www.cardiol.br

www.arquivosonline.com.br

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 107, Nº 5, Supl. 1, Novembro 2016

Resumo das Comunicações

XXIV Congresso Brasileiro de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular Pediátrica

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
Raul Dias dos Santos Filho

Editor-Chefe
Luiz Felipe P. Moreira

Editores Associados

Cardiologia Clínica
José Augusto Barreto-Filho

Cardiologia Cirúrgica
Paulo Roberto B. Evora

Cardiologia Intervencionista
Pedro A. Lemos

Cardiologia Pediátrica/ Congênitas
Antonio Augusto Lopes

Arritmias/Marcapasso
Mauricio Scanavacca

Métodos Diagnósticos Não-Invasivos
Carlos E. Rochitte

Pesquisa Básica ou Experimental
Leonardo A. M. Zornoff

Epidemiologia/Estatística
Lucia Campos Pellanda

Hipertensão Arterial
Paulo Cesar B. V. Jardim

Ergometria, Exercício e Reabilitação Cardíaca
Ricardo Stein

Primeiro Editor (1948-1953)
† Jairo Ramos

Conselho Editorial

Brasil

Aguinaldo Figueiredo de Freitas Junior (GO)
Alfredo José Mansur (SP)
Aloir Queiroz de Araújo Sobrinho (ES)
Amanda G. M. R. Sousa (SP)
Ana Clara Tude Rodrigues (SP)
André Labrunie (PR)
Andrei Sposito (SP)
Angelo A. V. de Paola (SP)
Antonio Augusto Barbosa Lopes (SP)
Antonio Carlos C. Carvalho (SP)
Antônio Carlos Palandri Chagas (SP)
Antonio Carlos Pereira Barretto (SP)
Antonio Cláudio L. Nóbrega (RJ)
Antonio de Padua Mansur (SP)
Ari Timerman (SP)
Armênio Costa Guimarães (BA)
Ayrton Pires Brandão (RJ)
Beatriz Matsubara (SP)
Brivaldo Markman Filho (PE)
Bruno Caramelli (SP)
Carisi A. Polanczyk (RS)
Carlos Eduardo Rochitte (SP)
Carlos Eduardo Suaide Silva (SP)
Carlos Vicente Serrano Júnior (SP)
Celso Amodeo (SP)
Charles Mady (SP)
Claudio Gil Soares de Araujo (RJ)
Cláudio Tinoco Mesquita (RJ)
Cleonice Carvalho C. Mota (MG)
Clerio Francisco de Azevedo Filho (RJ)
Dalton Bertolim Précoma (PR)
Dário C. Sobral Filho (PE)
Décio Mion Junior (SP)
Denilson Campos de Albuquerque (RJ)
Djair Brindeiro Filho (PE)
Domingo M. Braile (SP)
Edmar Atik (SP)
Emilio Hideyuki Moriguchi (RS)
Enio Buffolo (SP)
Eulógio E. Martinez Filho (SP)
Evandro Tinoco Mesquita (RJ)
Expedito E. Ribeiro da Silva (SP)
Fábio Vilas-Boas (BA)
Fernando Bacal (SP)
Flávio D. Fuchs (RS)
Francisco Antonio Helfenstein Fonseca (SP)
Gilson Soares Feitosa (BA)
Glaucia Maria M. de Oliveira (RJ)
Hans Fernando R. Dohmann (RJ)
Humberto Villacorta Junior (RJ)
Ínes Lessa (BA)
Iran Castro (RS)
Jarbas Jakson Dinkhuysen (SP)
João Pimenta (SP)
Jorge Ilha Guimarães (RS)
José Antonio Franchini Ramires (SP)
José Augusto Soares Barreto Filho (SE)
José Carlos Nicolau (SP)
José Lázaro de Andrade (SP)
José Péricles Esteves (BA)
Leonardo A. M. Zornoff (SP)
Leopoldo Soares Piegas (SP)
Lucia Campos Pellanda (RS)
Luís Eduardo Rohde (RS)
Luís Cláudio Lemos Correia (BA)
Luiz A. Machado César (SP)
Luiz Alberto Piva e Mattos (SP)
Marcia Melo Barbosa (MG)
Marcus Vinícius Bolívar Malachias (MG)
Maria da Consolação V. Moreira (MG)
Mario S. S. de Azeredo Coutinho (SC)
Maurício I. Scanavacca (SP)
Max Grinberg (SP)
Michel Batlouni (SP)
Murilo Foppa (RS)
Nadine O. Clausell (RS)
Orlando Campos Filho (SP)
Otávio Rizzi Coelho (SP)
Otoni Moreira Gomes (MG)
Paulo Andrade Lotufo (SP)
Paulo Cesar B. V. Jardim (GO)
Paulo J. F. Tucci (SP)
Paulo R. A. Caramori (RS)
Paulo Roberto B. Évora (SP)
Paulo Roberto S. Brofman (PR)
Pedro A. Lemos (SP)
Protásio Lemos da Luz (SP)
Reinaldo B. Bestetti (SP)
Renato A. K. Kalil (RS)
Ricardo Stein (RS)
Salvador Rassi (GO)
Sandra da Silva Mattos (PE)
Sandra Fuchs (RS)
Sergio Timerman (SP)
Silvio Henrique Barberato (PR)
Tales de Carvalho (SC)
Vera D. Aiello (SP)
Walter José Gomes (SP)
Weimar K. S. B. de Souza (GO)
William Azem Chalela (SP)
Wilson Mathias Junior (SP)

Exterior

Adelino F. Leite-Moreira (Portugal)
Alan Maisel (Estados Unidos)
Aldo P. Maggioni (Itália)
Ana Isabel Venâncio Oliveira Galrinho (Portugal)
Ana Maria Ferreira Neves Abreu (Portugal)
Ana Teresa Timóteo (Portugal)
Cândida Fonseca (Portugal)
Fausto Pinto (Portugal)
Hugo Grancelli (Argentina)
James de Lemos (Estados Unidos)
João A. Lima (Estados Unidos)
John G. F. Cleland (Inglaterra)
Manuel de Jesus Antunes (Portugal)
Marco Alves da Costa (Portugal)
Maria João Soares Vidigal Teixeira Ferreira (Portugal)
Maria Pilar Tornos (Espanha)
Nuno Bettencourt (Portugal)
Pedro Brugada (Bélgica)
Peter A. McCullough (Estados Unidos)
Peter Libby (Estados Unidos)
Piero Anversa (Itália)
Roberto José Palma dos Reis (Portugal)

Sociedade Brasileira de Cardiologia

Presidente
Marcus Vinícius Bolívar Malachias

Vice-Presidente
Eduardo Nagib Gaui

Presidente-Eleito
Oscar Pereira Dutra

Diretor Científico
Raul Dias dos Santos Filho

Diretora Financeira
Gláucia Maria Moraes Oliveira

Diretor Administrativo
Denilson Campos de Albuquerque

Diretor de Relações Governamentais
Renault Mattos Ribeiro Júnior

Diretor de Tecnologia da Informação
Osni Moreira Filho

Diretor de Comunicação
Celso Amodeo

Diretor de Pesquisa
Leandro Ioshpe Zimerman

Diretor de Qualidade Assistencial
Walter José Gomes

Diretor de Departamentos Especializados
João David de Sousa Neto

Diretor de Relacionamento com Estaduais e Regionais
José Luis Aziz

Diretor de Promoção de Saúde Cardiovascular – SBC/Funcor
Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza

Ouvidor Geral
Lázaro Fernandes de Miranda

Editor-Chefe dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia
Luiz Felipe P. Moreira

Governador do Capítulo Brasil do ACC
Roberto Kalil Filho

Coordenadorias Adjuntas
Coordenador de Relações Internacionais
David de Pádua Brasil

Coordenador da Universidade Corporativa
Gilson Soares Feitosa Filho

Coordenador de Diretrizes e Normatizações
José Francisco Kerr Saraiva

Coordenador de Registros Cardiovasculares
Otávio Rizzi Coelho

Coordenador de Valorização Profissional
Carlos Japhet da Matta Albuquerque

Coordenador de Novos Projetos
Fernando Augusto Alves da Costa

Coordenadores de Educação Continuada
Marcelo Westerlund Montera e Rui Manuel dos Santos Póvoa

Conselho de Planejamento Estratégico
Andrea Araújo Brandão, Ari Timeman, Dalton Bertolin Precoma, Fábio Biscegli Jatene

Editoria do Jornal SBC
Carlos Eduardo Suaide Silva

Presidentes das Soc. Estaduais e Regionais
SBC/AL – Pedro Ferreira de Albuquerque
SBC/AM – Marcelo Mouco Fernandes
SBC/BA – Nivaldo Menezes Filgueiras Filho
SBC/CE – Sandro Salgueiro Rodrigues
SBC/CO – Danilo Oliveira de Arruda
SBC/DF – José Roberto de Mello Barreto Filho
SBC/ES – Bruno Moulin Machado
SBC/GO – Aguinaldo Figueiredo Freitas Jr.
SBC/MA – Márcio Mesquita Barbosa
SBC/MG – José Carlos da Costa Zanon
SBC/MS – Delcio Gonçalves da Silva Junior
SBC/MT – Max Wagner de Lima
SBC/NNE – Claudine Maria Alves Feio
SBC/PA – Sônia Conde Cristino
SBC/PE – Paulo Sérgio Rodrigues Oliveira
SBC/PB – Miguel Pereira Ribeiro
SBC/PI – Wildson de Castro Gonçalves Filho
SBC/PR – Gerson Luiz Bredt Júnior
SBC/RJ (SOCERJ) – Ricardo Mourilhe Rocha
SBC/RN – Maria de Fátima Azevedo
SBC/RO (SOCERON) – João Roberto Gemelli
SBC/RS (SOCERGS) – Gustavo Glotz de Lima
SBC/SC – Maria Emilia Lueneberg
SBC/SE – Sergio Costa Tavares Filho
SBC/SP (SOCESP) – Ibraim Masciarelli Francisco Pinto
SBC/TO – Andrés Gustavo Sánchez

Presidentes dos Departamentos Especializados e Grupos de Estudos

SBC/DA – André Arpad Faludi
SBC/DCC – José Carlos Nicolau
SBC/DCC/CP – Maria Angélica Binotto
SBC/DCM – Elizabeth Regina Giunco Alexandre
SBC/DECAGE – José Maria Peixoto
SBC/DEIC – Luis Eduardo Paim Rohde
SBC/DERC – Salvador Manoel Serra
SBC/DFCVR – João Jackson Duarte
SBC/DHA – Eduardo Costa Duarte Barbosa
SBC/DIC – Samira Saady Morhy
SBCCV – Fabio Biscegli Jatene
SBHCI – Marcelo José de Carvalho Cantarelli
SOBRAC – Denise Tessariol Hachul
GAPO – Bruno Caramelli
GECC – Mauricio Wajngarten
GECESP – Daniel Jogaib Daher
GECETI – Gilson Soares Feitosa Filho
GECHOSP – Evandro Tinoco Mesquita
GECIP – Gisela Martina Bohns Meyer
GECN – Andréa Maria Gomes Marinho Falcão
GECO – Roberto Kalil Filho
GEECABE – José Antônio Marin Neto
GEECG – Nelson Samesima
GEICPED – Estela Azeka
GEMCA – Álvaro Avezum Junior
GEMIC – Felix Jose Alvarez Ramires
GERCPM – Tales de Carvalho
GERTC – Marcello Zapparoli
GETAC – João David de Souza Neto
GEVAL – Luiz Francisco Cardoso

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Volume 107, Nº 5, Suplemento 1, Novembro 2016

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

Av. Marechal Câmara, 160 - 3º andar - Sala 330
20020-907 • Centro • Rio de Janeiro, RJ • Brasil
Tel.: (21) 3478-2700
E-mail: arquivos@cardiol.br
www.arquivosonline.com.br
SciELO: www.scielo.br

Departamento Comercial
Telefone: (11) 3411-5500
e-mail: comercialsp@cardiol.br

Produção Editorial
SBC - Tecnologia da Informação e Comunicação
Núcleo Interno de Publicações

Produção Gráfica e Diagramação
Alodê Produções Artísticas & Eventos

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**

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Resumo das Comunicações

XXIV CONGRESSO BRASILEIRO DE CARDIOLOGIA E CIRURGIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA

BELO HORIZONTE - MG

TEMAS LIVRES 02 a 05 de Novembro 2016
APRESENTAÇÃO ORAL

TL-01

PREVALÊNCIA E TRATAMENTO DAS TAQUIARRITMIAS FETAIS EM DOIS CENTROS DE REFERÊNCIA EM CARDIOLOGIA FETAL

CAROLINA ANDRADE BRAGANCA CAPURUCO, CLEONICE DE CARVALHO COELHO MOTA

UFMG, DOPSOM

Introdução: Arritmias cardíacas fetais são detectadas em 2% das gestações. Geralmente são transitórias ou sem repercussão. Taquicardias atriais persistentes (TAP) ou flutter atrial (FA) são raros e podem causar baixo débito cardíaco fetal, hidropisia e decesso. O diagnóstico fetal acurado e o tratamento das taquiarritmias malignas ainda é um desafio para os especialistas. **Objetivo:** Descrever a prevalência e experiência no manejo das taquiarritmias fetais e sua evolução. **Métodos:** Estudo longitudinal prospectivo, realizado no período de 06/11 a 03/16 em pacientes com gestações de risco para anormalidades cardíacas fetais, encaminhadas a dois centros de referência em cardiologia fetal. **Resultados:** Do total de 1821 gestantes entre 17 e 40 semanas de idade gestacional, 180 fetos apresentaram taquicardia. No período de investigação, a maioria (100/180, 55.5%) com extrassístoles supraventriculares (ESSV), 12 (7.0%) bi e/ou trigeminismo, 33 (18.3%) taquicardia sinusal, 28 (15.6%) TAP e 7(4.0%) com FA. No seguimento, 12 fetos evoluíram com hidropisia, 8 com TAP e 4 com flutter atrial. Aqueles com bi ou trigeminismo não apresentaram hidropisia, mas 7 precisaram de tratamento. Houve maior conversão para ritmo sinusal com uso da digoxina nos fetos não hidrópicos (p < 0,001). Em 13 casos, (6 FA) precisaram de associação com mais drogas antiarrítmicas (sotalol e propafenona). Os 133 fetos com ESSV ou arritmias transitórias apresentaram boa evolução sem necessidade de terapia pré ou pós-natal. Não houve morte fetal relacionada à arritmia. Entretanto, 22 recém-nascidos foram prematuros, 10 por causas maternas e 12 devido à arritmia fetal com hidropsia (TAP ou FA). **Discussão:** O diagnóstico da arritmia fetal e acompanhamento pelo cardiologista são essenciais para condução da gestação e assegurar sua boa evolução. **Conclusão:** A maioria das arritmias fetais são benignas. Mas a taquiacardia atrial persistente e o flutter atrial eventos de risco e devem ser detectados e tratados precocemente. A resposta à digoxina é menor em fetos hidrópicos e, quando necessário, deve associar 2 ou 3 drogas antiarrítmicas. O acompanhamento rigoroso é extremamente importante para a definição do momento ideal do parto e para o bom prognóstico materno-fetal.

TL-02

DISFUNÇÃO DIASTÓLICA EM FETOS DE GESTAÇÕES DE ALTO RISCO

NATHALIE JEANNE MAGIOLI BRAVO VALENZUELA, MARCELLA DE SOUZA PINTO VARELLA, GUILHERME RICARDO NUNES SILVA, VANESSA F BERTOLO, CAMILA SCARPELLINI LIMA RIBEIRO

Universidade de Taubaté

Introdução: A avaliação detalhada da função cardíaca é rotineiramente realizada em fetos com cardiopatia estrutural. Atualmente a ecocardiografia functional vem sendo realizada em fetos sem malformação anatômica e que apresentam condições extra-cardíacas que possam ocasionar alterações hemodinâmicas. **Objetivos:** Avaliação da função diastólica fetal em gestantes de ambulatório de alto risco, correlacionando com as comorbidades maternas e desfecho perinatal. **Métodos:** Estudo longitudinal, observacional com 79 gestantes atendidas no pré-natal de alto risco do HUT que foram referidas para realização de ecocardiograma fetal funcional no período de 1 ano. Para avaliação da função diastólica foram utilizados os parâmetros ecocardiográficos do escore de disfunção diastólica Zielinsky [escore= nº de pontos obtidos/total do nº possível de pontos] (tabela). Considerados como complicações no período pós-natal: óbito, prematuridade, baixo peso, necessidade de cuidados de terapia intensiva, acidose metabólica, sepse e desconforto respiratório. **Resultados:** A idade gestacional média das gestantes foi de 29,8 (± 3,4) semanas. Dos fetos apresentaram disfunção diastólica do miocárdio (n = 25), a doença materna mais comum foi a hipertensão arterial sistêmica. Dos fetos com alteração diastólica 31,8% apresentavam restrição de crescimento intrauterino. O escore de disfunção diastólica médio foi de 3,4 %(± 1,75), um dos casos apresentou disfunção diastólica moderada e os demais disfunção leve. Observou-se moderada correlação positiva (r = 0,32, p = 0,003) entre o escore de disfunção diastólica e morbidade perinatal. **Conclusão:** Os nossos resultados sugerem que os parâmetros ecocardiográficos de avaliação da função diastólica utilizados neste escore de disfunção miocárdica estão relacionados a risco aumentado para morbidade perinatal.
Tabela- Parâmetros ecocardiográficos utilizados no score de disfunção diastólica

TL-03

O IMPACTO DA MATERNIDADE QUATERNÁRIA NA REDUÇÃO DA MORBIDADE DO RECÉM NASCIDO PORTADOR DE CARDIOPATIA CONGÊNITA

MARINA PINHEIRO ROCHA FANTINI, LEONARDO NUNES COELHO FANTINI, ROBERTO MAX LOPES, ERIKA CORREA VRANDECIC, CRISTIANE NUNES MARTINS, FERNANDO ANTONIO FANTINI, JULIANA AKEME TOITIO, FRANCISCA SIMOES PEREIRA

Biocor Instituto

Introdução: As doenças cardíacas congênitas (DCC) são anomalias frequentes, com incidência estimada de 4-13 casos para cada 1000 nascimentos. Vários estudos têm demonstrado a melhora da sobrevida dos pacientes portadores da cardiopatia congênita quando o diagnóstico pré natal é instituído. Contudo, a associação entre prognóstico e o local de nascimento ainda não está bem definida. **Objetivo:** comparar a sobrevida das crianças portadoras de DCC nascidas na maternidade quaternária do Hospital Biocor com a sobrevida de pacientes encaminhados de outros serviço pelo mesmo diagnóstico. Avaliou o impacto do diagnóstico pré natal na morbimortalidade destes pacientes e verificou a acurácia dos ecocardiogramas fetais realizados nesta instituição. Neste estudo algumas variáveis como tempo de ventilação mecânica, contexto infeccioso, tempo de internação hospitalar e idade em que foi realizada abordagem cirúrgica foram avaliadas e comparadas. **Métodos:** análise retrospectiva em que foram comparados dados clínicos e a evolução de pacientes portadores de DCC nascidos no Hospital Biocor com pacientes também portadores de anomalias cardíacas congênitas nascidas em outras instituições e encaminhadas a este serviço entre março de 2004 e julho de 2016. **Resultados:** compatibilidade diagnóstica entre ecocardiograma fetal e pos natal em mais de 85% dos exames fetais realizados; pacientes cardiopatas nascidos na maternidade quaternária do Hospital Biocor tiveram melhor evolução clínica quando comparados aos pacientes encaminhados a este serviço. Apresentaram menor tempo de ventilação mecânica, menor tempo de internação hospitalar, menor incidência de infecção e foram abordados cirurgicamente de forma mais precoce. **Conclusão:** O diagnóstico pré natal das DCC associado ao nascimento deste paciente em maternidade quaternária são medidas que reduzem de forma importante a morbidade destes recém nascidos; eles ficam menos expostos à hipoxemia e ao baixo débito, são submetidos a um tempo menor VM e são menos susceptíveis às infecções. Tudo isso repercute em uma menor morbidade e um menor tempo de internação hospitalar.

TL-04

IMPEDÂNCIA VENOSA PULMONAR ELEVADA NO CIUR: UM SINAL PRECOCE DE DISFUNÇÃO DIASTÓLICA

NATHALIE JEANNE MAGIOLI BRAVO VALENZUELA, PAULO ZIELINSKY, JESUS ZURITA PERALTA, LUIZ HENRIQUE SOARES NICOLOSO, ANTONIO LUIZ PICCOLI JUNIOR, LUIZA FERREIRA VAN DER SAND, NATASSIA MIRANDA SULIS, CAMILA CARVALHO RITTER

Instituto de Cardiologia do RS, Universidade de Taubaté

Fundamento: As alterações hemodinâmicas no feto com CIUR decorrente de disfunção placentária podem contribuir para o débito preferencial pelo VE, com redução de sua complacência e aumento da pressão atrial esquerda. O índice de pulsatilidade da veia pulmonar (IPVP) é um parâmetro ecocardiográfico útil para avaliar a função diastólica do coração esquerdo fetal, refletindo a dinâmica do AE. **Objetivos:** testar a hipótese de que o aumento da impedância da veia pulmonar é um parâmetro precoce de disfunção cardíaca nestes fetos e no grupo CIUR identificar possíveis correlações do IPVP com os índices de pulsatilidade (IP) das artérias uterinas, cerebral média (ACM) e umbilical e com o ducto venoso (DV). **Métodos:** Estudo prospectivo, observacional, transversal, que incluiu 86 fetos com idade gestacional (IG) acima de 25 semanas divididos em 3 grupos: grupo 1- 27 fetos com CIUR (casos); grupo 2- 28 fetos de mães hipertensas e com crescimento adequado para a idade gestacional (AIG) e grupo 3- 28 fetos com AGA de mães saudáveis (controles). Em todas foi realizado ecocardiograma fetal onde foram mensurados os IPs da veia pulmonar e do DV [velocidade máxima-velocidade pré-sistólica/ velocidade média]. A ultrassonografia obstétrica com Doppler foi utilizada para avaliação da biometria fetal e cálculo dos IPs das artérias uterinas, umbilical e cerebral média. Para análise estatística foram utilizados ANOVA, post-hoc de Tukey, de correlação Pearson e Bland-Altman. Considerados significativos valores de p < 0,05. **Resultados:** O IPVP foi significativamente maior no grupo 1 (1,32 ± 0,4) que nos grupos 2 (1,1 ± 0,3) (P = 0,01) e 3 (0,75 ± 0,12) (p < 0,001). No grupo CIUR, não foi encontrada correlação significativa do IPVP com IPDV (r = 0,05; p = 0,79) e nem com relação cérebro-placentária (relação IPACM-IPAU) (r = 0,01, p = 0,97). No grupo 2, houve uma correlação positiva entre IPVP e IPDV (r = 0,5; p = 0,04), mas não com CPR. **Conclusões:** OIPVP foi maior no grupo CIUR refletindo a diminuição da complacência do VE e dinâmica alterada do AE. Como a alteração do IPVP ocorreu antes do IP do ducto venoso e a disfunção VE precede a do VD, os nossos resultados sugerem que o IPVP pode ser utilizado como um parâmetro ecocardiográfico precoce na avaliação da função diastólica fetal no CIUR.

TL-05

COMPARAÇÃO DOS FATORES DE RISCO MATERNO E FETAL E A PRESENÇA DE CARDIOPATIA CONGÊNITA ESTUDO COM 662 GESTANTES DE ALTO RISCO

DANIELA TARTA DA SILVEIRA, ELIANE LUCAS

Hospital federal de bonsucesso

Introdução: O diagnóstico intra-útero das cardiopatias congênitas (CC) permite a redução significativa da mortalidade e morbidade neonatal através do planejamento adequado do parto e seguimento desses pacientes. As CC podem ser suspeitadas através de exames ultrassonográficos (US)de rotina do pré-natal porém confirmação diagnóstica na maioria, é feita pelo ecocardiograma fetal. No entanto, nos hospitais públicos, este exame tem as suas indicações restritas as gestantes de alto risco. **Objetivos:** Analisar a prevalência de cardiopatia fetal nas gestantes estudadas, identificando os fatores de risco e a presença de cardiopatia fetal. **Métodos:** Estudo retrospectivo de 662 exames de ecocardiogramas fetais em gestantes de alto risco no período de junho de 2014 a junho de 2015 em um hospital terciário. Foram comparadas as principais indicações dos exames e seus resultados. **Resultados:** O estudo mostrou uma incidência de 21% de cardiopatia fetal. Os fatores de risco materno foram as principais indicações (56%), seguido dos fatores fetais (36%) e em 4% haviam ambos os fatores. A análise de regressão logística dos fatores de risco evidenciou que a suspeita de cardiopatia pelo US, a presença de anomalia congênita extracardíaca, a translucência nucal aumentada e o diabetes gestacional foram os achados mais prevalentes associados as cardiopatias congênitas. **Conclusão:** Apesar dos fatores de risco maternos tenham sido os mais freqüentes na indicação do ecocardiograma fetal, observou-se um maior número de diagnósticos de CC nas gestantes encaminhadas pelos fatores fetais. Isso demonstra a grande importância que um exame ultrassonográfico de rotina pré-natal deve ser realizado de forma cautelosa e sistemática.

TL-06

VALIDAÇÃO DO ESCORE DE DISFUNÇÃO DIASTÓLICA DO VENTRÍCULO ESQUERDO EM FETOS DE MÃES DIABÉTICAS

MARIA ANGÉLICA TOSI FERREIRA, ALEXANDRE ANTÔNIO NAUJORKS, CAMILA CARVALHO RITTER, LUIZA FERREIRA VAN DER SAND, NATASSIA MIRANDA SULIS, FERNANDA GREINERT DOS SANTOS, ANTONIO LUIZ PICCOLI JUNIOR, LUIZ HENRIQUE SOARES NICOLOSO, PAULO ZIELINSKY

Instituto de Cardiologia, Hospital Universitário de Santa Maria

Introdução: Para detectar desfechos perinatais adversos, foi realizado um Escore estratificando a disfunção diastólica do ventrículo esquerdo (VE) de fetos de mães diabéticas. Objetivo Validar um Escore de Disfunção Diastólica (EDD) do VE em fetos de mães diabéticas baseado em desfechos clínicos perinatais. **Métodos:** A amostra foi constituída de 84 fetos de mães diabéticas (conforme critérios da American Diabetes Association), cuja idade média materna era de 31,2 ± 6,1 anos (média ± desvio padrão) e idade gestacional de 31 ± 4 semanas. Dados preliminares de um estudo observacional de coorte em fetos de gestantes diabéticas no Hospital Universitário de Santa Maria foram avaliados para os seguintes parâmetros: índice de excursão do septum primum, fração de encurtamento atrial esquerdo, relação das ondas de velocidade do enchimento rápido (E) e da contração atrial (A) no fluxo transvalvar mitral, índices de pulsatilidade do forame oval, das veias pulmonares e do ducto venoso e índice de fluxo no istmo aórtico. A presença ou ausência de hipertrofia miocárdica foi pontuada de forma categórica. O Escore obtido permite a estratificação dos fetos pela gravidade de disfunção diastólica ventricular esquerda, considerando o percentual de pontos totais em relação aos pontos avaliados (escore percentual). Foi construída uma curva ROC do escore percentual para ocorrência de eventos neonatais maiores (morte ou internação em UTI). **Resultados:** Havia hipertrofia miocárdica em 32,1% da amostra. Valores percentuais do Escore estimaram disfunção diastólica ausente em 18 casos (21,4%), mínima em 30 (35,7%), leve em 16 (19,0%), moderada em 16 (19,0%) e severa em 4 casos (5,7%). Prematuridade ocorreu em 31% dos casos. Nos primeiros 30 dias de vida pós-natal, houve 22 casos de internação em UTI neonatal (26,2%) e 2 óbitos. A curva ROC do escore percentual apresentou área sob a curva = 0,809 (p < 0,0001, IC 95% 0,695 a 0,923) para a ocorrência de eventos neonatais maiores, sendo o ponto de corte de maior acurácia 28% (sensibilidade = 77,3%, especificidade = 85,5%, risco relativo = 2,32 com p < 0,001). **Conclusão:** Em fetos de mães diabéticas, dados preliminares indicam que o EDD do ventrículo esquerdo proposto pode apresentar acurácia significativa na previsão de eventos clínicos adversos maiores, com risco 2 vezes maior para internação em UTI neonatal ou óbito a partir de valor percentual do escore de 28%, que corresponde a presença de disfunção diastólica leve

TL-07

USO DO CORTICOIDE NA GESTAÇÃO E SEUS EFEITOS NA DINÂMICA DO DUCTO ARTERIOSO FETAL

ELLEN MACHADO ARLINDO, MARCELO BRANDÃO DA SILVA, MIRELA FORESTI JIMENEZ, GIOVANNA RANZI COBALCHINI, PATRÍCIA EL BEITUNE

UFCSPA, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Introdução: Apesar do corticoide ser amplamente usado para amadurecimento pulmonar fetal em gestações risco de nascimento prematuro e de ter efeito benéfico bem definido, existem poucos estudos avaliando o efeito cardiovascular sobre o ducto arterioso fetal. Objetivos: Avaliar alteraçoes de parâmetros dopplervelocimétricos do ducto arterioso fetal em gestantes pré-termo submetidas a coticoterapia antenatal para maturidade pulmonar e compará-las com os achados de gestantes sem uso da corticoterapia. **Métodos:** Estudo de coorte onde foram incluídas 20 gestantes acompanhadas em um pré-natal de um hospital sul brasileiro no período de março de 2012 até setembro de 2014. Os critérios de inclusão foram pacientes entre 26 e 34 semanas de gestação, que receberam betametasona. Este grupo foi comparado com 20 pacientes que não receberam corticosteroides.Foram avaliados os parâmetros Dopplervelocimétricos do ducto arterioso fetal através da ecocardiografia após o uso de corticosteroides e comparados com os parâmetros Dopplervelocimétricos encontrados após sete dias. Para comparar médias entre os grupos aplicou-se o teste t-student para amostras independentes. O nível de significância adotado foi de 5% (p ≤ 0,05) e as análises foram realizadas no programa SPSS. **Resultados:** Comparando os resultados dos achados dos exames realizados após até 48 horas de corticoide entre os grupos observou-se que sete (35%) das pacientes do Grupo Caso apresentaram valores dopplervelocimétricos alterados compatíveis com constrição de ducto arterioso com diferença significativa (p = 0,008). Nos exames realizados 7 dias após uso de corticoides comparativamente ao Grupo Controle observamos que entre pacientes do Grupo Caso, três (15%) persistiram com achados alterados compatíveis com constrição, porém não houve diferença estatísticamente significativa (p = 0,231). **Conclusão:** Nosso estudo demonstrou alterações na velocidade sistólica do ducto arterioso fetal em até 48 horas após a administração do corticoide, que reverteram em 7 dias. Assim, os efeitos breves da betametasona sobre o ducto arterioso fetal parecem não ser clinicamente relevantes. Porém mais estudos são necessários em fetos que já apresentem contrição prematura do canal arterial e portadores de cardiopatias ducto-dependente, pois o uso de corticoide materno pode levar a alterações significativas.

TL-08

QUEDA DA PRESSÃO MÉDIA NA ARTÉRIA PULMONAR E AUMENTO DA MATURIDADE PULMONAR APÓS REVERSÃO DA CONSTRIÇÃO DUCTAL NA VIDA FETAL: UM ESTUDO ECOCARDIOGRÁFICO PRELIMINAR

FERNANDA GREINERT DOS SANTOS, LUIZA FERREIRA VAN DER SAND, VICTORIA ANTUNES, NATASSIA MIRANDA SULIS, CAMILA CARVALHO RITTER, GABRIELA MARINHO, MARIA ANGÉLICA TOSI FERREIRA, JESÚS ZURITA-PERALTA, PAULO ZIELINSKY

Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul

Introdução: A constrição ductal (CD) é um agravo funcional prevalente no 3º trimestre da gestação, com potencial para insuficiência cardíaca, hipertensão pulmonar (HP) neonatal e óbito. É desencadeada pelo uso materno de anti-inflamatórios farmacológicos ou alimentares e por inibição da síntese de prostaglandinas, com habitual reversão após a suspensão do agente causal. A melhora da HP e da maturidade pulmonar após essa reversão ainda não havia sido demonstrada no feto humano. **Objetivo:** Avaliar a pressão média estimada na artéria pulmonar (PMAP) e a maturidade pulmonar (MP) após a reversão da CD. **Métodos:** Trata-se de um estudo piloto, prospectivo observacional, constituído de 18 fetos no 3º trimestre gestacional com diagnóstico prévio de CD. Duas semanas após a retirada do agente causal e exclusão de potenciais confundidores foi realizado um exame de controle por meio da ecocardiografia que confirmou a reversão da CD. A PMAP foi estimada pela equação de Dabestani [PMAP = 90 (0,62xTA)] e a MP pelo índice tempo de aceleração/tempo de ejeção (TA/TE), comparando-se a variação com os nomogramas já publicados. Análise estatística utilizou o teste t para a comparação das variáveis no diagnóstico e no controle. **Resultados:** Houve diminuição das médias das velocidades sistólica (1,83 ± 0,26 para 1,41 ± 0,25 m/s, p = 0,002) e diastólica (0,42 ± 0,06 para 0,22 ± 0,05 m/s, p = 0,004) no ductus, com aumento do índice de pulsatilidade (2,04 ± 0,20 para 2,7 ± 0,3, p = 0,003). A média da PMAP estimada diminuiu de 62,7 ± 5,63 para 53,8 ± 4,55 mmHg, p < 0,0001, e o índice TA/TE na artéria pulmonar aumentou de 0,20 ± 0,067 para 0,35 ± 0,063, p < 0,0001. A queda da média da PMAP foi de 14,2% (5,1% esperado) e o aumento da média do TA/TE de 75% (8% esperado). Houve diferença significativa entre as medianas das variações (intervalos interquartis) da PMAP [¬15,65 (¬20,21; ¬8,65)] e do TA/TE [76,19 (46,47;131,77)] em relação àquelas esperadas somente pelo aumento da idade gestacional [¬015 (¬4,98; 1,53) para a PAMP e 6,08 (¬3,64;11,77) para o TA/TE] (p < 0,01). **Conclusão:** Este estudo mostra que a resolução da constrição ductal fetal é acompanhada de queda da PMAP e de aumento da MP, em magnitude maior que a observada em fetos normais pela variação da idade gestacional.

TL-09

ECOCARDIOGRAFIA FUNCIONAL: IMPACTO NO PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO EM RECÉM-NASCIDOS EM CUIDADOS INTENSIVOS

MARINA MACCAGNANO ZAMITH, SIMONE DE ARAUJO NEGREIROS FIGUEIRA, CRISTIANE METOLINA, ALLAN CHIARATTI DE OLIVEIRA, JUNIA SAMPEL, LÍVIA LOPES SOARES DE MELO, JULIANA SAMPAIO ROSA, RUTH GUINSBURG

UNIFESP

Introdução: A Ecocardiografia Funcional (EcoF) é o exame à beira do leito em recém-nascidos (RN) realizado para avaliar o status hemodinâmico e auxiliar no planejamento terapêutico. **Objetivo:** Avaliar se a realização do EcoF modifica o planejamento terapêutico em RN em cuidados intensivos. **Método:** Coorte prospectiva de RN internados em UTI Neonatal em que o EcoF foi solicitado pela equipe assistencial e realizado em aparelho Acuson X300, Siemens em mar/2015-jun/2016 por equipe específica de neonatologistas treinados em EcoF. Dados coletados em cada exame: características clínicas dos RN; indicação do EcoF; conduta planejada pela equipe assistencial antes do exame; conduta sugerida de acordo com a avaliação do EcoF. Definiu-se como conduta concordante quando o EcoF ratificou a conduta planejada pela equipe assistencial. A análise estatística foi descritiva. **Resultados:** 112 EcoF foram realizados em 41 RN (3 exames/RN). Características dos RN: mediana do peso ao nascimento de 865g (490-3815); idade gestacional 28 semanas (25-40) e idade à realização do exame 3 dias (0-274). Dos 41 RN, 80% estavam em ventilação mecânica e 51 % com drogas vasoativas. Dos 60 casos em que a proposta clínica era modificar o tratamento, o EcoF concordou com a conduta em 46%; dos 52 casos em que a proposta clínica era manter o tratamento, o EcoF concordou com a conduta em 67%. Nas 54 avaliações do canal arterial, o planejamento clínico era de modificar a conduta em 23 e o EcoF concordou com a modificação em 47%. Nas 40 avaliações do débito cardíaco, o planejamento clínico era de modificar a conduta em 30 e o EcoF concordou com a modificação em 48%. Nas 18 avaliações de hipertensão pulmonar, o planejamento clínico era de modificar a conduta em 7 e o EcoF concordou com a modificação em 42%. **Conclusão:** O EcoF tem papel fundamental na avaliação hemodinâmica de RN em cuidados intensivos, modificando a conduta planejada pela equipe assistencial em mais da metade das avaliações.

TL-10

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE ACHADOS ELETROCARDIOGRÁFICOS E ECOCARDIOGRÁFICOS DE MAU PROGNÓSTICO EM PACIENTES COM TETRALOGIA DE FALLOT CORRIGIDA

CAMILLA CANGUSSÚ FERREIRA, RAIMUNDO FRANCISCO DE AMORIM JÚNIOR, ANA HELBANE DE SOUSA JACOME DOS SANTOS, CYBELLE LUZA COSTA, LUCIA ROBERTA DIDIER NUNES MOSER, SANDRA DA SILVA MATTOS

Círculo do Coração de Pernambuco

Introdução: Complicações da cirurgia de correção de Tetralogia de Fallot (T4F) como a insuficiência pulmonar e a disfunção de ventrículo direito (VD) e esquerdo estão relacionadas, na literatura, à morte súbita e arritmias ventriculares em idades precoces nestes pacientes. Parâmetros do eletrocardiograma (ECG), do ecocardiograma (ECO) e da ressonância magnética têm sido identificados como preditores destes eventos. Vários estudos têm demonstrado que a dilatação e disfunção do VD superam o prolongamento do QRS como preditor de desfecho, podendo este parâmetro estar mais relacionado à própria disfunção do que mesmo à técnica cirúrgica. **Objetivos:** Comparar, em um serviço de referência de cirurgia cardíaca do estado de Pernambuco, a prevalência de achados eletrocardiográficos de mau prognóstico com achados ecocardiográficos de lesões residuais e disfunção ventricular. **Métodos:** Análise retrospectiva de um banco de dados de um serviço de referência em cardiologia pediátrica. De 169 diagnósticos ecocardiográficos de T4F, foram selecionados 30 pacientes cirurgicamente corrigidos, que tinham todos os dados devidamente registrados em prontuário, tendo sido analisado o ECG e ECO mais recente de cada um. Os achados foram registrados em banco de dados e dispostos em frequências absolutas e relativas. A análise estatística, foi realizada através do teste de qui-quadrado, considerando-se significante um valor de $p < 0,05$. **Resultados:** A idade média foi de 7,5 anos (DP = ±4). O ECO e ECG foram realizados com intervalo de até um dia entre eles, e em média 4,5 anos após a cirurgia (DP = ±3,7). Apenas 1 paciente apresentou QRS maior que 180 ms. Entretanto, de 6 pacientes com QRS maior que 160 ms, 4 tinham insuficiência pulmonar moderada ou grave (66,6%, $p = 0,08$) e 2 pacientes (33%) tinham disfunção de VD, contra 1 de 24 pacientes (4%) com QRS menor que 160 ms ($p = 0,03$). **Conclusão:** Houve relação estatisticamente significante entre intervalo QRS alargado e disfunção ventricular na população estudada. Outros parâmetros como insuficiência pulmonar moderada a grave também mostraram correlação com alargamento do QRS, porém sem alcançar significância, possivelmente influenciado pela pequena amostra estudada.

