



***Resumo das Comunicações***

**XX CONGRESSO MINEIRO  
DE CARDIOLOGIA**

**UBERLÂNDIA - MG**



## COMISSÃO JULGADORA DE TEMAS LIVRES

- 1) Aginaldo Coelho da Silva
- 2) Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende
- 3) Elmiro Santos Rezende
- 4) Almir Fernando Loureiro Fontes
- 5) Leonardo Severino
- 6) Carlos Eduardo Bissoli Balbão
- 7) Telêmaco Luis da Silva Júnior
- 8) Miriam Damião Gomes Seabra
- 9) Rodrigo Pinheiro Lanna
- 10) José Maria Peixoto
- 11) Márcio Kalil
- 12) Fernando Carvalho Neuschwander
- 13) Manoel Domingos Carvalho Oliveira
- 14) Cláudia Maria Vilas Freire
- 15) Evandro Guimarães de Souza
- 16) Odilon Gariglio de Freitas
- 17) Estêvão Lanna Figueiredo
- 18) Frank Nunes
- 19) José Luiz Barros Pena
- 20) Marcos Roberto de Sousa



# TEMAS LIVRES - 03/07/2009

## APRESENTAÇÃO ORAL

001

**Aplicação das Diretrizes Europeias de Síncope em Pacientes Encaminhados aos Neurologistas com Perdas de Consciência, Convulsões, quedas e Eletroencefalogramas Normais.**

THIAGO R. RODRIGUES, MARIA C. V. MOREIRA.

Hospital Felício Rocho Belo Horizonte MG BRASIL e Faculdade de Medicina da UFMG Belo Horizonte MG BRASIL

**Objetivos:** Determinar a sensibilidade das diretrizes de 2004 da sociedade europeia de cardiologia (ESC) para o diagnóstico de síncope em pacientes (PTs) encaminhados a neurologistas com perdas de consciência, convulsões, quedas e eletroencefalogramas (EEG) normais. **Método:** Trata-se de estudo transversal com 55 PTs consecutivos referidos a neurologistas com as características acima e com 41±24 (6 a 85) anos. Todos os PTs submeteram-se a avaliação de síncope de acordo com as diretrizes da ESC. Anticonvulsivantes haviam sido prescritos a 35 PTs (64%) antes do estudo. **Resultados:** Síncope vasovagal foi diagnosticada em 22 (40%) PTs, arritmias graves em 7 PTs (13%), hipersensibilidade de seio carotídeo em 6 PTs (11%), hipotensão postural em 3 PTs (5%), estenose aórtica em 1 PT (2%). Causas de síncope não foram encontradas em 16 (29%) PTs. As arritmias encontradas foram dois BAVT's, uma taquicardia ventricular sustentada, uma fibrilação ventricular (síndrome do QT longo congênito), uma taquicardia atrial pré-excitada e duas taquicardias reentrantes nodais. Dois PTs apresentaram assistolias > 2 minutos durante o teste de inclinação. A sensibilidade das diretrizes europeias para o diagnóstico de síncope nesta população foi de 71%, sendo 64% nos PTs em uso de anticonvulsivantes e 84% naqueles sem anticonvulsivantes (OR=0.33; 95% CI 0.08-1.36; p=0.13). **Conclusões:** Arritmias potencialmente letais e síncope podem ocorrer em PTs com suspeita de epilepsia e EEG's normais. A sensibilidade das diretrizes de síncope da ESC é alta nesta população. A prescrição de anticonvulsivantes nestes PTs deve aguardar avaliação cardiológica.

002

**Significado prognóstico da evolução eletrocardiográfica na cardiopatia chagásica**

NASCIMENTO, B. R., ARAUJO, C. G., ROCHA, M. O. C., COELHO, T. O. A., FILHO, M. M. P., FILHO, L. R. C., COTA, V. E. S., PEREIRA, M. D. C., RIBEIRO, A. L. P.

Hospital das Clínicas da UFMG Belo Horizonte MG BRASIL

**Introdução:** O eletrocardiograma (ECG) basal na cardiopatia chagásica pode apresentar variadas alterações e informações prognósticas. Este estudo descreve a evolução eletrocardiográfica em 6,8 anos (±1.3) nessa doença, correlacionando as anormalidades ocorridas com queda ≥ 5% da fração de ejeção (FEVE). **Métodos:** Trata-se de estudo longitudinal e prospectivo. Selecionou-se pacientes (P), chagásicos ou não, na faixa de 15 a 55 anos, sem evidências de outras doenças cardíacas ou sistêmicas, que preencheram os critérios de inclusão. A amostra foi constituída inicialmente com 220 P, sendo que 30 eram controles (C) e 190 chagásicos (CH), estudados em 1998 e 1999. Houve 13 óbitos, todos entre os CH (7.1% dos CH), que não foram objeto do estudo. A amostra final foi de 153 P, reavaliados entre 2004 e 2006, 25/30 (83% de seguimento) do grupo C e 128/177 (72% de seguimento) do grupo CH. Foram identificadas as variáveis ao ECG associadas com diminuição da FEVE (≥ 5%). **Resultados:** Durante o seguimento, 21 P do grupo CH (18.7%) e 0 do grupo C apresentaram queda significativa da FEVE (p = 0.024). Com a evolução do estudo, no grupo CH, houve aumento da duração do QRS e do intervalo QT e QTc, assim como da prevalência de baixa voltagem periférica. Apenas a presença de qualquer nova alteração ao ECG e o aumento na duração do QRS se correlacionaram com diminuição ≥ a 5% na FEVE. Um aumento do QRS de 0.005s tem sensibilidade de 77.8% e especificidade de 62.2% para reconhecer os P com queda significativa da FEVE. Houve correlação entre o aumento do VE em diástole e a duração do QRS (coef. Spearman = 0.225, p = 0.017), e piora da FEVE (coef. Spearman = -0.300, p < 0.001). **Conclusão:** O estudo descreve o acompanhamento de uma amostra ambulatorial de P chagásicos, realçando o valor prognóstico do ECG na condução clínica. O aumento da duração do QRS e o aparecimento de novas alterações no ECG pode auxiliar no reconhecimento dos P com diminuição significativa (≥ 5%) da FEVE. Além disso, o aumento do QRS e do diâmetro do VE em diástole tiveram correlação estatística.

003

**Influência dos beta-bloqueadores no descenso da frequência cardíaca após o teste ergométrico em pacientes hipertensos**

ODILON GARIGLIO ALVARENGA DE FREITAS, LUIZ ANTÔNIO ALVES DE ABREU, SILAMAR BREDER DE SOUZA, EDUARDO LUIS GUIMARAES MACHADO  
Minascor Centro Médico Belo Horizonte MG BRASIL

**Fundamentos:** recuperação da frequência cardíaca (FC) após Teste Ergométrico (TE), é importante marcador da função autonômica. É preditor independente de morte e, importante índice de prognóstico. São raros os dados na literatura sobre a influência do uso de beta-bloqueadores no descenso da FC de pacientes hipertensos. **Objetivos:** avaliar influência dos beta-bloqueadores no descenso da FC no 1º minuto, após TE em pacientes hipertensos. **Método:** estudo retrospectivo, amostra 75 pacientes submetidos a TE em esteira rolante, sob protocolos Rampa ou Bruce, e recuperação ativa (caminhada 2,4Km/h, sem inclinação). Divididos em 3 grupos: Grupo 1 (G1) hipertensos monoterapia c/ beta-bloqueadores; Grupo 2 (G2) hipertensos monoterapia c/ diuréticos ou IECA; Grupo 3 (G3) normotensos. O descenso da FC ( $\Delta FC$ ) = diferença entre FC no pico e FC no 1º minuto recuperação (valores anormais ≤ 12 bpm). Análise estatística através teste Mann-Whitney, teste não paramétrico Kruskal-Wallis e comparações múltiplas para médias post-hoc. **Resultados:** Idade mais avançada apresenta  $\Delta FC$  mais baixos (p=0,024); esse mesmo comportamento acontece com IMC (p=0,034), FC repouso (p=0,001). O  $\Delta FC$  G1 tem o mesmo comportamento do G2 (p=1,000), e ambos são diferentes do G3 (p=0,031 para G1 e p=0,004 para G2). Tabela 1. **Conclusão:** O uso de beta-bloqueadores em hipertensos não influencia o descenso da FC, quando comparado ao uso de diuréticos ou IECA.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	p-valor
Idade	63,2±10,33	57,32±10,54	50,88±11,28	0,00
FC repouso	67,92±11,1	81,88±12,4	78,08±12,59	0,00
FC máxima	122,2±11,31	144,96±12,5	150,08±18,1	0,00
FC 1º recup	95,96±14,93	121,88±13,4	114,04±18,9	0,00
ΔFC	26,24±13,62	23,08±11,69	35,68±13,33	0,03
METs	7,32±0,98	8,21±1,99	9,22±2,19	0,15

004

**A gordura peri-renal pode ser considerada como um critério diagnóstico na Síndrome Metabólica?**

LEONARDO SILVA ROEVER BORGES, LUIS HENRIQUE PEREIRA RESENDE, ANGELICA LEMOS DEBS DINIZ, NILSON PENHA-SILVA, AGUINALDO COELHO DA SILVA, ELMIRO SANTOS RESENDE

Universidade Federal de Uberlândia Uberlândia MG BRASIL

**Fundamentos:** A gordura peri-renal (GPR) está relacionada à hipertensão arterial mas a sua determinação pela ultrassonografia e sua relação com o diagnóstico da síndrome metabólica (SM) ainda não estão bem esclarecidos. **Objetivos:** Quantificar a GPR pela ultrassonografia e correlacionar as medidas com a presença ou não da SM. **Delineamento:** Estudo transversal em indivíduos que demandaram o serviço médico do Hospital de Clínicas da UFU. A seleção e inclusão de voluntários ocorreram de fevereiro a junho de 2008. **Material e Métodos:** Foram incluídos 25 voluntários, de ambos os sexos, selecionados a partir da história clínica e do exame físico e, a seguir, submetidos à avaliação clínica e à ultra-sonografia de abdome. Excluíram-se aqueles que faziam uso de medicamentos que pudessem interferir no perfil metabólico e hemodinâmico, os que não sabiam qual medicação usavam ou que ingerissem uma dose > 15 g/dia de etanol. **Resultados:** Os valores de GPR foram significativamente diferentes entre os voluntários normais (GPR < 0,55 cm) quando comparados com portadores de SM (GPR ≥ 0,55 cm). Para uma prevalência de 60% de SM, a sensibilidade foi de 80,0%, com IC 51,9-95,7 e a especificidade foi de 90,0%, com IC 55,5-99,7. O valor preditivo positivo foi de 93,2%, com IC 64,0-99,8 e o negativo 75,0% com IC 42,8-94,5; a razão de verossimilhança positiva foi de 8 e a negativa de 0,22; a razão das chances (odds ratio) foi de 36,36, com IC 0,67 - 1,00 e a área da curva ROC de 0,89. **Conclusão:** Essa diferença significa a existência de vínculo forte entre os valores de GPR medidos por ultrassonografia abdominal e a presença de SM o que pode indicar um novo critério a ser analisado no seu diagnóstico.

005

**Canal Arterial Patente no recém-nascido prematuro - incidência, fatores associados e complicações**

CAROLINA ANDRADE BRAGANCA CAPURUCO, CLEONICE DE CARVALHO COELHO MOTA

Hospital das Clínicas - UFMG Belo Horizonte MG BRASIL

**Introdução:** A abordagem dos recém nascidos prematuros (RNPT) foi um área de grande implementação diagnóstica e terapêutica nas últimas décadas e o canal arterial patente (CAP), condição freqüente neste grupo, se não tratado de adequadamente, pode gerar graves conseqüências. **Material e Método:** estudo observacional, prospectivo, de 1049 RNPT com idade gestacional (IG)<37 semanas, assistidos no Hospital das Clínicas-UFMG, de 01/2005 a 12/006, que objetivou investigar a incidência, complicações do CAP e associação com fatores de risco maternos e fetais. O diagnóstico e a estratificação de gravidade foram estabelecidos segundo pontuação de critérios clínicos e laboratoriais. Na análise estatística, empregaram-se os testes de Fisher, qui-quadrado de Pearson e Mann-Whitney com significância de  $p < 0,05$ . **Resultados:** A incidência CAP foi de 0,46:1000 RNPT (idade de 2-12 dias), variando inversamente com peso de nascimento (PN). Registraram-se percentuais de 41,1%, 15,6% e 0,7% para PN estratificados em  $\leq 1000g$ , 1000-1499g e  $\geq 1500g$ , respectivamente. Estando presente em 35,3% daqueles com  $IG \leq 30$  semanas. A comparação dos resultados laboratoriais com os cinco critérios do índice clínico mostrou que 97,9% dos RNPT apresentaram índice  $\geq 3$ . Ocorreu associação significativa do CAP com PN, IG, Apgar e uso pós-natal de surfactante ( $p=0,000$ ). O uso pré-natal de corticosteróide mostrou-se um fator protetor ( $p=0,0002$ ). Dos RNPT com CAP, 8 (17%) faleceram, 37 (77,1%) foram reanimados em sala de parto e 44 (91,7%) tiveram doença das membranas hialinas; 39(81,3%) apresentaram alterações radiológicas e insuficiência cardíaca; 75,0% necessitaram de ventilação mecânica alta, 17 (35,4%) evoluíram dispnéia broncopulmonar e 6 (12,5%) com hemorragia pulmonar. As freqüências de alteração renal, hemorragia intracraniana e enterocolite necrotizante foram respectivamente de 41,7%, 33,3%, 16,7%. **Conclusão:** O canal arterial patente ainda é um grave problema no manejo dos RNPT prematuros. Apesar da boa acurácia dos dados clínicos, o Dopplerecociardiograma é importante ferramenta para o diagnóstico precoce, evitando as complicações decorrentes do shunt prolongado e reduzindo a morbimortalidade.

