siqueira - 32161, 32960, 33297
Mariá Libório P Leite - 33236
Maria Luiza Vieira Carvalho - 32840, 32889
Mariana Ataíde Teixeira - 31115
Mariana Mendes Nunes - 31115
Mariana Oliveira Rezende - 32878, 32949, 32950, 33276
Mariana R S F - 32928, 32929
Mariana Santos Filisbino Mendes - 32380
Marildes Luiza de Castro Freitas - 32908
Marina Abreu Faioli - 33305
Marina Caldas Teixeira - 33198
Marina Xavier Gomes - 32161
Mario Ivan Mitta Bonilla - 32905, 32913, 33300, 33315
Mario Lucio Franco Perez - 33315
Maristela Marcia Meneghin - 32967
Marques, C P - 32199
Marra, Tais A - 33186
Martha Costa Oliveira - 32944, 32953, 32954, 32956
Martins, Renata T - 32808
Matheus C Silva - 32827, 32828, 32894, 32925, 33202, 33204, 33235
Matheus C Silva - 33263, 33299
Matheus de Campos Silva - 32966
Matheus Sigiliano Carneiro - 32905, 32913, 33300, 33314, 33315
Mauro Isolani Pena - 31077, 32927, 32938, 33294
Mauro Soares Motta - 32902, 32944, 32953, 32961, 32970
Mayara F Goldner - 32863
Membrive, S A - 33271, 33272
Mendes, L T M - 32945
Mery Natali Silva Abreu - 32213, 33305
Michelle Martins Abrahão - 32932

Miguel Rabelo Guimarães - 33269
Milena S Marcolino - 32892, 32893, 32924
Milena Soriano Marcolino - 32935, 32975
Miranda, L M - 32737
Mitermayer R Brito - 33209
Mitermayer Reis Brito - 32836, 32837
Monica Hermont Faleiros - 33292
Monique Batista Nogueira de Amorim - 31509, 32854, 32931, 32939, 33290, 33304, 33306
Montemezzo, D - 31217, 32844
Moreira, Guilherme H - 32819
Mortimer, F M - 32936
Murilo A S - 32928, 32929

N

Nabil Ghorayeb - 32952
Nascimento, Deborah E S - 32690
Natália de Barros Borba - 31115
Natalia Gomes Tiago - 32908
Natan G Saback - 32846, 33275
Nayara de Sousa Liberato - 32931
Neiffer Nunes Rabelo - 32932
Nevenschwander, Fernando C - 33310
Nogueira, Cassio M - 32808

O

Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas - 33308, 33312, 33316
Oliveira, B M - 32987
Oliveira, Briane M - 32590, 32690
Oliveira, J C V - 32987
Oliveira, L F L - 32909
Oliveira, V X - 32987
Oliveira, Vinicius X - 32590, 32690, 32819
Ornelas, C E - 32737
Otávia Alves Vieira - 32889
Otaviano Jose Greco - 31086
Otavio Pena Braga - 32903, 33270

P

Pamela de Souza Haueisen Barbosa - 31087, 31088
Parreira, V F - 31217, 32844
Passaglia, L G - 32936
Patrícia Gonçalves da Motta - 32213, 33305
Patricia Lopes Moraes - 32994
Patricia R Berni - 32180
Patricia Tavares Felipe - 31854, 31862, 32951, 32960
Paula Aparecida Braga - 33198
Paula Carvalho Ribeiro - 33245
Paula, Rita C L - 33252
Paulo Henrique Nogueira Costa - 32812, 32903, 33197, 33198, 33270
Pedro Gibson Paraíso - 32926
Pedro H A Libório - 32827, 32828, 33202, 33204, 33235, 33263, 33299
Pedro Rousseff - 32926
Peixoto, Jose M - 32590
Pena, H P M - 32803
Pereira, D A G - 31217, 32844, 32936
Phelippe Costa de Cerqueira - 33245
Pitanga, A L - 32801, 32803

Pitanga, Andre L - 33252
Poliana Aparecida Ferreira - 31115
Poliana Rodrigues Alves - 31799
Pollyanna Cassia Silva - 33291
Pollyanna Flavia Cordeiro - 32865
Priscila M Cruzeiro - 32863
Priscila Maria Goulart Ribeiro - 32934
Priscila Penasso Zuba - 32865
Priscila R Cintra - 32866
Priscila Rabelo Cintra - 32812, 32884
Priscylla L Viscone - 32846, 33275