TL-11

FECHAMENTO PERCUTÂNEO DE COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR PERIMEMBRANOSA: PODEMOS ESTABELECER FATORES DE RISCO PARA DISTÚRBIOS DO RITMO?

JULIANA RODRIGUES NEVES, RAUL ARRIETA, FABRICIO LEITE PEREIRA, WYNDIRA MARHALLE SIMIAO NUNES VENANCIO, MARIA CRISTINA VENTURA RIBEIRO, LUCIA MARIA VIEIRA DE OLIVEIRA SALERNO, FABIANA GOMES ARAGÃO, CLEUSA CAVALCANTI LAPA SANTOS

Instituto de Medicina Integral Professor Fenando Figueira

Introdução: O fechamento percutâneo da comunicação interventricular perimembranosa (CIVpm) é uma alternativa ao tratamento cirúrgico. A principal implicação do método é o desenvolvimento de bloqueio atrioventricular (BAV) após o implante. **Objetivos:** Analisar a evolução em médio prazo de pacientes submetidos à oclusão percutânea de CIVPm, sua efetividade, e segurança e tentar estabelecer fatores de risco envolvidos no desenvolvimento de distúrbios do ritmo. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, observacional, realizado através análise de prontuários. Entre março de 2010 e maio de 2015 foram identificados 63 pacientes submetidos à oclusão percutânea de CIVpm com prótese de duplo disco. **Resultados:** As idade média foi de 9,8 anos (DP 6,3, variação 2-40 anos), 84,12% menores de 15 anos. A média de peso foi 33,3 Kg (12-100 kg). A tentativa de implante com adequado posicionamento do dispositivo ocorreu em todos os pacientes, exceto 1. O tamanho médio dos defeitos foi 6,4mm (DP 2,3 e variação 3,0-11,7 mm) e 41,4% deles tinham múltiplos orifícios de saída. Foram utilizados os seguintes dispositivos para oclusão: CERA Lyfetech, 51 (81%); Shsma Lepu, 12 (19%); Dois pacientes receberam dois tipos de dispositivos. A mediana de tamanho do dispositivo foi 8mm (variação: 6-16mm). Ocorreram 2 complicações imediatas graves (3,17%), que necessitaram intervenção percutânea ou cirúrgica: 1 perfuração de folheto aórtico, 1 embolização do dispositivo com resgate percutâneo. Não ocorreram óbitos. Foram descritos alterações do ritmo cardíaco, sem necessidade de intervenção além do uso de corticoesteróides em 23,8% dos pacientes. Não houve desenvolvimento de BAV intra-hospitalar. O tempo médio de seguimento foi de 29,9 meses (DP20,2 e variação 12-63,7 meses). A taxa de oclusão no seguimento foi de 95,2%. 2 (3,17%) pacientes desenvolveram BAV no seguimento com 4 e 90 dias de PO. Não ocorreram outras complicações significativas no seguimento. Os possíveis fatores de risco implicados foram analisados estatiscamente, a saber: idade ($p = 0,871$), tipo de CIV ($p = 0,627$) e relação dispositivo/CIV >1,2 ($p = 0,315$), >1,5 ($p = 0,771$) e > 2 ($p = 0,088$). **Conclusão:** O fechamento percutâneo de CIVpm com estes dispositivos pode ser realizado de forma segura e eficaz, porém o risco de desenvolvimento de BAV deve ser considerado e fatores de risco ainda não foram plenamente elucidados, apesar de haver uma tendência de maior risco com dispositivos maiores em relação ao tamanho da CIV.

TL-12

COMUNICAÇÕES INTERVENTRICULARES MUSCULARES ISOLADAS OU ASSOCIADAS A OUTROS DEFEITOS INTRA CARDÍACOS. COMO VENCER ESTE DESAFIO? PROPOSTA DE TÁTICA CIRÚRGICA

BEATRIZ HELENA SANCHEZ FURLANETTO, GLAUCIO FURLANETTO, EDUARDO MIRANDA TEIXEIRA, MARIA EMILIA N. TELLES, HELOISA MARIA KHADER, NAIARA BATISTA MATTOS, DIJAIR GOMES DE PONTES, CAIO MARQUES MARTINS

H Beneficência Portuguesa

Introdução: as comunicações interventriculares (CIVs) musculares são responsáveis por 10 a 15 % de todas as comunicações interventriculares. Quando associadas a outros defeitos congênitos podem ser fator de risco para morbimortalidade. A abordagem trans-atrial das CIVs musculares é considerada ruim, enquanto que a abordagem pelo VE pode causar aneurismas apicais ou disfunção ventricular e a incidência de defeitos residuais é de cerca de 10% nas crianças. **Objetivo:** propor tática cirúrgica simples que possibilite o tratamento das CIVs musculares isoladas ou em associação com outros defeitos congênitos. **Método:** de outubro de 2011 a setembro de 2016, foram tratados 36 pacientes portadores de CIVs musculares isoladas ou em associação a outros defeitos intracardíacos. As comunicações maiores foram tratadas da forma habitual com retalho de PTFE ou de pericárdio bovino. As CIVs musculares foram tratadas com técnica chamada “hot roll” pelos autores, tratando-se de pequenos “rollos” que são introduzidos nas CIVs musculares através do átrio direito e fixados nas bordas, funcionando como próteses oclusivas no interior do defeito. Dos pacientes 23 eram do sexo feminino, peso 7,8 kg (3,6 a 60 kg), idade 15,8 meses(1 a 60 meses), 12 pacientes tinham CIVs múltiplas isoladas, 24 cardiopatias associadas, sendo 3 insuficiência valvar mitral, 1 cortriatriatum, 3 DSAVP, 1 DSAVT, 6 CIA, 3 CoAo, 1TF, 3 EP, 1 Banda de VD, 2 PCA. **Resultados:** a abordagem das CIVs musculares através da técnica descrita ofereceu a possibilidade de tratamento em tempo único com resultados satisfatórios mesmo em recém nascidos evitando a correção em dois tempos. **Conclusão:** a técnica cirúrgica descrita para o fechamento das CIVs musculares tem a vantagem de ser realizada no mesmo ato operatório em que serão tratadas as CIVs perimembranosas ou os defeitos associados, sem necessidade de realização de ventriculotomia esquerda ou de procedimentos híbridos.

TL-13

TOMOGRAFIA DE MÚLTIPLOS CORTES: APLICAÇÃO NO PLANEJAMENTO DO IMPLANTE DE STENT EM PACIENTES PORTADORES DE COARCTAÇÃO DE AORTA

GIOLANA MASCARENHAS DA CUNHA, ALCIBIADES JUNIOR GRECO, RAUL ARRIETA, GERMANA CERQUEIRA COIMBRA, WALTHER ISHIKAWA, VALÉRIA DE MELO MOREIRA, PEDRO ALVES LEMOS NETO

Instituto do Coração – Incor – FMUSP

Introdução: O tratamento percutâneo da coartação de aorta (CoAo) é o método de eleição na grande maioria dos pacientes (pts). Geralmente a escolha do tamanho e tipos de balão e de stent, é feita no momento da intervenção segundo as medidas obtidas nas angiografias. A tomografia de múltiplos cortes (TMC) tem sido utilizada com fins diagnósticos e de seguimento nestes pts. porem o uso das medidas obtidas com a TMC para o planejamento tem sido pouco exploradas. **Objetivo:** Validar as medidas obtidas na TMC com as medidas realizadas durante o tratamento percutâneo ("padrão ouro") em pts com CoAo **Métodos:** Estudo retrospectivo observacional de uma coorte de pts tratados em forma percutânea. Critérios inclusão: CoAo localizada, com TMC previa. As medidas avaliadas foram arco aórtico (D1), istmo (D2) e aorta descendente (D3). O tomógrafo utilizado foi Toshiba Aquilion Advanced Multislice 320, cortes de 0,5 mm. As medidas angiográficas foram realizadas em sístole em diferentes projeções e a escolha do diâmetro do balão/stent foi realizado segundo a medida do istmo e ou do arco aórtico. Foi realizado teste de correlação de Pearson e de concordância de Bland Altman com programa SPSS 20. **Resultados:** Foram incluídos 52 pts submetidos a implante de stent na CoAo; 47 CoAo no istmo e 5 (cinco) no Arco. A idade e superfície corpórea foram 17,1 ± 14 anos e 1 ± 0,6 mm/m^2. Foram utilizados 37 stent convencionais e 15 cobertos. Não houve dificuldade na realização das medidas tomográficas em nenhum pts e houve excelente correlação entre as medidas obtidas pela TMC e das angiografias: D1 r = 0,93 R = 0,86; D2 r = 0,96 R = 0,93; D3 r = 0,94 R = 0,89. O método de Bland Altman mostrou excelente concordância entre as medidas, com uma media das diferencias de: D1 0,4 mm p = 0,18; D2 0,08 mm p = 0,55 e D3 0,47 p = 0,06. Os procedimentos foram realizados sem intercorrências. **Conclusão:** As medidas obtidas pela TMC tiveram uma excelente correlação e concordância com aquelas obtidas durante o procedimento, utilizadas para a escolha do diâmetro do balão /stent, podendo ser utilizadas de forma confiável para um correto planejamento antes do procedimento.

TL-14

TRANSLOCAÇÃO PULMONAR NA TRANSPOSIÇÃO CORRIGIDA COM ESTENOSE PULMONAR

JOSE CICERO GUILHEN, JOSE PEDRO DA SILVA, LUCIANA DA FONSECA, RODRIGO FREIRE BEZERRA, JOSE FRANCISCO BAUMGRATZ

Universidade Federal de São Paulo, Beneficiência Portuguesa de São Paulo

Introdução: A Transposição Corrigida das Grandes Artérias (TCGA) e uma anomalia congênita rara, que representa grande desafio para a equipe cirúrgica no que diz respeito à tecnica a ser utilizada para correção anatômica dessa doença. **Objetivo:** Avaliar o uso da Translocação Pulmonar associado à cirurgia de Senning na correção da TCGA. **Metodo:** Análise retrospectiva em prontuário dos casos de TCGA corrigidos com Técnica de Translocação associado a cirurgia de Senning. **Resultados:** De 2003 a 2015 foram operados 11 pacientes portadores de TCGA com a técnica descrita. A idade na operação variou de 2 meses a 11 anos de vida, peso de 5,6 a 36,5 quilos. Tempo de CEC 165 a 335 minutos, tempo de anóxia miocárdica de 110 a 255 minutos. Ampliação do anel pulmonar foi realizado em seis dos 11 pacientes com uso de monocúspide de pericárdio bovino. Não houve mortalidade operatória. **Conclusão:** A translocação pulmonar associada à Cirurgia de Senning é uma opção viável, com baixa mortalidade para tratamento da Transposição corrigida das grandes artérias associada à estenose pulmonar.

TL-15

TRATAMENTO PERCUTÂNEO E CIRÚRGICO DE COMUNICAÇÕES INTERVENTRICULARES PERIMEMBRANOSAS: ESTUDO COMPARATIVO

JULIANA RODRIGUES NEVES, WYNDIRA MARHALLE SIMIAO NUNES VENANCIO, CLEUSA CAVALCANTI LAPA SANTOS, FABIANA GOMES ARAGÃO, LUCIA MARIA VIEIRA DE OLIVEIRA SALERNO, CRISTINA DE PAULA QUIRINO MELLO, MARIA CRISTINA VENTURA RIBEIRO, FERNANDO RIBEIRO DE MORAES NETO

Instituto de Medicina Integral Professor Fenando Figueira

Introdução: O tratamento cirúrgico ainda é a abordagem de escolha para defeitos interventriculares do septo membranoso (CIVpm). O tratamento percutâneo, apesar de já bem estabelecido em sua técnica e ser reconhecido como alternativa, ainda necessita de estudos que avaliem sua eficácia e segurança principalmente em comparação à terapia convencional. **Objetivo:** Comparar os resultados do tratamento percutâneo e cirúrgico para CIVpm em centro de referência em cardiologia pediátrica. **Método:** Estudo retrospectivo descritivo observacional realizado através de busca ativa em banco de dados e análise de prontuários de pacientes submetidos a oclusão percutânea e cirúrgica de CIVpm por equipes especializadas em cardiopatia congênita. **Resultados:** De junho de 2009 a junho de 2016 foram identificados de 176 pacientes (52,8% do sexo masculino), sendo 66 (37,5%) do grupo percutâneo e 110 do cirúrgico. Os pacientes do grupo percutâneo eram mais velhos e menores do que aqueles tratados cirurgicamente (idade média de 10,2 vs. 3,81 anos – p < 0,001 e peso médio 33,6 Kg vs. 14,2 – p< 0,001). Da mesma forma, os defeitos foram estatisticamente maiores no grupo cirúrgico (Diâmetro maior em média de 6,14 mm vs. 8,54 mm – p < 0,001). O grupos percutâneo apresentou maior incidência de defeitos multifenestrados (40,9% vs. 12,9% - p < 0,001). O tempo médio de seguimento foi de 28 meses para o grupo percutâneo e de 35,5 meses no cirúrgico (p = 0,64). Não foram observadas diferenças significativas em termos de taxa de sucesso (98,5%x95,5%), mortalidade (0% e 2,7%), incidência de BAVT imediato (0(0%) vs. 3(2,8%) p=] ou BAVT tardio [2 – 4 dias e 3 meses (3%) vs 2 – persistentes com MP (1,8%)]. A incidência de shunt residual ao ecocardiograma no seguimento foi maior no grupo cirúrgico (4,5% vs. 20% - p= 0,05), bem como a incidência de complicações gerais (6,1% vs. 81,8% - p=), a saber: lesão vascular, embolização de dispositivos (1,7%), lesões valvares, necessidade de hemotransfusão, derrame pleural, paralisia diafragmática, infecção, entre outras e tempo de internamento em UTI (p < 0,001) e hospitalar (p = 0,003). **Conclusão:** Oclusão percutânea da pmVSD quando realizado em subgrupo selecionado de pacientes está associada a taxa de sucesso do procedimento semelhante sem aumento do risco de bloqueio cardíaco, quando comparado com o fechamento cirúrgico, porém a ocorrência tardia de BAVT no grupo percutâneo denota a importância do seguimento destes pacientes.

TL-16

USO DA ANGIOTOMOGRAFIA PARA DIAGNÓSTICO E MANEJO DA ORIGEM ANÔMALA DE CORONÁRIA ESQUERDA DA ARTÉRIA PULMONAR

DECIO CAVALET SOARES ABUCHAIM, GUILHERME SANTANA ANTUNES AZEVEDO, KARINA LUÍZA ZIMMERNANN

Hospital Santa Catarina

Introdução: Origem anômala da coronária esquerda do tronco pulmonar (ALCAPA) é uma mal formação rara, onde a artéria coronária esquerda origina-se do tronco pulmonar.Acomete 1 a cada 300.000 nascidos vivos e se não submetidos à cirurgia, 90% dos pacientes morrem em um ano. Em adultos é rara,a maioria dos pacientes que sobreviverem a infância, sofrem morte súbita. Dai a importância de um diagnóstico e tratamento precoce. A sobrevivência até a vida adulta, depende do desenvolvimento de circulação colateral e assim, o paciente pode ser assintomático. Para estes, o diagnóstico é difícil e ocasional. O surgimento da angiografia das artérias coronárias por tomografia computadorizada de 64 colunas (angio-TC) permite a realização de um correto diagnóstico. Uma vez dado,o tratamento é cirúrgico, ou por reimplante ou por criação de túnel intrapulmonar: Técnica de Takeuchi. **Descrição do caso:** Paciente de 11 anos,masculino, assintomático, seria submetido à cirurgia oftalmológica, encaminhado para avaliação cardiológica por sopro contínuo em bordo esternal esquerdo por tempo indeterminado. Foi submetido à eletrocardiograma, ecocardiograma, ressonância magnética,teste ergométrico e cintilografia,e nenhum destes foi capaz de dar diagnóstico. O teste ergométrico foi compatível com isquemia e a cintilografia sugeriu áreas de hipoperfusão e fibrose,o que levou a suspeita diagnóstica e realização da Angio-TC, que evidenciou origem anômala da artéria coronária esquerda que sai do tronco pulmonar,dando diagnóstico de ALCAPA. Submetido à correção cirúrgica, sem intercorrências. Angio-TC pós correção observou tronco da artéria coronária esquerda reinserido em aorta, com trajeto intrapulmonar, ligando-se ao terço médio da artéria descendente anterior, diminuição do calibre dos ramos da artéria coronária direita em relação ao exame pré. O paciente continua em acompanhamento por este serviço e permanece assintomático. **Comentários:** ALCAPA é uma cardiopatia rara, porém com elevada taxa de mortalidade. Se submetido à cirurgia, existe a promessa de excelente prognóstico, portanto seu diagnóstico precoce é imprescindível. Com a evolução dos exames de imagem, cada vez mais, pacientes mais velhos têm sido diagnosticados. A Angio-TC descreve com perfeição a anatomia das coronárias, se tornando padrão-ouro no diagnóstico. É um exame não invasivo, que não necessita de anestesia geral em crianças, não as expõe à radiação e permanece eficaz para acompanhamento pós-operatório

TL-17

SINDROME DO CORAÇÃO ESQUERDO HIPOPLÁSICO: O PAPEL DA ECMO COMO TERAPÊUTICA ADJUVANTE

RODRIGO FREIRE BEZERRA, JOSE PEDRO DA SILVA, LUCIANA DA FONSECA, JOSE CICERO GUILHEN

Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência

Introdução: A sindrome do coração esquerdo hipoplásico (SCEH) é um conjunto de anomalias cardíacas congênitas que consiste em hipoplasia significativa ou ausência do ventrículo esquerdo e hipoplasia da aorta ascendente. Sua incidência é de 1 a 5 para cada 10 mil nascidos vivos. **Descrição:** B.C.S nascido de parto cesárea, com diagnóstico no período pré natal de Sindrome do coração esquerdo hipoplásico (SCEH), foi admitido em unidade de terapia intensiva cardiológica,onde foi introduzida infusao contínua de prostaglandina. Foi submetido a cirurgia de Norwood-Sano no terceiro dia de vida. No período pós-operatório imediato,apresentou parada cardio respiratória.Realizadas manobras de ressuscitação cardio pulmonar sem reversão do quadro clínico,durante oitenta minutos.Instalado assistencia circulatória (ECMO), o qual permaneceu por sete (7) dias até recuperação clínica e retirada da assistência. Aos quatro (4) meses foi submetido ao segundo estágio cirúrgico,cirurgia de Glenn. Não houve sucesso no desmame da circulação extracorpórea,com baixo débito cardíaco e hipoxemia,sendo necessaria nova assistência circulatória (ECMO) na tentativa de estabilização clínica. ECMO foi mantida por 18 dias,quando conseguiu-se o desmame e retirada da assistência. **Comentários:** Enfatizar a importância de terapêuticas de assistencia circulatória em períodos pós -operatórios de cirurgias cardiovasculares congênitas,demonstrando sucesso e eficácia mesmo em patologias extremamente graves como a SCEH.

TL-18

ATIVIDADE DO FATOR DE CRESCIMENTO ENDOTELIAL VASCULAR DO MIOCÁRDIO DE CABRITOS JOVENS SUBMETIDOS AO TREINAMENTO VENTRICULAR RÁPIDO

RENATO SAMY ASSAD, EDUARDO AUGUSTO VICTOR ROCHA, TIAGO ALMEIDA MENICONI, MARIA CRISTINA DONADIO ABDUCH, LUIZ FELIPE PINHO MOREIRA, VERA DEMARCHI AIELLO, FABIO BISCEGLI JATENE

Instituto do Coração HCFMUSP

Introdução: Os mecanismos adaptativos envolvidos no retreinamento do ventrículo subpulmonar ainda não estão completamente estabelecidos, especialmente a taxa ideal de incremento da vascularização do miocárdio. **Objetivo:** Avaliar a neovasularização miocárdica pelo fator de crescimento do endotélio vascular (VEGF) em resposta à sobrecarga pressórica contínua versus intermitente. **Método:** Foram utilizados 21 cabritos jovens: Controle (n = 7, sem sobrecarga sistólica), contínuo (n = 7, sobrecarga sistólica contínua do VD), intermitente (n = 7, 12 horas/dia de sobrecarga sistólica intermitente do VD). A sobrecarga sistólica do VD foi mantida por 96 horas no grupo contínuo e por quatro períodos de 12 horas, alternados com 12 horas de descanso, no grupo intermitente. O dispositivo de bandagem dos animais do grupo Controle foi mantido desinsuflado. As medidas hemodinamicas foram tomadas diariamente, antes e após o ajuste da sobrecarga sistólica. Avaliações ecocardiográficas foram realizadas no pré-operatório e no final do protocolo de estudo. Após 96 horas de estudo, os animais foram mortos para avaliação dos parâmetros morfológicos (peso das massas cardíacas e análise imuno-histoquímica da expressão do VEGF). **Resultados:** Ao final do protocolo, o ecocardiograma revelou uma diferença significativa da espessura do VD no grupo Intermitente (+ 129,2%), quando comparado ao grupo Contínuo (+58,2%; $p < 0,001$) e de ambos os grupos de estudo quando comparados ao grupo Controle ($p < 0,001$). Sob a análise morfológica, ambos os grupos de estudo apresentaram ganho de magnitude semelhante nas massas do VD (Intermitente: +115,8%; Contínuo: + 90,8%; $p < 0,0001$) e do septo (intermitente: +55,8%; Contínuo: +45,4%; $p = 0,0002$), em relação ao grupo Controle, apesar do menor tempo de sobrecarga pressórica no grupo intermitente. A expressão do VEGF foi maior no VD do grupo intermitente (2,89% ± 1,09%; $p = 0,005$) em relação ao VD dos demais grupos (Controle: 1,43% ± 0,47%; Continuo: 1,80% ± 0,51%). **Conclusões:** A associação da hipertrofia miocárdica do grupo Intermitente com a maior expressão do VEGF tem implicações importantes quando se objetiva preparar um ventrículo para suportar pressões sistêmicas, uma vez que o desejável é que a proliferação vascular ocorra de forma sustentada e eficiente.

TL-19

INFLUÊNCIA DE BUNDLE NA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO EM SÍTIO CIRÚRGICO APÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA

ANA PAULA BIAZI MARRAS, ULISSES ALEXANDRE CROTI

Hospital da Criança e Maternidade, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Introdução: Infecção de sítio cirúrgico (ISC) é definida como aquela que acomete tecidos, órgãos e cavidades manipuladas durante procedimento cirúrgico, e que se manifesta na internação ou após a alta, podendo ocorrer até 30 dias de pós-operatório ou até 1 ano na presença de prótese; representa números expressivos nas taxas de morbimortalidade e repercute em danos potenciais na saúde das crianças acometidas. **Objetivo:** Testar a hipótese de que o bundle na prevenção da infecção de sítio cirúrgico (ISC) tem influência para a redução da infecção após cirurgia cardiovascular pediátrica, considerando as diferentes situações estruturais e físicas da Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica Pediátrica (UTI CardioPed). **Métodos:** Foram estudadas retrospectivamente 536 crianças submetidas à cirurgia cardiovascular, sendo 445 no Hospital de Base (HB) e 91 no Hospital da Criança e Maternidade (HCM). Os pacientes foram divididos em três grupos: Grupo 1 (n = 230) submetidos a procedimento cirúrgico no Hospital de Base (HB) antes da implementação do bundle; Grupo 2 (n = 215) operados no Hospital de Base (HB) após implementação do bundle e, Grupo 3 (n = 91) operados no Hospital da Criança e Maternidade (HCM) com uso do bundle mantido. Foram analisadas características demográficas e clínicas, diagnóstico de infecção de sítio cirúrgico (ISC) e evolução clínica dos pacientes que desenvolveram infecção de sítio cirúrgico (ISC). **Resultados:** Os três grupos apresentaram similaridade nas características demográficas e clínicas, com leve aumento do risco cirúrgico e tempo de exposição à ventilação mecânica nos Grupos 2 e 3. Houve redução da taxa de infecção de sítio cirúrgico (ISC) após implementação de bundle, passando de 10,9% (Grupo 1) para 6,5% (Grupo 2) e 2,2% (Grupo 3), assim como houve melhoria no desfecho da infecção e diminuição na quantidade óbitos. **Conclusões:** A implementação de bundle na prevenção de infecção de sítio cirúrgico (ISC) aliada às características estruturais e físicas da Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica Pediátrica (UTI CardioPed) foi efetiva na redução da infecção no período pós-operatório.

TL-20

IMPORTÂNCIA DA ARRITMIA NO PÓS OPERATÓRIO TARDIO DA CIRURGIA DE JATENE

NATALIA DE FREITAS JATENE, PATRICIA FIGUEIREDO ELIAS, JAQUELINE RIBEIRO CARDOSO, PAULA RODRIGUES SILVA MACHADO COSTA, THALYTA MADEIRA CORREA, ROGÉRIO SOUZA, IEDA BISCEGLI JATENE

Hospital do Coração - Associação do Sanatório Sírio

Introdução: A cirurgia de Jatene tem sido o principal tratamento para a transposição das grandes artérias (TGA) nos últimos 40 anos. A mortalidade precoce diminuiu significativamente ao longo do tempo, mas complicações a longo prazo incluem, entre outras, estenose da artéria pulmonar, obstrução coronariana, dilatação da raiz aórtica e desenvolvimento de arritmias. A maioria das arritmias pós operatórias tardias (mais de 30 dias) são descritas como associadas a lesões residuais ou anomalias das artérias coronárias. **Objetivo:** Avaliar incidência de arritmias no pós operatório tardio da cirurgia de Jatene. **Métodos:** Estudo retrospectivo de pacientes de um único centro, que realizaram cirurgia de Jatene no período de Set/1976 a Jun/2015. Foram avaliados 113 pacientes portadores de TGA operados, em seguimento ambulatorial em um serviço terciário. **Resultados:** Dos 113 pacientes avaliados, 19 (16,8%) apresentaram arritmia, havendo necessidade de implante de marcapasso definitivo em 9 deles (47,3%). Observamos menor incidência de arritmias em portadores de TGA simples (6 pacientes de um total de 66, com TGA simples – 9,1%), em relação aos outros tipos mais complexos (10 pacientes com arritmia, de 38 pacientes – 26,3%) ($p = 0,025$). A idade média à época da cirurgia foi maior nos pacientes que apresentaram arritmia durante seguimento (8,4 m +- 18,4 m vs 1,7 m +- 3,5 m) ($p = 0,03$). Insuficiência cardíaca foi observada com maior frequência no grupo de pacientes portadores de arritmias (5 pacientes de um total de 19 – 26,3%), comparada aos pacientes sem relato de arritmias (7 do total de 86 pacientes – 8,1%) ($p=0,03$). Não houve relação do aparecimento de arritmia com a presença de CIV residual ou anomalia coronariana. **Conclusão:** O desenvolvimento de arritmias foi associado a subtipos mais complexos de TGA, operados mais tardiamente e não foi associado com a presença de lesões residuais ou alterações coronarianas.

TL-21

AVALIAÇÃO CORONARIANA EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA DE JATENE

MARIANA NICOLETTI FERREIRA, TARCISIO JOSE DA SILVA JR, LEONARDO FIASCHI ZANCANER, HENRIQUE SIMAO TRAD, PAULO HENRIQUE MANSO

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

Introdução: A transposição das grandes artérias (TGA) é uma das mais comuns e importantes cardiopatias congênitas, apresenta-se de forma cianótica, incidindo entre 0,2 a 0,4 por 1000 nascidos vivos. O tratamento dessa anomalia é basicamente cirúrgico, sendo hoje bem estabelecida pela técnica de Janete. Com o avanço das técnicas cirúrgicas, pacientes passaram a ter garantia de uma melhor sobrevida, porém complicações operatórias tardias aparecerem em cerca de 10 a 20% dos casos. A obstrução coronariana, uma das complicações operatórias tardia, determina risco de vida e sua verdadeira incidência é desconhecida. Vários métodos podem ser empregados para o diagnóstico de obstrução coronariana nestes pacientes, entre eles a angiotomografia. O objetivo deste trabalho foi avaliar a circulação coronariana de pacientes em pós operatório tardio (POT) de cirugia de Jatene. **Metodologia:** Pacientes em POT de cirurgia de Jatene, em acompanhamento no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto tiveram suas circulações coronarianas avaliadas por meio da angiotomografia, ecocardiograma (ECO), teste cardio-pulmonar (TCP) e electrocardiogram (ECG). **Resultados:** Foram analisados 53 pacientes, com idade de 6 a 15 anos, sendo 70% do sexo masculino. Os achados do ECO mostraram uma mediana da fração de ejeção de 65% (54 – 83%) e 8% dos pacientes apresentam estenose supravalvar pulmonar importante. O volume de contraste utilizado na angiotomografia foi 1,4 ml/Kg e a média da dose de radiação foi 1,9 mSy (0,9 – 5,5 mSy). Nenhum paciente apresentou reação alérgica significativa. Uma única criança necessitou de sedação. Com a análise das imagens adquiridas foram encontrados dois pacientes com alterações anatômicas nas coronárias, porém assintomáticos, sendo um com estenose moderada de coronária direita e o outro com estenose grave de coronária esquerda, sendo que ambas não apresentaram sinais de isquemia ao ECG, e tiveram TCP sem sinais de isquemia, considerado satisfatório. **Conclusão:** A angiotomografia é um método eficaz e seguro para detectar alterações anatômicas nas artérias coronárias de pacientes em POT de Jatene. A alteração coronáriana nestes pacientes pode manifestar-se sem manifestações clínicas ou déficit de disfunção ao ecocardiograma e mesmo ao teste cardiopulmonar.

TL-22

AVALIAÇÃO TARDIA DE PACIENTES SUBMETIDOS A DERIVAÇÃO CAVOPULMONAR TOTAL: ASPECTOS CLÍNICOS, REINTERVENÇÕES E COMPLICAÇÕES QUE INTERFEREM NA MORBIMORTALIDADE

PAULA RODRIGUES SILVA MACHADO COSTA, NATALIA DE FREITAS JATENE, THALYTA MADEIRA CORREA, CRISTIANE FELIX XIMENES PESSOTTI, IEDA BISCEGLI JATENE

Hospital do Coração - Associação do Sanatório Sírio

Introdução: Os corações univentriculares correspondem a um grupo de cardiopatias congênitas, com diversas combinações anatômicas. A história natural é desfavorável com 64% de óbito na infância, sendo 50% no período neonatal. O tratamento é realizado através de estadiamento cirúrgico culminando com a realização de derivação cavopulmonar total (DCPT), como estágio final. **Objetivo:** Avaliar evolução tardia dos pacientes submetidos a DCPT, no que diz respeito a complicações apresentadas (trombos, enteropatia perdedora de proteína [EPP], disfunção ventricular e cirrose hepática) e necessidade de reintervenção, relacionando possíveis fatores que possam intervir na morbimortalidade: anatomia de base, idade de realização da DCPT, presença de fenestração, pressão arterial pulmonar (PAP), uso de ácido acetilsalicílico (AAS) ou anticoagulação oral. **Método:** estudo transversal de pacientes submetidos a DCPT, com tubo extracardíaco (TEC), de Jun/2003 a Jan/2016, que mantém acompanhamento ambulatorial. Dados obtidos por levantamento de prontuário. Realizada análise descritiva do diagnóstico, gênero, idade no momento da cirurgia, além das complicações, uso de medicamentos e função ventricular. **Resultados:** Foram analisados 57 pacientes, sendo 40 (70,2%) do sexo masculino e a com idade média na cirurgia de 4,45 ± 2,69 anos. Os diagnósticos pré-operatórios foram síndrome do coração esquerdo hipoplásico (24,6%), isomerismos (7%), ventrículo único tipo direito (21,1%) e tipo esquerdo (47,4%). Trinta e cinco pacientes (61,4%) não realizaram fenestração no TEC. Com relação a profilaxia antitrombótica, 43,9% utilizaram AAS, 45,6% Varfarina e 8,8% utilizaram ambas medicações. Vinte pacientes (35,1%) apresentaram algum tipo de complicação tromboembólica, sendo o sítio mais comum o TEC. Quando comparada a presença de trombo e profilaxia, o grupo de pacientes que utilizou AAS apresentou menor incidência de evento trombótico (p = 0,03). Não houve significância estatística na relação da presença de fenestração e PAP > 15 mmHg com aparecimento de EPP, formação de trombo, necessidade de medicações anticongestivas ou disfunção ventricular. Não foi encontrada cirrose hepática em nenhum paciente avaliado. **Conclusão:** Os pacientes que fizeram uso de AAS para profilaxia antitrombótica apresentaram menor incidência de trombo. As complicações analisadas não tiveram significância estatística durante seguimento, quando comparadas com os fatores que pudessem intervir na morbidade.

TL-23

PROCEDIMENTOS TRANSCATETER EM PACIENTES COM SÍNDROME DA HIPOPLASIA DO CORAÇÃO ESQUERDO

GRACE CAROLINE VAN LEEUWEN BICHARA, PAULO VASCONCELOS SILVA,, MARIA FERNANDA ZULIANI MAURO, ADNAN ALI SALMAN, JOSE ARMANDO MANGIONE, SALVADOR ANDRE B. CRISTOVAO

Beneficência Portuguesa de São Paulo

Introdução: Os pacientes com síndrome da hipoplasia do coração esquerdo (SHCE) estão mais propensos a necessitar de intervenções transcateter a medida que o prognóstico desta patologia tem melhorado ao longo dos anos. Vários procedimentos percutâneos podem ser realizados a fim de avaliar a hemodinâmica e estado morfológico e para melhorar o quadro clínico do doente. Revimos nossa experiência institucional do cateterismo cardíaco percutâneo em pacientes com SHCE. **Métodos:** Estudo retrospectivo de todos os pacientes HLHS que foram submetidos a cateterismo cardíaco entre 2006 e 2015 em nossa instituição. **Resultados:** Foram identificadas 273 operações realizadas em 162 pacientes com SHCE. Quarenta por cento dos pacientes (66 pacientes) necessitaram de um total de 209 procedimentos transcateter (diagnósticos ou terapêuticos). Vinte procedimentos foram realizados após a primeira fase do tratamento paliativo (pós-Norwood) (9,5%), com a idade média de 7,4 ± 3,6 meses, 139 foram depois da segunda fase (pós-Glenn) (66,5%), com a idade média de 2,2 ± 1,6 anos e 50 procedimentos foram pós-terceira fase (pós-Fontan) (24%), com a idade média de 6,3 ± 3,2 anos. Os procedimentos foram mais comumente realizados em pacientes pós-segunda etapa em comparação com pacientes após outras etapas (p = 0,016). Cinquenta e dois pacientes (78,9%) necessitaram de 78 intervenções terapêuticas. Da mesma forma, as intervenções foram mais comumente necessárias em pacientes pós-segunda etapa (65,3%) (p = 0,042). Intervenções realizadas incluíram embolização de colaterais sistêmico-pulmonar = 64%, angioplastia com stent em artérias pulmonares = 18%, embolização de conexões veno-venosas = 4%, angioplastia com balão de artérias pulmonares = 4%, aortoplastia com balão ou stent = 4%, abertura de fenestração com balão ou stent = 2%, oclusão de fenestração = 2%, colocação de stent em sistema venoso = 2%. O número médio de procedimentos / paciente foi 3,16 ± 1,88 (intervalo 1-10). O número médio de intervenção / paciente foi de 1,5 ± 1,3 (intervalo 1-5). A maioria dos procedimentos (72%) foram realizadas a partir de 2010. **Conclusão:** O tratamento ótimo para pacientes com SHCE é um processo em evolução. Os procedimentos transcateter são comumente necessários e contribuem para o sucesso do tratamento paliativo. Mais comumente temos realizado cateterismo diagnóstico e intervenções após a segunda fase do tratamento, na preparação do paciente para a cirurgia de Fontan.

TL-24

TRATAMENTO DA COARTAÇÃO DA AORTA COM STENT EM CRIANÇAS < 30KGS: RESULTADOS IMEDIATOS E DE LONGO-PRAZO

MARCELO SILVA RIBEIRO, VINÍCIUS CÔGO DESTEFANI, AMANDA MARQUES VICENTE, RODRIGO NIECKEL DA COSTA, SIMONE ROLIM F. FONTES PEDRA, DANIELA LAGO KREUZIG, VALMIR F.FONTES, CARLOS AUGUSTO CARDOSO PEDRA

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia

Introdução: O uso de stents para o tratamento percutâneo da coartação da aorta (CoAo) em crianças apresenta alguns desafios como: possíveis limitações de acesso vascular e escassez de dados na literatura em relação à necessidade de reintervenções. **Objetivo:** Avaliar a segurança e eficácia do tratamento com stent da CoAo em crianças, com ênfase no seguimento clínico de longo-prazo. **Método:** Estudo clínico observacional de uma coorte de crianças < 30 kg com CoAo submetidas ao procedimento entre abril/2009 e dezembro/2015. A via de acesso foi a carotídea em pacientes < 10 kg. Foram usados stents redilatáveis até o diâmetro da aorta de adulto. Os dados demográficos, clínicos, hemodinâmicos e de seguimento foram coletados retrospectivamente. Os desfechos avaliados incluíram: complicações imediatas e tardias, persistência de hipertensão arterial e necessidade de reintervenção. **Resultado:** Amostra de 37 pacientes (25 masculino, 27 com CoAo nativa e 1 com hipoplasia do arco), com médias de idade e peso de 5,4 ± 3,4 anos e 20,7 ± 11,0 kg, respectivamente. Imediatamente, o gradiente pico-pico caiu de 33,7 ± 15,1 para 5,4 ± 5,3 (p < 0,01) e a relação do diâmetro CoAo/Aorta descendente aumentou de 0,40 ± 0,16 para 0,95 ± 0,20 (p < 0,01). Não houve óbito ou complicações graves imediatas. Trinta e quatro pacientes foram acompanhados por um período médio de 43,1 ± 19,4 meses. A tomografia de controle, obtida em 26 pacientes (23,1 ± 17,6 meses após), mostrou integridade do stent em todos. Cinco ainda apresentavam hipertensão arterial com necessidade de medicação. Sete pacientes necessitaram de reintervenção percutânea 36,1 ± 19,0 meses após o tratamento inicial. Razões para reintervenção: aneurisma da aorta (1), coartação residual (1), redilatação para adequação ao crescimento somático (5); todos realizados com sucesso. Um paciente necessitou cirurgia devido à hipoplasia residual do arco, 15,1 meses após, com evolução satisfatória. **Conclusão:** O implante de stent para tratamento da CoAo em crianças pequenas foi seguro e eficaz, com redução do gradiente pressórico e normalização do calibre da aorta. Uma taxa significativa de reintervenção foi observada, porém constituída, em sua maioria, de procedimentos previamente programados para adequação do stent ao crescimento somático. Da mesma forma, a redilatação tardia do stent se mostrou factível, segura e eficaz.