006

**Comparação entre os critérios diagnósticos de nefropatia induzida por contraste iodado**

PEDRO ROUSSEFF, VALÉRIA PASSOS, SANDHI MARIA BARRETO, EDSON DELL AMORE FILHO, RICARDO BRUNO LATORRE RIBEIRO, THIAGO ASSUNÇÃO FARIA MENEZES

Universidade Federal de Minas Gerais Belo Horizonte MG BRASIL e Hospital Madre Teresa Belo Horizonte MG BRASIL

**Introdução:** A nefropatia induzida por contraste iodado (NICI) é uma séria complicação dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos que requerem a administração parenteral do contraste iodado, sendo a terceira causa de insuficiência renal intrahospitalar. Além disso, é responsável por maior tempo de internação hospitalar, maiores custos hospitalares, e aumento da morbidade e mortalidade precoce e tardia. É definida como aumento absoluto de 0,5mg/dl ou um aumento relativo de 25% na creatinina (cr) sérica basal, após 48-72 horas da administração do contraste, na ausência de uma causa alternativa. **Objetivo:** Comparar os critérios absolutos e relativos no poder de detecção da nefropatia induzida por contraste iodado parenteral. **Material e métodos:** realizado estudo coorte prospectivo com 401 pacientes submetidos à angiografia com contraste iodado, em um hospital terciário. Foi realizado o registro da creatinina prévia ao procedimento e de 48-72 horas após o mesmo. Aprovado pelos comitês de ética das referidas instituições e todos pacientes assinaram o termo consentimento livre e esclarecido. **Resultados:** Após análise dos dados, o critério absoluto (aumento de 0,5mg/dl da cr basal) detectou 19 pacientes com NICI (4,74%) e o critério relativo (aumento de 25% da cr basal) detectou 67 pacientes com NICI (16,71%). **Conclusão:** O uso do critério relativo para diagnóstico de NICI, detectou significativamente um maior número de pacientes com esta patologia.

007

**PAV ou PS: qual é o melhor modo de ventilação não-invasiva no pós-operatório de revascularização do miocárdio?**

FABIA DINIZ SILVA, ELMIRO SANTOS RESENDE, HENRIQUE TAKACHI MORIYA, HEYDER DINIZ SILVA, ROGERIO DE MELO COSTA PINTO, TULLIO AUGUSTO ALVES MACEDO.

Universidade Federal de Uberlândia Uberlândia MG BRASIL.

Para tentar responder esta pergunta foi realizado um ensaio clínico randomizado com o objetivo de comparar os dois modos de VNI (PS e PAV) no pós-operatório de revascularização do miocárdio. Foram incluídos vinte e cinco pacientes randomizados para dois grupos. Treze realizaram a VNI no modo PAV e 12 no modo PS. Nos dois grupos foi utilizado o mesmo ventilador (BIPAP Vision, Respicronics, EUA). O estudo foi iniciado após a alta da UTI, na enfermaria, sendo realizadas duas sessões diárias de VNI (manhã e tarde) com duração de trinta minutos cada, durante dois dias. A freqüência respiratória (FR) e a oximetria de pulso (SpO2) foram verificadas antes da VNI, a cada 5 minutos durante a ventilação e logo após o seu término. A freqüência cardíaca (FC) e pressão arterial (PA) foram verificadas antes e após a VNI e a cada 10 minutos durante a ventilação. Foi aplicada a escala de Borg modificada para dispnéia, antes e após a VNI, na primeira e na última sessão. Para comparação estatística empregou-se a análise de variância (ANOVA), o teste de Mann-Whitney e o teste dos sinais para avaliar a escala de dispnéia, considerando-se significativos valores de  $p < 0,05$ . **Resultados:** Os dois grupos foram homogêneos quanto a idade, número de anastomoses realizadas e tempo de internação após a cirurgia. Não houve nenhum óbito até a alta hospitalar. A FR e SpO2 foram mais alta no grupo PAV e em ambos os grupos houve queda da FR e aumento da SpO2 durante a VNI. Não foram encontradas diferenças na FC e na PA entre os grupos. Houve redução na percepção da dispnéia antes e depois da VNI, nos dois dias, em ambos os grupos. Quando comparada a dispnéia antes da VNI nos dois dias, houve redução do primeiro para o segundo dia somente no grupo PAV. **Conclusão:** Os dois modos foram seguros e possibilitaram uma boa assistência não invasiva. Em ambos houve redução da FR e aumento da SpO2 durante a VNI. O grupo PAV apresentou FR e SpO2 mais elevada que o grupo PS. No grupo PAV houve redução da percepção de dispnéia do primeiro para o segundo dia.

008

**Preditores de mortalidade hospitalar na endocardite infecciosa**

BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, SUSANA DRUMOND PERES, FABIO BARROS DOS REIS, PEDRO ROUSSEFF, ALEXANDRE J. VON SPERLING VASCONCELLOS, ROBERTO LUIZ MARINO

Hospital Madre Teresa Belo Horizonte MG BRASIL

**Introdução:** A endocardite infecciosa (EI) é uma doença de alta morbi-mortalidade mesmo com o aprimoramento do diagnóstico e da terapia antimicrobiana. A identificação precoce de pacientes (pct) com alto risco de morte ou complicações pode melhorar o desfecho dessa doença. **Objetivo** desse estudo foi determinar fatores identificados no curso inicial da EI, que estiveram associados com a mortalidade intra hospitalar em um corte retrospectivo de pct portadores admitidos consecutivamente em um hospital terciário. **Material e Métodos:** Foram analisados 93 episódios confirmados de EI, em 91 pct, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2008. As análises estatísticas foram realizadas usando-se o software Stata 10. Na busca de associações, usou-se o teste do Qui-quadrado para comparações entre duas variáveis categóricas. Também foi obtido a Odds Ratio como medida de magnitude de associação. As variáveis analisadas foram idade  $< 60$  ou  $\geq 60$  anos, febre, presença de fenômenos embólicos, sítio de infecção, hemoculturas e agentes etiológicos, vegetação e/ou abscesso ao ecocardiograma (eco), modalidade terapêutica e as complicações ocorridas na evolução hospitalar. **Resultados:** Dos 93 episódios analisados, 33 (35%) terminaram com óbitos. (IC 95%; 26% - 41%). Foram identificados como fatores preditores de mortalidade: idade, (pct  $\geq 60$  anos, 50% de óbito,  $p=0,01$  e OR de 3,08), fenômenos embólicos ( $p=0,044$  e OR de 2,6), ICC ( $p=0,004$  e OR de 3,76), IRA como complicação ( $p=0,043$  e OR de 2,50), marcapasso como sítio de infecção (mortalidade de 66,67%), presença de abscesso ao eco (mortalidade de 41,67% e OR de 1,35), creatinina sérica, plaquetopenia, PCR e leucocitose. Não tiveram relação com a mortalidade: sexo, vegetação ao eco, febre ( $p=0,3125$ ), hemocultura positiva ( $p=0,353$ ), VHS e hemoglobina. **Conclusões:** A EI permanece com elevado índice de morbi-mortalidade. A identificação precoce de fatores preditores de mortalidade no curso de sua evolução, contribui para a estratificação de risco dos pacientes e possibilita a seleção para um tratamento ou intervenção mais agressivos

009

**Perfil da Endocardite Infecciosa no Hospital das Clínicas da UFMG: Fatores Prognósticos e Mortalidade intra-Hospitalar avaliados em um período de 7 anos**

MARIA DO CARMO P., CLÁUDIO L. GELAPE, RAFAEL A PAPANTELLO, RANIERI L. A SANTOS, MARCELA F. NICOLIELLO, LUCAS F. CHALUP, TERESA C. A. FERRARI.

Hospital das Clínicas da UFMG Belo Horizonte MG BRASIL.

**Objetivos:** Descrever o perfil epidemiológico, clínico e laboratorial da Endocardite Infecciosa (EI) em um centro de referência terciário e identificar os preditores de mortalidade intra-hospitalar. **Métodos:** 62 pacientes consecutivos foram admitidos com EI no HC-UFMG, selecionados após preencheram os critérios de Duke modificados para EI, durante um período de 7 anos. O modelo de Cox foi utilizado para identificar fatores preditores de morte. **Resultados:** A idade foi de 45 ± 17 anos (variando de 15 a 76 anos) sendo que 23 pacientes (37%) eram do sexo feminino. O tempo médio entre a admissão e o diagnóstico de EI foi de 15 dias. A doença cardíaca reumática foi a condição cardíaca predisponente mais freqüente (39% dos casos), seguida de prótese valvar (31%). Complicações neurológicas foram observadas em 12 pacientes (19%). Em 84% dos casos, uma ou mais vegetações foram detectadas ao ecocardiograma transesofágico. O agente infeccioso foi identificado em 65% dos casos, sendo que, mais frequentemente, foram isolados *Staphylococcus* (46%) seguidos dos *Streptococcus* (20%). A duração média de hospitalização foi de 39 dias. Cirurgia foi realizada durante a fase aguda de EI em 53% dos casos. A mortalidade intra-hospitalar foi 31%. Na análise multivariada, o tamanho da vegetação > 13 mm foi o único preditor independente de mortalidade intra-hospitalar (proporção de risco 1,05 por milímetro, 95% de intervalo de confiança 1,003-1,110, p= 0,038). **Conclusões:** EI persiste como condição grave que acomete população jovem, sendo a doença reumática a condição cardíaca subjacente mais comum. O tamanho da vegetação, avaliado precocemente no curso clínico da EI por meio do Ecocardiograma Transesofágico, juntamente com as características clínicas e microbiológicas, podem prever a mortalidade intra-hospitalar.

010

**Valor da Doppler Ecocardiografia na Febre Reumática Aguda como preditor de disfunção valvar crônica: um estudo prospectivo**

BENEDITO CARLOS MACIEL

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Ribeirão Preto SP BRASIL e FMRP-USP Ribeirão Preto SP BRASIL

A febre reumática continua sendo um importante problema de saúde pública em países em desenvolvimento como o Brasil, em virtude de sua alta morbidade e mortalidade. O diagnóstico de febre reumática ainda representa um grande desafio para os pediatras e clínicos em virtude da ausência de manifestação clínica ou prova laboratorial patognomônica. O papel da Doppler ecocardiografia (DEC) na avaliação da Febre Reumática Aguda (FRA) ainda não foi adequadamente definido. Para investigar prospectivamente o valor prognóstico da DEC na FRA como preditor de disfunção valvar tardia, foram avaliados 69 pacientes (57% homens), idade 10,7±4,5 anos e diagnóstico clínico de FRA, que foram seguidos, em média, por 9,1 anos, (0,9-15,3). A DEC foi realizada em 24-48 horas do diagnóstico e repetida 1, 3, 6 e 12 meses e, a partir daí a cada 1-2 anos. Considerou-se desfecho a identificação de disfunção valvar crônica, definida pela presença de ≥3 das seguintes características: espessura valvar aumentada, fusão comissural, espessamento sub-valvar, mobilidade reduzida de folhetos, regurgitação mitral e/ou aórtica não fisiológica. Em 38 pacientes documentou-se esse desfecho durante seguimento, sendo que 10 destes submetem-se a cirurgia valvar ou foram a óbito. Em análise univariada, verificou-se que episódio prévio de FRA, espessuras valvares aórtica e mitral, presença e gravidade de regurgitações valvares, no DEC inicial, bem como presença de regurgitação mitral após 6 meses de seguimento, eram significativamente diferentes (p<0,006) entre pacientes que evoluíram para valvopatia comparativamente àqueles em que isso não ocorreu. Em análise de regressão logística multivariada, apenas a espessura valvar mitral no DEC inicial (OR: 19,1; intervalo confiança: 1,4-255,2) e a presença de regurgitação mitral após 6 meses (OR: 9,7; intervalo confiança: 1,2-80,8) foram preditores independentes de disfunção valvar crônica. Esses resultados demonstram contribuição inequívoca da DEC realizada em vigência de FRA para identificar pacientes com risco mais elevado de desenvolver valvopatia crônica.