R

R C Soares - 32737
Rachel Zeitoune - 32814, 32958, 32962, 32964
Rafael F G - 32928, 32929
Rafael Leite Alves - 33302
Rafael Scotini Viana A - 32845
Rafaela Carolina Cruz Santos - 33305
Rafaella Chagas Nobre Rodrigues - 31799
Raimundo Antonio de Melo - 33290
Raissa Braga Linhares Andrade - 33305
Raissa Mendonca Porto Franco - 32898
Ramos, M C - 32801
Raoni de Castro Galvao - 32941
Raphael Mendes Nunes - 31115
Raquel Leão Silva - 33015
Raquel Rodrigues Britto - 31217, 32840, 32844, 32865, 32889, 32895
Reis, Zilma S N - 32904
Renata de Sa E Carvalho Mussi - 32948
Renata de Souza Carneiro - 32878, 32949, 32950, 33276
Renata Maria Ramos Caldeira - 33184
Renata Teixeira Martins - 31839, 32868, 32869, 32872, 32942, 33295
Renato Braulio - 32903, 33197, 33198, 33270
Renato Maduro Pereira - 32845
Renato Rocha Rabello - 33290, 33306
Rene de Alcantara Miranda - 32938
Renzo A L Maia - 32590
Resende, E S - 32199
Reynaldo C Miranda - 32894, 32925
Reynaldo de Castro Miranda - 30424, 31208, 31209, 32900
Ribeiro, Marcella M - 33186
Ricardo Coimbra Garcia - 32862, 33005
Ricardo Contesini Francisco - 32952
Ricardo Mazzieri - 31801
Ricardo Wang - 32905, 32913, 33300, 33314, 33315
Rita C L Paula - 32181, 32780
Rita de Cassia Lacerda de Paula - 32951
Roberta de Alvarenga Batista - 32864, 32868
Roberta Nogueira Furtado Ferreira - 32910
Roberto Drumond Ferreira de Melo - 33015
Roberto Jose de Queiroz Crepaldi - 31077, 32927, 32938
Roberto Luiz Marino - 30993, 31077, 32799, 32811, 32836, 32837, 32864, 32868, 32869, 32872, 32881, 32927, 33294, 33295
Roberto Magno Vieira de Oliveira - 32862, 33005
Rodrigo Abbud Attux - 33269
Rodrigo Antonio Chaves Meireles - 32941
Rodrigo Bastos Fosculo - 33288
Rodrigo Cunha de Sousa - 32899
Rodrigo de Castro Bernardes - 32881, 32927
Rodrigo Garcez Silveira - 32878, 32949, 32950

Rodrigo K C - 32928, 32929
Rodrigo Noronha Campos - 32818, 32861
Rodrigo Pinheiro Lanna - 32878, 32949, 32950, 33276
Rodrigo Tobias Giffoni - 32941, 32952
Rodrigo V Teixeira - 32183
Rogerio Petrassi Ferreira - 31801
Ronald de Souza - 31077, 32927, 32942, 33294
Rose Mary Ferreira Lisboa da Silva - 31086, 31087, 31088
Roseane Santo Rodrigues - 31217, 32844
Rubens P F Lopes - 33204
Rui Fernando Ramos - 32952