TL-25

FECHAMENTO PERCUTÂNEO DE CANAL ARTERIAL (CA) EM LACTENTES DE BAIXO PESO: O QUE APRENDEMOS NOS ÚLTIMOS ANOS

RENATA MATTOS SILVA, RAIZZA FERNANDES DA COSTA, LUCIANA ALMENARA PEREIRA, GABRIELA DE MESQUITA FERREIRA BERNARDO, ALEXANDRE MARQUES ABLA, FABIO BERGMAN, PAULO SOARES, VICTOR HUGO DE OLIVEIRA

Instituto Nacional de Cardiologia

Introdução: A oclusão percutânea do CA com próteses é prática bem estabelecida. Porém lactentes de baixo peso são comumente encaminhados à cirurgia. **Objetivos:** Demonstrar a experiência do nosso serviço com o fechamento percutâneo de CA em crianças com menos de 7 kg nos últimos 5 anos. **Métodos:** Revisamos todos os prontuários de pacientes submetidos a oclusão percutânea de CA de janeiro de 2011 a agosto de 2016. Analisamos características dos pacientes (sexo, idade, peso, quadro clínico), dos CAs (classificação de Krichenko e diâmetro na extremidade pulmonar) e do procedimento (tipo e tamanho da prótese implantada, sucesso ou insucesso, tempo de internação e complicações). **Resultados:** De 252 pacientes encaminhados para fechamento do CA, 15 (5,9%) tinham menos de 7 kg. Destes, 8 eram do sexo feminino e 7 do sexo masculino. As idades variaram de 2 meses a 1 ano de idade e os pesos, de 5 a 7 kg (mediana 6,7 kg). Doze pacientes tinham clínica de insuficiência cardíaca congestiva (ICC); 1 apresentava hipertensão pulmonar e 1 foi encaminhado por sobrecarga cavitária ao ecocardiograma. Três pacientes também eram portadores de síndrome de Down e a presença de outras malformações cardíacas ocorreu em 4 pacientes. Malformações extracardíacas foram observadas em 2 pacientes. A maioria dos CAs eram tipo A, porém 2 (13%) eram tipo C. O diâmetro do CA no extremo pulmonar variou de 3 a 6mm (mediana 4 mm). Implantamos próteses em 14 pacientes; 1 CA tipo C medindo 6mm não foi abordado. Dos 14 CAs tratados, 6 receberam próteses Amplatzer (sendo 1 prótese de CIV muscular, 1 ADO II e o restante ADO I), 7 próteses Cera e 1 prótese PFM PDA-R. Houve shunt residual em 2 pacientes. Não houve obstrução de aorta descendente ou de ramos pulmonares. Não houve nenhum óbito ou complicação vascular relacionados ao procedimento. **Conclusão:** Os lactentes com menos de 7kg com CA são pacientes mais graves, com comorbidades, em que existe urgência no tratamento e nos quais o tratamento menos invasivo é mais adequado. Observamos que o procedimento é seguro, e que preferencialmente devemos dispor de diferentes tipos de próteses para assegurar a eficácia do tratamento.

TL-26

IMPLANTE DE STENT NA VIA DE SAÍDA DE VENTRÍCULO DIREITO EM CRIANÇAS COM HIPOFLUXO PULMONAR COMO PONTE PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CORREÇÃO TOTAL

MARIANA BITENCOURT AFFLALO, RAUL ARRIETA, LUIZ JUNYA KAJITA, MÔNICA SATSUKI SHIMODA, GIOLANA MASCARENHAS DA CUNHA, MARCELO BISCEGLI JATENE, NANA MIURA, GUSTAVO FORONDA

Instituto do Coração HC-FMUSP

Introdução: Em pacientes (pt) com cardiopatia congênita (cc) "tipo Fallot" com anatomia e ou condição clinica desfavorável, o tratamento cirúrgico paliativo através de anastomose de Blalock Taussig (BT) tem sido o método de escolha. Porém a morbi-mortalidade neste grupo de pt permanece elevada. O implante percutâneo de stent na via de saída do ventrículo direito (VSVD) recentemente tem sido utilizado como uma alternativa terapêutica "ponte" para tratamento cirúrgico definitivo neste tipo de pts. **Objetivo:** Avaliar o implante de "stent" na VSVD, como ponte ao tratamento cirúrgico definitivo em pacientes (pt) com cardiopatias congênitas tipo Fallot com anatomia e ou condição clinica desfavorável. **Casuística e método:** Estudo retrospectivo de coorte de pacientes submetidos ao implante de stent na VSVD de 06/2013 a 06/2016. Critérios de inclusão foram: hipoplasia anulo-valvar pulmonar e/ou das artérias pulmonares e/ou crise de cianose persistente ao tratamento clinico. Os procedimentos foram realizados em sala de hemodinâmica através de acesso venoso femoral ou sala hibrida através de punção direta do ventrículo direito. Nos casos de atresia valvar pulmonar foi realizada perfuração e posterior implante de stent. **Resultados:** Foram incluídos 14 pacientes com mediana de idade e peso de 28,5 dias de vida (6d-12 a) e 3,2 kg (2,4-35 kg), respectivamente. Os diagnósticos foram Atresia pulmonar com CIV (9 pt), Tetralogia Fallot (4 pt) e dupla VSVD (1 pt). Seis pt tinham algum procedimento prévio: BT 5pt e stent no canal arterial 1 pt. Em dois pt o procedimento foi realizado em caráter de urgência. A via de acesso foi: percutâneo 12 pt e hibrido 2 pt. Houve sucesso do procedimento em todos casos e um pt apresentou PCR revertida durante o procedimento. Durante o seguimento, houve necessidade de reintervenção em 2 pt (dilatação do stent). A cirurgia de correção total foi realizada em oito pt com tempo médio de 286 ± 129 dias após implante do stent; em três pt o stent foi retirado totalmente, três parcialmente e em dois não foi removido. Cinco pt aguardam cirurgia e um perdeu seguimento. **Conclusão:** Implante de stent em VSVD mostrou-se alternativa terapêutica paliativa segura e eficaz como ponte para correção cirúrgica total.

TL-27

VIABILIDADE, SEGURANÇA E EFICÁCIA DA DILATAÇÃO COM CATETER-BALÃO DAS BANDAGENS PULMONARES APÓS PROCEDIMENTO HÍBRIDO PARA SÍNDROME DA HIPOPLASIA DO CORAÇÃO ESQUERDO E VARIANTES

NATALIA DE FREITAS JATENE, SIMONE ROLIM F. FONTES PEDRA, MARCELO BISCEGLI JATENE, CARLOS AUGUSTO CARDOSO PEDRA, MARCELO SILVA RIBEIRO, RODRIGO NIECKEL DA COSTA, IEDA BISCEGLI JATENE. CARLOS REGENGA FERREIRO

Hospital do Coração

Introdução: A abordagem híbrida tem sido aplicada na paliação inicial de pacientes com síndrome da hipoplasia do coração esquerdo (SHCE) e variantes. O ajuste adequado das bandagens das artérias pulmonares (BP) é o aspecto crucial do procedimento. Constrição excessiva podem cursar com hipoxemia no período pós operatório (PO) imediato ou no período inter estágios. O manejo ideal destes pacientes permanece obscuro. **Objetivos:** Avaliar a viabilidade, segurança e eficácia da dilatação com cateter-balão das BP no manejo de pacientes com SHCE e variantes, que realizaram procedimento híbrido no período neonatal. **Métodos:** Estudo observacional de uma coorte de pacientes, retrospectivo. Bandagens realizadas com fitas de PTFE (3 mm). Indicação do procedimento baseada na clínica (Sat<70%) e gradientes elevados à ecocardiografia (> 60-70 mmHg). Procedimento sob anestesia geral, com cateteres terapêuticos 6F e cateteres-balão de coronária (2,5 a 3,5 mm). Variáveis para análise de desfechos: aumento do diâmetro no local dilatado, incremento da Sat, redução do gradiente pela ecocardiografia, viabilização da cirurgia de Norwood-Glenn (NG). **Resultados:** Entre Mar/2012 e Jan/2016, de 68 pacientes submetidos a procedimento híbrido, 7 pacientes foram encaminhados à dilatação das BP com mediana de idade e peso de 60 dias e 2900g, respectivamente. Cinco tinham SHCE clássica e 2, variantes. Três realizaram intervenções adicionais: atrioseptostomia, implante de stent no canal, implante stent no arco e em veia vertical. Foram dilatadas 12 BP, com sucesso, com mediana de 60 dias após a cirurgia inicial. Arritmias ocorreram em 3 pacientes. Em um caso houve embolia aérea durante procedimento adicional sem repercussão clínica. Não houve mortalidade. Um paciente realizou nova dilatação da BP esquerda devido hipoxemia e instabilidade clínica. Observado aumento do diâmetro mínimo da bandagem de 0,8+/-0,5 para 1,7+/-0,5 mm (p < 0,001), Sat O2 de 67+/-9 para 83,8+/-3,8% (p < 0,001) e redução do gradiente de 80+/-15 para 59+/-11 mmHg (p < 0,001). Em 6 pacientes foi possível postergar a Cirurgia de NG para um período ao redor de 6 meses. Um realizou correção biventricular. Não se observou lesão ou rotura das BP ou vasos. **Conclusões:** A dilatação das BP no PO de Híbrido para SHCE e variantes foi viável, segura e eficaz, resultando em melhora clínica e realização da Cirurgia de NG em momento oportuno. O mecanismo de ação provável é o estiramento do PTFE, sem prejuízo aos vasos abordados

TL-28

O IMPACTO DA ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONÁRIAS NA AVALIAÇÃO DA DOENÇA DE KAWASAKI ? SÉRIE DE CASOS

GABRIELA DE MESQUITA FERREIRA BERNARDO, SALEM DALLA BERNARDINA FRAGA, RAIZZA FERNANDES DA COSTA, VIVIANE CAMPOS BARBOSA DE SENA, ALEXANDRE MARQUES ABLA, DANIELLE ALVES SOARES, CARLA B FARIAS, ADRIANA MACINTYRE INNOCENZI

Instituto nacional de cardiologia

Introdução: Doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite aguda, auto limitada que acomete lactentes e crianças jovens. O aneurisma gigante das artérias coronárias é a complicação mais grave da doença, com alta letalidade, chegando a acometer até 15% a 25 % das crianças não tratadas e até 4% das tratadas. A avaliação clínica muitas vezes não sugere a gravidade dos casos, visto que, mesmo os pacientes com aneurismas gigantes, podem ser assintomáticos. O ecocardiograma é o exame rotineiramente utilizado no seguimento destes pacientes, já que a porção inicial das coronárias pode ser analisada. Entretanto, a angiotomografia de coronárias (angio TC) é um método com maior acurácia para a avaliação do território coronariano, que pode definir mudanças na conduta terapêutica. **Objetivo:** Comparar os achados do ecocardiograma e angio TC de coronárias em pacientes portadores de doença de Kawasaki e aneurisma de coronárias. **Método:** Analise retrospectiva de casos com diagnóstico de DK em acompanhamento ambulatorial no Instituto Nacional de Cardiologia com avaliação descritiva dos achados do ecocardiograma, angio TC, classe funcional e terapêutica. **Resultados:** Foram avaliados 5 pacientes, sendo 4 do sexo masculino, com idade entre 5 e 13 anos. Quatro pacientes realizaram imunoglobulina e antiagregante plaquetário no quadro agudo da doença. O ecocardiograma evidenciou dilatação ou aneurisma de coronária esquerda proximal em todos os pacientes e acometimento da artéria coronária direita em 3 casos. Todos os pacientes foram submetidos a angio TC em tomógrafo de 64 canais, Siemens, com trigger cardíaco e uso de betabloqueador venoso. Observou-se no paciente 1, aneurisma gigante com trombo e placas de cálcio em descendente anterior (DA) e artéria circunflexa (CX). No paciente 2 observou-se aneurisma gigante, trombo e suboclusão da DA e CX. Coronária direita (CD) com redução luminal proximal. O paciente 3 apresentou aneurisma e calcificação em DA e CD com aneurisma gigante, suboclusão e calcificação. O paciente 4 apenas ectasia da DA. O paciente 5 apresentou aneurisma gigante com trombo e calcificação em DA e CD. Os pacientes encontram se em seguimento clínico e NYHA 1. Após a angioTC, a terapêutica foi reavaliada. **Conclusão:** Nessa série de casos, identificou se superioridade da angioTC visto que as artérias coronárias são visualizadas apenas na porção proximal ao ecocardiograma, não sendo possível avaliar a extensão das lesões, quantificação de calcificação e formação de trombos.

TL-29

ALTERAÇÕES CARDIACAS EM PORTADORES DE MUCOPOLISSACARIDOSE

LUCIA MARIA VIEIRA DE OLIVEIRA SALERNO, RAIZA SOUZA LANDIM, NATALIA DE SOUTO LEITE, PEDRO RAFAEL SALERNO, CAROLINA VIEIRA DE OLIVEIRA SALERNO, JULIANA VIEIRA DE OLIVEIRA SALERNO

Fundação Altino Ventura

Introdução: As Mucopolissacarídoses (MPS) são doenças metabólicas congênitas decorrentes da deficiência de enzimas lisossomais responsáveis pela degradação de glicosaminoglicanos (GAGs), que se acumulam nos lisossomos, resultando em morte celular e disfunção orgânica progressiva. O acometimento cardíaco é variável e contribui para a morbimortalidade da doença. **Objetivo:** Avaliar as alterações cardiológicas e ecocardiográficas em portadores de diferentes tipos de MPS. **Métodos:** Foi realizado estudo prospectivo observacional em 27 portadores de MPS, com diagnóstico enzimático, idade de 3-21 anos, mediana = 11 (14 homens), 2 pacientes eram tipo I, 7 tipo II, 3 do tipo IV e 15 tipo VI. Vinte e três pacientes faziam reposição enzimática. Os pacientes foram analisados de acordo com alterações clínicas, eletrocardiográficas (ECG) e ecocardiográficas (ECO), comparando os achados cardiológicos entre os diversos tipos de MPS, o tempo de reposição enzimática e severidade das lesões valvulares. **Resultados:** Apesar do ECO estar alterado em todos os pacientes e 74,1% referir cansaço aos esforços ou palpitações, apenas 55,6% apresentavam sopro e 7,4% apresentavam sobrecarga ventricular no ECG. Em todos os pacientes o ritmo era sinusal e em 22,2% havia distúrbio de condução no ramo direito. A função sistólica foi normal em todos, porem 30,8% apresentava disfunção diastólica. Hipertensão arterial pulmonar leve foi encontrada em 33,3% e hipertensão arterial sistêmica em 25,9%. Um paciente era portador de prótese biológica mitral. Nos 26 pacientes restantes a valva mitral estava espessada em 92,3%, espessada sem disfunção em 29,1%, em 75% havia insuficiência mitral discreta ou moderada e em 3,7% dupla lesão mitral (estenose moderada). A valva aórtica estava afetada em 70,4% dos pacientes, 11,1% com dupla lesão e 59,3% com insuficiência (em dois moderada e um importante). Havia insuficiência tricúspide leve ou moderada em 33,3%. Hipertrofia ventricular esquerda esteve presente em 44%. Os pacientes do grupo IV apresentavam menos lesões valvulares mitral (p = 0,035) apesar de nenhum fazer reposição enzimática. **Conclusão:** As lesões valvares são mais comuns nas MPS nas quais há deposição de dermatan sulfato principalmente nas MPS tipo I, II e VI, os quais apresentam elevada prevalência de valvopatia mitral e aórtica com predomínio de insuficiência, apesar da reposição enzimática. Recomenda-se avaliações ecocardiográficas frequentes ao longo da vida nestes pacientes

TL-30

ECOCARDIOGRAFIA FUNCIONAL: A INTEGRAL VELOCIDADE-TEMPO E O PICO DA VELOCIDADE MÁXIMA DO FLUXO NAS VIAS DE SAÍDA DOS VENTRÍCULOS SÃO BOAS ESTIMATIVAS DO DÉBITO CARDÍACO NO PERÍODO NEONATAL

MARINA MACCAGNANO ZAMITH, JULIANA SAMPAIO ROSA, SIMONE DE ARAUJO NEGREIROS FIGUEIRA, CRISTIANE METOLINA, JUNIA SAMPEL, CRISTINA NUNES DOS SANTOS, RUTH GUINSBURG, ANTONIO CARLOS DE CAMARGO CARVALHO

UNIFESP

Introdução: O débito cardíaco avaliado pela ecocardiografia funcional(Ecof) está sujeito a erro por baixa precisão na mensuração do diâmetro das vias de saída dos ventrículos. O uso da integral velocidade-tempo (VTI) e o pico da velocidade máxima(Vel.max) do fluxo nas vias de saída para avaliar o DC não está estabelecido no recém-nascido (RN). **Objetivo:** Correlacionar as medidas da VTI e Vel.max do fluxo nas vias de saída dos ventrículos com o DC pelo Ecof em RN. **Método:** Estudo transversal de RN internados em UTI Neonatal submetidos a Ecof de mar/2015-jun/2016 para avaliação hemodinâmica por equipe específica de neonatologistas em aparelho Siemens, modelo Acuson X300. Parâmetros ecocardiográficos analisados para cálculo do DC de ventrículo direito(VD) e esquerdo(VE): frequência cardíaca (FC), diâmetro das vias de saída do VE e VD (Diam), VTI e Vel.max. Avaliou-se correlação entre VTI e DC e entre Vel.max e DC para cada ventrículo por regressão linear, controlando-se FC e Diam. **Resultados:** Foram avaliados 82 exames de Ecof em 29 RN (IG: 29 ± 4 semanas; PN: 1425 ± 947 g). O Ecof foi solicitado com 3dias (Percentil 25-75: 1-11 dias). Dos 29 RN, 80% estavam em ventilação mecânica e 42% com drogas vasoativas. Ecof indicado para avaliar: canal arterial (52%), débito cardíaco (17%) e hemodinâmica pulmonar (16%). No VD: DC = 283 ± 137 mL/kg/min, VTI = 9,2 ± 3,3 cm e Vel.max 0,77 ± 0,2 cm/s. No VE: DC = 232 ± 78 mL/kg/min, VTI = 9,8 ± 2,9 cm e Vel.max = 0,86 ± 0,2 cm/s. No VD, cada cm a mais na VTI representou aumento de 27,9 mL/kg/min no DC (IC95%: 20,7-35,2; r2 = 0,424) e cada cm/s a mais na Vel.max representou aumento de 123,3 mL/kg/min (IC 95%: 29,9-216,7; r2 = 0,189). Para VE, cada cm a mais de VTI mostrou um aumento de 16,0 mL/kg/min no DC (IC 95%:11,3-20,7; r2 = 0,407) e cada cm/s a mais na Vel.max associou-se a aumento de 101,7 mL/kg/min (IC 95%: 37,8-166,0; r2 = 0,175). **Conclusão:** Na avaliação do DC, VTI e Vel.max apresentaram boa correlação com o DC, podendo ser utilizadas para a sua estimativa na prática clínica.

TL-31

AVALIAÇÃO ECOCARDIOGRÁFICA NO PÓS-OPERATÓRIO DA TETRALOGIA DE FALLOT: A FIBROSE MIOCÁRDICA NA ÉPOCA DA CORREÇÃO TEM IMPACTO TARDIO NA FUNÇÃO DIASTÓLICA E NOS ÍNDICES DE DEFORMAÇÃO MIOCÁRDICA

CLAUDIA REGINA PINHEIRO DE CASTRO, MARIA ANGÉLICA BINOTTO, MARIA CECILIA KNOLL FARAH, MARIA CRISTINA DONADIO ABDUCH, NANA MIURA, MARCELO BISCEGLI JATENE, WILSON MATHIAS JUNIOR, VERA DEMARCHI AIELLO

Instituto do Coração HC FMUSP

Introdução: Previamente demonstramos que o remodelamento histológico do miocárdio à época da correção da Tetralogia de Fallot (TF) influenciou na função do ventrículo direito (VD) no pós-operatório (PO) imediato. Não se sabe se tais alterações podem impactar tardiamente na função ventricular. **Objetivo:** Avaliar tardiamente em coorte de pacientes (pac) submetidos à correção da TF, parâmetros ecocardiográficos da função do VD e correlacioná-los à fração de área de fibrose miocárdica avaliada em amostras coletadas na cirurgia. **Métodos:** Estudamos coorte de 18 pac com TF corrigida:15 masculinos, idade média 31,3 meses na correção, atual 128,4 meses e evolução média de 96,6 meses. Amostras cirúrgicas do VD foram histologicamente avaliadas para quantificar fibrose. Pelo Doppler tecidual avaliamos as velocidades miocárdicas sistólica e diastólicas (S', e', a') em quatro tempos: antes da cirurgia, nos primeiros 3 dias PO, entre 30-90 dias e no seguimento tardio atual (PO2). Excursão sistólica do anel tricuspídeo -TAPSE e índice de deformidade (strain) sistólica longitudinal global e regional foram analisadas no PO2. **Resultados:** Insuficiência pulmonar (IP) era moderada/acentuada em 15 (75%) pac no PO2, sem diferença quanto ao grau de fibrose miocárdica em relação aos casos com IP leve/ausente (Fisher, p = 0,58). A velocidade a' na parede lateral do VD diminuiu significativamente após a cirurgia e persistiu anormal no PO2 (RM ANOVA p < 0,001). Houve correlação negativa significante entre a velocidade e' no PO2 e a área de fibrose miocárdica (p = 0,02; r = -0,54) e correlação positiva entre fibrose e a relação E (pico da velocidade de enchimento diastólico) /e' (p = 0,0002; r = 0,787). O TAPSE foi menor que o limite inferior da normalidade em 15 pac. O strain sistólico global do VD foi anormal no PO2 (< 2 desvios-padrão (DP) do normal: 17 pac) e diferiu regionalmente na porção média do septo (< 2DP: 6 pac) e no segmento médio da parede lateral (< 2DP: 1 pac). Houve correlação negativa entre a fibrose miocárdica e strain sistólico no segmento médio septal (p = 0,0376; r = -0,493) mas não com índices globais de deformação miocárdica.**Conclusão:** A fibrose miocárdica avaliada em amostras cirúrgicas associou-se com alterações tardias da função diastólica do VD e do índice de deformação no segmento médio septal. As diferenças regionais podem corresponder à adaptação dos componentes do VD no PO e às condições de carga. Aparentemente, a fibrose não influencia a função sistólica tardia.

TL-32

ASPECTOS CLÍNICOS, ELETROCARDIOGÁFICOS E ECOCARDIOGRÁFICOS NA CARDITE SUBCLÍNICA

CLEUSA CAVALCANTI LAPA SANTOS, MARIA CRISTINA VENTURA RIBEIRO, LURILDO CLEANO RIBEIRO SARAIVA

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

Introdução: A febre reumática(FR) persiste um grave problema de saúde pública e o comprometimento cardíaco a sua mais grave manifestação. Cardite clinicamente manifesta é uma entidade bem definida e com achados clínicos bem estabelecidos na literatura. O comprometimento subclínico do coração persiste um desafio e sua evolução tardia ainda não é adequadamente estabelecida. **Objetivo:** avaliar um grupo de crianças em primeiro surto de FR com manifestação de coreia e/ou artrite e ausculta cardíaca normal. **Métodos:** foram avaliadas 27 crianças com idade que variou de 5 a 13 anos (média de 8,6 anos). 17(63%) eram do gênero feminino e 10 (37%) do gênero masculino. Avaliação clínica, laboratorial, eletrocardiográfica e estudo ecocardiográfico forami realizados em todos os pacientes. **Resultados:** artrite foi manifestação encontrada em 17(63%) dos casos, coreia em 11 (41%) e nódulos subcutâneos em 2 (7%). Avaliação eletrocardiográfica evidenciou PR normal em todos os pacientes, porem intervalo QTc aumentado em 8 (29,6%). O ecocardiograma evidenciou comprometimento valvar patológico em em 17(63%) com acometimento, por ordem de frequência, das valvas mitral, mitral e aórtica e aórtica. Após 8 anos reavaliamos 8 dos 17 pacientes com comprometimento valvar e 3 persistiram com lesão. **Conclusão:** o ecocardiograma mostrou-se superior à ausculta cardiaca para detecção de lesão valvar leve, e cardite subclinica não deve ser considerada uma manifestação benigna já que as lesões podem persistir.

TL-33

ACOPLAMENTO MECÂNICO: COMO O VENTRÍCULO DIREITO SE ADAPTA A CONDIÇÕES HEMODINÂMICAS SISTÊMICAS? ESTUDO PILOTO EM SITUAÇÕES ANATÔMICAS DIFERENTES

LEANDRO ALVES FREIRE, VERONICA MARTINS RIBEIRO, ANA MARIA THOMAZ, SONIA MARIA FERREIRA DE MELO MESQUITA, NANA MIURA, ANTÔNIO AUGUSTO LOPES

Instituto do Coração - InCor

Resumo: Diversos parâmetros são utilizados para análise da função do ventrículo direito (VD), como os índices ecocardiográficos, radioisotópicos e de ressonância magnética cardíaca. Tem-se, frequentemente, utilizado a fração de ejeção. O volume diastólico final do VD indexado também tem sido considerado. Entretanto, nenhuma dessas variáveis aborda de forma específica a contratilidade em função da pós-carga. Índices mais precisos, como medidas de acoplamento mecânico, tem sido cada vez mais citados. A metodologia para sua obtenção é complexa e aborda a contratilidade (expressa como elastância máxima, Emax, em curvas de pressão-volume) corrigida para a pós carga (elastância arterial, Ea). Tentativas de simplificação tem sido pesquisadas, como o índice de acoplamento resultante da relação entre o volume sistólico (ejetado) do VD e volume sistólico final do VD (VS/VSF).
Tivemos como objetivo principal desse trabalho, estudar, comparativamente, o índice relacionado ao acoplamento mecânico em situações de sobrecarga ventricular direita sistêmica, tais como: hipertensão arterial pulmonar idiopática (HAPi), transposição corrigida das grandes artérias (TCGA) e após a cirurgia de Senning (TGA). Outros marcadores de disfunção serão apresentados em paralelo. Neste estudo piloto, procuramos usar o índice equivalente (VS/VSF), que embora limitado pela excessiva simplificação, fornece dados interessantes quando relacionados a outras medidas usuais na prática clínica (FEVD, BNP plasmático, índices ecocardiográficos). Tomando-se todos esses parâmetros em conjunto, inclusive o índice de acoplamento, observa-se, dentro dos limites de uma verificação-piloto, que pacientes com HAPi tendem a se situar numa condição funcional mais grave quando comparados a indivíduos com TCGA e TGA, em idades parecidas.
Contudo, hoje em dia há uma clara visão do VD e da circulação pulmonar como uma unidade funcional. Medidas de acoplamento permitem a identificação dos efeitos de intervenções terapêuticas na vascularização pulmonar versus efeitos no miocárdio. No entanto, muitos trabalhos ainda precisam ser feitos para identificar a medida mais relevante da função do VD e do acoplamento cardíaco, bem como sua sensibilidade a intervenções farmacológicas.

TL-34

ECOCARDIOGRAFIA SOB ESTRESSE FARMACOLÓGICO NA AVALIAÇÃO DE PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE DEFEITO DO SEPTO ATRIOVENTRICULAR COM REFLUXO IMPORTANTE DA VALVA ATRIOVENTRICULAR ESQUERDA

GERUSA DE SOUZA VILAS BOAS, DANIELA LAGO KREUZIG, NATÁLIA FREITAS DE DEUS VALE, RENATA BURINI CHACCUR, DAVID COSTA DE SOUZA LE BIHAN, RODRIGO B. M. BARRETTO, JORGE EDUARDO ASSEF, SIMONE ROLIM F. FONTES PEDRA

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia

Introdução: O manejo dos pacientes no pós-operatório tardio (POT) de Defeito do Septo Atrioventricular (DSAV) com refluxo importante da valva atrioventricular esquerda (VAVE) que são oligossintomáticos é ainda controverso. A indicação cirúrgica segue as recomendações para refluxo mitral, que indicam correção quando há disfunção ventricular ou aumento do diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo (VE). Todavia, a fração de ejeção (FE) permanece normal por longo período, apesar da progressão do refluxo. Neste contexto, o ecocardiograma sob estresse mostra-se como uma ferramenta promissora, pois detecta a perda de reserva miocárdica (RM) precocemente, revelando os pacientes com resposta cardíaca inadequada às situações do dia-a-dia. **Objetivo:** Avaliar a RM através de ecocardiograma sob estresse com Dobutamina em pacientes no POT de correção do DSAV com refluxo importante da VAVE. **Metodologia:** Foram estudados 27 pacientes com insuficiência importante da VAVE, com idade média de 18,6 ± 12,8 anos, encaminhados via ambulatorial. O ecocardiograma foi realizado em repouso e após 10 minutos de infusão de Dobutamina (5 mcg/kg/min), registrando a FE (Simpson) e Strain Longitudinal Global (SLG) do VE. A presença de RM foi detectada por aumento em pelo menos 5% do valor da FE. Resultados: Os pacientes apresentaram tempo de POT de 17,9±10,7 anos, sendo DSAV parcial em 18 e DSAV total em 9 pacientes. Em repouso, a média da FE foi de 64±4,2% (55-72%) e o do SLG foi de 20,9 ± 2,6% (15,9-26,4%). Após a Dobutamina, a média da FE foi de 74,4 ± 7,1% (59-85%) e o do SLG foi de 24,2 ± 2,9% (17,1-30,4%). Três pacientes (11%) não apresentaram RM. Nestes, o aumento do SLG no estresse foi significativamente inferior ao do grupo com RM preservada (sem reserva: 17,3 ± 1,07% para 18,2±1,14%; com reserva: 21,4 ± 2,37% para 24,9 ± 2,1%), p = 0,005. Foi verificado um ponto de corte de 1,5% no incremento do SLG do VE, que se mostrou compatível com a presença de reserva pelo método Simpson (índice de concordância de Kappa = 1). **Conclusão:** Este estudo revelou a ocorrência de 11% de ausência de reserva miocárdica no grupo em questão, o que reflete a resposta cardíaca inadequada às situações do dia-a-dia e, portanto, torna mais precoce o momento de indicação cirúrgica. Valores de SLG do VE cujo incremento é inferior a 1,5% após a infusão de Dobutamina são fortemente sugestivos de perda de reserva miocárdica.

TL-35

TRANSPLANTE CARDÍACO PEDIÁTRICO E ADULTO COM CARDIOPATIA CONGÊNITA: AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO ATUAL

KARLA MARIA ALMEIDA COUTINHO, NATALIA AMORIM DE OLIVEIRA, ADAILSON WAGNER DA SILVA SIQUEIRA, RAUL ARRIETA, LUIZ ALBERTO BENVENUTI, MARCELO BISCEGLI JATENE, NANA MIURA, ESTELA AZEKA

Instituto do Coração - FMUSP

Introdução: O transplante cardíaco é considerado a conduta terapêutica para insuficiência cardíaca refratária. A biópsia endomiocárdica (BEM) é o padrão ouro para o diagnóstico, possibilitando tratamento adequado nos casos de rejeição do enxerto. **Métodos:** Estudo retrospectivo de pacientes submetidos à BEM no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2015, no Instituto do Coração (HCFMUSP). O objetivo do estudo foi correlacionar os dados da BEM com o tempo de transplante, achados clínicos e ecocardiográficos. **Resultados:** Foram avaliadas 117 biópsias em 51 pacientes neste período. Do total, 56 (47.8%) não apresentaram rejeição celular (0R), 36 (30.7%) apresentaram rejeição celular leve (1R), e em 18 biópsias (15.3%) houve rejeição celular moderada (2R). Dos 51 pacientes que realizaram biópsia, 17 (33,3%) se encontravam no primeiro ano pós transplante. A rejeição 2R ocorreu em 13 casos, sendo que em 5 (38.4%) ocorreram mais de um episódio, e 1 (7.6%) foi a óbito. Destes 13 pacientes, 10 (76.9%) faziam uso de tacrolimus, 3 (23.1%) de ciclosporina e todos os casos estavam em uso de micofenolato sódico. Notamos ainda, que dos 13 casos com rejeição celular, 8 (61,5%) apresentavam alterações ecocardiográficas sendo elas: hipertrofia ventricular em 62.5% dos casos, disfunção diastólica ventricular do tipo alteração de relaxamento em 37.5%, disfunção sistólica ventricular em 25%, e piora de regurgitação das valvas atrioventriculares em 25% dos casos. Não houve complicações após o procedimento. **Conclusão:** A biópsia endomiocárdica faz parte da rotina para investigação de rejeição, visto que esta é uma das principais complicações do transplante cardíaco e a principal causa de óbito nos primeiros 5 anos após transplante. Podemos observar em nosso estudo que o índice de rejeição em um ano foi baixo e somente 5 (9.8%) dos pacientes estavam em pós operatório recente. O ecocardiograma é uma técnica não invasiva que tem se mostrado promissora na correlação de alteração funcional e rejeição, e pudemos analisar que em 61,5% dos pacientes com rejeição celular 2R, apresentaram alterações ecocardiográficas.A BEM é um procedimento de baixo risco que possibilita o diagnóstico e tratamento dos pacientes adultos e pediátricos submetido ao transplante cardíaco.

TL-36

A ECOCARDIOGRAFIA FUNCIONAL E A VALIDAÇÃO NO DIAGNÓSTICO DE CANAL ARTERIAL EM BEBÊS PREMATUROS

MARINA MACCAGNANO ZAMITH, SIMONE DE ARAUJO NEGREIROS FIGUEIRA, CRISTIANE METOLINA, ALLAN CHIARATTI DE OLIVEIRA, CRISTINA NUNES DOS SANTOS, JULIANA SAMPAIO ROSA, RUTH GUINSBURG, VALDIR AMBRÓSIO MOISÉS

UNIFESP

Introdução: A ecocardiografia funciona l(EcoF) é o uso da ecocardiografia à beira do leito pelo não especialista, em pacientes hemodinamicamente instáveis. Isto se aplica a recém-nascidos prematuros(RNPT), nos quais o canal arterial(CA) é frequente, apresentando instabilidade clinica e muitas vezes, sem sinais clinicos especificos. **Objetivos:** Avaliar concordância de diagnóstico e repercussão do CA entre o neonatologista treinado em EcoF e o cardiologista especialista. **Metodologia:** 22 neonatologistas capacitados em EcoF (curso com duração de 34hs) realizaram a avaliação hemodinâmica na UTINeonatal em 100RNPT. Foram coletados dados clínicos, descrição e medidas do eco e conclusão para cada exame. Exames foram identificados e gravados no equipamento em vídeos e imagens para revisão do especialista. O CA foi avaliado quanto sua presença, diâmetro, direção e padrão de fluxo e roubo de fluxo sistêmico (fluxo na artéria mesenterica superior(AMS)). A qualidade e acurácia dos exames realizados pelos neonatologistas foram avaliadas através da comparação dos achados (imagens, medidas e diagnóstico final) com os do cardiologista (padrão ouro). A concordância das medidas quantitativas foram avaliadas pelo teste de Bland -Altman e as medidas qualitativas pelo teste de Kappa. **Resultados:** Foram realizados 100 exames de EcoF em RNPT com idade gestacional: 31 ± 4 sem; peso:1361 ± 835 g e idade cronológica:12 ± 11,8 dias. 65% estavam em ventilação mecânica e 43% com drogas vasoativas. Em 48,1% a indicação do exame foi suspeita de CA. A concordância quanto à identificação do CA, padrão de fluxo do CA, e fluxo da AMS tiveram valores de kappa de 0,91, 0,88 e 0,90, respectivamente. Quanto ao diâmetro do CA a diferença entre os neonatologistas e a cardiologista foi muito baixa (0,04 mm), com limites de concordância estreitos. **Conclusão:** Neonatologistas treinados em EcoF mostraram-se capacitados a diagnosticar a presença e repercussão do CA, fato importante pois introduz uma ferramenta diagnóstica ao médico assistente, agilizando o tratamento e acompanhando o efeito da terapeutica.

TL-37

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO DE VENTRÍCULO DIREITO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM REGURGITAÇÃO PULMONAR SIGNIFICATIVA SEGUNDO PARÂMETROS ECOCARDIOGRÁFICOS E DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CARDIOVASCULAR

GUILHERME GOMES DUARTE, VANESSA TAVARES DE OLIVEIRA REZENDE, CAMILLA ANDRADE LIMA, LORHENA TOFOLLI LEMOS LUZ, ZILDA MARIA ALVES MEIRA, MARLI CONCEIÇÃO SILVA, FÁTIMA DERLENE ROCHA ARAÚJO, SANDRA REGINA TOLENTINO CASTILHO

Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina UFMG, Hospital das Clínicas da UFMG, Axial Medicina Diagnóstica

Introducão: Insuficiência pulmonar (IP) é frequente em pacientes submetidos a correção de obstrução da via de saída do ventrículo direito (OVSVD). A IP pode resultar em dilatação progressiva e disfunção do ventrículo direito (VD). A avaliação da função do VD pelo ecocardiograma (ECO) é desafiadora, devido à complexa conformação geométrica desta câmara. Os parâmetros obtidos pelo exame de ressonância magnética cardíaca (RMC) são usados como padrão ouro para a determinação da função e dos volumes do VD. **Objetivo:** Avaliar o papel da RMC e do ECO no seguimento de pacientes pós correção da OVSVD e IP. Métodos: Pacientes pós correção de OVSVD que evoluíram com IP significativa foram acompanhados clinicamente e submetidos a avaliação ecocardiográfica periódica. Aqueles com sintomas ou dilatação moderada de VD e/ou função de VD alterada ao ECO foram submetidos ao exame de RMC. Comparamos dados dos dois métodos quanto à disfunção e dilatação de VD. **Resultados:** Foram incluídos 7 pacientes (6 com Tetralogia de Fallot e 1 com estenose pulmonar valvar isolada).A idade variou de 8 a 20 anos (média 13,5) e o tempo médio de pós-operatório (PO) de 7 a 13 anos (média 10,3). Três estavam em classe funcional I (NYHA) e 4 em classe II. Dois apresentavam disfunção e 6 dilatação de VD ao ECO. O exame de RMC evidenciou disfunção de VD em 3 pacientes e dilatação em todos eles, alguns com valores de volume diastólico final de VD(VDFVD) e volume sistólico final de VD próximos aos considerados como limite de reversibilidade do VD. Os dois pacientes com índices de função de VD alterada ao ECO apresentavam VDFVD alterado ou disfunção de VD ao exame de RMC. Um destes apresentava VDFVD de 195 ml/m2, disfunção moderada de VD e evoluiu para óbito no PO de troca valvar. Dos 5 com VD dilatado e função preservada ao ECO, 2 apresentavam, ao exame de RMC, VDFVD ≥ 140 ml/m2, sendo que um deles apresentava, ainda, redução da fração de ejeção do VD. **Conclusão:** O ECO realizado por equipe capacitada e experiente é um exame útil no seguimento de pacientes em PO de correção de OVSVD com IP, mas não é um método ótimo para avaliação da função do VD. A complementação do ECO com RMC é recomendada na avaliação da indicação de troca valvar pulmonar. Quando o ECO evidenciar dilatação do VD, medidas objetivas pelo exame de RMC devem ser obtidas, ainda que a função do VD esteja normal ao ECO. Neste estudo a RMC confirmou a necessidade de abordagem da valva pulmonar nos pacientes com disfunção de VD ao ECO.