011

**Níveis séricos do NT-pro-BNP aumentam durante o ecocardiograma de estresse físico em indivíduos aparentemente saudáveis e com função sistólica ventricular esquerda normal em repouso**

ESTEVIÃO LANNA FIGUEIREDO, JOSÉ F. M. RAMOS DE OLIVAL

ArcelorMittal Abeb Belo Horizonte MG BRASIL e Centre Hôpitalier Émile Mayrisch Esch-sur-Alzette Lu Luxemburgo

**Fundamentos:** Dosagens plasmáticas do peptídeo natriurético cerebral (BNP) e seu precursor NT-pro-BNP, liberados em resposta ao aumento da tensão da parede miocárdica ou à sobrecarga volumétrica, são importantes no diagnóstico da insuficiência cardíaca (IC). Níveis elevados também ocorrem na hipertrofia do ventrículo esquerdo (VE) secundária à hipertensão arterial (HA), cardiomiopatias, embolia e hipertensão pulmonar, insuficiência renal. Poucos estudos sugerem que o exercício intenso e prolongado aumenta o BNP e NT-pro-BNP em atletas saudáveis. Na doença arterial coronária (DAC), o BNP pode aumentar no exercício. Ecocardiograma de estresse (EE) é útil no rastreamento de isquemia miocárdica. Em estudo prévio, níveis de BNP não se alteraram durante EE com dobutamina em pacientes com ou sem evidência de isquemia. Noutro estudo, a resposta do NT-pro-BNP ao EE com dobutamina predisse a reserva contrátil do VE. **Objetivos:** Avaliar níveis plasmáticos do NT-pro-BNP em indivíduos assintomáticos, com função cardíaca normal, submetidos a EE físico e correlacioná-los com pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial diastólica (PAD), fluxo valvar mitral (FVM - função diastólica), pressão arterial pulmonar (PAP), fração de ejeção do VE (FEVE) e frequência cardíaca (FC). **MÉTODOS:** 19 indivíduos assintomáticos, sem história de HA, DAC, IC, doença pulmonar ou renal e com FEVE em repouso normal foram submetidos a EE (cicloergômetro). Mediu-se: FEVE, PAP e FVM, monitorizou-se PAS, PAD e o ECG e dosou-se NT-pro-BNP em repouso (T0), durante um (T1) e dois (T2) minutos, no pico do esforço (T3) e 5 minutos pós-esforço (T4). **Resultados:** análise longitudinal mostrou que o NT-pro-BNP aumenta com o esforço (p<0,05). Das variáveis analisadas (FEVE, FC, FVM, PAP, PAS e PAD), somente a PAS correlacionou-se com o aumento do NT-pro-BNP (p=0,045). **Conclusões:** NT-pro-BNP aumenta em indivíduos com função cardíaca normal durante o EE físico, o que pode dever-se à sobrecarga pressórica transitória do VE. Estariam estes indivíduos sob maior risco de desenvolverem IC? Novos estudos são necessários.

012

**Envolvimento cardíaco em mães de meninos portadores de distrofia de Duchenne**

MARCIA M. BARBOSA, MARIA D. C. PEREIRA, JULIANA G. GIANNETTI, CLAUDIA M. V. FREIRE, ANTONIO L. P. RIBEIRO, MARLI C. SILVA, ZILDA M. A. MEIRA

Ecocenter, Hospital Socor Belo Horizonte MG BRASIL e Hospital das Clínicas da UFMG Belo Horizonte MG BRASIL

O envolvimento cardíaco é um componente importante da apresentação clínica de pacientes com distrofia de Duchenne (DD), nos quais há falta ou deficiência de distrofia no miocárdio e no músculo esquelético. Como esta é uma doença ligada ao cromossomo X, o objetivo deste estudo foi verificar a presença de envolvimento cardíaco incipiente em mães de filhos com DD através do strain bidimensional. **Métodos:** 18 mães de pacientes portadores de DD (GD) foram submetidas a dosagem de CK total, de BNP e a um Doppler ecocardiograma para análise da função sistólica (fração de ejeção e strain bidimensional para se detectar disfunção incipiente do VE e VD). A função diastólica foi analisada pelo Doppler da valva mitral e pelo Doppler tecidual. Estes dados foram comparados aos dados de 9 mulheres saudáveis (GC). **Resultados:** A idade média do GD foi 40,9 ± 6,3, semelhante ao grupo controle. A CK total foi 123 ± 127 u/l e o BNP foi de 21,2 ± 19,8 pg/ml. Embora a FE do GD não tenha sido diferente do GC (65 ± 9% x 70 ± 6%, p=NS), três pacientes (16,6%) apresentavam FE < 55%. O strain bidimensional do GD nas paredes septal (19,4 ± 0,57) e inferior (20,6 ± 0,86) foi mais baixo do que na parede septal (22,4 ± 0,78) e inferior (23,4 ± 0,73) no GC (p=0,006 e p=0,046, respectivamente). O strain bidimensional do VD também foi inferior no GD (30,4 ± 1,3 x 26,1 ± 1,1; p= 0,03). Todas as outras variáveis, incluindo as de função diastólica, não foram diferentes entre os grupos. **Conclusão:** Mães de filhos com DD aparentemente saudáveis apresentaram disfunção leve do VE em 17% dos casos. O strain bidimensional do VE e strain do VD se mostraram abaixo dos níveis encontrados nos controles, não portadoras do gene da DD. Estes dados têm impacto clínico porque apontam para a necessidade de se analisar estas pacientes a fim de se detectar disfunção ventricular incipiente e iniciar uso de inibidores da ECA.

013

**Uso de soluções oftálmicas de timolol e bloqueios atrioventriculares em idosos: relato de caso**

FLÁVIO PACHECO PAES, KARINA SANTOS CLETO

Hospital Mater Dei Belo Horizonte MG BRASIL e Universidade Federal de Minas Gerais Belo Horizonte MG BRASIL

C.G.S., homem de 76 anos, portador de glaucoma em uso de colírios de timolol e pilocarpina. Durante consulta cardiológica de rotina notou-se bradicardia à ausculta cardíaca. O eletrocardiograma (ECG) evidenciou bloqueio atrioventricular de 2º grau Mobitz I com escapes ventriculares, bloqueio de ramo direito e hemibloqueio anterior esquerdo, com frequência cardíaca de 40 bpm. Encaminhado à unidade semi-intensiva para monitoramento e investigação. Não apresentava outras comorbidades ou fazia uso de outros medicamentos. Realizou ecocardiograma que mostrou FEVE 76%; sem déficits segmentares em repouso; AE: 49 mm; aorta 32 mm; hipertrofia miocárdica concêntrica moderada; PSAP 24 mmHg; relaxamento do VE alterado grau I. Função tireoidiana normal e excluída miocardiopatia chagásica através de teste sorológico. Sem evidências de outras causas para a arritmia além do uso de timolol, a medicação foi suspensa e optou-se por uma conduta expectante. Evoluiu com melhora progressiva do bloqueio, passando sucessivamente a BAV 2º grau Mobitz I e BAV 1º grau, mantendo o BRD e HBAE como padrão basal após quatro dias sem o colírio. Além da melhora progressiva do bloqueio após suspensão da droga, houve aumento dos níveis pressóricos do paciente. Recebeu alta sem o timolol, em uso de losartana 25 mg. Solicitou-se ao oftalmologista assistente instituição de alternativas para o tratamento do glaucoma e acompanhamento cardiológico sequencial.

014

**Trombose Aguda de Prótese Mitral Biológica tratada clinicamente**

MAIA, L. G., JÚNIOR, G. M. A., ESPÍNDOLA, L. N., REIS, M. C. P., NEUENSCHWANDER, F. E., MAIA, N., OLIVEIRA, F. B., CARNEIRO, I. C., MOREIRA, M. V. F., FAUZI H. F., BAHIA, A. R., SOUSA, D. S., JUNIOR, A. L. A.

Hospital Vera Cruz Belo Horizonte MG BRASIL

A trombose de prótese valvar é uma complicação infrequente, com grande letalidade. As equipes de emergência cardiológica têm pouca experiência no seu tratamento clínico e muito se tem discutido sobre como deve ser este tratamento. O objetivo deste trabalho é relatar um exemplo de caso em que o tratamento clínico foi bem sucedido. Homem, 63 anos, pardo, portador de prótese biológica (última troca há 6 anos e a primeira troca há 16 anos). Internado com quadro de dispnéia de início há 1 semana com piora súbita e em fibrilação atrial de tempo indeterminado. Avaliação diagnóstica incluiu Ecocardiograma transesofágico que evidenciou disfunção sistólica importante (FE: 25%), trombose parietal extensa do átrio esquerdo (AE), com AE medindo 67 mm, restrição da abertura do folheto lateral da prótese mitral (gradiente máximo de 31 mmHg, médio de 17 mmHg), regurgitação central discreta e PSAP de 48 mmHg. Além disto, os exames confirmaram quadro de pneumonia (clínica, laboratório e Radiografia). Após avaliação de riscos e benefícios, optado por tratamento clínico, inclusive com negativa do paciente à cirurgia. Foi iniciado antiótico, anticoagulação com heparina não fracionada e posteriormente com Warfarina sódica, sendo evitado trombolítico, devido estabilidade do paciente no momento e risco de eventos embólicos. Foi também otimizado tratamento da insuficiência cardíaca (Enalapril, Carvedilol, Aldactone e Lasix). O paciente evoluiu com melhora progressiva do quadro e após 1 semana de tratamento clínico obteve alta hospitalar, sem queixas e em classe funcional NYHA I. Em seguimento clínico ambulatorial, após 3 meses, paciente se manteve em classe funcional NYHA I, o Ecocardiograma transesofágico evidenciou ausência de trombose de prótese mitral, com aumento da mobilidade da prótese, gradiente máximo de 12 mmHg, médio de 05 mmHg, mostrando somente leve espessamento dos folhetos da prótese e regurgitação central discreta.

015

**Massa intracárdica em paciente lúpica**

JÚNIOR, G. M. A., ESPÍNDOLA, L. N., OLIVEIRA, F. B., NEUENSCHWANDER, F. E., MAIA, L. G., JUNIOR, A. L. A., REIS, M. C. P., MAIA, N., MOREIRA, M. V. F., BAHIA, A. R.

Vera Cruz Belo Horizonte MG BRASIL

O correto diagnóstico de uma massa intracárdica encontrada em um exame de imagem é fundamental para o tratamento e estabelecimento do prognóstico do paciente. A propedêutica adequada tem sido assunto de discussão entre especialistas como no caso da paciente aqui relatada. J.D.S. 33 anos, previamente hígida, história familiar (irmã) de LES, usuária de anticoncepcional (ACO), com queixas de cefaléia, mialgia, edema nas mãos, nódulos subcutâneos de aparecimento e resolução espontânea pelo corpo, dispnéia e febre com 40 dias de evolução. Sorologias para hepatites, leishmaniose, brucelose negativas; FAN (um resultado positivo e outro negativo) e fator reumatóide negativo. Hemograma com anemia microcítica hipocrômica e leucocitose discreta, sem desvio à esquerda. PCR e VHS aumentadas. Hemoculturas negativas. Realizada Ecocardiografia (ECOTE), que mostrou massa no VD sugestiva de mixoma ou trombo intracárdico, sem outros achados. Internada a paciente para propedêutica. A propedêutica incluiu níveis séricos de proteína S que foram diminuídos. Anticoagulada com heparina de BP molecular pela possibilidade de fenômenos embólicos associados à massa. Após 3 dias, foi realizada a RNM, que já não identificou massas intracavitárias. Repetida ECOTE, que confirmou ausência de massa. Nova pesquisa de LES, sem preencher os critérios diagnósticos. Mantida anticoagulação com warfarina sódica. Iniciado corticóide empírico considerando a possibilidade de LES incipiente, com melhora clínica. Recebeu alta hospitalar após 1 semana, assintomática, anticoagulada. Conclusão: Quando encontrada uma massa intracárdica deve-se fazer o diagnóstico diferencial entre tumor, trombo ou vegetação. A ecocardiografia permite uma avaliação dinâmica da massa intracárdica e de suas conseqüências fisiológicas. Embora poucas comparações diretas entre TC e a RNM com o ECOTE tenham sido feitas, há relatos de maior sensibilidade daquelas. A paciente em estudo apresentava como fatores de risco para a formação de trombos o LES, (incipiente), o uso de ACO e a provável trombofilia, que pode estar diretamente associada ao LES.