S

Sabrina Demétrio de Mendonça - 31115
Sady, Erica R R - 33186
Salvador Rassi - 32870
Samela de Moraes Segovia - 32862, 33005
Samora, G A R - 31217, 32844
Samuel da Cunha Pereira Neto - 33292
Samuel Goldhaber - 33296
Samuel Gonçalves da Cruz - 33276
Sandro R Chaves - 32180
Santos, F A O - 32801
Santos, Flavio A O - 33252
Santos, Francisco A N - 33310
Santos, Ivan M F - 32808
Santos, J L O - 32945
Santos, Juliana O C D - 32590, 32690, 32819
Santos, M A B - 32909
Sarah Matos Paolinelli - 33178
Saulo A Lima - 32939
Saulo Augusto de Lima - 33289
Savio Henrique Dias - 32932
Scarcella, M F S - 33271, 33272
Scarpelli, R A B - 32987
Sergio Almeida de Oliveira - 31801
Sérgio Junio dos Santos - 32932
Shaidy Alves Boaventura - 33236
Sheila Pedroso Parreira - 32862, 33005
Silamar Breder de Souza - 33312, 33316
Silqueira, S M F - 33271, 33272
Silqueira, Salete M F - 32955, 32957
Silva, Gf - 32909
Silva, M G - 32936
Silva, P C - 32936
Silvia Heringer Walther - 32213, 33305
Sílvia Amadeu de Andrade - 33197, 33198
Sílvia L Oliveira - 32780
Simone Miranda Martins - 33308
Simone Mosquini - 32863
Soares, D S - 32945
Soken, N M - 33271, 33272
Sousa, I M - 32945
Souza, Debora M - 33310
Souza, F R - 32199
Souza, G X M - 32987
Souza, Georgia X M - 32590, 32690, 32819
Souza, I C P - 33271, 33272
Starke, A C - 32936
Stegun, P C G - 32945
Surama de Oliveira Farias - 32941
Susana Drumond Peres - 30993

ÍNDICE REMISSIVO POR AUTOR E Nº DO TEMA



T

Talita Goncalves Pereira de Souza - 32910
Tarlice N P Guimaraes - 32863
Tati Guerra Pezzini Assis - 32935, 32975
Tereza A Grillo - 32828, 32894
Tereza Augusta Grillo - 30424, 31208, 31209, 32900, 32925, 32966
Thais J G Tosta - 32845
Thais Maria Romao - 31801
Thatyana Simões Weber - 33236
Thaysa Leite Tagliaferri - 32889
Thiago Carvalho Oliveira - 33178
Thiago da Rocha Rodrigues - 32900
Thiago Ghorayeb Garcia - 32952
Thiago Gonçalves Schroder E Souza - 32941
Thiago Montes Fidale - 31799
Thiago Neves da Rocha Reis - 32926
Thiago Santos Taveira - 31509, 32854, 32906, 32939, 33289
Thiago Spinola Rodrigues - 33005
Thiago Vinicius Villar Barroso - 32812, 32903, 33270
Thiago Zeraik Sampaio Lustosa - 33178
Thomaz C Silva - 32827, 32828, 33202, 33204, 33263, 33299
Tiago Bernardo Nery - 32903, 33270
Tiago Bitencourt Novaes - 32941
Tiago Senra Garcia dos Santos - 32941
Ticciana Torres de Magalhes - 32948
Tulio T Vargas - 32845
Tulio Torres Vargas - 32933, 32959

U

Ubirajara Lima Filho - 33290, 33304, 33306

V

Vagner Vinicius Ferreira - 33267, 33277, 33281, 33283
Valarini, M C S - 32737
Valarini, Maria C S - 33252
Valdeon C R Júnior - 33235
Vandack Nobre - 33197
Vaz, J C - 32987
Vaz, Juliana C - 32819
Verônica Franco Parreira - 32840
Vianna, Mayara S - 32955, 32957
Vieira, O A - 31217, 32844
Vinicius Eduardo Araujo Costa - 32903, 33270
Vinicius Luiz Pitaluga Campelo - 33265
Vinicius Nasser de Carvalho - 32818
Vinicius Pedro Almeida Valentim - 33300, 33314, 33315
Vinicius Pereira Dourado - 33005
Vitor F Fontes - 32866
Vitor Freitas Fontes - 32812, 32884
Vitor Sana de Camargos Mariano - 32380
Viviane Barreto - 31509, 32854
Viviane Santuari Parisotto Marino - 31077

W

W. Darlene Reid - 32895

Walter Rabelo - 31077, 32799, 32864, 32872, 32881, 32927, 32942

Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza - 32870
William Moreira Sena - 33267, 33277, 33281, 33283
William Uelton Vieira Dias - 31154, 31157

Y

Yorghos Lage Michalaros - 33002

Z

Zandonai Miranda - 33267, 33277, 33281, 33283
Zuttion, B P - 32199