TL-38

REMODELAMENTO CARDÍACO APÓS OCLUSÃO PERCUTÂNEA DA COMUNICAÇÃO INTERATRIAL TIPO OSTIUM SECUNDUM EM ADULTOS:UM ESTUDO ECOCARDIOGRÁFICO COM NOVAS TÉCNICAS

DANIELLE LOPES ROCHA, SIMONE ROLIM F. FONTES PEDRA, CARLOS AUGUSTO CARDOSO PEDRA, LUCIANA DE MENEZES MARTINS, RODRIGO NIECKEL DA COSTA, MARCELO SILVA RIBEIRO, DAVID COSTA DE SOUZA LE BIHAN, VALMIR F.FONTES

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia

Resumo: A comunicação interatrial (CIA) é a mais comum cardiopatia congênita encontrada em adultos. Nas últimas 2 décadas, a oclusão percutânea da CIA (OP-CIA) emergiu como tratamento preferencial devido sua eficácia e menor morbidade que a cirurgia. O tratamento resulta em remodelamento cardíaco que pode ser avaliado por diferentes técnicas ecocardiográficas. **Objetivos:** avaliar o comportamento temporal do remodelamento cardíaco ao longo do 1º ano após a OP-CIA e verificar se idade e diâmetro do defeito têm influência neste processo. **Métodos:** Grupo de 29 adultos submetidos a OP-CIA avaliados pela ecocardiografia (eco) antes do procedimento e 1 dia, 3, 6 e 12 meses após o tratamento. O estudo compreendeu medidas do átrio direito (AD), ventrículo direito (VD) ventrículo esquerdo (VE), área fracionada do VD (FAC), volumes do VE pelo eco 2D, TAPSE (modo-M), análise volumétrica e funcional do VD (eco 3D) e strain longitudinal (SL) do AD, VD e VE que foram comparadas ao longo do tempo pelos testes ANOVA paramétrico e não-paramétrico. **Resultados:** A idade foi de 45 ± 17 anos. O diâmetro das CIAs foi de 20,2 ± 5,0 mm e o da prótese implantada, 22,9 ± 6,2 mm. Houve redução precoce (< 3 meses) das dimensões do AD (p < 0,001) e do VD (p < 0,001) e aumento das dimensões do VE (p < 0,014). Não houve mudança significativa no SL do AD (p = 0,227 para onda P e p = 0,124 para onda T). Houve redução abrupta da função do VD pelo TAPSE (p = 0,032), pelo SL (p = 0,002) e pela eco 3D (p = 0,084). Onda S' (p = 0,55) e FAC (p = 0,789) do VD ficaram semelhantes ao longo do tempo. O volume de ejeção do VD reduziu (p< 0,001) e do VE aumentou (p=0,027) precocemente. Notou-se e melhora da função do VE (Simpson) com p=0,05 e redução do SL (p = 0,049). Pacientes acima de 60 anos (n = 8) apresentaram AD maiores com e redução mais lenta de seus diâmetros (p = 0,049). Aqueles com CIAs > 20 mm (n = 12) apresentavam valores de TAPSE antes da OP-CIA mais elevados com redução mais lenta ao longo dos meses (p = 0,013). Todas as mudanças observadas inicialmente nos primeiros 3 meses se sustentaram ao final do seguimento. **Conclusões:** A OP-CIA em adultos leva a rápido remodelamento cardíaco anatômico e funcional com resultados sustentados dentro do 1º ano de seguimento. Tais mudanças são observadas independentemente do tamanho da CIA e da idade dos pacientes, denotando o efeito benéfico do procedimento sobre a geometria e o funcionamento cardíaco global nos adultos portadores desta anomalia.

TL-39

PRESENÇA DE CARDIOPATIA CONGÊNITA ENTRE MICROCEFÁLICOS E NORMOCEFÁLICOS APÓS O SURTO DE ZIKA NA PARAÍBA: UM ESTUDO COMPARATIVO

FELIPE ALVES MOURATO, TEREZA CRISTINA PINHEIRO DIOGENES, SANDRA DA SILVA MATTOS, TAMARA DE S LOPES GONÇALVES, DANIELLE BATISTA CHIANCA, RENATHA VERÍSSIMO GUEDES SOARES, LOUISE LIRA BRONZEADO CAVALCANTI

Círculo do Coração de Pernambuco

Introdução: O Brasil enfrenta um aumento no número de casos de microcefalia. Embora precise de mais investigações, o aumento parece estar associado com o surto pelo vírus ZIKA. Gestantes infectadas por este vírus possuem maior risco de dar à luz a neonatos microcefálicos. Entretanto, outras malformações também podem estar associadas a este vírus, como as cardiopatias congênitas. **Objetivo:** Comparar a presença de cardiopatia congênita entre neonatos microcefálicos e normocefálicos após o surto de ZIKA. **Métodos:** Estudo comparativo baseado na análise retrospectiva de dados. Os dados foram colhidos a partir de informações de pacientes atendidos na rede de Cardiologia Pediátrica Pernambuco-Paraíba. Neste estudo, foram incluídos os neonatos com: perímetro cefálico informado, nascimento a partir do segundo semestre de 2014, idade gestacional maior que 37 semanas e ecocardiograma com parecer do cardiologista pediátrico. Foi considerado microcefálico o neonato que apresentasse perímetro cefálico < 32 cm. Foi considerado com microcefalia grave aquele com perímetro cefálico < 30 cm. Variáveis categóricas foram comparadas utilizando o teste do qui-quadrado. Um p < 0,05 foi considerado significativo. **Resultados:** Dos 262 pacientes que foram analisados, apenas 15 (5,72%) tinham microcefalia, sendo 8 (3,17%) com microcefalia grave. Em relação ao gênero, 113 eram do sexo feminino (43,13%) e 149 (56,87%) do masculino. Houve maior predominância de microcefalia no gênero masculino, porém sem significância estatística (p = 0,1875). O mesmo ocorreu para microcefalia grave (p = 0,2939). Houve presença de cardiopatia congênita em 128 casos (48,9%). Não houve correlação estatisticamente significativa entre a presença de microcefalia e cardiopatia congênita (p = 0,076). O mesmo ocorreu entre microcefalia grave e cardiopatia congênita (p = 0,084). As cardiopatias diagnosticadas no grupo foram: 50 CIA, 20 CIV, 10 EP, 60 PCA e outras cardiopatias em 10 casos. Não houve correlação significativa entre CIA (p = 0,0532), CIV (p = 0,8847), EP (p = 0,4277) e PCA (p = 0,4424) e microcefalia. O mesmo ocorreu para microcefalia grave. **Conclusão:** Parece não haver correlação entre a presença de cardiopatia congênita e o recente surto de microcefalia. Entretanto, tal achado pode estar relacionado ao pequeno número amostral (apenas 15 casos de microcefalia). Maiores estudos com maior grau de evidência devem ser realizados sobre o assunto

TL-40

AVALIAÇÃO DE INFECÇÃO/COLONIZAÇÃO DE OROFARINGE POR ESTREPTOCOCOS BETA HEMOLÍTICOS DO GRUPO A EM PACIENTES EM PROFILAXIA SECUNDÁRIA PARA FEBRE REUMÁTICA

VANESSA TAVARES DE OLIVEIRA REZENDE, THIAGO REZENDE FERREIRA, CAMILLA ANDRADE LIMA, GUILHERME GOMES DUARTE, LEONARDO DE SOUZA VASCONCELLOS, RAQUEL LARA FURLAN, FÁTIMA DERLENE ROCHA ARAÚJO, ZILDA MARIA ALVES MEIRA

Hospital das clínicas da UFMG

Introdução: A infecção de orofaringe por estreptococos beta hemolíticos do grupo A (EBHGA), ainda que assintomática, em indivíduos predispostos, pode resultar na formação de anticorpos que, por mimetismo celular, atuam como auto anticorpos causando febre reumática. O comprometimento cardíaco é o aspecto mais preocupante desta entidade, podendo resultar em sequelas e, até mesmo, em óbito, tornando-se mais importante em caso de recidivas. Portanto é muito importante, em pacientes que já tiveram febre reumática, sua profilaxia secundária. **Objetivo:** Avaliar a taxa de infecção/colonização de orofaringe por EBHGA em pacientes em profilaxia secundária para febre reumática. **Métodos:** Estudo transversal realizado em pacientes que fazem profilaxia secundária para febre reumática em nosso serviço. No momento da administração de penicilina benzatina, dez pacientes foram avaliados sequencialmente, sendo anotada a última dose recebia, o motivo em caso de atraso de dose, avaliado sinais e sintomas de faringite e colhido swab de orofaringe para pesquisa de antígenos estreptocócicos do grupo A através de imunofluorescência (pelo quite Sofia Strep A+). **Resultados:** Dos dez pacientes avaliados todos estavam assintomáticos, sem sinais de faringite e tiveram o teste negativo (sem detecção dos antígenos). Cinco estavam em dia com a profilaxia. Dos cinco que apresentavam atraso, uma alegou estar viajando e quatro que a médica responsável pela prescrição estava de férias e que não conseguiram receber tal dose em outro serviço. **Conclusão:** Embora a sensibilidade e a especificidade do teste realizado ultrapasse os 90%, ele não detecta baixas concentrações de antígenos estreptococos (< 2,76E + 03 ufc/teste), o que nos faz questionar se os pacientes avaliados realmente não eram portadores de EBHGA ou se portadores assintomáticos têm níveis indetectáveis de tais antígenos.

TL-41

TERAPIA DE RESSINCRONIZAÇÃO CARDIACA PARA TRATAMENTO DE INSUFICIENCIA CARDIACA PEDIATRICA NO POS OPERATÓRIO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS

ANA PAULA DAMIANO, FERNANDO MELLO PORTO, RAQUEL M. N. PAIUTA, TATIANE DE LIMA FUENTES ANDRADES, PRISCILA FACANHA MARUOKA, LUCIO WALFRIDO ALEIXO DA SILVEIRA, JORGE LUIS DA SILVA, FERNANDO ANTONIALI

Pontificia Universidade Catolica-PUC

Introdução: A terapia de ressincronizaçao cardiaca (TRC) é uma opçao terapeutica no tratamento da insuficiência cardiaca (IC) grave do adulto com resultado satisfatorio em até 70% dos pacientes. Entretanto, ainda são poucos os casos de utilizaçao desta terapêutica na infância e não há consenso estabelecido para essa faixa etária. Descrevemos o caso de 2 crianças submetidas a TRC para tratamento de IC em pos operatório (PO). **Métodos:** ICAB, masculino, aos 18m teve diagnostico de cardiomiopatia dilatada grave (FE-VE = 22%) por origem anômala de a.coronária esquerda do tronco pulmonar. Foi submetido a cirurgia corretiva e implante de marcapasso (MP) no 2º PO devido a bloqueio atrioventricular total (BAVT), MP DDD epicardico em AE e VE, porém manteve fração de ejeção (FE) de 20%, QRS > 200 ms e CF IV com terapeutica medicamentosa otimizada, sendo optado, após 1 ano, pela TRC (implante de eletrodo endocardico em VD Medtronic). Após 3 meses, o paciente evolui para CF I e mantinha bons limiares, QRS < 150 ms e FE = 40%. Paciente GFG, 5 anos, submetido a correçao de CIA ampla no 1º ano e implantando MP por BAVT no PO imediato (VVIR epicardico, St Jude). Evoluiu com piora clínica progressivamente até CF IV mesmo com terapia medicamentosa otimizada (FE = 28%), SVE e BRE (QRS > 200 ms). A cintilografia foi negativa para miocardite sendo optado por TRC com MP multisitio a esquerda, AD e VD endocardicos e novo eletrodo epicárdico em VE por toracotomia lateral, Medtronic, após determinaçao do melhor local pelo método ecocardiográfico strain bidimensional. Após 14m encontrava-se novamente em CFI, ritmo sinusal, QRS < 150 ms e FE = 48%. **Resultados:** A terapêutica da IC grave na criança portadora de cardiopatia congênita tem aspectos peculiares em relação ao adulto e é comum a presença de bloqueio de ramo devido a cicatriz cirurgica extensa, bem como disfunção associada de VD. A despolarizaçao eletrica encontra-se frequentemente alterada nesses pacientes o que pode levar a assincronia da contração mecânica, depressão da função miocárdica e remodelamento inadequado. A ressincronização permite a contração máxima simultanea de ambos os ventriculos e a melhora do débito cardíaco. **Conclusão:** a TRC deve ser considerada nos casos de BAV pos operatório com IC grave, QRS alargado e resposta insatisfatória ao uso de terapia medicamentosa após a avaliaçao individualizada de cada caso.

TL-42

DUPLEX SCAN DE CARÓTIDAS: EXPERIÊNCIA INICIAL NO ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM SOBREPESO E OBESIDADE EM UM CENTRO TERCIÁRIO

DIOGO PINOTTI, ELIANE LUCAS, CECILIA TEIXEIRA DE CARVALHO. RAFAEL PIMENTEL CORREIA, PATRICIA CORREIA ANTUNES DE PAIVA, LIDUINA ISABELA A R DE CARVALHO ALMEIDA, THAMIRIS VIEIRA RODRIGUES, FERNANDA VASCONCELLOS VALLE DEMIDOFF

Hospital Federal de Bonsucesso

Introdução: O Duplex Scan de Carótidas (DSC) consiste em utilizar o ultrassom e o doppler colorido para a determinação da espessura médio-intimal (EMI) e a localização, dimensões e alterações à passagem do fluxo sanguíneo através das placas ateroscleróticas. O DSC já é considerado um importante exame na identificação do risco cardiovasular no adulto. Trabalhos recentes mostram também a sua utilização na faixa etária pediátrica e na adolescência podendo estimar a gravidade e sinalizar a necessidade de intervenções. **Objetivo:** Avaliar por meio do DSC a EMI dos pacientes com sobrepeso e obesidade para estimar risco cardiovascular. **Métodos:** O estudo restrospectivo, observacional, seccional com dados coletados de setembro de 2014 a junho de 2016 dos pacientes com sobrepeso e obesidade, com idade de 7 a 16 anos, que foram atendidos nos ambulatórios de cardiologia e endocrinologia pediátrica de hospital de referência. Os dados de idade, índice de massa corpórea(IMC), percentil de peso, pressão arterial e histórico de doença cardiovascular na família constaram na análise. Foram estudadas as medidas das EMI das artérias carótidas e a presença de achados anormais como: irregularidades parietais, calcificações e placas aterogênicas. **Resultados:** A medida da EMI se encontrava entre 0,03 e 0,04 cm na maioria dos pacientes estudados. Em um caso, a EMI foi de 0,06 cm e havia associação com irregularidades paretais. Em sete casos (24%) o estudo do DSC foi anormal, sendo os achados mais frequentes: as irregularidades parietais em bulbos e nas origens dos ramos internos, as placas fibrocálcicas em bifurcações e ramos com padrão de fluxo não obstrutivo (menor que 10%). Neste último grupo as idades variaram entre 11 e 16 anos e era composto de obesos com escore Z do IMC acima de 2,0 segundo a classificação da OMS. A análise dos dados revelou que o fator mais significativo para o DSC anormal foi a obesidade comparada à presença de hipertensão arterial. **Conclusão:** os autores descrevem uma análise preliminar e ressaltam a importância do DSC na investigação de grupo de risco cardiovascular, especialmente os obesos.

TL-43

AVALIAÇÃO DE FATORES PROGNÓSTICOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CARDIOMIOPATIA DILATADA

GUILHERME GOMES DUARTE, FÁTIMA DERLENE ROCHA ARAÚJO, CAMILLA ANDRADE LIMA, VANESSA TAVARES DE OLIVEIRA REZENDE, ZILDA MARIA ALVES MEIRA, ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA, HENRIQUE DE ASSIS FONSECA TONELLI, HELOISA CRISTINA GOIS E SANTOS

Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina UFMG, Hospital das Clínicas da UFMG

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é a apresentação mais comum da cardiomiopatia dilatada (CMD) em crianças. A despeito de tratamento adequado, muitos pacientes evoluem com necessidade de terapia de substituição cardíaca. Na abordagem clínica de pacientes com CMD avaliam-se parâmetros clínicos, laboratoriais e ecocardiográficos. Não são reconhecidos, ainda, fatores prognósticos que se relacionem de forma independente com má evolução clínica. **Objetivo:** Avaliar fatores associados à evolução para óbito ou transplante cardíaco (Tx) em crianças e adolescentes com CMD após evento inicial de IC aguda. **Métodos:** Estudo observacional longitudinal, com fases retrospectiva e prospectiva realizado entre Janeiro/2010 e Dezembro/2015, incluindo pacientes de 0 a 18 anos com diagnóstico de CMD após alta da UTI por evento inicial de IC aguda. Foram analisados dados clínicos (aplicação da Escala de Ross para avaliação de IC pediátrica), laboratoriais, radiológicos e ecocardiográficos à admissão e após otimização da terapia de IC e comparados em relação ao evento final, definido como óbito ou (Tx). Os dados foram analisados após pelo menos 6 meses de tratamento otimizado para refletir a real evolução da CMD. **Resultados:** Os 57 pacientes foram acompanhados por período de 6 meses a 17,4 anos. Média de idade à apresentação da CMD foi 48 meses e a média de idade ao final do estudo foi de 9,5 anos. A melhora clínica ocorreu em 30 pacientes (52,6%). Dos 27 pacientes (47,4%) que persistiram com IC crônica, 16(28,1%) evoluíram para óbito ou Tx, com taxa de mortalidade ao final do estudo de 15,8%. Os fatores prognósticos independentes relacionados ao evento final foram índice de massa corporal (IMC) abaixo do escore Z -3 para idade (Risco relativo - RR: 2,0, p = 0,026), pontuação superior a 10 na escala de Ross (RR: 2,4; p < 0,0001) e aumento dos níveis séricos de bilirrubinas (Bb) igual ou acima de duas vezes o valor de referência (RR:3,0; p = 0,004). **Conclusões:** No presente estudo, pontuação maior que 10 pontos na escala de Ross, aumento de Bb igual ou superior a duas vezes o valor de referência e IMC abaixo de escore - 3 para idade relacionaram-se de forma independente à evolução para óbito ou necessidade de Tx em crianças e adolescentes com CMD. A identificação de fatores associados a má evolução da CMD permite a identificação precoce de pacientes de risco e seu encaminhamento para centro de referência.

TL-44

PROPOSTA DE MODELO DE AVALIAÇÃO DE RISCO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CARDIOMIOPATIA DILATADA

GUILHERME GOMES DUARTE, FÁTIMA DERLENE ROCHA ARAÚJO, ZILDA MARIA ALVES MEIRA, HENRIQUE DE ASSIS FONSECA TONELLI, ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA, CAMILLA ANDRADE LIMA, VANESSA TAVARES DE OLIVEIRA REZENDE, LIVIA DE CASTRO RIBEIRO

Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina UFMG, Hospital das Clínicas da UFMG

Introdução: Cardiomiopatias são as principais causas de transplante cardíaco (Tx) na faixa etária pediátrica, e o tipo mais comum é a cardiomiopatia dilatada (CMD). Vários fatores clínicos, laboratoriais, radiológicos, eletro e ecocardiográficos estão associados ao prognóstico. A sistematização de tais fatores em modelo de avaliação de risco ainda não é conhecida nesta faixa etária. **Objetivo:** Estabelecer modelo de avaliação de risco associado ao evento final de óbito ou Tx passível de aplicação a pacientes com CMD. **Métodos:** Estudo observacional longitudinal realizado entre Janeiro/10 e Dezembro/15, incluindo pacientes de 0 a 18 anos com diagnóstico de CMD após alta da UTI por evento inicial de IC aguda. Foram analisados dados clínicos, laboratoriais, radiológicos e ecocardiográficos à admissão e após otimização da terapia de IC, e elaborado um modelo de avaliação de risco. Atribuída a cada variável pontuação de 0 a 2, resultando em pontuação final variando de 0 a 20 pontos. O escore final de pontos foi calculado para cada paciente. Curvas ROC para categorização do risco (baixo, médio e alto) e curvas de sobrevida Kaplan-Meier foram elaboradas em relação a evolução para óbito ou Tx nessas faixas de risco. **Resultados:** Foram acompanhados 57 pacientes com idade de um mês a 16,7 anos (média 48 meses) por período de 6 meses a 17,4 anos (média 64 ± 50 meses). As variáveis selecionadas (análise uni e multivariável) para elaboração do modelo foram: classe funcional (NYHA/Ross), índice de massa corporal, necessidade persistente de diuréticos e digoxina, dosagem de peptídeo natriurético tipo B, bilirrubinas, creatinina, sobrecargas ventriculares ao eletrocardiograma, índice cardiotorácico, fração de ejeção e grau de regurgitação mitral. Foram calculadas faixas de risco baixo (0-5 pontos), médio (6-14) e alto (maior ou igual a 15). Todos os pacientes de risco elevado evoluíram para Tx ou óbito. Pontuação igual ou superior a 10 foi considerada faixa de alerta, com risco relativo = 13,3 (sensibilidade 81,3%, especificidade 97,5% para ocorrência de óbito ou Tx, valor preditivo positivo 92,9%, valor preditivo negativo 93%). **Conclusão:** O modelo de avaliação de risco proposto é composto por itens simples, de fácil aplicabilidade na prática clínica e apresentou elevada acurácia na população estudada. Pacientes com pontuação superior a 10 devem ser encaminhados para centro especializado, devendo-se considerar indicação de Tx naqueles com pontuação superior a 15.

TL-45

DESFECHOS CLÍNICOS DE TRANSPLANTE CARDÍACO EM CRIANÇAS E ADULTOS JOVENS: EXPERIÊNCIA DE 13 ANOS DE UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DO NORTE-NORDESTE

KLEBIA CASTELO BRANCO, VALDESTER CAVALCANTE PINTO JUNIOR, CANDICE TORRES DE MELO BEZERRA CAVALCANT, ISABEL CRISTINA LEITE MAIA, ANDRÉIA CONSUELO DE OLIVEIRA TELES, JEANE ARAUJO BANDEIRA, RONALD GUEDES POMPEU

Hospital de MessejanaDr. Carlos Alberto Studart Gomes

RESUMO: O transplante cardíaco é o tratamento de escolha para crianças com falência cardíaca terminal refratária às terapias médicas ou cirúrgicas convencionais. Observa-se uma redução nas mortalidades precoce e tardia nas últimas décadas, secundaria a diversos fatores, como a melhor seleção de pacientes e preservação do órgão do doador, modificações das técnicas cirúrgicas e avanços nos cuidados peri-operatórios. Entretanto, segundo o registro da International Society for Heart and Lung transplantation Registry (ISHLT) de 2009 realização do transplante em centros de pequeno volume, definidos como numero de transplantes/ano menor que 10, ainda constitui em fator de risco para mortalidade. Soma-se a isto a presença de diversas complicações próprias do transplante ou secundarias a imunossupressão que podem comprometer a qualidade de vida dos pacientes e o resultado, tornando o manejo dos paciente submetidos ao transplante cardíaco um desafio. Objetivos: apresentar os dados referentes à experiência de 13 anos de um Serviço de referência do norte-nordeste. Material e métodos: análise retrospectiva de todos os pacientes submetidos ao transplante cardíaco no serviço nos últimos 13 anos. Os dados categóricos foram apresentados em frequência e porcentagem e os numéricos, em média, mediana e desvio padrão. A curva de sobrevida dos pacientes foi realizada por análise da curva de Kaplan-Meier. **Resultados:** formam realizados 44 transplantes em 42 pacientes. Dois pacientes foram submetidos a retransplante devido a disfunção do enxerto. A idade média dos pacientes foi de 10 anos ± 1,3 anos (dois pacientes tinham idade maior que 18 anos). As indicações de transplante foram cardiomiopatia em 21 pacientes (47,7%), cardiopatia congênita (CC) em 21 pacientes(47,7%) e disfunção do enxerto em 2 pacientes (4,6%). No grupo de pacientes com CC, 13 (61,9 %) tinham fisiologia de coração univentricular e 15 (71%) já haviam sido submetidos a cirurgias prévias. O tempo médio de seguimento foi de 48,95 ± 34,49 meses. A sobrevida média em 10 anos foi de 8,21 ± 0,68 anos após primeiro ano de transplante. As principais causas de mortalidade foram morte súbita (4 pacientes, 33,3%) e CAV (2 pacientes, 16,6%). Conclusão:transplante cardíaco é uma opção terapêutica razoável para crianças e adultos jovens, mesmo em centros pequenos.

TL-46

RE-TRANSPLANTE CARDÍACO EM CRIANÇAS POR DOENÇA VASCULAR DO ENXERTO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO ESTADO DE SÃO PAULO

CONSTANZA LUCIA SOMOZA, RENATA PENA MACIEL, VANESSA ALVES GUIMARÃES, LEONARDO AUGUSTO MIANA, CARLA TANAMATI, MARCELO BISCEGLI JATENE, ADAILSON WAGNER DA SILVA SIQUEIRA, ESTELA AZEKA

Instituto do Coração HC - FMUSP

Introdução: O transplante cardíaco é opção terapêutica para a insuficiência cardíaca refratária ao tratamento clínico otimizado. No entanto, diversos fatores interferem na expectativa de vida dos pacientes transplantados, como infecções, comorbidades, neoplasias, episódios de rejeição celular e humoral e a doença vascular do enxerto (DVE). O principal fator determinante da sobrevida a médio e longo prazo é a DVE evoluindo com a necessidade de um novo transplante cardíaco. **Objetivo:** Descrever os casos de re-transplante cardíaco nos pacientes com DVE de um centro de transplante cardíaco pediátrico e de cardiopatias congênitas no adulto. **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo observacional envolvendo os pacientes pediátricos e adultos com cardiopatia congênita submetidos a re-transplante cardíaco ortotópico, entre os anos de 1992 a 2016, no Instituto do Coração (InCor) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Resultados:** Dos 192 pacientes submetidos ao transplante cardíaco, 5 necessitaram de re-transplante por DVE. O diagnóstico de DVE foi feito por cineangiocoronariografia. O intervalo entre o primeiro e o segundo transplante variou de 9 a 19 anos. As artérias mais acometidas foram a coronária direita (80%) e a descendente anterior (60%). Um dos pacientes foi submetido a angioplastia, com sucesso primário, porém como o acometimento era difuso, foi necessário relistagem e foi retransplantado após um ano. Dois dos pacientes (40%) tinham insuficiência renal dialítica como co-morbidade e necessitaram de transplante renal associado, sendo realizado num deles simultâneo e no outro após o transplante cardíaco. Dois pacientes (40%) evoluíram para óbito dentro dos 30 primeiros dias após o re-transplante, evidenciando a gravidade e o risco elevado de complicações em um segundo procedimento. Os demais (60%) seguem em acompanhamento clínico. **Conclusões:** O desenvolvimento de uma doença coronariana (DVE) é uma das principais complicações que limitam a sobrevida dos pacientes transplantados cardíacos em longo prazo e o re-transplante constitui-se em opção terapêutica.

TL-47

RESULTADOS EM LONGO PRAZO DA CIRURGIA DE JATENE

CAMILA LINO M R DA SILVA, DANIEL ALVES MASCARENHAS, MAIRA CERQUEIRA DE MEDEIROS WEIGEL, ELAINE CRISTINA GOROBETS FURQUIM, ROGÉRIO SOUZA, PATRICIA FIGUEIREDO ELIAS. IEDA BISCEGLI JATENE

Hospital do Coração

Introdução: A Transposição das Grandes Artérias (TGA), é a cardiopatia congênita cianogênica mais prevalente no período neonatal. Apresenta evolução totalmente desfavorável caso não seja corrigida cirurgicamente e a cirurgia de Jatene é o principal tratamento na maioria dos casos. **Objetivo:** Descrever características clínicas e funcionais dos pacientes submetidos à cirurgia de Jatene durante o seguimento ambulatorial de longo prazo. **Métodos:** Estudo retrospectivo de pacientes submetidos à cirurgia de Jatene, em acompanhamento ambulatorial em um serviço terciário. As seguintes variáveis foram avaliadas: tipo de TGA, realização da manobra de Lecompte, desenvolvimento de arritmias durante o seguimento, necessidade de marcapasso, presença de insuficiência cardíaca (IC), insuficiência ou estenose das grandes artérias e de comunicação interventricular (CIV) residual. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 113 pacientes, sendo 73 (64,6%) do sexo masculino, com tempo médio de followup de 9,8 ± 8,7 anos. A média da idade na cirurgia foi de 2,8 ± 8,4 meses. Com relação ao tipo de TGA, 63,5% eram simples. Dos pacientes em que foi realizada a manobra de Lecompte (n = 81), 22% evoluíram com estenose da neopulmonar em comparação com 47% dos que não foram submetidos à manobra (p = 0,033). Houve necessidade de implante de marcapasso definitivo em 8,3% dos pacientes e sinais de IC em 10,7%. Além disso, observou-se dilatação da neoaorta em 49,1%, estenose da neopulmonar em 30%, estenose da neoaorta em 10,1% e CIV residual em 8,1% dos pacientes. **Conclusão:** No seguimento de longo prazo pós cirurgia de Jatene para correção anatômica de TGA, a incidência de estenose da neopulmonar foi menor naqueles pacientes em que foi realizada manobra de Lecompte. Aproximadamente metade dos pacientes evoluiu com dilatação da neoaorta e uma pequena parcela com necessidade de implante de marcapasso definitivo, CIV residual ou insuficiência cardíaca.

TL-48

SYNDECAN-1 COMO PREDITOR DE LESÁO RENAL AGUDA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA PEDIÁTRICA

CANDICE TORRES DE MELO BEZERRA CAVALCANT, KLEBIA CASTELO BRANCO, ANDRÉIA CONSUELO DE OLIVEIRA TELES, ANNA KARINA MARTINS BRITO, ISABEL CRISTINA LEITE MAIA, VALDESTER CAVALCANTE PINTO JUNIOR, JEANE ARAUJO BANDEIRA

Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

Introdução: a lesão renal aguda (LRA) é uma complicação comum após cirurgia cardíaca pediátrica e está associada com resultados desfavoráveis. Syndecan-1 (S1) é um biomarcador do dano ao glicocálix endotelial e seu aumento precoce após cirurgia cardíaca pode estar associado a LRA. **Objetivos:** avaliar se o S1 é um preditor de LRA grave em crianças submetidas a cirurgias cardíacas pediátricas. **Métodos:** estudos de coorte prospectivocom 289 pacientes menores de 18 anos. Nas primeiras duas horas de cirurgia, foram realizadas dosagens dos biomarcadores: S1, molécula de adesão inter-celular 1 (ICAM-1), e-selectina e lipocalina associada a gelatinase neutrofílica (NGAL). O diagnóstico de LRA grave foi definido de acordo com classificação da kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO) estágio 2 ou 3 (duplicação dos valores de creatinina sérica em relação aos valores pré-operatórios ou necessidade de diálise durunte o internamento). As análises foram ajustadas de acordo com um modelo clínico de estratificação de risco para LRA, com inclusão de variáveis peri-operatórias e componentes do índice de angina renal (diminuição precoce do clearance de creatinina estimado em relação á linha de base e aumento, em porcentagem, do acúmulo de líquido no primeiro dia de pós-operatório - PO). **Resultados:** S1 plasmático dosado nas primeiras horas de PO foi independentemente associado com LRA.A acurácia do S1 PO para diagnóstico de LRA foi moderada (área sob curva ROC de 0,77; IC 95% 0,68 -0,85). A adição do S1 melhorou a capacidade discriminatória do modelo clínico de 0,80 para 0,86 (p = 0,004) e aumentou a predição de risco para LRA, utilizando a Net Reclassification Improvement (NRI) e o Integrated Discrimination Improvemet (NDI). O S1 PO apresentou associação direta com os tempos de permanência em unidade de terapia intensiva (UTI) e hospitalar. **Conclusão:** S1 plasmático está associado com LRA grave subsequente e piores desfechos clínicos em crianças submetidas a cirurgias cardíacas. Pode ser um biomarcador útil para identificação de pacientes com risco elevado de LRA após cirurgias cardíacas.

TL-49

AVALIAÇÃO DA PERFOMANCE DO PIM-2 ENTRE PACIENTES CIRÚRGICOS E CORRELAÇÃO DOS RESULTADOS COM A ESCALA RACHS-1

HELENA GONÇALVES INNOCENTE, RAISSA QUEIROZ REZENDE, CLÁUDIA PIRES RICACHINEVSKY, ALINE BOTTA, VIVIANE RAMPON ANGELI, ALDEMIR JOSE DA SILVA NOGUEIRA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIENCIAS DA SAUDE DE PORTO ALEGRE, Hospital da Criança Santo Antonio, Santa Casa de Misericordia De Porto Alegre

Introdução: Avaliar o desempenho do atendimento de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) é um trabalho complexo. Um dos principais escores utilizado é o Pediatric Index of Mortality 2 (PIM-2). Porém, estudos analisaram aplicabilidade e calibração do PIM-2 para pacientes cirúrgicos cardíacos, com performance não satisfatória. Para criar um modelo específico que avalie mortalidade em cardiopatas congênitos cirúrgicos, foi elaborado um modelo denominado Classificação de Risco Ajustada para Cirurgia Cardíaca Congênita (RACHS-1). **Objetivo:** Este estudo objetiva avaliar dois escores de risco (PIM-2 e RACHS-1) em cardiopatas congênitos cirúrgicos, investigando a relação existente entre mortalidade e sobrevivência reais com os dados encontrados nos escores, além de analisar a tendência de mortalidade estimada pelo PIM2 dentre os níveis de RACHS-1. **Métodos:** Estudo transversal retrospectivo. Coletados dados de prontuário para gerar os escores e predições com a técnica preconizada. Os desfechos avaliados foram óbito, alta, transferência e reintervenção cirúrgica. Para estatística, utilizou-se o teste de Mann-Whitney, área sobre a curva ROC, qui-quadrado e teste de Spearman. **Resultados:** Foram analisados os prontuários de 100 cardiopatas congênitos no pós-operatório de cirurgia cardíaca no ano de 2015. 64% dos pacientes eram do sexo masculino, a mediana de idade foi 2,5 meses e a média de internação foi de 12,35 dias. Dos 100 pacientes estudados, 24 foram a óbito (24%). Esses apresentaram um valor de PIM-2 significativamente maior que os sobreviventes (P < 0,001). A área abaixo da curva ROC para o PIM-2 foi 0,77 (IC 95% 0,65-0,89). Foi encontrada uma tendência de correlação positiva entre os óbitos e o grupo 3 da escala RACHS-1, correlação esta não evidenciada entre os demais grupos. A área abaixo da curva ROC para o RACHS-1 foi 0,66 (IC 95% 0,55-0,78). Foi encontrada correlação significativamente positiva entre os resultados de ambos os escores (rs = 0,483; p < 0,001). **Conclusões:** O PIM-2 mostrou bom desempenho quanto à capacidade de discriminar sobreviventes e não-sobreviventes. Já o RACHS-1 foi inconclusivo na maior parte dos grupos, provavelmente pelo número reduzido de pacientes em cada grupo. Porém, ao correlacionar ambos os escores, foi encontrada uma correlação significativa positiva. Portanto, ao ser avaliado na população específica de cardiopatas congênitos cirúrgicos, o PIM-2 mostrou-se uma ferramenta com bom poder discriminatório.

TL-50

HIPERGLICEMIA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA PEDIÁTRICA: DEVEMOS NOS PREOCUPAR?

LAYANNE LIMA DOS SANTOS, MARCOS ALVES PAVIONE, JOSE TELES DE MENDONCA

Hospital do Coração de Sergipe, Universidade Tiradentes

Introdução: Hiperglicemia é comum no pós-operatório de cirurgia cardíaca pediátrica e o controle estrito da glicemia vem sendo apresentado como importante método para redução da mortalidade. **Objetivo:** Avaliar a incidência da hiperglicemia e sua associação com a morbimortalidade no pós-operatório de crianças submetidas a cirurgia de cardiopatia congênita no estado de Sergipe com uso de circulação extracorpórea. Métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo, longitudinal e analítico por revisão de 119 prontuários de crianças de 0 a 18 anos incompletos operadas de janeiro a dezembro de 2014. Excluídos pacientes com disglicemia prévia, prematuros, uso de corticóide prévio. Foram analisados os níveis séricos de glicose nas primeiras horas de internação na unidade de tratamento intensivo (UTI), colhidos na saída da CEC (T0), 4 hs (T4), 16 hs (T16) e 40 horas após (T40). Nenhum paciente usou insulinoterapia contínua durante a internação. Os pacientes foram divididos em dois grupos: grupo A com média glicêmica menor ou igual a 140 mg/dL e grupo B com média glicêmica maior que 140 mg/dL. Buscamos diferenças em relação a diversas variáveis estudadas, sejam epidemiológicas, relacionadas ao ato anestésico-cirúrgico ou à evolução pós-operatória destes pacientes. Para análise das variáveis paramétricas, utilizamos o teste T-student e para as varíaveis não paramétricas o teste do Qui-Quadrado ou exato de Fisher. **Resultados:** Na amostra final de 46 pacientes, 85% apresentaram hiperglicemia à admissão na UTI, havendo queda espontânea das glicemias (6 mg/dL/hora) nas primeiras 16 horas (p < 0,001) sendo que 98% não foram classificados como hiperglicêmicos com T40 (p < 0,001). A taxa de infusão de glicose foi semelhante nos grupos (p=0,013) com média 1,4 mg/kg/min. A mortalidade foi de 8,7% e a hiperglicemia não foi associada a este desfecho (p = 0,2), sendo 75% dos óbitos no grupo A. O grupos A era composto de lactentes jovens, sabidamente de maior risco e ainda assim, não encontramos aumento da morbidade e complicações, como tempo de ventilação mecânica (p = 0,1), tempo de UTI (p = 0,22), uso de drogas vasoativas (p = 0,095), complicações cirúrgicas (p = 0,075), complicações no pós-operatório (p = 0,95). **Conclusão:** Hiperglicemia é frequente em nosso meio, mas não se apresenta como fator de risco para morbimortalidade. O controle estrito da glicemia no pós-operatório de cirurgia cardíaca congênita pediátrica precisa ser melhor respaldado para ser aplicado rotineiramente nas instituições.