016

**Caso de embolia pulmonar maciça com função sistólica de ventrículo esquerdo preservada após trombólise precoce**

Gustavo Sampaio de Faria, Lígia Jurcak Starking, Rodrigo Sampaio de Faria, Leandro Sampaio de Faria

FHEMIG Belo Horizonte MG BRASIL e FELUMA Belo Horizonte MG BRASIL

A.C.S., masculino de 49 anos, previamente hígido, admitido com tosse seca, dispnéia, sudorese e tontura, iniciados subitamente. Relatou também quadro de dor, edema e eritema em coxa esquerda, com resolução espontânea, seis dias antes. Evoluiu com piora do quadro clínico, rebaixamento do nível de consciência, instabilidade hemodinâmica e episódio curto de parada cardiorrespiratória, quando foram iniciadas medidas de suporte intensivo, trombólise imediata e transferência ao CTI. Exames solicitados confirmaram TEP maciço, com alterações características de ECG, Ecocardiograma, Dímero D e Angiotomografia de tórax (padrão S1,Q3,T3, com bloqueio novo de ramo direito; sobrecarga de câmaras direitas, com hipertensão pulmonar e movimentação anômala de septo interventricular; trombo em artéria pulmonar direita e seus ramos)Após 21 dias de internação no CTI, o paciente recebeu alta em ventilação espontânea, sem qualquer déficit neurológico ao exame físico e com FEVE de 57% ao ecocardiograma (FEVE em ECO prévio de 62%). Atualmente segue em acompanhamento ambulatorial com anticoagulação oral. O objetivo principal deste relato é expor um caso de trombólise precoce em TEP maciço, demonstrando que a terapêutica trombolítica é fundamental não apenas para diminuir a letalidade, como também a morbidade desta grave moléstia, à medida em que é capaz de minimizar a disfunção cardiorrespiratória subsequente.

## 017

### Infarto agudo do miocárdio complicado com defeito septal em paciente com coronárias angiograficamente normais

Andre Augusto Jardim Junior, Claudio Ribeiro da Cunha, Paulo César Santos, Aginaldo Coelho da Silva

Hospital de Clínicas da UFU Uberlândia MG BRASIL

Paciente do sexo feminino, 63 anos, admitida na enfermaria de cardiologia do HC-UFU com episódio inédito de dor em andar superior do abdome, vômitos e dispnéia há 01 semana. Não há história de doença cardiovascular, tabagismo ou uso de drogas. Ao exame físico havia hipotensão (PA = 100x60mmHg), FC = 92bpm, além de sinais de congestão pulmonar (Killip III). O exame do sistema cardiovascular revelou frêmito na região precordial. À ausculta cardíaca mostrou sopro holossistólico (4+/4+) irradiando-se para todo precórdio e margem direita do esterno. O eletrocardiograma na admissão demonstrou supradesnivelamento do segmento ST em parede anterior (V1 a V4). Marcadores miocárdicos de necrose (CK-MB e Troponina) estavam aumentados na admissão com nível de corte diagnóstico para infarto agudo do miocárdio. Ecocardiograma transtorácico revelou defeito no septo interventricular em região apical de 11mm com importante "shunt" esquerdo-direito. O paciente foi submetido à cineangiogramografia que não demonstrou doença coronariana obstrutiva. O paciente foi tratado clinicamente (diurético, vasodilatador, nitrato, AAS, estatina, bloqueador beta-adrenérgico) evoluindo com estabilização do quadro clínico (Killip I) sendo submetida a ventriculoseptoplastia com retalho de pericárdio bovino, perioperatório confirma CIV muscular septo-apical com extensa borda necrótica de tecido bastante friável. Análise anátomo-patológica: Material constituído de tecido conjuntivo fibroso com degeneração mucóide e discreto infiltrado linfocitário. Em conclusão, vivenciamos um quadro raro de infarto agudo do miocárdio com coronárias normais complicado com comunicação interventricular e com grande repercussão hemodinâmica. Foi programado tratamento cirúrgico para correção do defeito septal de acordo com os últimos consensos publicados.

## 018

### Tratamento percutâneo de colapso de endoprótese de aorta torácica – relato de caso

NASCIMENTO, B. R., FILHO, C. S., NARDI, D., WASHIZU, E. K. M., MANDIL, A., AREAS, C. A. F., FALQUETO, E. B., CAMARA, F. G., PASCOAL, T. C., COELHO, T. O. A., SAAD, J. A.

Hospital Felício Rocho Belo Horizonte MG BRASIL

**Caso clínico:** Trata-se do paciente (P) FDL, masculino, 29 anos, tabagista, sem outros fatores de risco, vítima de acidente automobilístico, com fraturas de membros e hemotórax E. Tomografia computadorizada (TC) de tórax evidenciou lesão de AO descendente torácica, a 3 cm da a. subclávia E, com 3.5cm de extensão. Foi então submetido a implante endovascular de prótese aórtica TAG (GORE®), de Nitinol, imediatamente distal à a. subclávia E, estendendo-se à AO descendente torácica, sem intercorrências. No pós-operatório, o P evoluiu com dificuldade em sair da ventilação mecânica, e episódios de edema agudo de pulmão hipertensivo. Notou-se, então, importante diferença de pulsos entre membro superior D e E, e entre membro superior D e membros inferiores. Nova angio-TC de tórax, realizada 16 dias após o procedimento, evidenciou colapso quase total da endoprótese ao nível do arco AO distal, até 1/3 médio da AO descendente torácica, com limitação de fluxo. Optou-se pelo tratamento endovascular da complicação. Devido ao colapso total das hastes da prótese, foi primeiramente passado fio-guia hidrofílico no interior de sua luz, com posterior dilatação do lume com balão a altas pressões. Foi então realizado implante de endoprótese, modelo Zenith (COOK®), de aço inoxidável (maior sustentação), no interior da prótese fraturada, com superposição das malhas. Devido à proximidade da fratura com o óstio da a. subclávia E, observou-se oclusão da mesma. Obteve-se ótimo resultado angiográfico e reestabelecimento de fluxo. O paciente evoluiu com melhora hemodinâmica, e pressórica gradativa. Houve dificuldade de desmame da ventilação mecânica por complicações infecciosas pulmonares. Após alta do CTI, a evolução foi satisfatória, tendo alta hospitalar assistomático do ponto de vista cardiovascular. **Conclusão:** A re-abordagem percutânea, realizada por operador experiente, pode ser uma boa alternativa nos casos de colapso de endopróteses de AO, com poucos casos descritos na literatura.

## 019

### Pericardite constritiva manifestando-se como ascite refratária - relato de caso

NASCIMENTO, B. R., COELHO, T. O. A., FILHO, L. R. C., COTA, V. E. S., FILHO, M. M. P., GELAPE, C. L., BRAULIO, R., BARBOSA, M. P. T., PEREIRA, M. D. C., RIBEIRO, A. L. P.

Hospital das Clínicas da UFMG Belo Horizonte MG BRASIL

Paciente (P), masculino, 45 anos, sem antecedentes de cardiopatia, doenças do pericárdio, hepatopatia ou doenças infecciosas, com dispnéia aos médios esforços, associada à dor e edema em membros inferiores (MI), além de ascite refratária (e 3 paracenteses) há 6 meses. Ao exame: desidratado e com edema de MI. PA= 90/60 mmHg, FC= 80bpm. Ingurgitamento jugular. Ritmo cardíaco regular, bulhas hipofonéticas. Abdome ascítico e fígado à 6 cm do rebordo costal - realizada paracentese. Exames: aumento discreto de transaminases, bilirrubinas normais. Escórias alteradas (Cr= 1.2 a 1.6, Ur= 60 – 75mg/dl). Sorologias: hepatites e T. cruzi negativas. US: fígado aumentado e heterogêneo. Líquido ascítico transudativo, culturas negativas. ECG: sinusal, sobrecarga de átrio E. Rx de tórax: área cardíaca normal. ECO: FEVE=54%, com aumento do VD, sem hipertensão pulmonar. Átrios aumentados (AE=52 mm), espessamento pericárdico e pequeno derrame. À análise do fluxo mitral: variação respiratória da onda E de 69%, e do fluxo da v. hepática, com acentuado reverso diastólico. Ao Doppler tecidual: onda E' de 14,5 cm/s, com relação E/E' reduzida (3,6). Foi proposto diagnóstico de pericardite constritiva. Cateterismo mostrou equalização da pressão diastólica dos ventrículos (PD2VE=PD2VD=28 mmHg), relação entre a pressão diastólica e sistólica do VD de 0,85 (≥ 0,33 sugere constrição) e pressão na a. pulmonar de 33 mmHg, corroborando o diagnóstico. O P foi submetido à pericardiectomia com ressecção pericárdica, e observou-se importante espessamento pericárdico, com calcificações e dificuldade de se encontrar o plano de clivagem com o miocárdio. Procedimento realizado com sucesso; estudo anátomo-patológico evidenciou difusa proliferação fibroblástica e fibrose, sem crescimento de microorganismos na cultura. O P evoluiu bem, com regressão da ascite e normalização da função renal; alta em 4 dias. **Conclusão:** este relato demonstra a importância da Ecocardiografia - sobretudo os critérios do Doppler tecidual - no difícil diagnóstico clínico da pericardite constritiva.

## 020

### Endocardite infecciosa em câmaras direitas: discrepância entre evolução clínica e ecocardiográfica – relato de caso

NASCIMENTO, B. R., COELHO, T. O. A., FILHO, L. R. C., FILHO, M. M. P., COTA, V. E. S., CARNEIRO, R. C. B., CHEQUER, G., RIBEIRO, A. L. P., PEREIRA, M. D. C.

Hospital das Clínicas da UFMG Belo Horizonte MG BRASIL

Paciente (P) feminina, 47 anos, portadora de doença renal crônica em hemodiálise há 5 meses, via cateter de duplo lúmen, com episódios febris nesse período. Internada com 10 dias de dor em MMII, vômitos e febre. Ao exame: estado geral ruim. Ritmo cardíaco regular, sopro sistólico II/VI, foco pulmonar, reduzido na inspiração. Hepatoesplenomegalia. Exames: Hb=7,8 g/dl, hipocromia e microcitose; leucocitose (14.150 cel/mm3) e PCR=480mg/L. Hemoculturas (3) negativas. Iniciado Ceftriaxone empiricamente. ECO transesofágico (TE): imagem de vegetação em valva pulmonar, face ventricular, móvel, medindo 17x8mm e outra no átrio D, à entrada da veia cava superior, medindo 5mm. Presença de cateter em átrio D e estrutura filiforme, em espiral, próxima ao apêndice atrial D. Novas hemoculturas: S. aureus MRSA (3 amostras). Retirado o cateter de diálise e trocado ATB para Vancomicina e Gentamicina. Evoluiu com piora do estado geral, vômitos e rebaixamento de consciência. Avaliada pela neurologia, aventou-se hipótese de encefalopatia metabólica. TC de crânio sem alterações. Houve melhora do quadro após o escalonamento dos ATBs e realização de transfusões devido à anemia persistente. Observou-se melhora clínica, desaparecimento da febre e da hepatoesplenomegalia, e queda da PCR, porém mantendo leucocitose: 20.000/ml. Novas hemoculturas negativas. Foi solicitado novo ECO TE, que mostrou pequeno derrame pericárdico e nova vegetação, de 30 mm, aderida ao átrio D, próximo ao apêndice atrial, prolapsante pela valva tricúspide. Vegetação de valva pulmonar inalterada. Levantou-se hipótese de tratamento cirúrgico frente à piora ecocardiográfica que, no entanto, se opunha à melhora clínica. Optou-se pelo tratamento conservador, com melhora gradativa e alta em bom estado geral, com desaparecimento da vegetação em controle após 3 meses. **Conclusão:** este caso ilustra a discrepância entre a evolução clínica e ecocardiográfica na endocardite D, corroborando as evidências que apontam para indicações restritas de abordagem cirúrgica.