PC-01

EM BUSCA DA ORIGEM GENÉTICA DAS CARDIOPATIAS CONGÊNITAS NA SÍNDROME DE DOWN: UMA REVISÃO DOS PROVÁVEIS MECANISMOS ENVOLVIDOS

FELIPE ALVES MOURATO, TEREZA CRISTINA PINHEIRO DIOGENES, DANIEL MAIA DE VASCONCELOS LIMA, DANIELLE BATISTA CHIANCA, LOUISE LIRA BRONZEADO CAVALCANTI, RENATHA VERÍSSIMO GUEDES SOARES, SANDRA DA SILVA MATTOS

CÍRCULO DO CORAÇÃO DE PERNAMBUCO

Introdução: A síndrome de Down (SD) atinge 1 a cada 700 nascidos vivos, porém tal proporção pode aumentar de acordo com a idade materna. Cardiopatias congênitas atingem de 50-60% dos pacientes com SD, sendo o defeito do septo atrioventricular (DSAV) o mais comum. Entretanto, na população geral, o DSAV é raro. O fato do DSAV ser o defeito cardíaco mais comum e de as CC não atingirem todos os portadores da síndrome levam a crer que mecanismos genéticos intrínsecos a esta população estejam relacionados ao surgimento de CC na mesma. **Objetivo:** Realizar uma revisão narrativa dos principais mecanismos genéticos relacionados com o surgimento de cardiopatias congênitas na síndrome de Down. **Métodos:** Foi feita uma pesquisa no pubmed com a seguinte estratégia "((((congenital heart defects[MeSH Terms]) OR heart defects[Title/Abstract]) OR congenital heart disease[Title/Abstract])) AND ((down syndrome[MeSH Terms]) OR Down syndrome[Title/Abstract])" totalizando 1797 artigos. Procurou-se aqueles cujos temas eram prováveis mecanismos genéticos que levavam a cardiopatia congênita na síndrome de Down. Após análise, um total de 55 artigos foram selecionados. **Resultados:** Quatro grandes grupos de mecanismos relacionados com a origem das cardiopatias congênitas na síndrome de Down foram descritos. O primeiro está relacionado com a presença de uma área do cromossomo 21 que quando triplicada provoca o surgimento de cardiopatias congênitas. Tais estudos utilizam modelos da síndrome em ratos e análise seriada de casos de translocação não-balanceada do cromossomo 21 em humanos. O segundo mecanismo está relacionado com a presença de polimorfismos em certos genes que podem levar a presença de cardiopatia congênita em populações sensibilizadas. Neste caso, os genes mais citados foram: MTHFR, DSCR1, CRELD1, NKX2-5 e GATA-4. Outro grupo está relacionado com o metabolismo materno e fetal do folato. Em que, variações genéticas no binômio mãe-feto, na via metabólica de tal nutriente, podem levar a malformações cardíacas. Os principais genes relacionados com tal hipótese são o MTHFR, MTRR e RFC1. Por último, são descritos a relação entre SNPs e CNV com a presença de cardiopatia congênita em SD. A maioria dos SNPs e CNV estavam presentes na área crítica do cromossomo 21, próximo aos genes ZBTB21 e RIPK4. **Conclusão:** Vários fatores genéticos estão relacionados com a origem da CC na síndrome de Down. O entendimento sobre tal origem pode auxiliar no entendimento da origem das CC na população geral.

PC-02

VALVOPATIA REUMÁTICA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: PADRÃO CLÍNICO DA FASE AGUDA E E EVOLUÇÃO DAS SEQUELAS VALVARES

OTAVIO FONSECA RODRIGUES, MICHELE BARBOSA SAMPAIO, CAROLINA ANDRADE BRAGANCA CAPURUCO, CLEONICE DE CARVALHO COELHO MOTA

DIVISÃO DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA/ DEP. PEDIATRIA, UFMG

Objetivos: Analisar o padrão de apresentação clínica e evolução das lesões valvares. **Métodos:** O envolvimento cardíaco foi identificado em 489 pacientes em surto primário ou recorrência. A idade variou de 2,6-19,0 anos e a avalição evolutiva de 1,3-16,9 anos (x: = 6,8 ± 2,6). Incluiram- se na análise as seguintes variáveis epidemiológica s, clínicas e evolutivas, além de resposta terapêutica. As variáveis nominais foram apresentadas com resultados transformados em percentuais e para as do tipo intercalar utilizaram-se medidas de tendência central e sua variância; aos resultados de freqüência aplicou-se o teste do c2, Fisher. **Resultados:** A média de idade do surto primário agudo foi de 9,1 ± 5,1 anos. A cardite apresentou prevalência de 69,7% e foi a manifestação mais frequente entre os critérios maiores. Na distribuição de acordo com o padrão de acometimento valvar, foram observadas lesões de regurgitação em 72,9%, mistas em 27,1%. Quanto ao tipo de lesão valvar, ocorreram as seguintes freqüências: IM: 56,3%; IM+IAO:24,6%; DLM:8,8%; DLM+IAO:6,1%; outros:4,2%; Na classificação de acordo com a gravidade, 39,8% corresponderam a episódios de cardite grave, 28,6% moderada e 31,6% de cardite leve. A análise evolutiva demonstrou regressão total das lesões valvares em 34,4% dos pacientes, todos com acometimento leve e sem recidivas. Com a redução de recidivas, não houve modificação no tipo, nem no padrão de associação das lesões valvares. Entretanto, ocorreram redução nos percentuais das lesões obstrutivas com aumento compensatório das lesões de regurgitação (p: 0,000) e redução de cardite grave (p = 0,000). Neste contexto, a cardite grave foi mais prevalente em crianças com mais de três recorrências. A análise da resposta terapêutica (n = 188) com prednisona mostrou melhora dos sintomas, variando de 2,0 a 42,0 dias (x = 14,0 dias). **Conclusões:** A cardite grave foi mais freqüente nas recorrências, registrando-se regressão de lesões somente nas lesões com insuficiência leve; houve predomínio de lesões valvares de regurgitação e naqueles com frequência menor de recorrências ocorreu desaceleração na evolução para lesões obstrutivas. Estes resultados demonstram a importância da profilaxia secundária e que o controle das recorrências pode interferir no padrão evolutivo de gravidade das sequelas valvares.

PC-03

RELATO DE CASO: MELHORA DA FUNÇÃO CARDÍACA A LONGO PRAZO APÓS TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS MONONUCLEARES DA MEDULA ÓSSEA EM ADOLESCENTE PORTADOR DE MIOCARDIOPATIA DILATADA NÃO-ISQUÊMICA

MELINA ASSMANN, ESTELA SUZANA KLEIMAN HOROWITZ, GABRIEL RICARDO L SIEBIGER, RENATO ABDALA KARAM KALIL

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA RS

O papel do transplante de células tronco na insuficiência cardíaca (ICC) e na cardiomiopatia dilatada (CMD) ainda é incerto. Relatamaos o caso de um paciente de 15 anos com diagnóstico de CMD e insuficiência cardíaca classe funcional (CF) IV admitido em dezembro de 2004 com dispnéia em repouso e importante edema de membros inferiores. Ao ecocardiograma (ECO) a fração de ejeção (FE) do ventrículo esquerdo (VE) era 21% e a radiografia de tórax demonstrava importante cardiomegalia (índice cardiotorácico (ICT) de 0,65). Após a introdução de terapêutica anticongestiva, houve melhora sintomática porém havia trombo em VE. Após 6 meses permanecia em CF III e foi oferecida a possibilidade de transplante cardíaco. Familiares e paciente relutaram em aceitar essa opção de tratamento. O paciente foi incluído em um estudo piloto de implante de células mononucleares da medula óssea em portadores de CMD. Novo ECO e ressonância magnética (RM) cardíaca evidenciaram FE do VE de 23% e de 9%, respectivamente. Em 15/06/2005, foi submetido a transplante autólogo de células mononucleares da medula óssea através de mini-toracotomia esquerda. Procedimento sem intercorrências. Recebeu alta hospitalar com terapêutica anticongestiva. Acompanhamento clínico e ECOs seriados não demonstraram melhora imediata, mas em 4 a 6 meses passou a ocorrer melhora progressiva e significativa da CF, redução dos diâmetros do VE e melhora da FE. Em 12 meses a FE era de 30%, o ICT 0,52 e a CF I. Em 24 meses, a FE era de 44% e a CF I. Com 30 meses após o procedimento, o ICT era de 0,5, a FE pela ecocardiografia era 51% e pela RM 43% e o paciente em CF I, inclusive praticando esportes. A última revisão, em abril de 2016, 11 anos após o procedimento, FE de 57%, e o paciente tem vida normal. A significativa melhora sintomática, o importante aumento na FE do VE e a diminuição do ICT obtidos após o transplante autólogo de células mononucleares da medula óssea, sem que tenham ocorrido mudanças na terapêutica farmacológica, sugerem que esses benefícios sejam decorrentes de tal procedimento terapêutico, sendo improvável que originem-se de outra condição. Este é o primeiro relato a demonstrar benefícios do transplante autólogo de células tronco na CMD, que tenham sustentado-se por longo período de acompanhamento. Para a comprovação dos benefícios do emprego desta estratégia terapêutica, são necessários ensaios clínicos randomizados que arrolem, exclusivamente, indivíduos com CMD não isquêmica.

PC-04

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUTIVAS DE PACIENTES COM TETRALOGIA DE FALLOT SUBMETIDOS A CORREÇÃO CIRÚRGICA UTILIZANDO TÉCNICA DE AMPLIAÇÃO TRANSANELAR

LIDIANE DIAS RIBEIRO, PATRICIA GUEDES DE SOUZA , KARLA LUIZA MATOS PEDROSA, NADJA CECILIA DE CASTRO KRAYCHETE, BRUNO DA COSTA ROCHA , GUSTAVO ALVES DE MELLO, ISABEL CRISTINA BRITTO GUIMARAES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA; HOSPITAL ANA NERI

Introdução: A Tetralogia de Fallot (T4F) é a cardiopatia congênita cianogênica mais comum da infância. O tratamento é baseado principalmente na correção cirúrgica e a evolução das técnicas operatórias tem resultado em redução significativa da morbimortalidade, com aumento da sobrevida. Alguns aspectos relacionados à cirurgia permanecem controversos, como a idade ideal para correção total, sem aumento de morbimortalidade, e a escolha da melhor técnica cirúrgica de acordo com a gravidade da lesão. A inserção de patch transanelar para ampliação do anel pulmonar nos pacientes com anel hipoplásico pode resultar em diferentes graus de insuficiência pulmonar residual, dilatação e disfunção ventricular direita. **Objetivo:** Avaliar o perfil clínico dos pacientes submetidos à correção cirúrgica da T4F através da técnica de ampliação transanelar em hospital terciário de referência em cardiologia pediátrica no Estado da Bahia e a evolução no pós-operatório precoce e tardio, comparando com aspectos descritos na literatura atual. Material e métodos: Realizado uma série de casos com pacientes submetidos à técnica ampliação transanelar em hospital terciário de referência em Salvador, no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2013. **Resultados:** Avaliados os prontuários de 20 pacientes, correspondente a 21% das 93 correções totais de T4F. A mediana de idade no momento do diagnóstico foi de 8,5 (0 – 19,2) meses e no momento da correção total de 36,0 (24,0-69,0) meses. A mediana do escore Z do anel pulmonar no pré-operatório foi: -3,3 (-4,0 a -1,9). O tempo de internamento em unidade de terapia intensiva variou de 2 a 20 dias, com tempo médio de 5,0 (3,5-7,0) dias. Em 16 pacientes que mantiveram seguimento ambulatorial, a insuficiência pulmonar foi considerada moderada a importante em 87,5% dos pacientes. Não foi encontrada correlação entre escore Z da árvore pulmonar e grau de insuficiência pulmonar no pós-operatório tardio. Não houve reabordagens cirúrgicas durante o período do estudo. **Conclusão:** O diagnóstico e a correção total de T4F na população estudada ainda são realizados de maneira tardia em relação ao descrito na literatura. A insuficiência pulmonar significativa é complicação tardia frequente, conforme descrito na literatura.

PC-05

DOSAGEM DE PEPTÍDEO NATRIURÉTICO TIPO B NA AVALIAÇÃO PROGNÓSTICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CARDIOMIOPATIA DILATADA

CAMILLA ANDRADE LIMA, GUILHERME GOMES DUARTE, VANESSA TAVARES DE OLIVEIRA REZENDE, THYARA JAQUELINE LEITE, ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA, HELOISA CRISTINA GOIS E SANTOS, ZILDA MARIA ALVES MEIRA, FÁTIMA DERLENE ROCHA ARAÚJO

HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFMG; DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG

Introdução: O peptídeo natriurético tipo B (BNP) é produzido nos ventrículos e é liberado no sangue em situações de aumento da pressão ou estiramento dos miócitos. As taxas são proporcionais à gravidade dos sintomas e ao grau de remodelamento, independentemente da causa da insuficiência cardíaca (IC). Estudos conduzidos em adultos estabeleceram seu uso como biomarcador no diagnóstico diferencial da dispneia aguda, no estadiamento da IC e na correlação com o prognóstico. Na criança, seu uso não está bem-estabelecido pois há uma grande variação de valores com a idade. **Objetivos:** Avaliar a dosagem de BNP em pacientes com cardiomiopatia dilatada (CMD) e correlacioná-la com classe funcional, fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo (DSVE), diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo (DDVE), grau de regurgitação mitral (RM) e com o prognóstico. Materiais e Métodos: Estudo observacional, longitudinal, realizado entre Janeiro/2010 e Dezembro/2015, incluindo pacientes de 0 a 18 anos com diagnostico de CMD. Foram realizadas dosagens de BNP após estabilização clínica e terapêutica otimizada da IC e analisadas comparativamente em relação a classe funcional, dados ecocardiográficos do mesmo período e ao prognóstico (evolução para óbito ou transplante cardíaco). Foram construídas curvas de sobrevida Kaplan Meier com valores de corte de BNP de 600 ng/dl, em relação a evolução e comparadas pelo teste de Log Rank. O nível de significância foi < 0,05. **Resultados:** Foram acompanhados 57 pacientes, 60% feminino, com idade de 1 mês a 16,7 anos (média de 48 meses) e tempo de acompanhamento de 6 meses a 17,4 anos (média de 64 meses). O valor de BNP < 100 ng/dl esteve relacionado à classe funcional I ($p < 0,0001$), FEVE > 50% ($p < 0,0001$), DSVE e DDVE com z escore entre -2 e +2 ($p < 0,0001$), e com RM ausente ou leve ($p < 0,0001$). Já os valores de BNP > 600 ng/dl estiveram relacionados à classe ≥ III ($p < 0,0001$), FEVE ≤ 30% ($p < 0,0001$), RM moderada ou grave ($p < 0,0001$). As curvas de Kaplan Meier mostraram menor sobrevida nos pacientes com BNP > 600 ng/dl ($p < 0,0001$) após tratamento otimizado da IC. **Conclusão:** Os níveis de BNP < 100 ng/dl estiveram relacionados a melhor classe funcional, a maior FEVE, a melhores DSVE e DDVE e menor grau de RM. Pacientes que persistiram com valores de BNP > 600 ng/dl, após tratamento da IC, tiveram pior prognostico.

PC-06

PERFIL ECOCARDIOGRÁFICO CONVENCIONAL E POR STRAIN EM PACIENTES COM MUCOPOLISSACARIDOSE NA BAHIA-BRASIL

MIRELA FREDERICO DE ALMEIDA, ANGELINA XAVIER ACOSTA, EMÍLIA KATIANE EMBIRUÇU DE ARAÚJO LEÃO, MOISES IMBASSAHY GUIMARAES MOREIRA, TAIS NASCIMENTO ALVES, CARLOS MAURICIO CARDEAL MENDES, ISABEL CRISTINA BRITTO GUIMARAES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Introdução: A mucopolissacaridose (MPS) é uma doença genética caracterizada por depósito lisossômico de glicosaminoglicanos por deficiência enzimática. Comprometimento cardíaco (lesões valvares e hipertrofia do ventrículo esquerdo-HVE) é importante causa de morbimortalidade. Sinais e sintomas são subvalorizados por acometimento em outros sistemas. A terapia de reposição enzimática (TRE) pode ser utilizada em MPS I, II, IV e VI. **Objetivo:** Descrever perfil ecocardiográfico em pacientes com MPS através da ecocardiografia convencional e medida de strain VE e ventrículo direito (VD). **Métodos:** Estudo seccional descritivo, ambulatorial com pacientes do serviço de genética do Hospital Universitário Professor Edgard Santos/Universidade Federal da Bahia. Os exames foram realizados de janeiro a junho/2016. **Resultados:** Foram avaliados 16 pacientes (idade média de 13,9 anos - DP = 5,3 anos). Tipos mais frequentes: MPS VI (50%), MPS II (25%), MPS I (18,8%) e MPS III (6,2%). Entre os pacientes com MPS I, II e VI, apenas um não recebia TRE. A idade média de início da TRE foi 7,2 anos (DP = 3,6 anos). Lesão valvar esquerda foi encontrada em 93,3% dos pacientes, principalmente lesão mitral (81,2%) sendo todas estas tipo insuficiência. Apenas dois pacientes apresentaram estenose concomitante. 50% apresentou insuficiência aórtica e nenhum apresentou estenose aórtica. Nenhum paciente apresentou lesão valvar direita. HVE foi encontrada em dois pacientes, sendo um com concêntrica e outro com excêntrica. 75% dos pacientes apresentou remodelamento concêntrico do VE. Todos apresentaram função sistólica do VE preservada ao Simpson e Teichholz. 18,8% teve alteração no IPM (índice de performance miocárdica) do VE. 18,8% apresentou disfunção diastólica do VE e VD. Um paciente apresentou redução do FAC (fractional area change) do VD. Nenhum apresentou alteração em TAPSE (tricuspid annular plane systolic excursion) ou onda S' do anel tricuspídeo. 56,2% apresentou alteração no strain global longitudinal (SGL) VE e 25% apresentou alteração do SGL VD. Foi demonstrada associação positiva entre massa e IPM VE e strain VE e tempo de ínicio da TRE e IPM VE e strain VE. **Conclusão:** Alterações ecocardiográficas em pacientes com MPS são frequentes, principalmente as valvares esquerdas, mudança na geometria ventricular esquerda e disfunção subclínica do VE pelo strain. Novas ferramentas ecocardiográficas podem aprimorar o acompanhamento cardiológico destes pacientes.

PC-07

ECOCARDIOGRAFIA FUNCIONAL REALIZADA NA UTI NEONATAL PELO MÉDICO NÃO ESPECIALISTA: EXISTEM INTERCORRENCIAS CLINICAS RELACIONADAS AO EXAME?

MARINA MACCAGNANO ZAMITH, CRISTIANE METOLINA, SIMONE DE ARAUJO NEGREIROS FIGUEIRA, ALLAN CHIARATTI DE OLIVEIRA, JUNIA SAMPEL, LÍVIA LOPES SOARES DE MELO, RUTH GUINSBURG, VALDIR AMBRÓSIO MOISÉS

UNIFESP

Introdução: A Ecocardiografia funcional (Ecof) é de uso crescente nas UTI neonatais, mas há poucos estudos sobre as intercorrências clínicas durante sua realização. **Objetivo:** Verificar a prevalência de hipotermia, hipóxia, bradicardia e dor durante a realização do Ecof em recém-nascidos (RN). **Método:** Coorte prospectiva de mar/2015-jun/2016 em RN internados na UTI Neonatal e submetidos ao Ecof por equipe específica de neonatologistas treinados, utilizando equipamento não portátil (Siemens, modelo Acuson X300). Os parâmetros foram avaliados antes (PRÉ-Ecof) e ao término do exame (PÓS-Ecof). Analisou-se também a necessidade de interrupção do exame e de medidas de conforto e analgesia em decorrência do procedimento. A estatística foi descritiva com teste t e qui-quadrado. **Resultados:** Foram realizados 116 exames de Ecof em 40 RN (IG 30 ± 5 semanas, PN 1371 ± 945 g). O Ecof foi solicitado com 3,5 dias (Percentil 25-75: 1-17 dias). Dos 40 RN, 81% estavam em ventilação mecânica e 47% com drogas vasoativas. Ecof foi indicado para avaliar: canal arterial (47%), débito cardíaco (22%) e hemodinâmica pulmonar (15%). O procedimento teve duração de 22,1 ± 8,7 minutos. Nos 116 exames, não houve diferença entre PRÉ-Ecof vs. e PÓS-Ecof para: temperatura axilar 36,5 ± 0,7 vs.36,4 ± 0,6°C, hipotermia(<36°C) 10% vs. 11%, frequência cardíaca 154 ± 19bpm vs. 157 ± 17bpm, bradicardia(<100bpm) 0% vs. 1%, saturação de oxigênio 93 ± 5% vs. 93 ± 5%, hipóxia(<90%) 16% e 8% e escore de dor (Behavioral Indicators of Infant Pain> 2) 3% vs. 5%. Medidas de conforto e analgesia foram necessárias respectivamente em 4% e 1% dos exames. A interrupção do procedimento foi indicada em 1% dos exames. **Conclusão:** As intercorrências clínicas relacionadas ao Ecof nos RN sob cuidados intensivos são pouco frequentes. Trata-se de um procedimento seguro quando realizado por equipe treinada de neonatologistas e atenta às condições clínicas dos pacientes.

PC-08

APLICABILIDADE DO ESCORE RACHS-1 PARA ANÁLISE DE MORTALIDADE EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE REFERÊNCIA DO NORTE-NORDESTE

CANDICE TORRES DE MELO BEZERRA CAVALCANT, KLEBIA CASTELO BRANCO, VALDESTER CAVALCANTE PINTO JUNIOR, ANDRÉIA CONSUELO DE OLIVEIRA TELES, RONALD GUEDES POMPEU, JEANE ARAUJO BANDEIRA, ISABEL CRISTINA LEITE MAIA, ANNA KARINA MARTINS BRITO

HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES

Introdução: a comparação interinstitucional da morbidade e mortalidade do tratamento cirúrgico das cardiopatias congênitas (CC) permanece um desafio, visto à diversidade dos procedimentos cirúrgico e o relativo baixo número de casos por ano, fazendo-se necessário uma classificação de risco que permita avaliação da qualidade e busca por melhores resultados. O escore RACHS-1 é um modelo simples, de fácil aplicação e que tem sido amplamente empregado para comparação da mortalidade entre serviços de cirurgia cardíaca pediátrica. Propõe uma distribuição dos procedimentos cirúrgico, paliativos ou corretivos, em 6 categorias, de acordo com a complexidade dos procedimentos e mortalidade esperada para cada uma. **Objetivos:** definir a aplicabilidade do uso do escore RACHS-1 para analisar a mortalidade intra-hospitalar nos pacientes pediátricos (< 18 anos) submetidos á cirurgia cardíaca pediátrica no Hospital de Messejana durnate um período de 12 anos. **Métodos:** foi realizada uma análise retrospectiva dos dados, no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2014. As cirurgias foram divididas em dois períodos de 6 anos cada para verificar a existência de melhorias nos resultados da instituição. Foram analisados os números de procedimentos realizados, a complexidade da cirurgia e a mortalidade intra-hospitalar. **Resultados:** foram realizadas 3201 cirurgias. Destas, 3071 formam classificadas de acordo com o escore RACHS-1. Entre os pacientes, 51,7% eram do sexo masculino e 47,5% eram menores de um ano de idade. a categoria RACHS-1 mais comum foi a três (35,5%). A mortalidade foi de 1,8%; 5,5%; 14,9%; 32,5% e 68,6% para as categorias 1,2,3,4 e 6 respectivamente. Houve um aumento significativo no número de cirurgias (48%) e uma redução na mortalidade, no último período analisado (13,3% no período I e 10,4 % no período II ($p = 0,014$). **Conclusão:** o escore RACHS-1 foi útil para análise do risco de mortalidade em nosso serviço, embora tenhamos evidenciado que outros fatores têm impacto sobre a mortalidade total.

PC-09

PERDA DE SEGUIMENTO EM ADULTOS COM CARDIOPATIA CONGÊNITA. ALGUMA ESPERANÇA?

FERNANDO TADEU VASCONCELOS AMARAL, PAULO HENRIQUE MANSO, ANDRE SCHMIDT

HOSPITAL DAS CLINICAS FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Introdução: adultos com cardiopatia congênita não estão curados, mesmo após intervenções. Investigações recomendam seguimento mesmo para cardiopatias de baixa complexidade. Em 2012 entre 803 registrados, 259 (32%) não tinham comparecido nos últimos dois anos. Após serem contatados consulta foi agendada para aqueles sabidamente vivos. 122 foram avaliados e responderam questionário sobre sua percepção da cardiopatia e procurando determinar motivo da perda de seguimento. Orientação sobre importância do seguimento foi fornecida. **Objetivo:** avaliar grau de adesão ambulatorial em pacientes já classificados como sem seguimento. **Métodos:** verificou-se o comparecimento individual nos três anos subsequentes à convocação de 2012. Foram anotados: sexo, idade, complexidade da cardiopatia, classe funcional e distancia em km da residência ao centro de referencia. **Resultados:** G1: 78 (64%) tinham comparecido ao ambulatório pelo menos uma vez no período enquanto 44 (36%) estavam sem seguimento (G2). O sexo feminino foi mais prevalente no G1 (62%) do que no G2 (55%). A média de idade no G1 (36 anos) foi semelhante ao G2 (38 anos) (p = 0,1074; não significante). Cardiopatias de baixa complexidade: 58% do G1 e 64% do G2. Defeitos moderadamente complexos: 34% do G1 e 34% do G2. Cardiopatias de alta complexidade: raras nos dois grupos: n = 6 (G1) e n = 1 (G2). A distancia média da residência do paciente ao centro de referencia foi maior no G2 (69 km) do que no G1 (58 km) (p = 0,3339; não significante). 84% dos pacientes dos G1 e G2 estavam em classe funcional I de acordo com a NYHA. **Conclusões:** número significante de pacientes (36%) permanece sem seguimento ambulatorial apesar de já convocados para avaliação e orientados sobre a importância dessa prática. Não encontramos diferença significante entre o grupo que aderiu ao seguimento e aquele que persiste sem acompanhamento em relação à idade, sexo, classe funcional, complexidade da cardiopatia e distancia ao centro de referencia. A aderência ao seguimento de adultos com cardiopatia congênita envolve mecanismos ainda pouco compreendidos. Estudos multicêntricos com grandes populações necessitam ser implementados. Estratégias precisam ser desenvolvidas para que esses pacientes compreendam a necessidade de seguimento rotineiro.

PC-10

ACUTE KIDNEY INJURY FOLLOWING CONGENITAL HEART SURGERY IN CHILDREN: RISK FACTORS AND OUTCOMES

FÁBIO CARMONA, PAULO HENRIQUE MANSO, AÍDA LUIZA RIBEIRO TURQUETTO, LUIZ FERNANDO CANEO

RIBEIRÃO PRETO MEDICAL SCHOOL, UNIVERSITY OF SÃO PAULO; HEART INSTITUTE, UNIVERSITY OF SÃO PAULO

Background: Acute kidney injury (AKI) is common after surgery for congenital heart disease (CHD) in children, and it remains as an important risk factor for morbidity and mortality. **Objectives:** To determine the incidence of AKI in children after surgery for CHD in two Brazilian tertiary-care, university hospitals. **Methods:** We analyzed a database from the ASSIST initiative, from September 2014 to December, 2015. Patients were categorized regarding the presence of AKI by the Acute Kidney Injury Network (AKIN) and the Pediatric Risk, Injury, Failure, Loss, End Stage Renal Disease (pRIFLE) criteria. Association with death was assessed by univariate logistic regression models, and risk factors for AKI were identified by multivariate logistic regression models (SPSS®, Chicago, IL). **Results:** A total of 614 patients were included. The overall incidence of AKI was 16.5% and 17.1%, as assessed by using AKIN and pRIFLE criteria, respectively. The odds-ratios for death according to the presence of AKI were 2.36 (95% CI 1.47, 3.80, $p < 0.001$) and 2.05 (95% CI 1.23, 3.40, $p < 0.01$), when using AKIN and pRIFLE criteria, respectively. Significant risk factors for AKI were: cardiopulmonary bypass duration (in minutes, odds-ratio [OR] 1.008, 95% confidence interval [CI] 1.002, 1.014, p = 0.007), and arterial lactate at ICU admission (in mg/dL, OR 1.018, 95%CI 1.007, 1.030, p = 0.002). **Conclusions:** AKI after surgery for CHS has an incidence of about 17% and its presence is associated with greater odds of death.

P-001

INSERÇÕES COMERCIAIS DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS NA TELEVISÃO BRASILEIRA

LÍGIA CAROLINA FACIN, THIAGO LUCAS BASTOS DE MELO, HENRIQUE MEIRA GUERRA, WILLIAM BRASIL DE SOUZA, CARLA CORREA MARTINS, CLAUDIA CESA, SANDRA MARI BARBIERO, LUCIA CAMPOS PELLANDA

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO RS

Introdução: Os alimentos ultraprocessados são ricos em gordura, sal ou açúcar, sendo considerados um risco para doenças crônicas. Na televisão as inserções comerciais de alimentos desse tipo podem levar a um maior consumo voltado ao público infantil e adolescente. O presente estudo avalia, assim, os programas com propagandas referentes a estes alimentos a fim de incentivar uma alimentação saudável no futuro. **Métodos:** Foram realizadas observações sistemáticas dos programas em 3 canais de televisão aberta brasileira. As propagandas foram quantificadas em propagandas externas (intervalos dos programas), internas (merchandising) e oferecimentos/ patrocínios. Para análise dos programas – faixas de horários, turnos, finais de semana, maior audiência e classificação indicativa – as propagandas de alimentos não saudáveis foram classificados em 6 grupos: bebidas alcoólicas, bebidas adocicadas, alimentos ricos em gordura e sal, doces, temperos industrializados, bebidas lácteas e derivados. Além disso, foram considerados o marketing empresarial de alimentos e as propagandas de supermercados. **Resultados:** Os programas possuem taxas consideráveis dos grupos analisados. Nos intervalos somente permitidos programas com classificação indicativa para crianças (6h às 20h) e nos intervalos permitidos programas com classificação indicativa para adolescentes (20 às 23h) as taxas mais altas de programas relacionados aos produtos analisados foram, respectivamente, alimentos ricos em gordura e sal (51,8%) e supermercados (58,7). **Conclusões:** Através deste estudo notou-se que os programas com propagandas dos grupos avaliados são muito frequentes em horários indicativos ao público de crianças e de adolescentes. Convém criar estratégias para que esses jovens sejam menos expostos a essas propagandas, assim como educar essa população a ser crítica em relação à exposição da mídia televisiva. Os profissionais da saúde também têm papel importante nas comunidades, podendo defender medidas políticas (regulamentação e restrições na legislação), para reduzir as influências da exposição agressiva de publicidade que caracterizam a sociedade contemporânea

P-002

INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA ÀS CRIANÇAS QUE REALIZARAM CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE MALFORMAÇÃO CONGÊNITA CARDÍACA

SILVANIA BRAGA RIBEIRO, KIARELLE PENAFORTE, ÉRICA RODRIGUES DALENCAR, FRANCISCA ELISÂNGELA TEIXEIRA LIMA, IRES LOPES CUSTÓDIO, HORTENCIA CHRISTINA OLIVEIRA, MARTA MARIA RODRIGUES LIMA, LEIDIANE MINERVINA MORAES DE SABINO

HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES

Introdução: Uma das formas de desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente e direcionamento de melhoria do serviço é a utilização de indicadores para contribuir na promoção dos cuidados de excelência aos usuários dos serviços de saúde. As atividades desenvolvidas em serviços de saúde podem ser monitoradas e após análise servem de fundamento de avaliação da equipe; os indicadores apresentam essa função. Os indicadores assistenciais e de gestão de pessoas devem ser empregados nos processos de trabalho. É importante estabelecer táticas para melhorar os indicadores diante da vulnerabilidade dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), uma vez que é elevada a incidência de Eventos Adversos (EA). A ocorrência de EA é um problema mundial e implica na segurança do paciente. **Objetivo:** Analisar a qualidade da assistência prestada às crianças que realizaram cirurgia para correção de malformação congênita cardíaca. **Método:** Estudo documental, realizado em uma UTI pós-operatória pediátrica de um hospital terciário. A amostra foi 2.328 crianças que realizaram cirurgia para correção de malformação congênita cardíaca. A coleta de dados foi a partir das informações do relatório de admissão de pacientes e livro de ocorrência, no período de 2010 a 2015. Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa n° 1.353.931. **Resultados:** Evidenciou-se que as crianças eram lactentes (35,5%) e toddler (16,1%), do sexo masculino (50,5%). Os anos de mais internações foram 2010 (17,5%) e 2011 (18,2%), de óbito 2010 (8,4%). O tempo de internação foi < três dias (44,7%). Observou-se a ocorrência de EA, os quais contribuíram para os indicadores de déficit de qualidade da assistência: em 2014 foi o ano que houve mais EA e envolveu Cateter Venoso Central (CVC) (4,7%); em 2013 foi por extubação acidental (3,4%); em 2011 por assaduras perianal (7,5%); e em 2015 por Ulcera Por Pressão (UPP) (6,8%). Percebeu-se que houve influência dos indicadores de déficit de qualidade da assistência relacionado à equipe incompleta, pois teve aumento de EA em AVC no ano de 2014 (4,7%); extubação acidental em 2013 (3,4%); assadura perianal em 2011 (7,5%) e UPP em 2015 (6,8%). **Conclusão:** A ocorrência de EA e equipe incompleta contribuem para indicadores de déficit de qualidade. O gerenciamento de indicadores nos processos de trabalho é importante, uma vez que colabora na qualidade do cuidado ao paciente, avalia a assistência prestada, sendo essencial na segurança do paciente.

P-003

CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES CARDIOPATAS SEM INDICAÇÃO CIRÚRGICA, UM PROBLEMA NA ATUALIDADE

RAIANNE VASCONCELOS CORD, JAMILLE CAMPOS SOUSA, LUCIANA SILVEIRA NINA DE AZEVEDO, FERNANDA SOARES CARNUT REGO, CAIO CESAR ARAGONI LOUREIRO, MARCIO MIRANDA BRITO, CELIA MARIA CAMELO SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO

Introdução: A expansão tecnológica nas últimas décadas, modificou o perfil dos pacientes na pediatria, tornando cada vez mais frequente a assistência a crianças com doenças graves. Cuidados paliativos em pacientes com cardiopatias congênitas (CC) envolvem a assistência total prestada a essas crianças, nas dimensões de seu corpo, patologia, qualidade de vida e assistência familiar. **Discussão:** Crianças com CC e patologias associadas e/ou síndromes genéticas sem prognóstico, no período neonatal, podem necessitar de procedimentos paliativos como colocação de stent em canal arterial e/ou stent em artéria pulmonar, com o objetivo de assegurar, prolongar a vida em pacientes hemodinamicamente estáveis. Estes encontram-se sem indicação cirúrgica posterior ou naquele momento. Este procedimento é utilizado em diversas patologias canal dependente, por fazerem uso de drogas de uso contínuo e de alto custo hospitalar, necessitar de suporte em UTI. Após a realização do procedimento, estes pacientes evoluíram sem necessidade de drogas vasoativas e/ou de infusão contínua para cuidados semi-intensivos ou alta médica. **Conclusão:** Pacientes sem prognóstico ou sem indicação cirúrgica, foram realizados colocação de stent em canal arterial e/ou em artéria pulmonar assegurando sua sobrevida, estes evoluíram bem após o procedimento e seus óbitos foram atribuídos a outras causas não cardiológicas.

P-004

COMPARAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDIOPEDIATRICA

JESSYCA LANE FAUSTO LIRA, KAROLYNE SOARES BARBOSA GRANJA, EVELIN APARECIDA BATISTA DE OLIVEIRA, JULIANA DOS SANTOS OLIVEIRA, ANA CAROLINA DO NASCIMENTO CALLES, ADRIANA SANTOS CUNHA CALADO, RICARDO CESAR CAVALCANTI, JOSE WANDERLEY NETO

HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS; CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES

Introdução: A força muscular respiratória indica a força dos grupos musculares inspiratórios e expiratórios, ela é avaliada a partir da pressão respiratória máxima que é gerada na boca após inspiração (PImáx) e expiração (PEmáx) completas. Como consequência da disfunção dos músculos ventilatórios, os principais sintomas apresentados pela crianças portadoras de cardiopatias congênitas, são dispneia e fadiga, limitando a pratica de exercícios normais. **Objetivo:** Comparar a força muscular respiratória no pré e pós operatório de cirurgia cardiopediatrica. **Métodos:** Trata-se de um estudo de corte transversal e prospectivo, realizado em um Hospital de Maceió-Alagoas. As crianças foram avaliadas em três momentos pré operatório (PRÉ OP), segundo dia de pós operatório (2º DPO) e terceiro dia de pós operatório (3º DPO). Para determinar a PImáx e a PEmáx das crianças foi realizado a manovacumetria, seguindo o protocolo de Black e Hyatt, o valores foram expressos em cmH2O e determinados por meio de um manovacuômetro analógico (Wika Cl 1.6 Critical Med). Para analisar os valores preditos foram adotadas as equações de Neder e et al. A análise estatística descritiva foi realizada com media, desvio padrão e porcentagem e a analise analítica com teste ANOVA, considerando o $p < 0,05$. **Resultados:** Foram avaliados 26 pacientes, sendo 57,69% do sexo masculino e 42,30% do sexo feminino, com média de idade de 110,41 ± 47,67 meses. A PImáx mostrou-se 66,95% abaixo do valor predito, houve uma queda significativa entre o Pré OP (-76,92 ± 39,37 cmH2O) e o 2º DPO (-72,30 ± 35,36 cmH2O) ($p < 0,001$) e um ganho significativo de força muscular inspiratória no 3º DPO (-80,38 ± 34,58 cmH2O) ($p < 0,001$). Enquanto a PEmáx, mostrou-se 69,98% abaixo do valor predito, no pré OP (56,04 ± 16,87 cmH2O), 2º DPO (56,04 ± 23,17 cmH2O) e 3º DPO (56,66 ± 34,25 cmH2O) não apresentaram diferença significativa ($p = 0,995$). **Conclusão:** Todas as médias de PImáx e Pemáx alcançadas estão abaixo dos valores de referência normal, concordando assim, que as cardiopatias causam diminuição na força muscular ventilatória.