021

**Tratamento endovascular de grande fistula arterio-venosa na região pélvica em mulher vítima de trauma - Relato de Caso**

VANESSA MARIA MILAGRES RIGUEIRA, THIAGO JOSÉ DE ASSIS, IDÁLIA DE SOUSA ANDRADE, ZANDONAI MIRANDA, GUSTAVO ENRIQUE SANCHEZ ALVAREZ, MAURÍCIO CAVALIERI MACHADO, CAISER TEIXEIRA DE SIQUEIRA JUNIOR

Hospital Luxemburgo/Instituto Mario Penna Belo Horizonte MG BRASIL

Trata-se de LLF, 53 anos, sexo feminino, vítima de acidente automobilístico, com trauma na região da bacia, tratado de forma conservadora na época. Após 6 meses iniciou com quadro de desconforto pélvico com aumento progressivo de intensidade. Submetida a propedeutica não invasiva que culminou com angio-TC, evidenciando grande fistula A-V no território da artéria ilíaca interna esquerda. O tratamento cirúrgico foi descartado devido a localização e tamanho da fistula. Paciente foi trazida ao Hospital Luxemburgo/Instituto Mario Penna em Belo Horizonte, onde no departamento de Hemodinâmica, após discussão do caso, foi submetida a implante de stent Graft V12® no dia 18/03/09. O procedimento foi realizado sob sedação e obtivemos sucesso angiográfico imediato com completa oclusão da fistula. Paciente recebeu alta 3 dias após o procedimento com orientação para uso de dupla antiagregação plaquetária, AAS 100mg/dia e clopidogrel 75mg/dia. Primeira consulta após 30 dias mostrou paciente assintomática. Programas Angio-TC de controle após 90 dias. **Conclusão:** O tratamento de fistula A-V pélvica de tal magnitude é sem dúvida um desafio para a cirurgia convencional. O implante do stent Graft mostrou-se opção simples, segura e eficaz, com baixíssima morbidade e extremo conforto para a paciente.

022

**USO DE STENT FARMACOLÓGICO SEM POLÍMERO. PIONEIRISMO EM MINAS GERAIS. RESULTADOS NA FASE HOSPITAL E FOLLOW-UP EM 30 DIAS**

THIAGO JOSÉ DE ASSIS, VANESSA MARIA MILAGRES RIGUEIRA, IDÁLIA DE SOUSA ANDRADE, ZANDONAI MIRANDA, GUSTAVO ENRIQUE SANCHEZ ALVAREZ, GIANCARLO GROSSI MOTA, MAURÍCIO CAVALIERI MACHADO, CAISER TEIXEIRA DE SIQUEIRA JUNIOR

Hospital Luxemburgo/Instituto Mario Penna Belo Horizonte MG BRASIL

O stent liberador de fármaco foi idealizado tendo como base a tríade: Plataforma, polímero e a droga anti proliferativa. Um dos fatores responsáveis pela não eliminação da reobstrução é sem dúvida a presença do polímero. Uma nova geração de stents farmacológicos sem o polímetro surge como novidade promissória na busca pelo fim da reestenose. Método: Numa experiência inédita em MG, realizamos série consecutiva de implante destes novos stents e observamos o comportamento dos pacientes na fase hospitalar e nos 30 dias subsequentes. A droga escolhida foi o sirolimus. Material: De jan-mar de 2009, implantamos stents farmacológicos sem polímetro em 27 ptes, no hospital Luxemburgo. A população de diabéticos era de 44%. Objetivo: Avaliar o resultado imediato do implante do stent e o comportamento dos pacientes nos 30 primeiros dias pós angioplastia. O sucesso angiográfico era lesão residual < 50%, na ausência de outras complicações. O sucesso clínico foi a ausência de eventos maiores: óbito; IAM e AVC. Resultados: O sucesso angiográfico foi obtido em 100% dos pacientes. Não observamos eventos maiores na fase hospitalar. A média de internação foi de 3,5 dias. Em 30 dias não ocorreram óbito ou AVC. Há relato de 1 IAM com supra ST em vaso, não relacionado ao implante do stent. Conclusão: Os resultados iniciais com esta nova geração de stents farmacológicos é animadora. O stent Yukon DES® se mostrou seguro e eficaz. A evolução em 30 dias mostrou dados favoráveis. A ausência do polímetro parede realmente ser um benefício, minimizando o processo inflamatório local que talvez, segundo dados da literatura mundial, se traduza em menores índices de reestenose, com endotelização mais rápida e maior segurança numa eventual retirada dos antiagregantes plaquetários. Acreditamos que a cardiologia mineira está em situação de vanguarda do nascimento de uma promissória geração de stents coronários.

023

**Fibroelastoma de válvula mitral: relato de caso**

MOACYR BARBOSA JUNIOR, HENRIQUE P. M. PENA, BRENO G. CAMARGOS, FABIANNO Z. CAMPOS, ISABELLA M. MARTINS, JULIANA PEREIRA, SABRINA N. FERNANDES, SANDRA R. E SILVA, MARCOS R. SOUSA, MARCOS A. M. JUNIOR

Hospital Mater Dei Belo Horizonte MG BRASIL e Fundação Educacional Lucas Machado Belo Horizonte MG BRASIL

**Introdução:** os tumores cardíacos do coração são entidades raras. O Fibroelastoma Papilar (FP) representa 7,9 a 10% destes. Apesar de ser um tumor benigno, o FP tem o potencial de provocar eventos tromboembólicos. As indicações cirúrgicas em pacientes sintomáticos são bem esclarecidas, mas a conduta nos assintomáticos ainda não é bem definida. **Objetivo:** relatar um caso de 4 anos de seguimento clínico de paciente portador de provável FP e discutir a conduta. **Relato de caso:** VM, masculino, 63 anos, consultou pela primeira vez em novembro de 2001, com queixa de dispnéia, desencadeada por esforços maiores. Não apresentava tonteira, síncope, palpitações, déficits motores ou qualquer outro sintoma. Ao exame físico apresentava discreto sopro telediastólico, audível em foco mitral. Medicado com Atenolol 25 mg e Alprazolol 0,5 mg. Em 2004 foi diagnosticado Diabetes Mellitus e iniciou o uso de Glimperidina. Ecocardiograma (ECO) em 03/2004 mostrou imagem arredondada aderida ao aparelho subvalvar, em válvula mitral, medindo cerca de 1,66 mm sugestiva de fibroelastoma. Indicado a retirada do provável tumor devido ao risco de eventos tromboembólicos. Entretanto, o paciente recusou submeter-se à cirurgia. Acompanhamento clínico: paciente permaneceu assintomático, sem manifestação clínica tromboembólica. ECOs controle não mostraram aumento das medidas da massa arredondada. **Conclusão:** o paciente relatado não apresentou qualquer tipo de sintoma em quatro anos de acompanhamento. A literatura disponível orienta a excisão cirúrgica das imagens sugestivas de FP, principalmente, os pedunculados, devido ao alto risco de eventos tromboembólicos. Nos pacientes que já apresentaram sintomas a indicação é precisa, mas ainda discutível nos assintomáticos. A história natural do FP e sua correlação com as características ecocardiográficas devem ser melhor estudadas para se definir a melhor conduta em pacientes com FP.

024

**Fibrilação atrial em pacientes submetidos à cirurgia valvar mitral: incidência e avaliação de morbidade e mortalidade pós-operatória**

KAREN MARIA DE MIRANDA, CAMILA BERNARDES MENDES DE OLIVEIRA, FERNANDO ANTONIO ROQUETE REIS FILHO

Hospital Madre Teresa Belo Horizonte MG BRASIL

Na população em geral, a fibrilação atrial (FA) prevalece em 0,4% atingindo 40 a 50% na pós-cirurgia valvar. Os principais fatores predisponentes para essa condição incluem idade avançada, doença valvar mitral, aumento atrial, arritmias prévias, tempo prolongado de CEC, pinçamento aórtico, não uso de betabloqueador. Além disso, promove complicações como acidentes cardioembólicos e insuficiência cardíaca. O objetivo foi avaliar a incidência de FA em pacientes encaminhados para tratamento cirúrgico de valvopatia mitral no Serviço de Cirurgia Cardiovascular do Hospital Madre Teresa, assim como sua evolução pós-operatória imediata e tardia. Trata-se de um estudo de série de casos em 132 pacientes portadores de valvopatia mitral submetidos à cirurgia mitral (comissurotomia, plastia ou troca). As variáveis utilizadas foram idade, sexo, diagnóstico, ritmo cardíaco pré e pós-operatório (PO) imediato e tardio, tipo de cirurgia realizada, tempo de CEC, tempo de pinçamento, ECO pré e PO tardio e uso de antiarrítmicos. A idade média era de 46,8 anos, sendo 57,3% do sexo feminino; 31,1% eram portadores de Dupla Lesão Mitral. No pré-operatório, 41,2% eram portadores de FA, tamanho médio do AE de 51,96 mm, FE de 58,03%. O tempo médio de CEC de 65,81 min e isquemia miocárdica de 44 min. Não foram realizadas cirurgias para conversão da FA. No PO imediato o ritmo sinusal prevaleceu, sendo que 55% dos pacientes usaram antiarrítmico (30,5% de beta bloqueador). Todos os pacientes que saíram em FA usaram anticoagulantes. No PO tardio, 20,8% apresentaram FA, com AE médio de 48,5 mm e FE de 59,67%. Apenas 6,1% evoluíram para óbito, sendo que 66,6% apresentavam FA no pré-operatório. A cirurgia valvar mitral, associada ao uso de antiarrítmicos, foi fator de conversão da FA. Os pacientes portadores de FA pré OP que que permaneceram no pós OP tiveram maior mortalidade. Não ocorreram fatores tromboembólicos, a despeito do uso ou não de anticoagulantes.

025

## Cardiomiopatia de Takotsubo - uma revisão da literatura

ESTEVAO LANNA FIGUEIREDO, KARIME PATARO GENEROSO CARVALHO

Centro de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas de Belo Horizonte MG BRASIL.

**Fundamentos:** O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é uma das principais causas de morbi-mortalidade em nosso meio e resulta da oclusão total de uma artéria coronária. A dor torácica típica, o supra-desnivelamento do segmento ST e a elevação dos marcadores de necrose miocárdica (MNM) são importantes no diagnóstico. À coronariografia, observa-se a oclusão da artéria responsável pelo evento e à ventriculografia geralmente observa-se hipo ou acinesia das paredes miocárdicas afetadas. A Cardiomiopatia de Takotsubo (CT) é uma cardiopatia relacionada ao estresse, em que ocorrem sintomas sugestivos de IAM, acompanhados por supra-desnivelamento do segmento ST e elevação dos MNM (porém menos intensos que no IAM), movimento discinético transitório da parede anterior do ventrículo esquerdo (VE), com acentuação da cinética da base ventricular ("balonamento apical"). À coronariografia, entretanto, não se evidencia qualquer obstrução das coronárias. É um quadro totalmente reversível, mais comum em mulheres pós-menopausadas. Devem ser excluídos, no diagnóstico diferencial, miocardites, espasmo coronariano e hemorragia subaracnóide. A etiologia e os mecanismos fisiopatológicos responsáveis pela CT ainda não estão completamente elucidados.

**Metodologia:** Pesquisa documental eletrônica sobre a CT e teve como base os portais CAPES e PubMed. Não se restringiu um intervalo de anos específico para as pesquisas. Utilizou-se as palavras-chave: Takotsubo, Cardiomyopathy, acute apical ballooning, left ventricular apical ballooning. Foram aceitos estudos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, revisões sistemáticas ou não e relatos de casos.

**Objetivo:** Levantar a bibliografia existente e chamar a atenção para esta patologia, cada vez mais frequente em nosso meio e responsável por falsos diagnósticos de IAM. **Conclusão:** A Cardiomiopatia de Takotsubo deve ser conhecida pelos cardiologistas, emergencistas e intensivistas, para que seja lembrada como causa potencial em pacientes admitidos com dor torácica, supra-desnivelamento do segmento ST e elevações dos MNM.