P-005

AVALIAÇÃO POSTURAL DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA CARDÍACA PEDIÁTRICA

JESSYCA LANE FAUSTO LIRA, SARAH CAROLINA ALEMIDA LUNA VIEIRA, JUSSARA GUIMARAES DA ROCHA LIMA, MARÍLIA GAMELEIRA BOMFIM, ANA CAROLINA DO NASCIMENTO CALLES, ADRIANA SANTOS CUNHA CALADO, JOSE WANDERLEY NETO, RICARDO CESAR CAVALCANTI

HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS; CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES

Introdução: Através da avaliação da postura corporal de um indivíduo em posição ortostática, características relacionadas a sua história física ou emocional podem ser percebidas. Na criança, esta relação pode ser identificada, porém, a cada momento, sua postura deixa transparecer suas expectativas e emoções. Quando submetidas a processos cirúrgicos, a postura e os movimentos da criança podem se modificar a depender da dor, do medo, da incisão cirúrgica, da restrição ao leito, do manuseio e até mesmo do uso de drenos ou outros acessos. Tratando-se de cirurgias torácicas, acredita-se que o procedimento deixe uma falha postural como consequência, podendo haver encurtamentos das estruturas anteriores do tórax. **Objetivo:** Identificar as alterações posturais de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca pediátrica. **Métodos:** Trata-se de um estudo de coorte, realizado com crianças submetidas a cirurgia cardíaca para correção de malformações congênitas, onde as mesmas obedeceram a uma avaliação postural subjetiva, por meio da inspeção visual pelo fisioterapeuta, no dia anterior ao procedimento cirúrgico e no 3º dia de pós-operatório, sendo analisados nas vistas: anterior, perfil esquerdo, perfil direito e posterior. Os dados foram armazenados numa planilha eletrônica, onde foram analisadas as alterações posturais de acordo com os itens avaliados. As variáveis do questionário foram tratadas por meio de estatística descritiva, com média, desvio padrão, frequência relativa e absoluta. **Resultados:** Participaram do estudo 11 pacientes, com idade média de 6,5 ± 3,00, dos quais 72,7% apresentou alterações posturais no pós-operatório. Dentre o total de 23 alterações identificadas, 18,2% dos pacientes tiveram mudança na altura e 45,5% na rotação interna de ombros, 9,1% na assimetria de MMSS, 9,1% no ângulo de Tales, 9,1% na protrusão e 18,2% na retração da mandíbula, 27,3% na protrusão de pescoço, 36,4% na protrusão de ombro, 9,1% na retroversão de pelve, 18,2% apresentou acentuação da cifose torácica e 9,1% abdome proeminente. **Conclusão:** Crianças que são submetidas a cirurgia cardíaca sofrem distúrbios posturais que podem estar associadas um posicionamento antálgico. Desta forma, torna-se perceptível a importância do fisioterapeuta na reeducação postural destes indivíduos para amenizar complicações as quais estas crianças possam ser expostas ao longo do seu desenvolvimento.

P-006

PLANEJAMENTO PARA EXTUBAÇÃO PRECOCE NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA PEDIÁTRICA EM UM HOSPITAL DE MACEIÓ

ADRIANA SANTOS CUNHA CALADO, JOSE WANDERLEY NETO, RICARDO CESAR CAVALCANTI

HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS

Introdução: A extubação é um processo decisivo na condução pós operatória do paciente pediátrico portador de doença cardíaca. Tempos prolongados de ventilação mecânica perpetuam as deteriorações pulmonares desencadeadas pela circulação extracorpórea (CEC), contribuindo com complicações responsáveis pelo aumento do tempo de internação, dos índices de morbimortalidade e dos custos hospitalares. Extubação precoce deve ser instituída em pacientes selecionados e necessita de uma ação coordenada da equipe multiprofissional, com manejo voltado para a redução das complicações. **Objetivo:** Avaliar os fatores que interferiram no tempo de extubação durante o primeiro ano de implantação de um serviço de cirurgia cardíaca pediátrica. **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo a partir dos dados dos prontuários de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca pediátrica no Hospital do Coração de Alagoas, no período entre agosto de 2015 e setembro de 2016. Foram analisados o número de cirurgias, os tipos de cardiopatias, o tempo de extubação, o tempo de CEC, tempo de anóxia, a classificação do risco cirúrgico, as complicações relacionadas à extubação, e a idade dos pacientes. Avaliou-se ainda a capacitação das equipes envolvidas com a cardiopediatria. **Resultados:** Das 66 cirurgias realizadas no referido período, analisou-se dados de 58 pacientes, dos quais 54 foram extubados nas primeiras 6 horas do pós operatório, com idade entre 1 e 17 anos (média de 7,38 anos). A duração da CEC variou de 25 a 130 minutos (média de 46,7 minutos) e anóxia de 10 a 110 minutos (média de 34,08 minutos). Algumas complicações como acidose respiratória, broncoespasmo, atelectasia, pneumotórax, e condensação foram observadas. Não houve casos de falha na extubação. **Conclusão:** A seleção de pacientes de baixo risco cirúrgico e o adequado treinamento e envolvimento multidisciplinar contribuíram para resultados aceitáveis de extubação, na fase possibilitando o planejamento para instituir-se a extubação na sala de cirurgia

P-007

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO PRÉ-OPERATORIO DE CIRURGIA CARDÍACA EM UTI PEDIÁTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

GISELLE VIANA DE ANDRADE, ANA NATESIA RODRIGUES, ANA CAROLINA FILIZOLA ROCHA

HOSPITAL DE MESSEJNA DR. CARLOS ALBERTO STUART GOMES

Introdução: A complexidade do cuidado em Unidade de Terapia Intensiva, sobretudo ao paciente no pré-operatório de cirurgia cardíaca, exige dos profissionais a realização de diferentes tarefas, procedimentos e de supervisão segura, em uma dinâmica acelerada da equipe de enfermagem. Requer além de destreza e habilidade técnica, cuidado humano, devido a fragilidade física e emocional, relativa à faixa etária e ao processo de doença. **Objetivo:** Descrever a experiência a cerca do cuidado de enfermagem durante o pré-operatório em cirurgia cardíaca na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, sob forma de relato de experiência. Realizado em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, de um hospital público, em Fortaleza- Ce. A instituição é referência nacional para o serviço de cardiologia. Entre as cirurgias cardíacas realizadas estão as revascularização do miocárdio, valvulares, congênitas, transplantes cardíacos, implante de coração artificial, dentre outras. **Resultado:** Os cuidados de enfermagem se dão inicio com a avaliação dos exames laboratoriais, coleta de amostra sanguinea do paciente para o banco de sangue, orientação aos responsáveis pelo paciente sobre a data da cirurgia, manutenção da dieta zero, conforme prescrito pelo médico, realizar higienização com clorexidina no dia anterior a cirurgia. A equipe de enfermagem é responsável pela verificação dos sinais vitais, registrar o fechamento do balanço hídrico, preparar o paciente para o transporte com a monitorização portátil, manter as drogas de infusão contínua, garantir o suporte de oxigênio, com reserva de ambú e máscara, no caso de intercorrências. Manter o prontuário completo e organizado para ser encaminhado ao centro cirúrgico, junto ao paciente, médico e o enfermeiro. A avaliação pré-operatória deve ser completa e bem registrada, pois fornece dados importantes para o planejamento do cuidado e de parâmetros avaliativos para o pós-operatório. **Conclusões:** Trabalhar com a criança em estado crítico requer da enfermeira coragem de estar dinamicamente em ação, à procura de novos conhecimentos em prol de um cuidado de enfermagem que possa tornar a vidas dessas crianças qualitativamente melhor. Concluímos pelo exposto, que esta é uma prática complexa, que é de extrema pertinência o cuidado de enfermagem no pré-operatório, a fim de intervir e prevenir complicações no prognóstico e, sobretudo, garantir um transoperatório seguro.

P-008

COMPARAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PERIFERICA NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDIACA PEDIATRICA

JESSYCA LANE FAUSTO LIRA, KAROLYNE SOARES BARBOSA GRANJA, GLAUBER SCHETTINO, MICHELLE SANTA RITA PALMEIRA, ANA CAROLINA DO NASCIMENTO CALLES, ADRIANA SANTOS CUNHA CALADO, JOSE WANDERLEY NETO, RICARDO CESAR CAVALCANTI

HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS; CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES

Introdução: A literatura parece ser escassa sobre a condição de força muscular periférica em crianças submetidas a cirurgia cardíaca, porém, sabe-se que a condição patologia tende a apresentar disfunções musculoesquelética. Até o presente momento desconhecemos estudos que tenham avaliado força muscular periférica nessa população. **Objetivo:** Comparar a força muscular periférica no pré e pós operatório de cirurgia cardíaca pediátrica. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de corte transversal e prospectivo, realizado em um Hospital de Maceió- Alagoas. As crianças foram avaliadas em três momentos pré operatório (PRÉ OP), segundo dia de pós operatório (2º DPO) e terceiro dia de pós operatório (3º DPO). Para avaliar a força muscular periférica foi utilizado a pontuação do escore do Conselho de Pesquisas Médicas - Medical Research Council – MRC. Por meio desse escore, foi graduado a força em valores compreendidos entre 0 (paralisia muscular total) e 5 (força muscular normal) pela realização voluntária de seis movimentos específicos bilaterais. A pontuação total pode variava de 0 (tetraparesia completa) a 60 (força muscular normal). A análise estatística descritiva foi realizada com media, desvio padrão e porcentagem e a analise analítica com teste ANOVA, considerando o $p < 0,05$. **Resultados:** Foram avaliados 37 pacientes, sendo 62,16% do sexo masculino e 37,83% do sexo feminino, com média de idade 86,45±49,26 meses. A média dos valores avaliados classificam as crianças com força muscular normal. Porem, a media da força apresenta um decréscimo no 2º DPO (MRC = 57,67±4) quando comparada ao Pré OP (MRC = 59,97 ± 4,89) ($p = 0,05$), tendo um acréscimo no 3º DPO (MRC = 58, 21 ± 3,80) ($p = 0,05$). **Conclusão:** Nosso estudo sugere que crianças submetidas à cirurgia cardíaca, não apresentem déficit de força muscular periférica. Porém, no momento do pós operatório se faz necessário uma intervenção fisioterapêutica para não proporcionar o declínio dessa força muscular.

P-009

A IMPORTÂNCIA DE PROTOCOLO FISIOTERAPÊUTICO EM PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA PEDIÁTRICA EM UM HOSPITAL DE MACEIÓ -ALAGOAS

JESSYCA LANE FAUSTO LIRA, ANA CAROLINA DO NASCIMENTO CALLES, ADRIANA SANTOS CUNHA CALADO, RICARDO CESAR CAVALCANTI

HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS; CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES

O interesse para a realização deste trabalho surgiu afim de apresentar a atuação da fisioterapia no pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca pediátrica, motivado pela implementação de um protocolo. O objetivo foi relatar a elaboração de protocolos de assistência fisioterapêutica no pré e no pós operatório de crianças submetidas a cirurgias cardíaca pediátrica. O processo de elaboração foi realizado entre os meses de julho e agosto 2015, em um Hospital de Maceió- Alagoas, localizado na capital, Maceió. Para a elaboração dos protocolos foram traçadas três etapas de desenvolvimento: participação, observação e coleta de dados durante os atendimentos; revisão na literatura sobre as intervenções e, por fim, a elaboração dos protocolos. Em conclusão, o trabalho desenvolvido pela equipe de fisioterapia, gerou a implantação de novos protocolos de atendimento específicos para esses pacientes, bem como uma ficha de avaliação composta pela Triagem de Denver II, força muscular ventilatória, pico fluxo expiratório, ventilometria, força muscular periférica e avaliação postural, realizada no pré operatório e reaplicada nos dias consecutivos do pós operatório. Acredita-se que a implantação desses protocolos proporcionará a melhoria da qualidade do atendimento da fisioterapia para as crianças internas, além de permitir um enfoque sobre a eficácia da fisioterapia no pré-operatório para a prevenção de complicações pulmonares após cirurgia cardíaca visando à melhoria contínua do serviço.

P-010

DE NASCENÇA BLOG: EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM FOCO NA CARDIOPATIA CONGÊNITA

NAYANA GOMES DE SOUZA, VIVIANE MARTINS DA SILVA, VALDESTER CAVALCANTE PINTO JUNIOR, CANDICE TORRES DE MELO BEZERRA CAVALCANT, KLEBIA CASTELO BRANCO, GISELLE VIANA DE ANDRADE, LUCIANA FARIAS BASTOS, SILVANIA BRAGA RIBEIRO

HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES; UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC

Fundamento: A troca de informações e saberes entre o profissional de saúde e as famílias de crianças com cardiopatias congênitas favorece o entendimento sobre os cuidados para a promoção da saúde dessas crianças. Com a expansão das tecnologias digitais, acredita-se que exista uma possibilidade de ampliar as ações mediadas por computador nas atividades de educação em saúde. No presente estudo, isso é representado pelo uso do blog como estratégia na abordagem de temas de educação em saúde. **Objetivos:** Identificar como a tecnologia digital do blog De nascença influencia na aprendizagem dos pais e profissionais de saúde para os cuidados das crianças cardiopatas. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada a partir das postagens realizadas no blog De nascença veiculado através do site http://denascenca.com.br/. O processo de planejamento, seleção e transmissão do conteúdo, são planejados e operados por um grupo de profissionais da saúde especializados em cardiopatias congênitas. A coleta de dados foi realizada a partir dos conteúdos das postagens do blog. **Resultados:** Os resultados mostram as seguintes categorias temáticas: 1 Assistência as famílias, 2 Cardiologia Pediátrica, 3 Cirurgia Cardiovascular Pediátrica, 4 Gestão em Saúde e Políticas Públicas. A categoria 1 enfoca responder de forma direta aos familiares de crianças com cardiopatias, as dúvidas a respeito das doenças congênitas do coração e das cardiopatias adquiridas na infância, auxiliando na integração dos familiares com o grupo multiprofissional, de fundamental importância no percurso do tratamento ambulatorial e hospitalar. Na categoria 2 aborda temas sobre diagnóstico, tratamento, exames complementares das cardiopatias na infância. Na categoria 3 trata de assuntos sobre as abordagens cirúrgicas realizadas para correção ou tratamento paliativo da cardiopatia congênita. Na categoria 4 reúne conceitos de gestão, visando a assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços de atenção a cardiopatia congênita. **Conclusão:** A discussão da temática da educação em saúde com foco na cardiopatia congênita com o uso da tecnologia digital pode permitir aos pais e profissionais de saúde acesso a informações objetivas e claras, no propósito de melhorar competências profissionais e habilitar as famílias a obterem controle sobre fatores determinantes e comportamentos de saúde.

P-011

CIRURGIA CARDÍACA NEONATAL EM HOSPITAL MATERNIDADE: É POSSIVEL TER BONS RESULTADOS?

JOSE CICERO GUILHEN, JOSE PEDRO DA SILVA, LUCIANA DA FONSECA, RODRIGO FREIRE BEZERRA, JOSE FRANCISCO BAUMGRATZ, CLAUDIA TANURI

MATERNIDADE SANTA JOANA; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Introdução: A cirurgia cardiíaca no periodo neonatal teve seu início no final da década de setenta, principalmente pelo desenvolvimento nos cuidados de terapia intensiva e materiais adequados para serem utilizados nesse grupo singular de pacientes. Propiciando melhora nos resultados cirúrgicos em centros especializados nos últimos trinta anos. A realização desses procedimentos em centros não dedicados à cirurgia cardíaca, como em maternidades, representa um desafio à equipe cirurgica e de UTI neonatal. **Objetivo:** Avaliar mortalidade em cirurgia cardíaca neonatal em Hospital Maternidade. **Método:** De julho de 2012 a junho de 2016 foram operados 70 neonatos portadores de cardiopatia congenita, excluindo os casos de persistência do canal arterial. Dados demograficos, idade gestacional, peso ao nascimento, peso na data da cirurgia, tempo de CEC, tempo de anóxia cardíaca, tempo de IOT, tempo de internação na UTI, eventos adversos, entre outros foram coletados retrospectivamente no prontuario dos pacientes. **Resultados:** Todos pacientes foram operados no período neonatal, pela mesma equipe cirúrgica. A idade gestacional variou de 32 a 40 semanas, peso ao nascimento variou de 1390 a 3770 g (média: 2790 g). Cirurgias paliativas corresponderam a 8 dos 70 casos, sendo duas bandagens da artéria pulmonar e seis confecções de anastomose sistêmico-pulmonar. O diagnóstico dos pacientes submetidos à correção total foram coarctação de aorta, comunicação interventricular, drenagem anomala total de veias pulmonares, transposição das grandes artérias, hipoplasia do arco aórtico e hipoplasia do ventrículo esquerdo. Dois pacientes evoluiram com infecção de FO. Três pacientes evoluiram a óbito durante a internação hospitalar, sendo que apenas um no período pós-operatório. **Conclusão:** Bons resultados cirúrgicos no período neonatal dependem de uma integração entre as equipes de cardiologia, cirurgia cardíaca e UTI neonatal. Como demonstrado esses resultados podem ser obtidos mesmo em serviço não voltado exclusivamente para cirurgia cardíaca

P-012

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NA ABORDABEM MULTIDISCIPLINAR À FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR NA INFÂNCIA

LUCIA CAMPOS PELLANDA, NATAÍS BRITES, CAMILA DE MATOS ÁVILA, MARCOS PAULO DE OLIVEIRA CAMBOIM

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA - FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA

Introdução: Devido ao expressivo aumento do número de crianças com sobre peso e obesidade, são necessários os estudos das mais diversas abordagens para prevenção e tratamento desta epidemia. O grupo de pesquisa PREVINA, busca através de pesquisas e assistência, contribuir para a definição sobre os fatores associados à obesidade infantil, bem como prestar uma assistência qualificada, trasndisciplinar, com o objetivo de mudanças de hábitos de vida para uma melhor qualidade de vida da criança e sua família. **Objetivo:** Apresentar o atendimento da psicologia da saúde em um grupo de pesquisa transdisciplinar na abordagem da prevenção de fatores de risco cardiovascular na infância. Material e métodos: Grupo de pesquisa PREVINA. O grupo que iniciou em 2001, foi sendo modificado ao longo dos anos para uma melhor compreensão e abordagem do tema. Concomitantemente à pesquisa é realizada a assistência, através de atendimento ambulatorial individual e em grupos. Integram o grupo, profissionais e acadêmicos da medicina, psicologia, nutrição, educação física e enfermagem. **Resultados e conclusões:** A psicologia no grupo de pesquisa PREVINA, tem papel fundamental na compreensão da funcionalidade familiar, entendido como aspecto de extrema importância na adesão ao tratamento bem como nos hábitos já desenvolvidos. Além disso, a escuta do paciente, sobre a sua percepção de seus fatores de risco, imagem corporal entre tantos outros fatores desencadeantes ou agravantes, compõem uma parte importante na abordagem das famílias atendidas, auxiliando em alterações que vão além de mudanças alimentares, mas em fatores familiares e de comportamento que podem contribuir intensivamente para o agravamento da obesidade e de outros fatores de risco. Além disso, a psicologia busca auxiliar a equipe na compreensão que vai além do paciente, mas sobre sua família, cultura e meio, respeitando seus limites e realizando abordagens individuais e personalizadas, considerando as características familiares de cada paciente.

P-013

ANEURISMA DE DUCTO ARTERIOSO: RELATO DE CASO EM PORTADORA DO GENE DA AGAMAGLOBULINEMIA DE BRUTON

LUCAS OLIVEIRA ROCHA, NELSON ITIRO MIYAGUE, BRUNO HIDEO SAIKI, SARAH CASCAES ALVES

HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE

Introdução: O Aneurisma de ducto arterioso (ADA) é uma dilatação sacular ou tubular do ducto arterioso, mais diagnosticada em menores de 2 meses, mas pode ser evidenciado em ecocardiografia fetal (ECF). É uma anormalidade congênita rara, embora alguns estudos mais recentes sugiram ser mais comum do que suspeitado, com incidência de até 8,8%, inclusive como uma variação da normalidade. Pode ser observado em pacientes com doenças do tecido conjuntivo, como Marfan, Ehlers-Danlos e Larsen. Relatamos caso de ADA em recém-nascida portadora do gene de Agamaglobulinemia de Bruton (AGB) ou ligada ao X. **Descrição do caso:** D.I.T.M., 30 anos, primigesta, com diagnóstico de ovários policísticos aos 14 anos e, desde então, fez uso de gestodeno e etinilestradiol até 12 meses antes de engravidar. Realizou indução da ovulação com metformina, tamoxifeno (primeiros dois meses) e clomifeno durante 8 meses. Fez uso de ômega-3, polivitamínicos e esomeprazol durante a gestação e metformina até a 10ª semana. Pai, L.F.C.M., 29 anos, apresenta AGB em tratamento adequado desde os 17 anos. Às 26 semanas de gestação, após ser observado hipoplasia de osso nasal em ultrassonografia obstétrica (USO), foi realizado ECF, cujo laudo foi normal. Reencaminhada às 36 semanas por apresentar aumento das câmaras cardíacas direitas em nova USO. ECF mostrou aumento importante das cavidades direitas, fluxo anterógrado com velocidade aumentada no canal arterial (CA) – sistólica de 118cm/s e diastólica de 24cm/s – e aneurisma importante na junção do CA com a aorta. A conduta foi expectante, com ECF seriada. Realizado cesarianana com 38 semanas. L.T.M., portadora do gene da AGB, nasceu com 2650g, talhe de 46 cm, PC de 34 cm e Apgar 9/9. O ecocardiograma no 1° dia de vida evidenciou a persistência do ADA e CA aberto. No 8° dia de vida, realizado angiografia aórtica que confirmou o aneurisma. Como a paciente encontrava-se assintomática, com ganho de peso adequado e não se observava mais fluxo pelo CA, optou-se pelo seguimento clinico. Com 6 meses, foi realizado ressonância magnética que mostrou ausência de ADA. L.T.M. mantém-se assintomática, com desenvolvimento e exames normais. **Comentários:** Embora o ADA possa apresentar complicações como tromboembolismo, compressão extrínseca, paralisia de nervos intratorácicos, infecção e ruptura, pode também regredir espontaneamente, como no caso apresentado.

P-014

RELATO DA IV CARAVANA DO CORAÇÃO: BUSCA ATIVA E SEGUIMENTO DE CRIANÇAS COM MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS NA PARAÍBA

SANDRA DA SILVA MATTOS, JULIANA SOUSA SOARES DE ARAÚJO, LOUISE LIRA BRONZEADO CAVALCANTI, RENATHA VERÍSSIMO GUEDES SOARES, TAMARA DE S LOPES GONÇALVES, DANIELLE BATISTA CHIANCA, DANIEL MAIA DE VASCONCELOS LIMA

CÍRCULO DO CORAÇÃO DE PERNAMBUCO

Introdução: As cardiopatias na infância são um problema de saúde pública, levando a alta morbimortalidade nesta faixa etária. O diagnóstico precoce melhora o prognóstico destes pacientes. **Objetivos:** Descrever os principais resultados de uma busca ativa e seguimento por cardiopatias no período pré-natal e na infância. **Métodos:** Em 13 dias, 13 cidades diferentes do estado da Paraíba foram selecionadas para participar do Projeto. Essas cidades cadastraram previamente os pacientes com suspeita de cardiopatias, além dos que foram identificados como cardiopatas nos três anos anteriores. Nessa edição, houve o acréscimo das crianças portadoras ou com suspeita de microcefalia - as quais também foram selecionadas anteriormente - e a coleta de amostras de sangue e urina em gestantes que relataram história sugestiva de infecção gestacional por Zika ou Chikungunya. Num segundo momento, uma equipe multidisciplinar viajou até tais locais e realizaram a busca ativa e o seguimento de centenas de pacientes. **Resultados:** Um total de 1908 pacientes foi atendido nesta ação. Os atendimentos realizados incluíram: cardiologia, eletro e ecocardiografia pediátrica, ultrassom fetal e eco fetal, genética, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, serviço social, saúde bucal, psicologia. Um total de 473 crianças cardiopatas foi identificado, sendo as cardiopatias congênitas simples as mais prevalentes, totalizando 385 casos. As cardiopatias congênitas complexas totalizaram 65 casos. Ainda se observaram as cardiopatias adquiridas (21 casos) e as arritmias com uma incidência de 2 casos. Todos os pacientes que necessitavam de um seguimento clínico foram avaliados por cardiologistas e, destes, 30 a 50 pacientes precisarão de abordagem cirúrgica, alguns já devidamente encaminhados. Além dos cardiopatas, foram encaminhados 100 pacientes para avaliação genética por suspeita de microcefalia. Destes, 82 foram anormais. Também foram identificados 11 fetos com anomalias que podem estar relacionadas ao vírus Zika. **Conclusão:** Uma busca ativa por malformações na infância é fundamental, principalmente em regiões que sofrem com dificuldades no diagnóstico na fase neonatal. Assim, o seguimento e as ações de saúde continuadas são essenciais para garantir um pleno cuidado a estes pacientes.

P-015

CORRELAÇÃO POSITIVA ENTRE RAZÃO ENTRE SÓDIO E POTÁSSIO CONSUMIDOS E A PRESENÇA DE PRESSÃO ARTERIAL ELEVADA EM CRIANÇAS

AMANDA QUINTINO FERRAO DA SILVA, FELIPE ALVES MOURATO, CYBELLE LUZA COSTA, EDUARDO DE HOLANDA CARVALHO, SANDRA DA SILVA MATTOS

CÍRCULO DO CORAÇÃO DE PERNAMBUCO

Introdução: A prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem aumentado a cada ano, e atingido cada vez mais a faixa etária pediátrica. Isso ocorre principalmente devido a mudanças no estilo de vida da criança e à epidemia da obesidade. No contexto da origem da HAS, os transtornos dietéticos têm fundamental importância. Entre eles, o alto consumo de sódio e de calorias, a elevada razão entre o consumo de sódio e potássio, a falta de alguns microelementos e o inadequado consumo de ácidos graxos poli-insaturados. A grande maioria dos estudos realizados sobre HAS e fatores dietéticos, até então, envolveram apenas adultos, sendo alguns dos fatores alimentares pobremente explorados em crianças. **Objetivos:** Correlacionar o consumo alimentar de escolares e pré-escolares com a presença de distúrbios pressóricos nos mesmos. **Métodos:** Estudo de coorte com análise retrospectiva de dados obtidos durante uma missão de busca ativa por cardiopatias congênitas em treze cidades do estado da Paraíba, no nordeste do Brasil, no ano de 2015. Nesta busca, crianças e adolescentes foram atendidos num ambiente multiprofissional, que incluiu psicologia, nutrição, enfermagem e cardiologia pediátrica. Na nutrição, os genitores foram submetidos a um recordatório alimentar das últimas 24h em relação à criança. Tal recordatório foi utilizado para estimar a quantidade de micronutrientes consumidos pela criança no dia anterior. Testes não-paramétricos foram então utilizados para verificar a relação entre o consumo de sódio, potássio e outros micronutrientes com a presença de pressão arterial (PA) elevada. **Resultados:** Uma correlação positiva entre o consumo de potássio e a presença de normotensão foi encontrada. Também houve correlação entre a razão do consumo de sódio e potássio com a presença de PA elevada. Outros nutrientes não apresentaram correlação com a PA que tivesse significância estatística. **Conclusão:** A dieta rica em potássio e pobre em sódio pode determinar a presença de PA elevada desde a infância. Um aconselhamento nutricional a partir desta fase pode contribuir bastante para a saúde da criança.

P-016

CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ACOMPANHADOS EM AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL? PREVINA

LUCIA CAMPOS PELLANDA, CAMILA DE MATOS ÁVILA, NATAÍS BRITES, MARCOS PAULO DE OLIVEIRA CAMBOIM

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA - FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA

Introdução: Aspectos emocionais, sociais e médicos estão associados ao desenvolvimento fatores de risco cardiovasculares. Quando estes fatores de risco não estão controlados, é possível que se desenvolva o adoecimento da arteriosclerose e comorbidades. Identificar a presença de sintomas e comorbidades emocionais que possam interferir no tratamento proposto pela equipe multiprofissional, bem como as questões protetoras e o bom indicativo de saúde mental, é primordial para um atendimento baseado nas condições biopsicossociais do sujeito pensando num plano terapêutico singular para cada usuário e sua família. **Objetivos:** Conhecer as características da população pediátrica e acompanhada pela psicologia durante as consultas multiprofissionais em um ambulatório especializado em prevenção de fatores de risco cardiovasculares na Infância/Adolescência - PREVINA. **Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo. Realizado com 272 pacientes atendidos no ambulatório PREVINA do Instituto de Cardiologia de Porto Alegre, de ambos os sexos, com idade de 2 a 18 anos. Os dados foram coletados dos prontuários dos pacientes e da ficha de anamnese preenchida pelo psicólogo durante a primeira consulta no ambulatório. Foram avaliados os casos atendidos de agosto de 2013 a agosto de 2016. As variáveis analisadas foram referentes às características sociodemográficas, anamnese, constituição e funcionamento familiar. A análise foi realizada através de medidas descritivas e mediante os testes de independência pelo Teste de Pearson Qui Quadrado. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. **Resultados:** Estão na faixa entre 10 e 13 anos 136 (50%), destes. São do sexo masculino142 (52,2%), 112 (41,2%) moram com os pais e irmãos, 117 (43%) são filhos caçulas. Em 67,6% dos casos (184) a responsável pelos cuidados e tratamento é a mãe. **Conclusões:** Avaliação de condições emocionais e familiares nessa população foi importante no sentido de facilitar a compreensão da dinâmica familiar e cuidados em relação ao tratamento. O psicólogo habilitado a trabalhar em equipe multiprofissional ajuda a equipe nesse processo, intermediando as necessidades individuais do usuário e de sua famíliafavorecendo uma melhor compreensão dos fatores de risco cardiovasculares e as questões emocionais envolvidas nesse processo.

P-017

IMPLANTAÇÃO DO ECOTÁXI NOS AMBULATÓRIOS VIRTUAIS DO INTERIOR DA PARAÍBA: ROMPENDO BARREIRAS FÍSICAS

EDUARDO DE HOLANDA CARVALHO, CYBELLE LUZA COSTA, FELIPE ALVES MOURATO, SANDRA DA SILVA MATTOS

CÍRCULO DO CORAÇÃO DE PERNAMBUCO

Introdução: Recentemente, a telemedicina vem provando ser uma eficiente ferramenta no desenvolvimento da democratização da saúde. O diagnóstico e a intervenção precoce para as cardiopatias congênitas em cidades afastadas do centro são prejudicados pela escassa disponibilidade de exames complementares e pela baixa concentração de profissionais de saúde capacitados. Neste contexto, o EcoTáxi leva meios diagnósticos (ECG e ECO) para diferentes rotas no interior da Paraíba com a proposta de disseminar, de forma itinerante, ambulatórios virtuais para a população mais carente, rompendo barreiras geográficas e realizando diagnósticos com a orientação médica do Círculo do Coração em Pernambuco. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi descrever e analisar os principais resultados da implementação do EcoTáxi nos ambulatórios virtuais em 13 municípios do interior da Paraíba. **Métodos:** Foi realizada uma análise quantitativa do banco de dados do Círculo do Coração, que contém dados referentes aos atendimentos ambulatoriais virtuais. A amostra estudada foi de 473 pacientes, que foram atendidos por diferentes instituições da Paraíba, entre jan/2015 a ago/2016. Para avaliação do projeto foram estudadas as seguintes variáveis: número de pacientes contemplados, municípios de origem, as instituições beneficiárias, as cardiopatias atendidas, os achados encontrados no ecocardiograma e as realizações de exames complementares. Foram excluídas da casuística consultas realizadas antes da implementação do EcoTáxi. **Resultados:** Ao longo de 18 meses, foi possível contemplar 473 pacientes de 13 cidades do interior da Paraíba, sendo 25,3% atendido em Patos, 12,2% em Cajazeiras e 8,4% em Sousa e Guarabira. Os serviços mais beneficiados foram a Maternidade Peregrino Filho correspondendo 40,1% das consultas, 7,3% no Hospital Cândida Vargas e 6,3% no Hospital Materno Infantil de Sousa. Foram realizadas, no total, 52 eletrocardiogramas (47 normais e 5 anormais); e 270 ecocardiogramas, sendo 178 normais, e anormais 204. Dentre os anormais os achados mais frequentes foram 56 CIV, 47 CIA e 20 estenose pulmonar. **Conclusão:** A implantação do EcoTáxi nos ambulatórios virtuais gerou um impacto significativo na saúde de crianças carentes com cardiopatia congênita. A telemedicina e o projeto itinerante promoveram atendimento especializado remoto, bem como disponibilizaram exames complementares e intervenção precoce, modificando, assim, o perfil da doença cardíaca no nordeste brasileiro.

P-018

ANÁLISE DA VARIABILIDADE DA FREQUÊNCIA CARDÍACA DE JOVENS MUITO ATIVOS DURANTE O TESTE DE CAMINHADA DE 6 MINUTOS

BRUNA DA SILVA SOUSA, THANYZE ALICE VICENTINI ZOCCOLI, JULIANA MUNIZ SIQUEIRA, ANDREIA NORBERTO DOS SANTOS, VERA REGINA FERNANDES DA SILVA MARÃES

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

A análise da variabilidade da frequência cardíaca é um método não invasiva com índices quantitativos que permitem estudar e avaliar o desempenho do sistema nervoso autônomo no coração, avaliando assim a modulação autonômica da frequência cardíaca. Sendo que as evidencias científicas apontam que em indivíduos atletas ou muito ativos a variabilidade da frequência cardíaca apresenta alterações significativas nas modulações autonômicas de forma o sistema cardiovascular adapta-se ao treinamento. O teste de caminhada de 6 minutos é um método avaliativo, que permite observar o desempenho dos sistemas cardiovascular através da exposição ao exercício. **Objetivo:** Analisar a variabilidade da frequência cardíaca de indivíduos muito ativos durante o teste de caminhada de 6 minutos e comparar a posição ortostática com o teste. **Metodos:** Realizou-se coletas de variabilidade da frequência cardíaca através do cardiofrequencímetro, em 25 indivíduos muito ativos segundo o Questionário Internacional de Atividade Física, com idade entre 18 a 32 anos. Durante a coleta os voluntários foram submetidos à uma ficha de avaliação com dados antropométricos e histórico em saúde, sendo que a VFC foi coletada durante o teste de caminhada de seis minutos, com uso de frases de incentivo padronizadas. Utilizou-se o teste paramétrico T, com análise descritiva dos dados realizada pelo software SPSS e pelo Kubios. **Resultados:** O pNN50 representa a atividade parassimpática através da porcentagem dos intervalos RR adjacentes, em que obteve-se na posição ortostastica M: 8,2 e DP: ± 12,51, e durante o TC6min 6,7 e ± 11,59 sendo que a analise comparativa entre o grupo não apresentou significância, entretanto observa-se que os indivíduos com maior intensidade e frequência de treinamento apresentaram maiores valores parassimpáticos.O índice RMSSD, utilizado na analise no domínio tempo, representa uma visão geral da função do sistema nervoso autônomo, de forma que em comparação a posição ortostática com o teste de caminhada, observou-se uma diminuição na média, ao realizar o esforço físico (Orto: 25, ± 12,21, TC6: 23,1, ± 17,02), demonstrando uma modificação do sistema nervoso autônomo com o nível de treinamento ($p < 0,002$). **Conclusão:** Tendo em vista os presentes resultados, observa-se que na transição da posição ortostática para o teste de caminhada o sistema nervoso autônomo apresenta adaptações de acordo com o nível de treinamento, apresentando valores maiores em comparação a indivíduos destreinados.

P-019

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL PRÉ-TRANSPLANTE CARDÍACO E ANÁLISE DE DESFECHOS NO PÓS-OPERATÓRIO: A DESNUTRIÇÃO COMO FATOR DE RISCO PARA UMA PIOR EVOLUÇÃO NOS TRANSPLANTADOS

CAROLINA VIEIRA DE CAMPOS, GABRIEL CARMONA FERNANDES, ADAILSON WAGNER DA SILVA SIQUEIRA, NANA MIURA IKARI, MARCELO BISCEGLI JATENE, ESTELA AZEKA

INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

Insuficiência cardíaca é um fator de risco importante para desnutrição, devido à caquexia cardíaca e elevada demanda metabólica. Os riscos da desnutrição em adultos submetidos a transplante cardíaco (TX) foram amplamente estudados, porém os dados sobre a faixa etária pediátrica são escassos. O objetivo do nosso estudo foi analisar o estado nutricional de crianças e adultos com cardiopatia congênita submetidas a TX em um hospital cardiológico terciário e o impacto da desnutrição na evolução pós-transplante. Para tanto, foi realizada uma análise retrospectiva de prontuários de pacientes pediátricos submetidos a TX entre 2012 e 2015 na nossa instituição. Setenta e quatro pacientes foram submetidos a TX no período, sendo 39 do sexo feminino (52%). A média de idade foi 10 ± 7 anos. A análise das variáveis antropométricas foi feita de acordo com as curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS); O Z-Score médio de altura foi de -1,36±1,97 cm, o Z-Score médio de peso foi -1,83 ± 1,78 e o Z-Score médio de índice de massa corpórea (IMC) foi de -1,17 ± 1,64; Foi utilizada a definição da OMS para magreza (Z-score IMC< -2 ou < 18 para adultos); Vinte e seis pacientes foram enquadrados neste grupo, sendo 15 do sexo feminino (57%). A análise da evolução pós-transplante deste grupo, quando comparado com o grupo de pacientes não-desnutridos, revelou um tempo médio de intubação mais prolongado (6,9 ± 20,4 dias no primeiro grupo ; 2,4 ± 2,8 dias no segundo grupo), maior incidência de infecção bacteriana (19,2% no primeiro grupo; 10,4% no segundo grupo) e de rejeição diagnosticada por biópsia endomiocárdica (57,7% no primeiro grupo; 52,1%no segundo grupo). A necessidade de terapia de transplante renal foi semelhante nos dois grupos, assim como a taxa de reinternação e a incidência de infecção por citomegalovirus. O segundo grupo apresentou maior incidência de episódios convulsivos no pós-operatório (29,2% no primeiro grupo; 19,2% no segundo grupo). A análise destes dados mostra uma tendência a uma pior evolução pós-operatória em pacientes desnutridos, portanto o estado nutricional constitui-se em fator importante para o sucesso do transplante cardíaco nesta população.

P-020

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SATISFAÇÃO DO ATENDIMENTO DA CARDIOPEDIATRIA NA UTI DO HCOR-AL / FUNDAÇÃO CORDIAL? VISÃO DO FAMILIAR

ANALU LOPES CRUZ, VERA CHRISTINA DE OLIVEIRA AMORIM, VIVIANE COUTINHO COSTA, SSKIA NICOLLE PEREIRA AMORIM MENDONA, CARLA RABELO, JOSE WANDERLEY NETO, RICARDO CESAR CAVALCANTI, ADRIANA SANTOS CUNHA CALADO

HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS; FUNDAÇÃO CORDIAL

Introdução: Pichon – Riviére (2009) considera família como uma estrutura social básica com delimitações de papéis e diferenças específicas, entretanto relacionadas. Cabe-nos pensar como haver um funcionamento adequado diante de um período crítico, como um adoecimento ou hospitalização. Compreendendo assim, a assistência à Criança Hospitalizada, deverá contemplar sempre o atendimento a família, uma vez que essa dupla sofrerá simultaneamente com a situação. Esses critérios fazem da avaliação do nível de satisfação um importante instrumento a ser utilizado na qualidade da assistência a família. **Objetivo:** Este estudo teve por objetivo descrever a avaliação da qualidade do atendimento prestado na UTI do Hospital do Coração de Alagoas as crianças atendidas através da Fundação Cordial submetidas a cirurgia cardiopediátrica sob a ótica do acompanhante, entre agosto de 2015 a setembro de 2016. **Método:** Pesquisa de campo de natureza exploratória onde os critérios de inclusão foram os responsáveis que permaneceram com as crianças como acompanhantes na UTI no período pós-operatório de cirurgia cardíaca pediátrica e com indicação de alta para Unidade de Internação. Os critérios de exclusão foram familiares que poderiam recusar-se a responder a entrevista, familiares que não acompanharam a criança na UTI e familiares de crianças não submetidas a cirurgia. Foi elaborado um questionário disposto de 14 (quatorze) questões. Os acompanhantes foram entrevistados pessoalmente por profissionais e acadêmicos de psicologia. **Conclusão:** Conhecer o nível de satisfação e as expectativas dos acompanhantes é fundamental não só para melhoria da qualidade do atendimento na UTI, Humanização da assistência, como também é responsabilidade da equipe minimizar o processo doloroso que envolve a hospitalização de uma criança na UTI para toda família.