026

## Arritmias potencialmente letais e morte súbita em pacientes com suspeita de epilepsia

THIAGO DA ROCHA RODRIGUES, MARIA DA CONSOLAÇÃO VIEIRA MOREIRA, EDUARDO BACK STERNICK, REYNALDO DE CASTRO MIRANDA

Hospital Felício Rocho Belo Horizonte MG BRASIL e Faculdade de Medicina da UFMG Belo Horizonte MG BRASIL

**Fundamentos:** O risco de morte súbita está aumentado na epilepsia. **Objetivos:** Avaliar o risco de arritmias potencialmente letais em pacientes (PTs) encaminhados a neurologistas com convulsões, perdas transitórias de consciência e de tônus postural e eletroencefalogramas (EEG's) normais. Avaliar a necessidade de estimulação cardíaca artificial nestes PTs. **Métodos:** Estudo transversal com 55 PTs consecutivos com idades de 41 ± 24 (6 a 85) anos. Critérios de inclusão: PTs com convulsões, perdas de consciência e de tônus postural e que foram encaminhados ao neurologista antes do cardiologista; PTs com requisição de EEG pelo neurologista; EEG's normais. Critérios de exclusão: PTs com lesões expansivas cerebrais, acidentes vasculares encefálicos e distúrbios psiquiátricos. Os PTs foram submetidos a avaliação de síncope segundo as diretrizes da sociedade europeia de cardiologia (2004). **Resultados:** Anticonvulsivantes haviam sido prescritos a 35 PTs (64%) e 20 deles eram considerados epiléticos refratários. Foram detectadas as seguintes arritmias: Bloqueio átrio-ventricular total (BAVT) em uma PT com cardiomiopatia dilatada; BAVT em uma PT sem cardiopatia estrutural; Taquicardia ventricular monomórfica sustentada induzida em estudo eletrofisiológico em um PT com infarto do miocárdio prévio; Fibrilação ventricular em uma paciente com síndrome de QT longo congênito; Assistolias > 2 minutos com necessidade de massagem cardíaca externa, detectadas em testes de inclinação de 2 adolescentes, um deles com história de morte súbita precoce em seis membros da família. Foram implantados marcapassos cardíacos convencionais em quatro PTs (dois deles com hipersensibilidade de seio carotídeo), cardiodesfibriladores implantáveis (CDI) em dois e ressincronizador + CDI em um. Estimulação cardíaca artificial foi necessária em sete PTs (13%).

**Conclusões:** PTs com convulsões, perdas transitórias de consciência, quedas e EEG's normais têm risco aumentado de arritmias potencialmente letais. A estimulação cardíaca artificial pode ser necessária em um número considerável de PTs.

027

## Características clínicas de pacientes submetidos à angiografia com contraste iodado e ocorrência de nefropatia, em um grande centro terciário

PEDRO ROUSSEFF, VALÉRIA PASSOS, SANDHI MARIA BARRETO, EDSON DELLAMORE FILHO, THIAGO ASSUNÇÃO FARIA MENEZES, RICARDO BRUNO LATORRE RIBEIRO

Universidade Federal De Minas Gerais Belo Horizonte MG BRASIL e Hospital Madre Teresa Belo Horizonte MG BRASIL

**Introdução:** O desenvolvimento e a maior utilização dos procedimentos radiológicos e de intervenções percutâneas com a utilização de contraste iodado parenteral, principalmente em uma população com maior expectativa de vida e maior número de comorbidades, faz com que a nefropatia induzida por estes, seja uma séria complicação reconhecida, sendo a terceira causa de insuficiência renal aguda adquirida no hospital. **Material e métodos:** realizado estudo coorte prospectivo com 401 pacientes submetidos à angiografia c/ contraste iodado, utilizando-se questionário codificado para identificação das variáveis sócio-demográficas, co-morbidades clínicas, uso de medicação, tipo e volume contraste e registro da creatinina prévia e da creatinina de 48 horas a 72 horas após a administração parenteral do mesmo. **Resultados:** A maioria dos paciente (61%) eram do sexo masculino, raça branca (50,37%). Idade média de 61,5 anos (min.23, max.92) com 56% pacientes maior ou igual a 60 anos. A hipertensão arterial estava presente em 84,8%, diabetes 31%, ins. renal crônica em 7%. Creatinina média prévia foi de 1,046mg/dL e de 1,084mg/dL 48-72h após. O contraste mais usado foi o de alta osmolaridade iônico (87,3%), sendo que 74,81% utilizaram volume maior ou igual a 100ml. A nefropatia induzida por contraste foi identificada em 72 pacientes (17,9%). **Conclusão:** Fatores de risco e a ocorrência de nefropatia induzida por contraste fizeram-se bem evidentes nos nossos pacientes de cuidados terciários, devendo com isso ser precocemente identificados e tratados.

028

## Miocardite aguda: diagnóstico e evolução clínica

MARIANA OLIVEIRA REZENDE, ISABELA NASCIMENTO BORGES, CAROLINA ROHLFS PEREIRA, THAISA BELLIGOLI SENNA, THIAGO FRANCO ALBINO, FRANCISCO REZENDE SILVEIRA, CARLOS HENRIQUE GARCEZ DE CARVALHO, RODRIGO PINHEIRO LANNA, TARCIANE ALINE PRATA

Hospital SEMPER Belo Horizonte MG BRASIL

**Fundamento:** A miocardite aguda (MA) é um diagnóstico desafiador em cardiologia, pois raramente é reconhecida clinicamente, não há um exame padrão ouro para diagnóstico e seu tratamento é controverso. **Objetivo:** Discutir a importância do diagnóstico precoce da MA. **Delineamento: Relato de caso:** J.R.S., masculino, 37 anos, admitido no CTI-B do hospital SEMPER em 05/11/08. Relatava dor precordial típica, dispnéia em repouso e quadro de gastroenterite na semana anterior. Ao exame clínico apresentava-se corado, sem déficits e sem estase sistêmica. PA= 137/74 mmHg. FC=100 bpm. Bulhas rítmicas, B3. Crepitações basais bilaterais. Abdomem livre. ECG de admissão: ritmo sinusal regular, supra de ST em D2, D3, avF, V4 a V8. Troponina = 4,03; CKMB = 70; CPKT = 781. Ecocardiograma: fração de ejeção do ventrículo esquerdo (VE) = 49%, aumento do átrio esquerdo e VE e hipocinesia difusa. PCR elevado. Angiotomografia: derrame pleural bilateral. Cateterismo: coronárias normais. Com a hipótese da provável MA foi feita RNM, que confirmou o diagnóstico. O paciente evoluiu com insuficiência grave de VE. O tratamento foi o otimizado para ICC, VNI e restrição hídrica. Houve melhora do quadro e alta do CTI em 13/11/08. **Discussão:** A MA, habitualmente relacionada a quadro viral, é uma patologia onde podem ser observados alterações do segmento ST e aumento dos marcadores de injúria miocárdica, tendo o IAM como diagnóstico diferencial. Esta apresentação não é uma constante e muitas vezes o diagnóstico de MA não é confirmado. A RNM mostrou padrões compatíveis com MA. Seu tratamento é controverso, porém estudos mostram que pacientes devem receber terapia para ICC, e que a terapia imunossupressora não leva a melhora da função cardíaca. **Conclusão:** O diagnóstico precoce da MA foi determinante para a boa evolução do paciente, sendo a RNM essencial. O paciente evoluiu de maneira favorável a partir de tratamento adequado para ICC.

029

**Tratamento percutâneo em paciente com ICC de alto débito. O uso de micromolas para oclusão de fístula coronária-arteria pulmonar**

THIAGO JOSÉ DE ASSIS, VANESSA MARIA MILAGRES RIGUEIRA, ZANDONAI MIRANDA, ROSALIA ANTONIA AZEVEDO, GUSTAVO ENRIQUE SANCHEZ ALVAREZ, MAURÍCIO CAVALIERI MACHADO, CAISER TEIXEIRA DE SIQUEIRA JUNIOR.

Hospital Luxemburgo/Mario Penna Belo Horizonte MG BRASIL

Trata-se de JCOTN, 63 anos, sexo masculino, portador de hipertensão e DM insulino dependente, vinha evoluindo com ICC de alto débito, motivando internação hospitalar em junho de 2008. Submetido a ECO que evidenciou FEVE estimada de 35% e hipocontratibilidade difusa. Propedeutica invasiva com cinecoronariografia mostrou ausencia de obstruções, mas evidenciou fístula de alto entre ramo da coronária esquerda e artéria pulmonar. Após discussão do caso, optamos pela oclusão da fístula utilizando tecnica endovascular e uso de micromolas. Em 05/06/08 foi submetido ao procedimento com anestesia local. Obtivemos sucesso angiográfico excluindo a imagem da fístula. Paciente recebeu alta em 07/06/08, sem intercorrências. Segmento ambulatorial mostrou melhora clínica dos sintomas e evolução favorável dos parametros hemodinamicos com incremento da FEVE (55% em ECO realizado em set/2008) e maior tolerancia aos exercicios de reabilitação. Paciente também foi beneficiado pela suspensão de alguns medicamentos para ICC.

030

**Hidropsia fetal secundária ao fechamento precoce do canal arterial**

CAROLINA ANDRADE BRAGANCA CAPURUCO, TERESA CRISTINA GONTIJO ANDRADE, ZILDA MARIA ALVES MEIRA.

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UNINEO-Neocenter Belo Horizonte MG BRASIL

**Introdução:** Hidropsia fetal não imune (HFNI) é uma afecção rara caracterizada por acúmulo de líquido extracelular e pode associar-se a várias causas. Apesar dos melhores recursos diagnósticos e terapêuticos, o prognóstico ainda é desfavorável. **Relato de caso:** HFNI atribuída ao fechamento in útero do canal arterial (CA). Mãe 36 anos primigesta, feto com trissomia 21, cesárea de urgência com 36 semanas por hidropsia fetal grave. Ecocardiograma fetal (30 sem) comunicação interventricular (CIV) pequena. US obstétrico (35 sem) normal. DCM, masculino, nasceu com 4120g, foi reanimado em sala de parto (massagem cardíaca e intubação orotraqueal) e transferido para UTI neonatal. Apgar 1/5/7. Apresentava ascite e derrame pleural importantes, realizada punção pleural bilateral. Sorologias maternas e neonatais negativas (inclusive parvovirose). Rn isograma com mãe, eritrograma normal e sem sinais de infecção. Ecocardiograma (30 minutos pós-natal): CA fechado, ventrículo direito (VD) com aumento e disfunção moderados, regurgitação tricúspide grave, derrame pericárdico moderado e sem CIV. Evoluiu com melhora clínica rápida, extubado no 8º dia e recebeu alta com 20 dias de vida pesando 3085g. Ecocardiograma (10 dias) aumento moderado VD com função normal, regurgitação tricúspide e derrame pericárdico leves. Exame (1 mês): área cardíaca normal com boa função biventricular, ausência de derrame pericárdico. **Discussão:** Apesar da baixa incidência (0,36:1000) a HFNI é uma patologia preocupante cuja mortalidade é elevada (60-93%). A investigação apropriada permite realização de diagnóstico etiológico em 85% dos casos. As alterações cardiovasculares são as causas mais comuns (15-26%). Outras causas são anemia fetal grave, doenças metabólicas, infecções congênitas (parvovirose, grupo TORCHS) além de alterações pulmonar e renal. O parto deve realizar-se num hospital com cuidados perinatais diferenciados. **Conclusão:** O fechamento do CA fetal pode levar à insuficiência cardíaca e morte intra uterina, devendo ser considerado no diagnóstico de HFNI sem causa. O diagnóstico etiológico precoce através do ecocardiograma fetal realizado por profissional habilitado e planejamento perinatal adequado são essenciais para um melhor prognóstico destes pacientes.

031

**Síndrome de Waardenburg associada à cardiomiopatia dilatada**

CAROLINA ANDRADE BRAGANCA CAPURUCO, ZILDA MARIA ALVES MEIRA

Hospital das Clínicas UMG Belo Horizonte MG BRASIL

**Introdução:** Síndrome de Waardenburg (SW) é autossômica dominante, caracterizada por telecanto, mecha branca frontal e surdez. A cardiomiopatia dilatada (CMD) é descrita em animais, no entanto, há apenas um relato dessa associação em criança com SW. (Baspinar,06) **Relato de caso:** Lactente de 2 meses, masculino, hígido previamente, foi internado no Hospital das Clínicas UFMG com pneumonia quando diagnosticaram-se CMD e SW. A criança e a mãe tinham hipertelorismo e mechas brancas nos cabelos. Havia cardiomegalia ao raio-x (índice cardio-torácico 0,68), eletrocardiograma normal e ecocardiograma com aumento e disfunção importantes de ventrículo esquerdo-fração de ejeção=33%. Recebeu alta com captopril, digoxina, furosemida e espironolactona em doses máximas. Iniciado carvedilol ambulatorialmente em doses baixas com boa tolerância ao aumento até atingir 2mg/kg/dia. Evoluiu sem intercorrências, com melhora importante da função cardíaca, tolerando suspensão da digoxina e furosemida. Encontra-se assintomático com crescimento normal. **Discussão:** Os critérios diagnósticos maiores da SW são: hipertelorismo, surdez congênita, heterocromia da íris, hipopigmentação do cabelo e parente de primeiro grau afetado. Os menores são: hipopigmentação da pele e cabelos, base nasal achatada e hipoplasia de aletas nasais. 2 critérios maiores ou 1 maior e 2 menores fazem o diagnóstico. A terapêutica farmacológica específica para crianças com CMD é escassa. O uso de digital, diuréticos, inibidores da enzima conversora de angiotensina e beta-bloqueadores (BB) são a base do tratamento da insuficiência cardíaca congestiva (ICC). Os BB previnem e revertem disfunção ventricular e participam da sua remodelação através de mecanismos adrenérgicos intrínsecos. O carvedilol tem ação adicional de atenuar efeitos adversos do sistema nervoso simpático na circulação (como bloqueio alfa-adrenérgico, atividade antioxidante e antiendotelina). **Conclusão:** Os sintomas da ICC em lactentes são taquipnéia, taquicardia e dispnéia às mamadas. Este é o segundo relato de caso na literatura mundial associando SW e CMD em humanos. A etiologia, fisiopatologia da ICC em crianças apresenta características próprias e o manuseio adequado, otimizando o tratamento medicamentoso pode mudar seu prognóstico.