P-021

INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS SUBMETIDOS A CIRURGIA CARDÍACA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

ANALU LOPES CRUZ, VERA CHRISTINA DE OLIVEIRA AMORIM, VIVIANE COUTINHO COSTA, SSKIA NICOLLE PEREIRA AMORIM MENDONA, CARLA RABELO, RICARDO CESAR CAVALCANTI, JOSE WANDERLEY NETO, ADRIANA SANTOS CUNHA CALADO

HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS; FUNDAÇÃO CORDIAL

Introdução: A hospitalização de uma criança, o adoecimento e a necessidade de ser submetida a uma cirurgia cardíaca é um momento peculiar em sua vida, onde poderá ser exposta a fatores de riscos, limitações em suas atividades, afastamento da sua casa e rotina, a tratamentos não muito agradáveis e por vezes dolorosas. Para lidar com essa situação, o brincar tem funcionado como estratégia de enfrentamento. O brincar no hospital surge como um recurso que possibilita à criança o resgate da sua vida antes do processo de hospitalização e, segundo Silva (2006), favorece a sociabilidade, interação e dinamismo mesmo com a restrição do espaço físico e das limitações inerentes a hospitalização. **Objetivo:** Relatar a experiência da implantação de intervenções psicológicas em crianças submetidas a cirurgia cardíaca. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que foi realizado no Hospital do Coração de Alagoas com crianças atendidas pela Fundação Cordial. Resultados: A equipe de psicologia implantou um serviço para atender as crianças e seus familiares de forma humanizada, lúdica, buscando uma hospitalização com impacto mais positivo no desenvolvimento, vivenciando de forma mais amena a cirurgia e a hospitalização. **Conclusão:** Percebe-se que facilitar a adaptação da criança e da família às situações de hospitalização, através do uso de técnicas lúdicas, poderá prevenir perturbações emocionais e comportamentais associadas, tornando este momento menos traumático possível.

P-022

A REPRESENTAÇÃO DAS EMOÇÕES DA CRIANÇA E ADOLESCENTE CARDIOPATA ATRAVES DO DESENHO NOS PERÍODOS PRÉ E PÓS OPERATÓRIO

ANALU LOPES CRUZ, VIVIANE COUTINHO COSTA, VERA CHRISTINA DE OLIVEIRA AMORIM, SSKIA NICOLLE PEREIRA AMORIM MENDONA, CARLA RABELO, ADRIANA SANTOS CUNHA CALADO, JOSE WANDERLEY NETO, RICARDO CESAR CAVALCANTI

HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS; FUNDAÇÃO CORDIAL

Introdução: O registro de trabalhos com desenhos é inicialmente descrito nas obras de Freud (1909) com o caso do menino Hans, assim como também tentou formular uma hipótese sobre a personalidade de Leonardo da Vinci através das suas Obras mais conhecidas. Entretanto desde a idade da pedra os homens primitivos usavam as figuras rupestres para se comunicar como forma de expressar suas emoções, seus medos e a forma como eles viviam. Klepsch e Logie (1984) ressaltam que o desenho tem sido utilizado na avaliação psicológica com características projetivas. A iniciativa em inserir o desenho no atendimento às crianças cardiopatas transcorreu como uma forma possível de diálogo com as crianças, forma de comunicação de afetos, estimular aquele que observa entrar em contato com sentimentos daquele que o produz e de maneira lúdica acessar os conteúdos conscientes e inconscientes das crianças. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi compreender a utilização do desenho projetivo como ferramenta de trabalho para possíveis intervenções e assim, avaliar de forma direta e indireta o estado afetivo da criança e a forma como ela se coloca no contexto hospitalar frente a situação da cirurgia cardíaca. **Metodologia:** Os critérios adotados para interpretar o desenho, de modo geral pautam-se no traçado, cores, localização, elementos constitutivos e faixa etária das crianças submetidas à avaliação psicológica. No contexto hospitalar, o desenho está associado à avaliação de ansiedade em intervenções pré-cirúrgicas e à investigação de conceitos de saúde e doença para crianças. Os desenhos eram solicitados antes e após a cirurgia das crianças atendidas pela Fundação Cordial no Hospital Do Coração de Alagoas. **Conclusão:** A utilização do desenho no atendimento psicológico infantil no contexto hospitalar diz respeito ao fato de que a criança, ao contrário do adulto, não está totalmente interessada pela expressão por meio da linguagem, mas não cabe ao analista dizer o que ele pensa sobre o desenho a forma com que a criança conta sobre seu desenho é de fundamental importância e tem sido ferramenta importante para traduzir emoções e auxiliar a conduzir intervenções visando minimizar angustia inerente a este contexto.

P-023

PERFIL DEMOGRÁFICO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS E ADULTOS COM CARDIOPATIA CONGÊNITA SUBMETIDOS A TRANSPLANTE CARDÍACO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO

CAROLINA VIEIRA DE CAMPOS, MILENNA VAZ DANTAS, GABRIEL CARMONA FERNANDES, ADAILSON WAGNER DA SILVA SIQUEIRA, NANA MIURA IKARI, MARCELO BISCEGLI JATENE, ESTELA AZEKA

INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP; INSTITUTO DA CRIANÇA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

Transplante cardíaco pediátrico (TX) é uma importante alternativa terapêutica para crianças e adultos com cardiopatias congênitas em insuficiência cardíaca em fase avançada e o número de pacientes submetidos a este procedimento tem aumentado na última década. Entretanto, há pouca informação na literatura sobre o perfil dos pacientes brasileiros submetidos a TX. O objetivo do nosso estudo foi analisar o perfil demográfico dos pacientes pediátricos e adultos com cardiopatias congênitas submetidos a TX em um hospital brasileiro terciário. Foi executada uma análise retrospectiva de prontuários dos pacientes submetidos a TX entre 2012 e 2015. Setenta e quatro pacientes realizaram TX, sendo 39 do sexo feminino (52%). A idade média foi 10 ± 7 anos. Trinta pacientes (40%) tinham cardiopatias congênitas, enquanto 60% tinham cardiopatias adquiridas, sendo a miocardiopatia dilatada responsável por ⅔ deste grupo. Quarenta e um pacientes (55%) eram procedentes do Estado de São Paulo. O tempo médio de fila foi de 113 dias. A análise clínico-laboratorial pré-transplante revelou BNP médio de 1658 ± 2968 mg/dl, creatinina média de 0,78 ± 0,77 mg/dl, fração de ejeção ventricular pelo ecocardiograma de 38 ± 18%. Sob o ponto de vista nutricional, o Score de índice de massa corpórea médio foi 01,17 ± 1,64, com 23 pacientes desnutridos (Score < -2). Trinta e oito pacientes (52%) utilizavam alguma droga vasoativa no momento pré-transplante e 17 pacientes (22%) estavam em assistência ventricular. Apesar de todas as limitações de uma análise retrospectiva, o conhecimento do perfil de pacientes submetidos a um procedimento tão complexo quanto o TX pode permitir um melhor cuidado desta população complexa.

P-024

O RELACIONAMENTO ENTRE PAIS E FILHOS E AS ESTRATÉGIAS ALIMENTARES PARA O EXCESSO DE PESO DE ADOLESCENTES

ANGELA PICCOLI, CLARISSE PEREIRA MOSMANN, LUCAS NEIVA SILVA, LUCIA CAMPOS PELLANDA

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA (IC/FUC)

Introdução: A obesidade é risco para o desenvolvimento de doenças. Associa-se a hábitos alimentares incorretos que são desenvolvidos na família e os estilos parentais são referência na compreensão da relação pais-filhos. As dimensões de exigência e responsividade classificam os estilos parentais em 4: autoritativo (elevada responsividade e exigência), negligente (baixa responsividade e exigência), indulgente (pais responsivos, mas pouco exigentes) e autoritário (pais exigentes e pouco responsivos). As práticas alimentares são as ações disciplinares adotadas pelos pais, estando relacionadas a 10 fatores. Pouco se sabe sobre os estilos parentais no domínio dos alimentos na adolescencia; as pesquisas abordam a educação alimentar com foco em práticas alimentares e geralmente são através da percepção dos pais de crianças menores. Objetivos: Este estudo verificou a associação entre a percepção de adolescentes sobre os estilos e as práticas alimentares parentais e o índice de massa corporal (IMC) de adolescentes do sul do Brasil. **Métodos:** Estudo transversal com 271 adolescentes (12-18 anos), de escolas públicas e privadas do sul do Brasil. Eles foram submetidos à avaliação do IMC, responderam as escalas de exigência e responsividade e Comprehensive Feeding Practices Questionnaire – CFPQ-Teen. **Resultados:** 28% dos adolescentes apresentaram excesso de peso. 26,3% deles percebe a mãe como negligente e 31,6% percebem a mãe como autoritativa. O pai é percebido como autoritativo por 31,6%. A associação entre IMC e os Estilos Parentais não apresentou diferenças significativas que justifiquem o excesso de peso. Já, as práticas alimentares, quando associadas ao estilo negligente e ao estilo autoritativo, apresentaram diferenças para o excesso de peso. Menor pressão para comer e maior restrição alimentar para controle do peso são significativos para o aumento de peso em ambos os estilos e, maior monitoramento é significativo no estilo autoritativo. As práticas de restrição alimentar visando controle de peso e pressão para comer estão associadas à prevalência de excesso de peso de forma independente; restrição aumentou a frequência duas vezes mais para excesso de peso e práticas de pressão para comer reduziu a frequência em 32%. **Conclusões:** Necessárias mais investigações sobre estilos parentais no âmbito da alimentação e sobre práticas alimentares nas ações de restrição alimentar, que aumentam a frequência de adolescentes obesos.

P-025

A ARTE NO ENSINO DA CARDIOLOGIA: RELATO DA EXPERIÊNCIA DO USO DE MASSAS MOLDÁVEIS NO APRENDIZADO DA ANATOMIA NORMAL E PATOLÓGICA DO CORAÇÃO

RAIMUNDO FRANCISCO DE AMORIM JÚNIOR, SANDRA DA SILVA MATTOS

CÍRCULO DO CORAÇÃO DE PERNAMBUCO

Introdução: A anatomia e fisiologia do coração humano há muito tempo despertam curiosidade, dada a sua complexidade, importância para a manutenção da vida e valor simbólico. O entendimento da fisiologia cardíaca e sua representação nas diversas modalidades artísticas tem ajudado na formação de profissionais de saúde e numa melhor comunicação com familiares. **Objetivos:** Apresentar a experiência de um serviço de referência no ensino de cardiologia pediátrica na construção de modelos de corações normais e patológicos. Apresentar as implicações desta experiência no processo de ensino-aprendizagem do grupo de preceptores e residentes da instituição. **Métodos:** Um residente do primeiro ano de cardiologia pediátrica foi estimulado pela preceptoria do programa a moldar corações normais e com cardiopatias congênitas. O mesmo tinha pouca experiência prévia em artes plásticas. A seguir, os modelos foram utilizados para fins de aprendizado da anatomia interna e externa do órgão. Os materiais utilizados foram massa de modelar e massa de biscuit. **Resultados:** 10 peças foram produzidas ao longo de um ano de especialização, com melhora progressiva nos aspectos artísticos e anatômicos. Entre os modelos patológicos, foram produzidas peças representativas de tetralogia de Fallot, transposição dos grandes vasos, persistência do canal arterial e comunicação interventricular. A experiência proporcionou 2 efeitos positivos: maior entendimento da anatomia cardíaca normal e patológica por parte do especializando envolvido, além da produção de modelos em 3 dimensões de estruturas normais e patológicas que podem ser usadas em aulas e encontros científicos para discussão da disciplina. Uma evolução mais rápida na compreensão de imagens médicas como ecocardiografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética cardíacas foi notada. **Conclusão:** A construção de modelos artísticos da anatomia normal e patológica do coração levou a um maior entendimento de tais aspectos por parte do especializando envolvido. Atualmente, os modelos estão sendo utilizados para ensino de estudantes de medicina.

P-026

CUIDADOS PALIATIVOS E CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA: UM ELO A SER EXPLORADO

CAROLINA VIEIRA DE CAMPOS, PAULA VIEIRA VINCENZI GAIOLLA, GUSTAVO FORONDA, LEONARDO AUGUSTO MIANA, SILVIA MARIA DE MACEDO BARBOSA, IVETE ZOBOLI, MARCELO BISCEGLI JATENE, NANA MIURA IKARI

INSTITUTO DO CORAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP; INSTITUTO DA CRIANÇA HCFMUSP

Apesar dos avanços no cuidado de pacientes pediátricos cardiopatas, este ainda é um grupo com alta morbidade e mortalidade. Entretanto, poucos são os dados na literatura sobre cuidados paliativos nesta população. Na tentativa de preencher esta lacuna, objetivo do nosso estudo foi analisar os resultados da atuação da equipe de cuidados paliativos (ECP) em um hospital cardiológico terciário. Foi conduzida uma análise retrospectiva dos prontuários de pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva entre 2013 e 2015 que foram avaliados pela ECP. Cinquenta e três pacientes foram avaliados no período. Vinte e nove (54%) eram do sexo feminino. Os diagnósticos mais frequentes foram fisiologia univentricular e pós-transplante cardíaco (24% cada). Metade dos pacientes tinham outros diagnósticos além da doença cardíaca. Sessenta e dois porcento já eram acompanhados no ambulatório da nossa instituição. O tempo médio de internação foi 116 dias, variando de 1 a 557 dias. Metade dos pacientes eram católicos. A principal indicação para avaliação da ECP foi analgesia/sedação (39%) e ausência de possibilidade terapêutica (30%). As ações mais frequentemente adotadas após a avaliação da ECP foram ajuda na comunicação com família/paciente e ajustes na sedação/analgesia (33% cada). Quarenta e cinco porcento dos pacientes faleceram e 37% destes receberam reanimação cardiopulmonar. Cinquenta e oito porcento dos pacientes que faleceram receberam ao menos uma intervenção nas últimas 24 horas de vida, incluindo acesso venoso central (16%), cirurgia (16%), intubação orotraqueal (12%) e assistência circulatória mecânica (12%). Pacientes cardiopatas constituem uma população de difícil manejo, em especial aqueles com cardiopatias complexas e os transplantados. As internações em geral são longas, portanto pacientes e médicos se beneficiam de um seguimento com conjunto com a ECP, não apenas para ajustes na prescrição, mas também para auxílio na comunicação e na tomada de decisões no final da vida. Discussão sobre os cuidados no momento de terminalidade devem ser executadas, para otimizar o número de intervenções neste momento.

P-027

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA, PADRÕES DE NOTIFICAÇÃO E FATORES DE RISCO PARA CARDIOPATIA CONGENITAL NO NORDESTE DO BRASIL

RENATA GRIGORIO SILVA GOMES, JULIANA SOUSA SOARES DE ARAÚJO, FELIPE ALVES MOURATO, SANDRA DA SILVA MATTOS

CÍRCULO DO CORAÇÃO DE PERNAMBUCO

Introdução: cardiopatias congênitas (CC) representam um grave problema de saúde pública. Em regiões em desenvolvimento, a CC é sub notificada. O objetivo deste trabalho foi determinar o impacto de uma rede pela saúde para documentar as incidência, distribuição especial e fatores de risco para CC. **Métodos:** estudo ecológico com abordagem quantitativa e exploratória utilizando dados de neonatos diagnosticados com CC de Jan-2012 a Dez-2015 na Paraíba. A análise dos dados foi exploratória e espacial. Mapas de risco relativo foram gerados para comparar casos com CC entre os municípios. Mapas cloropléticos foram criados para demonstrar espacialmente o risco relativo. Bolsões de CC foram identificados através do método de varredura espacial Scan e índices sóciodemográficos foram comparados entre as áreas. **Resultados:** exatamente 110,219 neonatos foram triados no período. A equipe da Rede diagnosticou 1,486 CC comparado com 41 casos reportados no SINASC. Para o risco relativo (RR), 58 municípios (26.00%) apresentaram RR > 1.5, e em 8 (3.58%) ele foi maior do que 4.0. Por outro lado, 121 municípios (54.26%) demonstraram menor RR para CC (RR < 1.0). O método de varredura espacial Scan identificou várias áreas significativa de ocorrência CC no estado. Esses bolsões estavam associados com áreas de grande desigualdade social. **Conclusão:** esse estudo documentou uma incidência muito mais alta de CC na Paraíba, do que aquela reportada nos sites oficiais. Ele também identificou bolsões de CC no estado e apontou para novos fatores de risco. Esses achados podem ser utilizados para apoiar o desenvolvimento de estratégias públicas para promover a saúde e prevenir a doença. Eles também desafiaram o nosso conhecimento atual sobre as origens das cardiopatias congênitas.

P-028

A PRESENÇA DOS FAMILIARES DURANTE A RESSUSCITAÇÃO NEONATAL: REVISÃO DE LITERATURA

RAFAEL ANDRADE FERREIRA, LETHÍCIA DA SILVA SÃO JOAQUIM, HANE ESTEVES NEDIR, RAFAEL TEIXEIRA RIBEIRO

UNESC (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESPÍRITO SANTO)

Introdução: As unidades de terapia intensiva (UTI), em especial as neonatais, têm como objetivo assegurar a saúde de recém-nascidos na vigência de algum acometimento orgânico grave. O período durante o qual neonatos permanecem nesse tipo de serviço médico é crucial para o reestabelecimento de suas condições vitais básicas. Entretanto, o mesmo período é bastante perturbador para a família do recém-nascido. A vontade de levá-lo para casa, somada à insegurança de deixá-los nessas unidades geram um grande estresse nos familiares e uma conturbada relação médico-família. A presença de familiares durante procedimentos de ressuscitação cardiopulmonar, presenciando cada tentativa do médico de reestabelecer a saúde do seu filho é uma das medidas que contribuem para melhor relação médico-família e para a aceitação, caso ocorra, do óbito dos seus filhos. Apesar de ter o benefício reconhecido e ser recomendado pela Academia Americana de Pediatria, em algumas instituições de saúde membros da família ainda são convidados para se retirar quando há necessidade de realização desse procedimento. **Objetivos:** Esse estudo tem como objetivo analisar publicações relacionados ao tema e analisar o impacto dessa prática para os profissionais, enfermos e familiares. **Métodos:** Foi realizada a revisão da literatura nas bases de dados SciELO e PubMed, com as palavras-chave "family", "cardiopulmonary resuscitation", "pediatrics". Dos 27 trabalhos encontrados, somente 7 levaram em consideração os objetivos propostos. **Resultados:** Na maioria dos estudos, os médicos não autorizam nem encorajam o acompanhamento dos pais em procedimentos de ressuscitação cardiopulmonar, os que autorizam possuem geralmente tempo mais curto de graduação (< 10 anos) ou possuem bastante experiência no manejo da ressuscitação cardiopulmonar. Em relação aos familiares, os estudos trazem que a maioria deles tem o desejo de assistir as intervenções médicas feitas em seus filhos. **Conclusões:** Deve-se considerar a presença do familiar durante tais procedimentos como uma opção desse; avaliar previamente as condições da família, em busca de fatores que possam afetar sua participação, como o estado psicológico. É pertinente incentivar estudos sobre o tema para que encorajem os profissionais para tal prática.

P-029

INCIDÊNCIA E TRATAMENTO DE QUILOTÓRAX EM PACIENTES PEDIÁTRICOS SUBMETIDOS A CIRURGIA CORRETIVA DE CARDIOPATIAS CONGÊNITAS

CRISTIANE FELIX XIMENES PESSOTTI, NICOLLE MARTIN CHRISTOFE, IEDA BISCEGLI JATENE

HOSPITAL DO CORAÇÃO

Introdução: Quilotórax é o extravasamento de linfa na cavidade pleural e sua incidência é de 0,25% a 5,3% em crianças submetidas a cirurgia cardíaca. Pode ocorrer por lesão direta do ducto torácico ou de forma indireta, por aumento na pressão venosa em leito de veia cava superior. **Objetivos:** Avaliar a incidência do Quilotórax nos pacientes pediátricos operados no serviço, relacionando sua incidência a cada intervenção cirúrgica. Avaliar os tipos de tratamento empregados em nosso serviço, avaliando a eficácia de cada um. **Método:** Estudo retrospectivo através de levantamento de prontuários de crianças submetidas à cirurgia cardíaca em serviço de referência, de 2004 a 2014. Na análise estatística variáveis qualitativas foram descritas em frequência absoluta e relativa, e variáveis quantitativas, por mediana e percentis. Para analisar associação entre o tipo de tratamento e resultado obtido foi utilizado o teste de Qui-quadrado. O nível de confiança adotado foi de 95%. **Resultados:** A incidência de Quilotórax encontrada foi de 2,1%, sendo 0,9% nas cirurgias intra-cardíacas, 1,7% na correção de persistência de canal arterial e na correção de coartação de aorta, 8,3% na cirurgia de Glenn, 11,8% na cirurgia Cavopulmonar total e 3% nas demais cirurgias. Entre os tratamentos habitualmente realizados, jejum associado à nutrição parenteral total resolveu 51% dos casos em até 14 dias e falha de tratamento em 2,2% dos casos. A dieta hipogordurosa falhou em 22% dos casos. O uso da Sadostatina associada ao jejum, resolveu 78% dos casos, com duração de tratamento superior a 15 dias. **Conclusão:** De acordo com os resultados obtidos, a incidência de Quilotórax em nosso serviço foi de 2,18% e tem destaque nas cirurgias de Glenn e Cavopulmonar total. O tratamento com jejum e nutrição parenteral total leva a resoluções em 86,5%, e o tratamento com uso de sandostatina (ministrada após uma semana de tentativa de jejum e NPT) resolveu-se em 85,1% dos casos, mostrando-se uma opção eficiente, enquanto o tratamento com dieta hipogordurosa teve falha terapéutica em 22% dos casos em que foi empregado

P-030

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM FEBRE REUMÁTICA ATENDIDOS EM HOSPITAL PÚBLICO DO RIO DE JANEIRO

FERNANDA MARIA CORREIA FERREIRA LEMOS

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE; INSTITUTO ESTADUAL DE CARDIOLOGIA ALOYSIO DE CASTRO; HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO

Objetivo: Descrever sobre as crianças e os adolescentes portadores de febre reumática (FR) acompanhados no ambulatório de cardiopediatria do Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC). **Casuística e métodos:** Através de um estudo transversal, retrospectivo e descritivo foi traçado o perfil clínico e epidemiológico de pacientes pediátricos acometidos pela doença. Os dados coletados foram extraídos de fichas de atendimento ou prontuários e as informações levantadas exclusivamente pela pesquisadora. **Resultados:** O tamanho da amostra em análise foi de 166 pacientes. A faixa etária entre 11 até 15 anos de idade foi responsável por 41,56% dos casos. Dos doentes em geral, 89,76% se originaram da região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ). A cardite acometeu 84,94% dos enfermos. A regurgitação mitral surgiu nesta mesma porcentagem. A endocardite infecciosa (EI) foi confirmada através da positividade da hemocultura na metade dos casos que haviam sido anteriormente detectados pelo ecocardiograma bidimensional com Doppler (ECO). A hospitalização por duas ou mais vezes foi verificada em 28,31% dos pacientes. Na ocasião, 25,89% dos doentes foram submetidos à correção cirúrgica, ou seja, troca valvar ou plastia, especialmente na valva mitral (VM). O abandono do tratamento ocorreu em 5,42% dos enfermos e a mortalidade em 3,61%. **Conclusões:** A predominância da FR aconteceu em idade igual ou acima de 11 anos. A maioria proveio do Estado do RJ. O principal diagnóstico de entrada foi a cardite, sendo que todos apresentavam a insuficiência mitral (IM). Em parte dos casos, foi corroborada a EI durante a manifestação da doença. O abandono da profilaxia propiciou a reinternação. Um quarto da amostra necessitou da abordagem operatória. O índice de óbitos e evasão ambulatorial foi baixo. **Palavras-chave:** Febre reumática, infecção estreptocócica, cardite, profilaxia, Penicilina G Benzatina e lesão valvar.

P-031

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR EM CRIANÇAS PORTADORAS DE CARDIOPATIA CONGENITA

JESSYCA LANE FAUSTO LIRA, LARA DOS SANTOS CAMILO, LUMARA PECLLYSYA SANTOS LIMA, ADRIANA SANTOS CUNHA CALADO, JOSE WANDERLEY NETO, ANA CAROLINA DO NASCIMENTO CALLES, RICARDO CESAR CAVALCANTI, BRUNA RODRIGUES MORAES

HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS; CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES

Introdução: O desenvolvimento físico e ponderal, além do desenvolvimento motor, cognitivo e neurológico podem ser afetados durante a infância. É considerado desenvolvimento motor a sequência de processos que evoluem com o decorrer da idade cronológica do ser humano, com movimentos simples e desorganizados à execução de habilidades motoras altamente organizadas e complexas. **Objetivo:** Avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças com cardiopatias congênitas. **Metodologia:** Trata-se de estudo transversal realizado em um hospital de Alagoas, no período de Julho a Setembro de 2016. Foram avaliadas as crianças no pré operatório, no primeiro momento foi extraído do prontuários dados como nome, sexo, idade, tipo de cirurgia, e patologias associadas; para avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor foi utilizada a escala de desenvolvimento neuropsicomotor de Denver. **Resultados:** Foram avaliadas 13 crianças com media de idade 41,15 ± 13,21 meses, sendo 69,23% do sexo masculino e 30,76% do sexo feminino. As crianças apresentavam as seguintes cardiopatias: PCA (30,76%); CIA (23,07%); CIV (15,38%); CIV + CIA (15,38%); CIA + Correção mitral (7,69%); CIA + correção de tricúspide (7,69%). A escala de DENVER foi estratificada em quartil de demonstrando que 38,46% das crianças encontraram-se no 1º quartil indicando que as crianças realizam em média 88,67 ± 9,14 das tarefas propostas, 30,76% estão no 4º quartil e realizaram em média 11,26 ± 11,38 das tarefas propostas, 15,38% estão no 2º quartil e realizam em média 68,44 ± 6,90 das tarefas propostas, 15,38% estão no 3º quartil e realizam em média 38,07 ± 14,24 das tarefas propostas. **Conclusão:** Conclui-se que crianças cardiopatas apresentam atraso em seu desenvolvimento neuropsicomotor.

P-032

ESTUDO EVOLUTIVO DOS CASOS DE FEBRE REUMÁTICA TRATADOS COM CORTICOSTEROIDES

FERNANDA MARIA CORREIA FERREIRA LEMOS, GESMAR VOLGA HADDAD HERDY

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE; INSTITUTO ESTADUAL DE CARDIOLOGIA ALOYSIO DE CASTRO; HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO

Objetivo: Acompanhar a evolução clínica de crianças e adolescentes portadores de febre reumática (FR) atendidos no ambulatório de cardiologia pediátrica do Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC), Rio de Janeiro. **Casuística e métodos:** Através de um estudo observacional, longitudinal e retrospectivo foi traçado o perfil de pacientes pediátricos acometidos pela doença, nos últimos 15 anos. Os selecionados que utilizaram os corticosteroides, em vigência de cardite reumática, estavam entre 5 a 18 anos de idade. Destes, alguns foram submetidos à intervenção cirúrgica. Os dados levantados foram extraídos dos prontuários médicos. **Resultados:** O tamanho da amostra foi de 93 doentes. Destes, a pulsoterapia havia sido administrada em 11,83%. Do grupo, 59,14% fizeram a profilaxia secundária com a Penicilina G Benzatina de forma regular. A cardite moderada à importante acometeu 93,55% dos pacientes, sendo que 54,84% cursaram com a forma grave da doença. A regurgitação mitral estava presente em 100% dos casos. A endocardite infecciosa (EI) surgiu em 12,90% dos doentes. Já, 23,69% dos pacientes necessitaram de correção cirúrgica, troca valvar ou plastia, especialmente na valva mitral (VM). A evolução dos casos havia sido favorável em 70,96%. A hospitalização por duas ou mais vezes foi verificada em 45,16% dos doentes. O abandono do tratamento ocorreu em 2,15% dos pacientes e a mortalidade em 5,38%. **Conclusão:** No Estado do Rio, observamos ainda uma significativa proporção de casos graves de cardite reumática e seriam necessárias algumas medidas mais efetivas para a prevenção da doença. **Palavras-chave:** Febre reumática, infecção estreptocócica, cardite, profilaxia, Penicilina G Benzatina e lesão valvar.

P-033

DOENÇA CARDÍACA PEDIÁTRICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA: DIAGNÓSTICOS E CONDUTAS

ANA PAULA AGOSTINI, CAMILA BASSA, GISELE DA SILVA MOURA PERUCHENA, ANA PAULA MARTINEZ JACOBS, ANA CAROLINA JORDÃO CUIMBRA, MAYARA REBOLHONDE BRITO

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL

Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um centro de saúde secundário, com referência para cardiologia pediátrica.
Estudo descritivo, retrospectivo, analisou dados coletados em um período de 36 meses. Incluídos pacientes atendidos no Ambulatório de Especialidades Médicas (AMCE), agendados para cardiologia pediátrica. Variáveis analisadas: idade, gênero, procedência, motivo do encaminhamento, diagnóstico, tipo de tratamento e número de óbitos. Realizada análise de dados no software SPSS.
Foram atendidos 716 pacientes. A prevalência de gêneros foi semelhante e a média de idade dos pacientes foi igual a 82 meses. A maioria, 64%, foi encaminhada de outros municípios. O motivo principal de encaminhamento foi sopro cardíaco. Quanto aos diagnósticos, em 26% a avaliação cardiológica foi normal; 28% apresentou malformação cardíaca congênitas e 46% outras alterações adquiridas ou residuais do período neonatal. Mais de 70% dos pacientes não necessitou tratamento; 18% necessitou tratamento clínico, 9% cirúrgico e apenas 1% hemodinâmico. Somente 3,5% apresentou internação hospitalar por problemas cardíacos e a taxa de óbitos conhecida foi de 1%.
A maioria dos pacientes é proveniente de municípios do interior do Estado, encontra-se em idade escolar e foi encaminhada por sopro cardíaco. Muitos apresentam alterações congênitas ou adquiridas que requerem orientação para o seguimento na pediatria. A cardiopatia mais encontrada foi comunicação interventricular. Ressaltamos a importância de centros de triagem em serviços secundários de saúde para otimizar e oportunizar o atendimento de pacientes que necessitam de investigação inicial, sem sobrecarregar serviços de maior complexidade.

P-034

TUMORES CARDÍACOS EM CRIANÇAS: ESTUDO DE UMA SÉRIE DE 20 CASOS

ANA LUIZA MAGALHAES DE ANDRADE LIMA, SIMONE DE OLIVEIRA BARBOSA VILLA VERDE, MARIA CRISTINA VENTURA RIBEIRO, CLEUSA CAVALCANTI LAPA SANTOS, TEREZA ARREAS DE ALENCAR PINHEIRO, LUZIENE ALENCAR BONATES DOS SANTOS

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF FERNANDO FIGUEIRA

Introdução: Tumores cardíacos primários são patologias raras na pediatria e em sua grande maioria benignos, porém com potencial de gravidade a depender se sua localização anatômica. O rabdomioma é o tipo mais frequente em crianças. A apresentação clínica pode ser desde assintomática até a insuficiência cardíaca. Esta apresentação abrangente tem frequentemente postergado o diagnóstico precoce. **Objetivos:** Descrever os achados clínicos e laboratoriais de pacientes pediátricos portadores de tumores cardíacos. **Métodos:** Estudo retrospectivo descritivo, em menores de 15 anos, atendidos em centro de referência para cardiologia pediátrica na região nordeste do Brasil no período de janeiro de 2007 à junho de 2016. Após aplicação de critérios de elegibilidade do estudo foram preenchidos formulários com as seguintes variáveis: sexo, idade em meses no momento do diagnóstico, procedência, sintomatologia, tipo e tamanho do tumor, aspectos ecocardiográficos e taxa de letalidade. Foi construído um banco de dados no programa epi-info versão 7.2 e as analises foram realizadas neste mesmo programa. Foram construídas tabelas de frequência para as variáveis categóricas e cálculo das respectivas médias e desvio padrão para as variáveis quantitativas. **Resultados:** Durante o período estudado foram atendidos 20 pacientes dos quais 13 (75%) eram do sexo masculino, com média de idade de 49 meses ao diagnóstico. Quatro (20%) pacientes foram diagnosticados pelo eco fetal. O rabdomioma foi o tipo histológico predominante. E apenas um paciente apresentou sintomatologia (fibrilação atrial), este mantendo-se em seguimento clínico para melhor oportunidade cirúrgica. Os demais pacientes encontram-se sem indicação cirúrgica e em acompanhamento ambulatorial sem uso de medicações. Não houve óbito na amostra estudada. **Conclusões:** O presente estudo permite inferir que apesar da diversa variedade de neoplasias cardíacas, os tumores do coração são raros e em geral benignos. O rabdomioma é o tumor cardíaco primário mais comum nesta amostra. A idade média de diagnóstico corrobora a baixa suspeição da patologia que posterga a definição do quadro. E o tratamento conservador foi o indicado em sua maioria com desfechos favoráveis. Cabendo destacar também a forte relação da esclerose tuberosa com os tumores cardíacos observados desta amostra, sendo imperioso a investigação cardiológica uma vez suspeitado seu diagnóstico.

P-035

PREVALÊNCIA DE POSITIVIDADE DO ESTREPTOCOCO GRUPO A EM TESTE RÁPIDO DE PACIENTES COM DOENÇA REUMÁTICA ATENDIDAS EM MUTIRÃO NO ESTADO DA PARAÍBA

RAIMUNDO FRANCISCO DE AMORIM JÚNIOR, ALEXANDRE TARGINO GOMES FALCAO FILHO, ANA VIRGNIA ABATH ESCOREL BORGES, THAMINE DE PAULA HATEN, FELIPE ALVES MOURATO, SANDRA DA SILVA MATTOS

CÍRCULO DO CORAÇÃO DE PERNAMBUCO

Introdução: A infeção pelo estreptococo beta hemolítico do grupo A (EBGA), quer seja sintomática ou subclínica, está associada ao desenvolvimento de febre reumática aguda e cardite reumática na faixa etária pediátrica. A prevalência de portadores assintomáticos de EBGA no Brasil está estimada em 0,8-1,6%, e guarda relação com nível socioeconômico. Na doença reumática, a profilaxia secundária com penicilina benzatina tem por objetivo erradicar cepas reumatogênicas para evitar novos surtos e complicações, sobretudo cardíacas. Entretanto, também é conhecida a dificuldade de adesão aos esquemas propostos. **Objetivos:** Determinar a prevalência de portadores assintomáticos do EBGA em pacientes com doença reumática estabelecida com indicação de profilaxia secundária no estado da Paraíba durante os anos de 2015 e 2016. **Metodologia:** Os casos foram analisados a partir do banco de dados de 1071 crianças e adolescentes, acima de 4 anos (521 em 2015 e 551 em 2016), que realizaram teste rápido para EBGA na Caravana do Coração - evento que acontece anualmente no interior da Paraíba para triagem e assistência de cardiopatias na infância. Do total de pacientes, foram atendidos 11 com doença reumática em 2015 e 21 em 2016. Os pacientes realizaram teste rápido para EBGA com o Kit QuickVue+ da Quidel. **Resultados:** Entre os pacientes com doença reumática encontrou-se uma prevalência de 9% de exames positivos em 2015 e 19% em 2016. O aumento da prevalência acompanhou o da população geral (4,4% em 2015 e 21,9% em 2016. **Conclusão:** Foi encontrada uma alta prevalência de portadores assintomáticos de EBGA nos pacientes com febre reumática sendo observado aumento no número de pacientes com teste rápido positivo entre 2015 e 2016, acompanhando tendência da população geral atendida. Tal elevação pode ser explicada por má adesão à profilaxia, dificuldade de abastecimento no país de derivados da penicilina durante o ano de 2015 ou a más condições de acesso aos serviços de saúde.

P-036

CARDIOMIOPATIA RESTRITIVA NA INFÂNCIA: ESTUDO DE 5 CASOS

ANA LUIZA MAGALHAES DE ANDRADE LIMA, SIMONE DE OLIVEIRA BARBOSA VILLA VERDE, CLEUSA CAVALCANTI LAPA SANTOS, MARIA CRISTINA VENTURA RIBEIRO, LUZIENE ALENCAR BONATES DOS SANTOS

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF FERNANDO FIGUEIRA

Introdução: dentres as apresentações fenotípicas das cardiomiopatias, a forma restritiva é a mais rara e se caracteriza pela restrição ao enchimento ventricular, com volume diastólico reduzido, em um ou ambos os ventrículos, com função sistólica normal ou subnormal. A etiologia idiopática é a mais frequente. **Objetivos:** descrever os achados clinico e evolutivos de crianças portadoras de cardiomiopatia restritiva. **Métodos:** estudo retrospectivo, descritivo, de crianças menores de 15 anos internadas em hospital pediátrico no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2015 portadoras de cardiomiopatia restritiva. Foram avaliadas as seguintes variáveis: idade ao diagnóstico, sexo, sintomas, alterações eletrocardiográficas, alterações radiológicas, terapêutica medicamentosa, desfecho. O banco de dados e as análises foram realizadas no programa Epi-info 7.2. **Resultados:** cinco pacientes foram acompanhados no período estudado. Quatro eram do sexo masculino, com média de idade de 5,2 anos. A etiologia foi idiopática em três casos, em um caso endomiocardiofibrose e em outro uma síndrome hipereosinofílica decorrente de uma leucemia. Todas as crianças apresentavam dispneia aos esforços e sinais de insuficiência cardíaca direita. Sobrecarga biatrial ao eletrocardiograma e cardiomegalia à radiografia de tórax foram evidenciados em todos os pacientes. A avaliação ecocardiográfica evidenciou importante aumento biatrial associado a disfunção diastólica em todos, e a presença de trombo foi descrito em um caso. Em três casos houve indicação de transplante cardíaco. Três pacientes foram a óbito cerca de três anos após o diagnóstico. **Conclusões:** a cardiomiopatia restritiva é uma forma rara de comprometimento miocárdico que determina elevada morbidade e mortalidade. O diagnóstico precoce é fundamental para a instituição de terapias específicas ou no caso das formas idiopáticas, da realização de transplante cardíaco, capaz de mudar a história natural da doença.