032

**Prevalência, características antropométricas, bioquímicas e polimorfismo genético da ECA, do fenótipo pressão de pulso, na população feminina de Ouro Preto**

RAIMUNDO MARQUES NASCIMENTO NETO, ALEXANDRE COSTA PEREIRA, SÍLVIA NASCIMENTO DE FREITAS, RONEY LUIZ DE CARVALHO NICOLATO, JOSE EDUARDO KRIEGER, GEORGE LUIZ LINS MACHADO COELHO.

Universidade Federal de Ouro Preto Ouro Preto MG BRASIL e Universidade de São Paulo São Paulo SP BRASIL

Demonstrou-se significância do genótipo DD com o fenótipo pressão de pulso (FPP) e a relação com resistência vascular, correlacionado o genótipo DD com maior risco de coronariopatia. **Objetivo:** Descrever em amostra (am) feminina representativa de Ouro Preto, a prevalência (P) do (FPP), dados antropométricos, bioquímicos e genotipagem da ECA. **Metodologia:** Estudo foi corte-transversal. A (am) foi 468 mulheres. Realizado em 9287 domicílios (D). A medida da pressão arterial (PA) foi realizada no (D). O (FPP) foi definido quando a diferença da (PAS) e diastólica > de 55 mmHg. Estatística realizada com teste do qui-quadrado de Person/ prova exata de Fisher e a ANOVA, significância  $p < 0,05$ . **Resultados:** A (P) do (FPP) nas faixas etárias 20-39, 40- 59 e > 60 anos foi: 17,9%, 51,3% e 91,5%. Nas (M) com (FPP) a glicemia média e desvio padrão (mdp)  $104,0 \pm 28,5$  mg/dl (99,7-108,2) ( $p < 0,0001$ ) OR 3,1 IC (1,7-5,8), colesterol (c) total >200 mg/dl (mpd)  $191,4 \pm 41,1$  (185,1-187,5) ( $p < 0,0001$ ) OR 3,6 IC (1,8-9,2); C-HDL < 40 mg/dl  $66,9 \pm 13,2$  (64,9-68,9) ( $p < 0,0001$ ) OR 2,0 IC (1,3-3,1); C-LDL >130 mg/dl  $99,2 \pm 29,1$  (94,2-103,6) ( $p < 0,009$ ) OR 1,7 IC (0,9-3,2); triglicérides >150 mg/dl  $119,7 \pm 65,7$  (109,7-129,6) ( $p < 0,01$ ) OR 1,7 IC (0,8-3,6) circunferência da cintura >88cm  $88,0 \pm 14,8$  (85,7-90,2) ( $p < 0,0001$ ) OR 2,3 IC (1,5-3,6). O polimorfismo (PM) DD da ECA foi presente 53,3% ( $p < 0,001$ ). O alelo D e (PM) DD presentes em 62,7% 39,8% ( $p < 0,01$ ) das (M) com > de 60 anos. **Conclusão:** Observou-se associação significativa entre o fenótipo pressão de pulso com a idade, escolaridade, classe social, hiperglicemia, perfil dos lipídios, alelo D e polimorfismo DD da ECA nas ouropretanas.

033

**Prevalência dos fatores de risco cardiovasculares na população feminina do projeto corações de Ouro Preto**

RAIMUNDO MARQUES NASCIMENTO NETO, RONEY LUIZ DE CARVALHO NICOLATO, JOSE EDUARDO KRIEGER, ALEXANDRE COSTA PEREIRA, SILVIA NASCIMENTO DE FREITAS, GEORGE LUIZ LINS MACHADO COELHO.

Universidade Federal de Ouro Preto Ouro Preto MG BRASIL e Universidade São Paulo São Paulo SP BRASIL

American Heart Association descreveu o aumento da prevalência (P) das doenças cardiovasculares (DCV) nas mulheres (M) e a maior causa de morte. Objetivo: Descrever dados demográficos, antropométricos e bioquímicos e fatores de risco (DCV) em amostra (am) feminina de Ouro Preto. **Metodologia:** A (am) foi 468 (M) > de 18 anos em 33 setores censitários e 9287 domicílios (D). Estudo foi de corte-transversal sobre a (P) dos fatores de risco (DVC). Os questionários e a medida da pressão arterial (PA) foram realizados no (D). A antropometria, bioquímica e genotipagem realizadas na universidade. Estatística utilizou teste do qui-quadrado de Person/ prova exata de Fisher e ANOVA, considerando significância  $p < 0,05$ . **Resultados:** A idade média foi de 45,1±16,3 IC (43,3-46,7) anos, tabagismo e sedentarismo em 22,7% e 78,5% respectivamente. A baixa escolaridade foi de 32,2% e classe social DE 48,4%. O índice massa corporal >25Kg/m<sup>2</sup> com média e desvio padrão (mdp) de (26,0 ±5,3) (25,5-26,6); a circunferência da cintura > 88 cm (mdp) de (87,1±10,7) (83,1-86,0); a glicemia > 110mg/dl em 15,7% (mdp) (99,01±24,5) (96,4-101,5). Da (am) 6,3%, 37,5%, 11,3% e 8,8% tinham colesterol total > 200 mg/dl, HDL < 40 mg/dl, LDL >130 mg/dl e triglicérides > 150 mg/dl respectivamente (r) (mdp) (182,96±37,9) (179,0-186,8), (65,14±12,5) (63,7-66,4), (95,88±27,4) (92,6-98,2) e (110,50±68,5) (103,4-117,6) respectivamente. A (PA) sistólica, diastólica e pressão de pulso (mdp) foram (135,21±26,7) (132,5-137,9), (84,69±14,3) (83,2-86,0) e (50,55±17,7) (48,7-52,4)(r). **Conclusão:** A prevalência dos fatores de riscos para as DCV demonstram a necessidade de uma rigorosa política preventiva na atenção primária de Ouro Preto.

034

**Cardiologista – um Prometeu acorrentado**

ROBESPIERRE QUEIROZ DA COSTA RIBEIRO

Escola de Saúde Pública de Minas Gerais Belo Horizonte MG BRASIL e Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais Belo Horizonte MG BRASIL

**Fundamento:** Naomar de Almeida Filho. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? Rev. Bras. Epidemiol. Vol. 01. 3, Nº 1-3, 2000 **Objetivo:** discutir os descaminhos do modelo médico hegemônico Flexineriano na prática médica cardiovascular. **Delineamento e material:** Revisão assistemática **Resultados:** Presenciamos um paradoxo médico determinado por um modelo Flexineriano, hegemônico da prática médica e a sua consequente "farmacologização". Se por um lado possuímos um conhecimento preciso e suficiente sobre a carga de doenças que aflige a humanidade e seus determinantes (fatores de risco), por outro lado, a atenção (ações e pesquisa) se volta para estratégias que não impactam de forma efetiva tais doenças. Assim, conhecemos as doenças responsáveis pelas mais elevadas taxas de mortalidade, absenteísmo ao trabalho, anos de vida com incapacitação (DALYs), e maior consumo de recursos destinados à saúde, ou seja, as doenças cardiovasculares isquêmicas seguidas pelo diabetes mellitus II. Seus fatores de risco são bem conhecidos, e comprovadamente controláveis através de ações de promoção da saúde, que constituem uma tecnologia de processo muito mais custo-efetiva do que a biotecnologia (medicamentos, cirurgias, equipamentos). Entretanto, paradoxalmente, opta-se por aplicar grande parte dos recursos financeiros na assistência ao indivíduo já enfermo, em detrimento de um investimento direcionado à promoção da saúde da população, que prescinde então deste benefício, determinando uma iniquidade nas ações de saúde oferecidas à população. **Conclusões:** Devemos priorizar ações de promoção à saúde por representar uma opção mais ética, levando em consideração os seus benefícios e custos, e a iniquidade do modelo hegemônico Flexineriano.

035

**Relato de caso: Síndrome de Takotsubo**

ANNA ROSALYNA ALVES CAZÉ SILVA, DEBORAH EULALIO SANTOS NASCIMENTO, GUSTAVO FONSECA WERNER, ROBERTO DRUMOND FERREIRA DE MELO, BEATRIZ EUGENIA GOMES QUIRINO

Hospital Lifecenter Belo Horizonte MG BRASIL e Hospital Lifecenter Belo Horizonte MG BRASIL

A síndrome de takotsubo, é uma disfunção ventricular esquerda transitória, precipitada, na maioria das vezes, por estresse físico ou emocional, que se manifesta sob a forma de dor torácica associada a alterações eletrocardiográficas e elevação de enzimas cardíacas compatíveis com IAM, porém sem obstruções coronarianas significativas. Nossa paciente é mulher, 73 anos, parda, nascida e criada em Belo Horizonte. Deu entrada em nosso serviço no dia 18/09/08 com relato de dor precordial típica de forte intensidade, tipo opressiva, associada a sudorese, há 02 horas, encontrava-se no enterro de uma amiga. HAS em uso de Atacand 08 mg/dia. HPP cancer de mama em 1999 e trombose venosa em 2001. Etilista social e ex-tabagista. ECG com supra ST de V2-V4 e elevação enzimáticas (trop: 1,87 - 2,48. CATE: coronárias isentas de lesões significativas e balonamento apical na ventriculografia. ECO Transtorácico: FEVE: 40%. Cardiomiopatia segmentar do VE com disfunção moderada associada em repouso (acinesia das porções medio-apical da parede ântero-septal, porção apical da parede inferior, porção apical da parede lateral e de todo ápex) -Relaxamento diastólico anormal do VE (disfunção diastólica grau I). Mantida em nosso protocolo de síndrome coronariana aguda, recebeu alta após 07 dias, com retorno em 20 dias. Após 21 dias realizou novo ECO (09/10/08) mostrando fração de ejeção (FEVE): 69%. O quadro clínico está de acordo com a literatura no que se refere ao sexo, idade e apresentação. A disfunção ventricular é transitória, observando-se reversão muitas vezes completa por volta do 20º dia. A ausência de obstrução no CATE, a reversibilidade da disfunção VE e o achado de balonamento apical na ventriculografia selam o diagnóstico.

036

**Análise do perfil de casos de Endocardite Infecciosa internados em um hospital terciário**

SUSANA D. PERES, FABIO B. REIS, BÁRBARA C. A. MARINO, PEDRO ROUSSEFF, ANDRE N. V. S VASCONCELOS, ROBERTO L. MARINO

Hospital Madre Teresa Belo Horizonte MG BRASIL

**Introdução:** A endocardite infecciosa (EI) tem apresentado importantes modificações nos seus aspectos clínicos, laboratoriais e terapêuticos. O presente trabalho faz uma análise do perfil dos pacientes (pct) internados com EI no Hospital Madre Teresa no período de Janeiro de 2001 a Dezembro de 2008. **Material e métodos:** Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo, com revisão e análise de 93 episódios de EI em 91 pct com idade mediana de 56 anos, sendo 56,99% masculinos. A análise estatística foi realizada utilizando o software Stata 10.e o teste do Qui-quadrado para as associações. Resultados: A maioria das infecções foi de origem hospitalar e com prévia manipulação passível de bacteremia. Eram portadores de valvulopatias nativas (21.51%) e de próteses (61.29%). A febre esteve presente em 89,25% e fenômenos embólicos ocorreram em 26,82%. As hemoculturas foram positivas em 63,44% e 27,96% dos casos usaram AAM previamente. O principal agente etiológico isolado foi o S. aureus multissensível (22,58%) e MARSA (8,60%); vegetações foram observadas no ECOTT em 66,81% e no ECOTE em (93,67%); e abscessos em (12,90%). A intervenção cirúrgica foi realizada (48,39%), sendo indicadores cirúrgicos: ICC refratária (16,13%) e falha ao tratamento etiológico (20,43%). A mortalidade foi de 33 casos (35%) IC 95% (26-41%), sem diferença entre os grupos clínico e cirúrgico. **Conclusão:** A EI permanece com alta mortalidade, apesar de sofisticados meios diagnósticos e terapêuticos. O perfil de casos com predomínio de endocardite hospitalar justifica a prevalência do agente etiológico (s. aureus), elevados índices de intervenção cirúrgica e de mortalidade.

037

**Relato de caso: IAM com coronárias normais**

LANNA, R. P., ASSIS, T. D., PINTO, J. F., NEVES, A. T. P., CARVALHO, C. H. G., SILVEIRA, F. R., TEIXEIRA, E. C. P.

Hospital Semper Belo Horizonte MG BRASIL.

M.M.D., 49 anos, sexo feminino, previamente hígida, ex-tabagista, admitida com precordialgia típica e prolongada, níveis pressóricos elevados (PA=180x110mmHg) e sudorese. Medicada com AAS, Nitrato e Morfina, com melhora da algia. Relato de dor semelhante, de menor intensidade, há 30 dias e ECO com stress farmacológico negativo para isquemia miocárdica, há 10 dias. ECGs seriados da admissão sugeriam isquemia em parede anterior, sem supra de ST. Curva de CKMB/CK total e troponinas alteradas. CATE evidenciou coronárias isentas de obstruções significativas. Posteriormente, realizou EcoDopplercardiograma e RNM miocárdica que demonstraram, respectivamente, acinesia no ápex do VE (FEVE:52% Quinones) e fibrose em região septal médio-apical do VE. Pesquisa de trombofilias negativa. Evoluiu em Killip I e alta hospitalar em 4 dias. O IAM com coronárias normais é uma patologia com prevalência ainda incerta, variando de 1 a 12% na literatura médica. Possíveis fatores etiológicos incluem trombofilias, inflamação, intensa estimulação simpática, doenças coronárias não ateroscleróticas, disfunção endotelial, cocaína, tromboembolismo, vasoespasmos e trauma coronariano. A maior incidência é observada em mulheres jovens e tabagistas, tendo como preditores independentes de mau prognóstico a disfunção sistólica do VE e a presença de DM. A clínica e o tratamento inicial são semelhantes ao IAM com obstrução coronariana. Complicações como arritmias malignas, insuficiência cardíaca e hipotensão são menos comuns, com melhor prognóstico a longo prazo. Esta ainda é uma entidade clínica com número limitado de publicações e etiologias pouco definidas. Ressalta-se a necessidade de estudos randomizados para determinar estratégias de prevenção primária, secundária e propedêutica específica precoce.

038

**Pico hipertensivo pós-esforço em portadores de Síndrome Metabólica: há correlação com a gordura peri-renal?**

LEONARDO SILVA ROEVER BORGES, LUIS HENRIQUE PEREIRA RESENDE, ANGELICA LEMOS DEBS DINIZ, NILSON PENHA-SILVA, AGUINALDO COELHO DA SILVA, ELMIRO SANTOS RESENDE.

Universidade Federal de Uberlândia Uberlândia MG BRASIL

**Fundamentos:** A gordura peri-renal (GPR), está relacionada a hipertensão arterial, mas a sua correlação com o pico hipertensivo pós-esforço ainda não foi devidamente comprovada. **Objetivos:** Quantificar a GPR pela ultra-sonografia e correlacionar as medidas obtidas com o pico hipertensivo pós-esforço. **Delineamento:** Foi realizado um estudo transversal em indivíduos que demandaram o serviço médico do Hospital de Clínicas da UFU. A seleção e inclusão de voluntários ocorreram de fevereiro a junho de 2008. **Material e Métodos:** Foram incluídos 11 voluntários portadores de SM, de ambos os sexos, selecionados a partir da história clínica e do exame físico. Estes voluntários foram, a seguir, submetidos à ultra-sonografia abdominal para quantificação da gordura peri-renal e ao teste de esforço. Excluíram-se aqueles que faziam uso de agentes medicamentosos que pudessem interferir no perfil metabólico e hemodinâmico, os que não sabiam qual medicação usavam ou que ingerissem uma dose > 15 g/dia de etanol. O protocolo utilizado para o teste de esforço foi o de Bruce e todos os pacientes atingiram mais de 85% da frequência cardíaca máxima autorizada. **Resultados:** Os pontos de corte, em cm, nas medidas das espessuras da gordura peri-renal além dos quais as variáveis PAS e PAD de repouso assumem um valor alterado foram GPR > 0,9 cm, com  $r = 0,4037$  e  $p < 0,0001$  e GPR > 0,8 cm, com  $r = 0,4115$  e  $p < 0,0001$ , respectivamente. No pós-esforço, para os valores alterados do pico da PAS e da PAD, os valores de corte foram GPR > 0,9, com  $r = 0,3446$  e  $p < 0,0565$  e GPR > 0,5 com  $r = 0,3582$  e  $p < 0,0520$ , respectivamente. **Conclusão:** A GPR tem forte correlação positiva significativa com a HAS de repouso e atinge valores limítrofes com o pico hipertensivo pós-esforço.

039

**Valor da Ecocardiografia no diagnóstico da doença de Fabry: visibilização direta da compartimentalização endomiocárdica pelos glicosíngolipídios?**

J. LUIZ B. PENA, EDUARDO V. LOBATO, M. CAROLINA PAIVA REIS, RAFAEL N. CAMPOS, PEDRO R. PORTO, ADALTON L. A. JUNIOR, ANDERSON MOREIRA, LEANDRA R. CANÇADO, MARISA F. FERREIRA.

Hospital Felício Rocho Belo Horizonte MG BRASIL

**Fundamento:** A doença de Fabry constitui uma rara anormalidade genética de depósito lisossomal causada pela deficiência parcial ou completa da enzima lisossomal alfa-galactosidase A (alphaGal A), resultando numa deposição excessiva nas células de glicosíngolipídios. O depósito dessa substância nos diferentes tecidos leva a acroparestesias, angioceratomas, opacificação corneana, alterações renais, do SNC e cardíacas. O coração pode ser o único órgão envolvido na chamada variante cardíaca e ocorre em 3% dos homens com hipertrofia miocárdica. **Objetivo:** Verificar se achados ecocardiográficos podem sugerir doença de Fabry. **Material e Métodos:** Paciente masculino, 28 anos com acroparestesias há 10 anos, proteinúria não-nefrótica, escórias normais, lesão corneana. Atividade de alpha-Gal A em leucócitos e em papel de filtro foram 0.00 nmol/mg. Eco Doppler foi realizado em equipamento Sequoia-Siemens, sendo obtidas capturas acústicas de um ciclo cardíaco utilizando VVI software (Syngo® Velocity Vector Imaging, Siemens) para análise offline das bordas endocárdicas e medidas das velocidades e strain/strain rate. **Resultados:** Constatada hipertrofia concêntrica discreta do VE, função sistólica global preservada, discreto prolapso da valva mitral e evidente aparência binária das bordas do endocárdio. Os vetores de velocidade e os índices de deformação miocárdica (strain/strain rate) demonstraram redução dos valores em diferentes segmentos. **Conclusões:** A Ecocardiografia pode sugerir a doença de Fabry através da eco-refletividade das bordas endocárdicas e da redução dos valores de (strain/strain rate). O diagnóstico correto desta doença é da maior importância pois existe o tratamento enzimático substitutivo específico que pode reverter as alterações cardíacas e melhorar a sobrevida.

040

**Papel da Ecocardiografia na avaliação dos tumores primários do coração e vasos**

JOSE LUIZ BARROS PENA, RAFAEL NUNES CAMPOS, PEDRO R PORTO, M. CAROLINA PAIVA REIS, EDUARDO V. LOBATO, ADALTON LIMA AGUIAR J, ANDERSON MOREIRA, PAULO R.L. FORTES, MIGUEL R. GUIMARÃES, MARIA B. ALMEIDA, ARMANDO F. M. NETO, BRAULIO M. R. OLIVEIRA, JAMIL A. SAAD.

Hospital Felício Rocho Belo Horizonte MG BRASIL

**Fundamento:** A incidência de tumores cardíacos primários (TCP), varia de 0.11% a 0.29% na população geral. Eles podem causar sintomas sistêmicos, fenômenos embólicos, arritmia e insuficiência cardíaca. **Objetivo:** Verificar o valor da ecocardiografia e suas modalidades (transtorácica, transefagógica, Doppler tecidual e contraste) no diagnóstico, avaliação anatômica e planejamento terapêutico dos TCP. **Material e Métodos:** Em 78.000 exames em nossa instituição verificamos 22 casos de TCP, correspondendo a 0.028% do nosso material, sendo 12 do sexo masculino. A idade variou de 28 semanas de gestação a 87 anos. Todos os pacientes (pts), incluindo o feto, foram submetidos ao exame convencional e 52% ao transefagógico (ETE). Em 4 pts foi utilizado contraste endovenoso com micro-bolhas. Os parâmetros ecocardiográficos analisados foram: localização, tipo de fixação e crescimento, limites, textura, ecogenicidade, forma, núcleo de crescimento, dimensões e repercussão hemodinâmica. **Resultados:** Os TCP benignos corresponderam a 81.8% dos casos. O mixoma foi diagnosticado em 10 casos (55.5%), sendo todos localizados no átrio esquerdo, a grande maioria causando obstrução da valva AV esquerda. Foram diagnosticados 4 fibroelastomas, 3 rabdomiomas e 1 fibroma. Os TCP malignos foram verificados em 4 pacientes (2 angiosarcomas, 1 linfoma e 1 sarcoma do tronco da artéria pulmonar). Todos os casos tiveram confirmação cirúrgica ou através de outro método propedêutico. **Conclusões:** A ecocardiografia transformou-se no método de eleição para o diagnóstico e caracterização dos TCP. A ETE e o uso do contraste com micro-bolhas são necessários para o diagnóstico em alguns casos. O diagnóstico correto é fundamental, pois a grande maioria dos TCP é benigna, teoricamente exequíveis de remoção cirúrgica e portanto curáveis.

041

**AValiação DO RISCO Cardiovascular SEGUNDO ESCORE DE FRAMINGHAM EM INDIVÍDUOS SUBMETIDOS A PROGRAMA DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (HEMODIÁLISE)**

MARCUS VINÍCIUS DE PÁDUA NETTO

Faculdade de Medicina da UNIPAC Araguari MG BRASIL

Pacientes com doença renal crônica, quando comparados à população geral, apresentam maior prevalência de doenças cardiovasculares, incluindo doença coronariana, cerebrovascular, vascular periférica e insuficiência cardíaca. A estratificação de risco cardiovascular é uma etapa primordial principalmente para pacientes de DRC em terapia renal substitutiva (TRS). Não existe nenhuma condição, nem mesmo o diabetes, que se associe com um risco cardiovascular tão elevado quanto aquele conferido pela DRC e alguns estudos têm demonstrado o aparecimento precoce de DCV em pacientes portadores de TRS. Objetivo: Avaliar o risco cardiovascular em pacientes portadores de doença renal crônica submetidos a programa de TRS utilizando o escore de Framingham. **Materiais e Metodos:** Foi aplicado o escore de Framingham em pacientes submetidos à hemodiálise regular há pelo menos um ano, sendo avaliados como fatores de risco sexo, idade, nível pressórico, os níveis de colesterol LDL e HDL, hábito do tabagismo e a presença de diabetes dos entrevistados. Resultados entrevistados 71 pacientes, 50,7% do sexo feminino e 49,3% do sexo masculino. Destes vinte e dois (31%) eram diabéticos, com idade média de  $51,74 \pm 16,72$  anos e tempo de TRS  $42,28 \pm 44,11$  meses. A etiologia da DRC, doença renal hipertensiva foi responsável por 60,8%, diabetes melitus 31% e glomerulonefrite crônica em 9,2%. Nos pacientes do sexo feminino HDL  $34,69 \pm 9,67$  mg/dl e LDL de  $90,76 \pm 33,82$  mg/dl, e no sexo masculino HDL  $31,62 \pm 7,6$  mg/dl para HDL e  $77,18 \pm 25,25$  para LDL. Treze pacientes 18,3% eram tabagistas, 7 homens e 6 mulheres. O risco cardiovascular em 10 anos foi de  $15 \pm 11,7\%$  para mulheres e  $11,6 \pm 9,6\%$  para homens. **Conclusão:** Os dados coletados, permitiram concluir que esse grupo de pacientes portadores de DRC apresentou alto risco para eventos cardiovasculares segundo os critérios de Framingham, principalmente os pacientes do sexo feminino. Considerando-se o elevado custo das investigações cardiológicas para o sistema de saúde público, estudos posteriores poderão ratificar se a aplicação rotineira deste escore, prático e não-invasivo, permitiria um melhor direcionamento na solicitação destas investigações.