P-037

PERFIL DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS VIRAIS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS INTERNADOS NO INCOR NOS ANOS DE 2010 A 2014

FERNANDA MARTINS GENTIL, TAINA BELISA FERREIRA ROSA, ORLANDO CARLOS BARBOSA, MARIANA MENEZES AZEVEDO, NANA MIURA, ANA MARIA THOMAZ, ANTÔNIO AUGUSTO LOPES

INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Introdução: As infecções respiratórias agudas constituem um problema de saúde pública para as crianças em todo o mundo. Em países menos privilegiados, os índices de morbidade e de mortalidade apresentam-se mais elevados, com maior agravo nos pacientes com cardiopatias e em seu manejo cirúrgico. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de vírus respiratórios na população pediátrica portadora de cardiopatias, no contexto de internação para tratamento clínico e/ou cirúrgico. Pacientes: Crianças até a idade de quatro anos incompletos, internados para tratamento clínico e/ou cirúrgico, com pesquisa de agentes virais respiratórios. **Método:** Acessado dados do Banco de Estatísticas do Incor, prontuário eletrônico e Instituto de Medicina Tropical de São Paulo. Considerados os pacientes entre 2010 à 2014. Realizado pesquisa por imunofluorescência direta, em material coletado de nasofaringe, dos vírus respiratórios: Influenza A e B, parainfluenza, adenovírus e vírus sincicial respiratório (VSR). Variáveis avaliadas: idade, gênero, peso, presença de síndrome de Down, cianose e tipo de cardiopatia. Desfechos: duração da internação e evolução para óbito, tipo de internação (clínica ou cirúrgica) e impacto no tempo de internação. **Análise Estatística:** Descritiva; Inferencial: comparação entre grupos (Teste de Mann-Whitney; Software: "SPSS versão 15); **Resultados:** Pesquisado vírus respiratórios em 391 pacientes internados (dos quais 58 pacientes com Síndrome de Down), encontrados 107 eventos virais, população com idade de 1 dia a 47 meses, com mediana de 9 meses, sendo 209 do gênero feminino e 182 do gênero masculino. Peso variando de 1,7 a 22 kg, com mediana de 6,5 kg. **Comentários:** Os dados mostraram alta prevalência dos vírus entre os casos suspeitos, com pelo menos 27% de amostras positivas. As etiologias apresentaram distribuição não constante ano a ano, com predomínio de vírus agressivos, como VSR e parainfluenza. Como nosso serviço se comporta, prioritariamente, como cirúrgico, o impacto na duração dessas internações foi significativo, com diferença de 16 dias no valor da mediana. Ao que se pode inferir um aumento secundário de morbidades, custos hospitalares, e eventualmente, sequelas. Sugere-se que este impacto poderia ser minimizado por um curto período de observação pré operatória (3 a 5 dias).

P-038

CORONÁRIA ANÔMALA: DESAFIO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E EVOLUÇÃO CLÍNICA

ALEXANDRE MARQUES ABLA, MARILIA ALCOFORADO DOMINGUES, IARA ATIÉ MALAN, ANDRÉA MADEIRA BOAVENTURA, ANDREA RODRIGUES VIVIANI, RENATA MATTOS SILVA, LUIZ CARLOS NASCIMENTO SIMÕES

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

Introdução: A origem anômala da coronária é uma alteração rara, é estimada em 1/300.000 nascidos vivos e representa 0,24% a 0,46% de todas as anomalias cardíacas congênitas. A dificuldade diagnóstica sugere que esse resultado esteja subestimado. Cabe salientar a importância do correto diagnóstico e tratamento, que podem ser determinantes para o prognóstico desses pacientes (pac). **Objetivos:** Relatar uma série de 10 pac com diferentes apresentações clínicas relacionadas ao diagnóstico de coronária anômala submetidos a tratamento, entre abril de 2011 e 2016, em a mesma instituição, descrever seus tratamentos, resultados e analisar suas evoluções clínicas. **Métodos:** Foram analisados retrospectivamente 10 pac, 7 do sexo feminino e 3 do masculino, com idades entre 16 dias e 14 anos no momento da cirurgia e peso entre 3,2 e 50 kg e foram avaliados de acordo com os seus sinais e sintomas na época do diagnóstico e evolução clínica. **Resultados:** Dos pac avaliados, 3 apresentavam somente sopro sistólico (SS), 5 SS, dispneia e sintomas de insuficiência cardíaca, 1 angina instavel e 1 choque cardiogênico em prótese ventilatória.Os 10 pac avaliados eram portadores de ALCAPA (anomalous left coronary artery from pulmonary artery), 9 pac foram submetidos a tratamento cirúrgico, sendo 7 casos de reimplante de coronária, 1 de ligadura de coronária anômala sem reimplante, 1 caso de revascularização coronariana da artéria mamária para descendente anterior (Da) + ligadura da Da no tronco da pulmonar e 1 pac foi a óbito antes da cirurgia. O seguimento variou de 6 meses a 5 anos, 7 pac evoluíram sem sintomas, sendo 5 desses com estenose supra valvar pulmonar, 1 com insuficiência pulmonar e 1 sem lesão residual. Dois pac foram a óbito (1 no pré-operatório e 1 no pós imediato). Um pac perdeu o acompanhamento tardiamente. **Conclusão:** Dos 9 pac submetidos a correção cirúrgica, 8 evoluíram muito bem, todos apresentaram total remissão dos sintomas. Vale ressaltar a importância do correto diagnóstico da doença reforçando sua inclusão como diagnóstico diferencial quando nos deparamos com sopros sistólicos, sinais sugestivos de isquêmia miocárdica, sinais de insuficiência cardíaca e cardiomiopatia dilata sem etiologia definida.

P-039

IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO EM CRIANÇAS NO PERÍODO DE INTERESTÁGIO PARA A REDUÇÃO DA MORTALIDADE DOMICILIAR

GABRIEL CARMONA FERNANDES, CAROLINA VIEIRA DE CAMPOS, ANA CRISTINA S. TANAKA, NANA MIURA, GUSTAVO FORONDA

INSTITUTO DO CORAÇÃO HC-FMUSP

Introdução: No período interestágio, entre um procedimento cirúrgico paliativo e um procedimento cirúrgico definitivo, há controvérsias sobre a possibilidade destes pacientes (pt) receberem alta hospitalar devido ao alto risco de óbito domiciliar. Manter um pt internado por meses não é também uma boa solução. Portanto existe necessidade de uma observação rigorosa destes pt até o próximo tempo cirúrgico. Na literatura comprovou-se uma redução da mortalidade domiciliar quando estas crianças são seguidas de maneira próxima e especializadas através de Home-Care ou telemedicina, além de apresentar-se em melhor condição clínica no momento do próximo procedimento cirúrgico. **Objetivos:** Avaliar o impacto de um segmento ambulatorial especializado na mortalidade domiciliar de crianças em pós-operatório procedimento paliativo no período neonatal (pn). **Métodos:** Trabalho retrospectivo de único centro, onde foram analisados pt que realizaram algum procedimento paliativo no pn entre janeiro de 2015 e agosto de 2016, que receberam alta hospitalar e mantiveram seguimento em ambulatório especializado. Foram avaliados com retornos ambulatoriais próximos, entre 7 e 15 dias, realizados ecocardiogramas seriados e ajuste de medicações e alimentação. **Resultados:** Foram acompanhados 116 pacientes neste período. Foram submetidos a cirurgia de Blalock-Taussing, procedimento híbrido, ou implante de stent (em via de saída ou canal arterial). Destes, observamos apenas 2 óbitos em domicílio (0,01%). Atualmente 60 pacientes já foram submetidos ao procedimento cirúrgico definitivo, sendo que 6 permanecem internados e 41 destes (67%) já receberam alta para ambulatório convencional. Demais 56 pacientes mantém seguimento clínico, aguardando momento oportuno para cirurgia. **Conclusões:** O interestágio é um período crítico no manejo e seguimento dos pacientes. Atualmente no Brasil não temos recursos suficientes para seguir estas crianças com Home-Care ou telemedicina. Como alternativa a proposta de um seguimento ambulatorial especializado com retornos próximos e ecocardiogramas seriados é factivel, com baixo custo, e apresenta um baixo índice de mortalidade domiciliar.

P-040

SÍNDROME DE MARFAN: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE ACOMPANHAMENTO EM UM HOSPITAL ESCOLA

CLAUDETE SOUZA GONÇALVES MENDES, MARIA CECILIA DE AMORIM SANTIAGO, LIANE HULLE CATANI, CARMEN CHRISTINA HASHIDA CONDE, FLÁVIA CRISTINA NAVARRO, MARCELO SANTIN CASCAPERA, JULIANA ZACCARIAS GOMES, HALIDE CASACA NOBRE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO

Introdução: A síndrome de Marfan é uma doença autossômica dominante do tecido conjuntivo, resultante da mutação de um gene situado no cromossomo 15, a fibrilina, ou gene FBN1, FBN1, com alto grau de variabilidade clínica e manifestações nos sistemas músculo-esquelético, ocular e cardiovascular. O diagnóstico precoce é fundamental e se baseia na história familiar e achados físicos característicos. Sabe-se que a terapia com betabloqueadores e os avanços alcançados pela cirurgia cardiovascular tem contribuído para aumentar a expectativa de vida desses pacientes. **Objetivo:** Descrever a apresentação clínica cardiológica, terapia medicamentosa e a evolução de crianças e adolescentes com síndrome de Marfan acompanhados ambulatorialmente. **Métodos:** Consulta aos prontuários para obtenção de dados clínicos, laboratoriais e de imagem. Os pacientes foram submetidos a consulta médica e exames a cada 6 meses à 2 anos. **Resultados:** Atualmente o ambulatório tem 30 pacientes cadastrados, 25 acompanham regularmente há mais de 5 anos. Destes, 12 do sexo masculino e 13 feminino, com idade entre 6 e 21 anos. Confirmação genética em 23 pacientes, 12 tem comprometimento ocular e 19 apresentam escoliose ou comprometimento articular. Na literatura os achados ecocardiográficos mais freqüentes são: a ectasia ânulo-aórtica e o prolapso valvar mitral. Por conta dessas alterações a expectativa de vida era até a quarta décadas de vida, mas nos últimos anos com o maior conhecimento da doença e intervenção cirúrgica houve melhora significativa no prognóstico. Para avaliação da evolução dos nossos casos, realizamos ecocardiograma analisando a valva aórtica, seio de valsalva, junção sino tubular, aorta ascendente e valva mitral. Evidenciamos que 13 (43,3%) apresentavam alteração de raiz aórtica já na primeira avaliação, 9 (69,9%) com dilatação valvar moderada e 4 (30%) com ectasia anulo-aórtica. Encontramos prolapso mitral em 17 (56,6%), dos quais 76 % com refluxo discreto, 23% moderado e 1% importante. Quanto a terapia medicamentosa 25 são aderentes, 21 (84%) em uso de propranolol e 4 (16%) losartana. **Conclusão:** Confirmando a literatura, a incidência de prolapso valvar mitral foi a principal alteração encontrada, sendo assintomáticos na maioria deles. Interessante ressaltar que, embora não exista unanimidade no uso de drogas, em nosso serviço os achados apontam para estabilização do quadro com uso de propranolol, com piora ecocardiografica apenas nos pacientes que abandonaram o tratamento.

P-041

PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO PULMONAR E CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM FIBROSE CÍSTICA

MARIA FERNANDA MURIJO RIGHI, ANA PAULA DAMIANO, RENATA ISA SANTORO, LIVIA VIEIRA DOS SANTOS, ADYLÉIA APARECIDA DALBO CONTRERA TORO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP

A Fibrose cística (FC) é uma doença de herança autossômica recessiva causada pela mutação do gene Regulador da Condutância Transmembrana da Fibrose Cística, que induz o organismo a produzir secreções espessas e viscosas que obstruem os pulmões, o pâncreas e o ducto biliar. Devido à deterioração pulmonar, pacientes com FC apresentam hipóxia crônica que leva à hipertensão pulmonar (HP). **Objetivos:** Analisar a prevalência de hipertensão pulmonar e a características demográficas e clínicas de pacientes com Fibrose Cística e produzir um protocolo de identificação precoce do comprometimento cardiovascular nestes pacientes. **Sujeitos e método:** Estudo de corte transversal analítico com pacientes fibrocísticos entre 0 e 18 anos completos que realizaram ecocardiograma entre 2013 e 2014, fora de períodos de exacerbação pulmonar. Os prontuários destes pacientes foram revisados para coleta de informações demográficas e clínicas. **resultados:** Foram avaliados 68 pacientes, sendo 37 (54%) meninas. A idade média foi 10,2 anos (+ 5,6 anos) e a mediana 11,0 (7 meses - 18 anos e 8 meses). A HP foi diagnosticada em 7 pacientes (10,3%). Quando comparados os pacientes FC sem HP (Grupo I) com os pacientes FC e HP (Grupo II) não foi observado diferença significativa quanto à presença de tosse, pneumonia, insuficiência pancreática endócrina e exócrina, hepatopatia crônica e hipertensão portal. Não foi encontrada nenhuma mutação do gene CFTR que diferenciasse o Grupo I do Grupo II. **Conclusão:** A prevalência de HP foi igual a 10,3% e não houve diferença entre as características demográficas e clínicas dos pacientes com e sem HP. Não foi possível estabelecer o melhor momento para iniciar o rastreio de HP nesta população, portanto, propomos triagem anual para HP em crianças e adolescentes com FC independente da idade e clínica apresentada.Palavras-chave: fibrose cística, crianças, adolescentes, hipertensão pulmonar, características demográficas, características clínicas, genótipo.

P-042

RECUPERAÇÃO EXUBERANTE DA FUNÇÃO VENTRICULAR DIREITA APÓS VALVOPLASTIA PULMONAR

PALOMA DE ARAUJO CASTRO, DANIELA JACKSON CARAPIA LADEIA SENA, JOBERTO PINHEIRO SENA, ALINE DO AIDO VARANDA ROSÁRIO

HOSPITAL SANTA IZABEL

Introdução: A estenose valvar pulmonar (EPV) corresponde a 8 a 10% das cardiopatias congênitas. O gradiente pressórico (GP) através da valva pulmonar (VP) determinado tipicamente pela ecocardiografia(ECO) e,em alguns casos, pelo cateterismo, define a gravidade desta patologia. A valvoplastia pulmonar (VPB) é indicada em EPV moderada a grave. **Relato de caso:** Paciente S.S.M., feminino, 9 anos, com diagnóstico de EPV e aumento das câmaras direitas, que comprimia o ventrículo esquerdo (VE) de forma significativa. Vinha em uso de furosemida, digoxina e enalapril. Exame físico: 24 kg em regular estado geral, descorada +/4+, acianótica. Identificado sopro sistólico ejetivo grau IV/VI em borda esternal esquerda média. Fígado palpável a 2 cm do rebordo costal direito. Demais aspectos sem particularidades. ECG evidenciou sobrecarga ventricular direita. RX tórax: aumento da área cardíaca às custas de aumento do VD. ECO evidenciava GP pulmonar de 148 mmHg, VP espessada, sem hipoplasia do anel (1,24 cm); refluxo da valva tricúspide(RT) grau moderado;HVD com disfunção grave. Submetida a VPB com balão 15. Ventriculografia direita com evidência de disfunção global importante. GP pós valvotomia: 43 mmHg.ECO controle após 7 meses evidenciou GP 64mmHg, com AD dilatado de grau discreto, HVD leve, RT discreto e FEVE 62%. ECO com 1 ano: GP de 58,1 mmHg, HVD leve e FEVE 70%. **Discussão:** A EPV importante não parece remitir em longo prazo e, pelo contrário, progride. O sucesso da VPB na EPV é avaliado de forma objetiva através do GP residual. A nossa paciente manteve níveis de GP moderados a altos ainda após o procedimento, apesar da expressiva mudança quando comparado ao gradiente pré-procedimento. O sucesso da VPB pôde ser observado, porém de forma indireta, através da recuperação exuberante da função do VD, incomum nesses casos, visto através da redução do RT e do grau de hipertrofia do VD. **Conclusão:** A EPV importante, se não tratada, leva a deterioração da função do VD.A VPB figura neste cenário como o procedimento de eleição, dada sua efetividade e segurança.O sucesso da VPB é objetivamente avaliado através do GP após o procedimento. No entanto, é possível avaliá-lo de forma indireta através da recuperação da função ventricular direita após o procedimento. O relato em questão contempla a raridade da exuberante recuperação da função do VD após um procedimento que sabidamente modifica a história natural da doença.

P-043

JANELA AORTO-PULMONAR COMO CONDIÇÃO ASSOCIADA A ALTERAÇÕES HEMODINÂMICAS GRAVES E PRECOCES - ASPECTOS DE ORIENTAÇÃO DIAGNÓSTICA E DE CONDUTA

MARINA BERLINGER SARAIVA, RAPHAEL CORTACIO SIMAS JUNIOR, NANA MIURA, ANTÔNIO AUGUSTO LOPES

INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR), HCFMUSP

Introdução: A Janela Aorto-Pulmonar (JAP) é uma malformação congênita rara, caracterizada pela comunicação entre a aorta ascendente e a artéria pulmonar, na presença de valvas semilunares separadas. Devido à magnitude do shunt esquerda-direita, e a associação com outras malformações cardíacas, a JAP apresenta-se principalmente com insuficiência cardíaca congestiva progredindo rapidamente para hipertensão pulmonar. Pacientes com defeitos grandes, não corrigidos, costumam apresentar evolução desfavorável, com mortalidade de até 40% no primeiro ano de vida. Sendo assim, o diagnóstico e correção precoces são fundamentais na definição do prognóstico, devendo pacientes com hipertensão arterial pulmonar (HAP) já instalada serem submetidos a uma avaliação detalhada para definir a melhor estratégia terapêutica. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 10 meses, 7260 g, portadora de JAP tipo I, CIA e CIV diagnosticados na idade atual, com baixo desenvolvimento pôndero-estatural e sem síndromes extra-cardíacas. Ao exame apresentava-se cianótica em ar ambiente (86% em MSD), sem congestão pulmonar significante. À ausculta cardíaca notava-se segunda bulha única, hiperfonese acentuada, e sopro sistólico pouco evidente em região para-esternal esquerda alta. Foi realizado Cateterismo Cardíaco com prova de óxido nítrico com variação de Qp/Qs de 2,9 para 3,5, e após o mesmo, iniciado tratamento com Sildenafil e Furosemida. Recebeu, até o momento da publicação do trabalho, 22 dias de Sildenafil e Furosemida, com mudança na saturação de 86% a 92% e dos parâmetros ecocardiográficos: VTI de veia pulmonar de 25,1 a 27 e Qp/Qs de 2,0 a 2,2. **Conclusões:** Em portadores de defeitos septais cardíacos, o exame clínico e a ecocardiografia-Doppler são capazes de identificar aqueles em situação de aumento de fluxo e baixos níveis de resistência vascular pulmonar. A ausência de fenômenos congestivos pulmonares, associados a déficit de ganho ponderal apontam para risco de complicações pós-operatórias, sendo o cateterismo um exame imperativo na avaliação para a cirurgia. O uso de vasodilatadores pulmonares antes da cirurgia, embora bastante difundido, não tem base de evidência para recomendação como rotina, devendo permanecer ainda como objeto de estudos científicos.

P-044

SÍNDROME DE MAROTEAUX-LAMY AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR DURANTE TERAPIA DE REPOSIÇÃO ENZIMÁTICA ALGUMAS COISAS LEVAM TEMPO, OUTRAS O TEMPO LEVA

MARIA DE FATIMA CASAL, TALITA CRISTINE SOUZA LIMA

UNIFOA; HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA

A mucopolissacaridose tipo VI ou sínd de Maroteaux-Lamy, é uma doença metabólica autossômica recessiva rara causada pela deficiência da enzima, a n-acetilgalactosamina-4-sulfatase, que é necessária à degradação dos glicosaminoglicanos (mucopolissacarídeos) sulfato de dermatina e sulfato de condroitina. os quais, na ausência da enzima, se acumulam em órgãos e tecidos. É considerada uma doença de depósito lisossomal, pertencendo ao grupo denominado erros inatos do metabolismo. A maioria dos indivíduos evolui para óbito na segunda ou terceira década de vida, sendo a insuficiência cardíaca a principal causa. O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão da literatura sobre a mucopolissacaridose VI, com ênfase na evolução das manifestações cardiovasculares mesmo após instituída a Terapia de Reposição Enzimática (TER). Foi realizada uma pesquisa de publicações nacionais e internacionais, em meios de comunicação especializados na área médica e de saúde, utilizando os unitermos relacionados. Apresentamos a evolução clínica de uma menina de 2 anos e 4 meses que ao nascimento apresentou dificuldade de flexão do pé direito e “peito de pombo”, fenótipo compatível com MPS VI a partir de 1 ano de idade, devido a baixa estatura, hipertricose de face, pés planos, pescoço curto, hipertrofia gengival, alargamento dos punhos de MMSS e polegares, fígado palpável há 1cm do rebordo costal, hérnia umbilical, escoliose lombar com retrolistese de L1 e alteração de corpos vertebrais e forames de conjugação lombares. A amostra de urina evidenciou a presença de SD e uma concentração de glicosaminoglicanos urinário de 1209 nanogramas/mg creatinina (VR < 2 anos: 79 - 256). O ensaio enzimático evidenciou ARSB no valor de 8,9 nmol/h/mg proteína (VR: 116 - 287). Confirmada a hipótese, prescrito terapia de reposição enzimática (TER) semanal. Durante o seguimento do caso ecodopplercardiograma evidenciou espessamento da valva mitral e insuficiência mitral leve, iniciamos tratamento com inibidor da enzima de conversão da angiotensina. Desperta-nos o interesse em dar continuidade ao relato, atentando-se a evolução futura da paciente quanto as manifestações cardiovasculares que possam surgir, ou não, quando já instituída a TER, para assim podermos concluir os reais efeitos desta terapêutica sobre este aparelho centro do estudo. Unitermos. Mucopolissacaridose VI, Síndrome de Maroteaux-Lamy, Avaliação Cardiovascular, Terapia de Reposição Enzimática.

P-045

CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM DISPOSITIVO DE ASSISTÊNCIA VENTRICULAR TOTALMENTE IMPLANTÁVEL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

GISELLE VIANA DE ANDRADE, LUCIANA FARIAS BASTOS, NAYANA GOMES DE SOUZA, SILVANIA BRAGA RIBEIRO

HOSPITAL DE MESSEJNA DOUTOR CARLOS ALBERT STUART

Os dispositivos de Assistência Ventricular (D A V) têm sido utilizados para permitir a manutenção de condições cardiocirculatórias em dois tipos de situações: primeiro como ponte para transplante cardíaco, e segundo como suporte circulatório em situações agudas em que se prevê uma possível recuperação funcional do coração, como em miocardites agudas, miocardiopatia puerperal, falência miocárdica pós cardiotomia, rejeição aguda pós transplante cardíaco etc. O objetivo deste relato é descrever a atuação da equipe de enfermagem no cuidado com pacientes em uso de DAV totalmente implantável. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência que descreve os cuidados e atividades da equipe de enfermagem em uma UTI pós operatório de cardiologia pediátrica no Hospital de Messejana Doutor Carlos Albert Stuart, em Fortaleza, no cuidado ao paciente em uso de DVA. A equipe é composta por técnicos em enfermagem, enfermeiros, médicos cardiologistas e fisioterapeutas, e conta com os serviços de apoio que o hospital dispõe. **Resultados:** É imprescindível que a enfermeira de cuidados intensivos faça a avaliação da condição hemodinâmica do paciente, avaliando o funcionamento adequado do DAV, assim como os sinais de perfusão tecidual adequada, uma vez que devido exposição do sangue às superfícies não endoteliais, este fica sujeito à formação de microêmbolos na circulação periférica e a ocorrência de hemorragias, devido à terapia anticoagulante. Deve ficar atenta as taxas de fluxo do DAV, pois altas pressões de átrio esquerdo e direito com baixo fluxo do DAV devem ser investigados, pois podem indicar uma obstrução no mecanismo, como um tubo dobrado, coágulo ou tamponamento. Outro cuidado importante é a prevenção de sangramento e controle do esquema de anticoagulação. Prevenção de infecção, onde deve avaliar e relatar sinais e sintomas sistêmicos de infecção, como elevação de leucócitos, temperatura corporal acima de 38ºC e no local de inserção Da Cânula, avaliar a presença de hiperemia, edema e a presença e de secreção. **Conclusão:** Ficou evidenciada a importância do papel do enfermeiro e aspectos importantes que devem ser avaliados e abordados junto ao paciente com o DAV totalmente implantável. O enfermeiro atua no cuidado clínico de pacientes desde unidades de terapia intensiva, unidades de internação e a nível ambulatorial e como educador e pesquisador em todos os níveis da assistência.

P-046

EVOLUÇÃO DE ANEURISMA DE CORONÁRIA EM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO TARDIO DE DOENÇA DE KAWASAKI: RELATO DE CASO

DANIELLE ALVES SOARES, CLAYNE VALADAO PINTO, VIVIANE CAMPOS BARBOSA DE SENA, LUIZ CARLOS NASCIMENTO SIMÕES

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

Introdução: A Doença de Kawasaki, segunda vasculite mais comum em crianças entre 6 meses e 5 anos de idade, pode evoluir em 10 a 25% dos casos, com aneurismas coronarianos. O diagnóstico e início do tratamento precoces reduz essas alterações em aproximadamente 25 a 30%. Os aneurismas gigantes (diâmetro > 8 mm) ocorrem de 7% a 10% dentre todos os aneurismas e frequentemente estão associados a oclusões trombóticas. Nestes casos, é fundamental a estratificação de risco e acompanhamento regular pela maior possibilidade de desenvolvimento do infarto agudo do miocárdio e morte súbita. **Descrição do caso:** Pré-adolescente de 12 anos, sexo masculino, com diagnóstico de Doença de Kawasaki ao 6 meses de vida. Após 1 mês e 20 dias do início do quadro, é encaminhado ao Hospital cardiológico de referência por aumento da área cardíaca, apresentando ao ecocardiograma de triagem, derrame pericárdico importante e aneurismas em coronárias direita e esquerda (máximo 10 mm e sem componente obstrutivo). Realizada pericardiocentense e iniciado ácido acetilsalicílico em dose anti-inflamatória e gamaglobulina 2 g/kg. Após 11 anos do evento inicial, apresenta aneurisma com calcificação em seu interior de porção inicial de coronária esquerda medindo 0,85 x 0,85 cm, artéria descendente anterior completamente ocluída, estenose moderada na origem da artéria circunflexa (aneurisma calcificado no terço médio de 1,43 x 1,27 cm) e na origem da artéria coronária direita. Estudo cintilográfico sugestivo de isquemia miocárdica induzida por estresse no segmentos Septo-apical e Ântero-septal (médio). Já no teste ergométrico, atingiu frequência cardíaca máxima de 191 bpm e 9,3 MET, sem critérios para o diagnóstico de isquemia miocárdica induzida pelo exercício. Realiza acompanhamento periódico (ecocardiograma, eletrocardiograma, teste de estresse e perfusão miocárdica anualmente), assintomático, NYHA I, e em uso de ácido acetil salicílico, Warfarina e Propranolol. **Comentários:** O diagnóstico da Doença de Kawasaki é de grande importância devido as graves repercussões decorrentes como aneurisma de coronária até morte súbita naqueles não tratados com gamaglobulina endovenosa precocemente. Visando diminuir as comorbidades, é fundamental que seja individualizada pelo nível de risco, para direcionar a terapêutica, o controle periódico das dimensões do aneurisma, a função cardíaca e sinais de isquemia em repouso e esforço.

P-047

ORIGEM ANÔMALA DE CORONÁRIA ESQUERDA: RELATO DE CASO

LORHENA TOFOLLI LEMOS LUZ, ADRIANA FURLETTI MACHADO GUIMARÃES, ROBERTA DA SILVA D`ALESSANDRO TONELLO, HELOISA CRISTINA GOIS E SANTOS

HOSPITAL DAS CLÍNICAS-UFMG; DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA- UFMG

Introdução: A grave disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (VE) é uma das manifestações da anomalia de artéria coronária e necessita de diagnóstico diferencial com cardiomiopatia dilatada (CMD), em lactentes. Origem anômala da coronária esquerda (CE) a partir do tronco pulmonar (TP) representa 0,25 a 0,50% das malformações cardíacas e apresenta elevada mortalidade no primeiro ano de vida se não tratada precocemente. **Relato do caso:** Lactente de 6 meses, masculino, encaminhado com diagnóstico de cardiomiopatia dilatada e dilatação da CE, apresentava quadro de grave insuficiência cardíaca (IC), radiografia de tórax com cardiomegalia e congestão pulmonar importantes, sinais de sobrecarga do átrio esquerdo (AE) e VE e alterações da repolarização do VE ao eletrocardiograma (ECG). Exame ecocardiográfico (ECO) evidenciou aumento moderado do AE e importante do VE com disfunção sistólica significativa, fração de ejeção de ventrículo esquerdo (FEVE) Simpsom's 15,4%. Coronárias normoposicionadas. Coronária direita (CD) dilatada (z-score +3,51) e aparente fístula da CE para o TP. O estudo hemodinâmico mostrou origem anômala da CE do TP. Submetida a reimplante da artéria CE na aorta com melhora clínica significativa e recuperação parcial da função sistólica do VE, após cerca de um mês da correção cirúrgica (FE Teichholz 38%, strain bidimensional longitudinal global do VE -7,1%). Evoluindo em classe funcional I (NYHA/ROSS), em uso de captopril, carvedilol e espironolactona, ECO com FEVE de 45%, após 11 meses da correção cirúrgica. **Comentários:** Em lactentes com diagnóstico de CMD e disfunção sistólica grave de VE, deve-se sempre pensar em anomalia de artéria coronária. Em geral os neonatos são assintomáticos ao nascimento, mas geralmente os sintomas aparecem logo nos primeiros dias de vida, seja por choro incontrolável (por provável dor isquêmica) e logo a seguir por manifestações de IC. Infelizmente a maioria é admitida em serviços de urgência com quadro de choque cardiogênico. Alterações no ECG sugestivas de isquemia raramente são encontradas no neonato, sendo frequentemente observado sobrecarga de VE e alterações de repolarização ventricular. O ECO é um exame essencial, porém não é capaz de excluir o diagnóstico. Outros de exames de imagens como cateterismo e angiotomografia são necessários. A abordagem cirúrgica com reimplante da CE na aorta deve ser realizada mais precocemente possível, para possibilitar recuperação miocárdica.

P-048

OCLUSÃO AGUDA DA ARTÉRIA ILÍACA SECUNDÁRIA A FRAGMENTO RETIDO DE CATETER ARTERIAL UMBILICAL EM LACTENTE

LUCIA MARIA VIEIRA DE OLIVEIRA SALERNO, PEDRO RAFAEL SALERNO, JULIANA VIEIRA DE OLIVEIRA SALERNO, CAROLINA VIEIRA DE OLIVEIRA SALERNO

HOSPITAL ESPERANCA

Introdução: Cateterização de vasos umbilicais é um procedimento comum em UTI neonatal, especialmente em recém-nascidos prematuros (RNPT). Raramente, o cateter arterial umbilical (CAU) pode romper-se e os fragmentos retidos podem provocar trombose, vasoespasmo, infecção, embolização distal e inclusive morte. Descrevemos o caso de um RNPT com oclusão aguda de artéria ilíaca esquerda secundária a fragmento de cateter umbilical arterial. **Descrição do caso:** RNPT, com 24 semanas de idade gestacional, 800 g, permaneceu 3 meses internado, neste período foi submetido a clipagem do canal arterial e cirurgia por enterocolite necrotizante. Readmitido na UTI três dias após a alta hospitalar com quadro de hipoatividade e apneia, sugestivo de sepsis. Evoluiu com diminuição da temperatura e cianose distal de membro inferior esquerdo (MIE), sendo comprovado embolia da artéria ilíaca interna esquerda através de ultrassom com doppler. Por se tratar de criança com baixo peso, 3 kg, optou-se pelo uso do ativador do plasminogênio tecidual recombinado (rTPA) 0,2 mg/kg/h em infusão de 6 horas, que foi suspenso no 4o dia em razão de sangramento nasal. Devido a necrose distal do MIE foram realizadas 15 sessões de oxigenoterapia em câmara hiperbárica e mantido com enoxiparina 1,5 mg/kg 12/12h por 1 mês, subestituida por acido acetilsalicílico 5 mg/kg/dia. Foi necessário a ressecção de artelhos do membro afetado até metatarso. A cultura do calcâneo foi positiva para pseudomonas. Durante ultrassom abdominal foi detectado a presença de fragmento de cateter em artéria ilíaca, removido por via transumbilical. Três dias depois o paciente foi submetido a debridamento de tecido necrótico dos artelhos. Devido as medidas tomadas evitou-se a amputação do membro abaixo do joelho como foi inicialmente recomendado. A preservação do calcâneo permitiu a reabilitação física e a protetização da perna afetada. **Conclusão:** Apesar de pouco frequente, a fragmentação do CAU pode ser letal. O risco de isquemia de extremidades permanece mesmo após remoção do fragmento retido e o tratamento trombolítico e anticoagulante pode causar hemorragia intracraniana. O rTPA e a enoxiparina associados a oxigenoterapia hiperbárica mostrou-se eficaz neste caso. A boa pratica médica recomenda que o tamanho do cateter retirado seja conferido, a fim de se evitar, em caso de rompimento, que parte deste permaneça no corpo da criança, causando complicações graves

P-049

ALTERAÇÕES ELETROCARDIOGRÁFICAS NA SÍNDROME DE NOONAN

CAROLINA RIBEIRO COSTA, ZILDA MARIA ALVES MEIRA, LIVIA DE CASTRO RIBEIRO, HENRIQUE DE ASSIS FONSECA TONELLI

IPSEMG; HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFMG

Introdução: A síndrome de Noonan (SN) é uma doença autossômica dominante, caracterizada por baixa estatura, dismorfismos faciais e cardiopatias congênitas, principalmente estenose pulmonar, cardiomiopatia hipertrófica e comunicação interatrial. Alterações eletrocardiográficas são presentes em cerca de 50% dos pacientes com SN. Relatamos um caso de paciente com SN e que apresentava alterações eletrocárdiográficas não relacionadas a sua cardiopatia estrutural. **Descrição do caso:** Criança de 11 anos, masculina, com alterações fenotípicas da SN (baixa estatura, testa larga, hipertelorismo, inclinação ínferior das fissuras palpebrais, palato ogival e orelhas de implantação baixa e rodadas posteriormente, criptorquidia e diátese hemorrágica). Em acompanhamento ambulatorial com cardiologia pediátrica devido a estenose pulmonar valvar leve, sem aumento de câmaras direitas. Eletrocardiograma demonstrava: bradicardia sinusal (FC = 53 bpm), bloqueio divisional ântero-superior esquerdo (eixo QRS entre – 30 e – 60), iPR = 120 ms, ondas R de baixa voltagem nas precordiais esquerdas, complexos QRS alargados, com morfologia de bloqueio de ramo direito de terceiro grau, com alterações secundárias da repolarização. Ausência de sinais de sobrecarga de câmaras cardíacas. iQTc = 414 ms. **Comentários:** O paciente apresenta várias alterações eletrocardiográficas previamente descritas em pacientes com SN em estudos anteriores (Croonen et al, 2008 e Bertola et al, 2000), tais como desvio do eixo do QRS para a esquerda, complexos QRS largos, redução da onda R nas precordiais esquerdas, bloqueio do ramo direito e bradicardia sinusal (as duas últimas são raras). O desvio do eixo do QRS para a esquerda é observado em 40 a 50% dos pacientes com SN. Sua causa é desconhecida, mas parece ter relação com rotação anti-horária do eixo cardíaco. Tampouco é elucidada a origem das outras alterações eletrocardiográficas, mas, assim como previamente observado em outros estudos, não parece haver relação destas com cardiopatias estruturais subjacentes. Deve-se, portanto, acompanhar a evolução das alterações eletrocardiográficas em tais pacientes.

P-050

ANEURISMA DE CORONÁRIA EM DOENÇA DE KAWASAKI: DIAGNÓSTICO NÃO-INVASIVO COM ECO E ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONÁRIAS

LUCIA MARIA VIEIRA DE OLIVEIRA SALERNO, CAROLINA VIEIRA DE OLIVEIRA SALERNO, JULIANA VIEIRA DE OLIVEIRA SALERNO, KARINA TAVARES DE MELO NOBREGA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO; INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA

Introdução: A doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite sistêmica de origem desconhecida que acomete predominantemente crianças menores de 5 anos. Estudos sugerem uma etiologia multifatorial, que inclui imaturidade do sistema imune, suscetibilidade genética e um provável agente infeccioso desencadeante. Como os achados laboratoriais não são característicos, a história e a clínica são essenciais para o diagnóstico. Aneurismas e estenoses de artérias coronárias ocorrem em 20% dos casos não tratados com imunoglobulina intravenosa (IVIG) podendo levar a infarto agudo do miocárdio e morte. A IVIG reduz significantemente as sequelas cardíacas porém não as abole, como observado nos casos abaixo. **Descrição do caso:** Caso 1. MG, sexo masculino, 2a7m, 20kg, com febre há 6 dias, hiperemia de orofaringe, rash maculopapular em tronco e membros, conjuntivite bilateral, edema e hiperemia em mãos e pés. O ecocardiograma (ECO) inicial foi normal. Foi tratado com IVIG 2g/kg e aspirina (AAS) 100 mg/kg/dia até permanecer afebril por 72h, tendo alta com AAS 5mg/kg/dia. O ECO um mês depois, mostrou aneurisma da artéria coronária direita (ACD) com 7 mm (z-score = 14,31) e na descendente anterior (DA) com 6mm de diâmetro (z-score = 14,2). A angiotomografia de coronárias (ATC) confirmou os achados do ECO, detalhando a anatomia fusiforme e a extensão dos aneurismas. Caso 2. RDS, sexo masculino, 2a11m,14,5kg, apresentou febre e tosse por 5 dias, rash e edema em mãos, pés e genitália, conjuntivite bilateral. Teve eritema da mucosa oral, diarreia e vômito, além de linfoadenopatia cervical bilateral, leucocitose e trombocitose. Recebeu IVIG no 7o dia de doença. Devido a persistência da febre administrou-se 2mg/kg/dia de prednisona por 14 dias. O ECO inicial foi normal, porém 15 dias depois, mostrou um aneurisma de 5 mm na origem da ACD (z-score=+9,21) e múltiplos aneurismas como contas de um rosário no tronco da coronária esquerda (TCE) com diâmetro máximo de 7mm (z-score = +18,97). A ATC mostrou múltiplos aneurismas ao longo da CD, TCE, DA e circunflexa. **Conclusão:** A DK ultrapassou a febre reumática como principal causa de doença cardíaca adquirida em crianças do mundo desenvolvido, sendo importante aborda-la e suas consequências. Em 10% dos casos, apesar do uso de IVIG, ocorrem sequelas cardíacas como nos relatados acima. Recomenda-se o acompanhamento com ECO. Em casos suspeitos, a ATC complementa a avaliação pois detecta aneurismas, trombos e estenose em regiões distais das coronárias.

P-051

TRATAMENTO PERCUTÂNEO DE CARDIOPATIAS CONGÊNITAS RARAS UTILIZANDO ADAPTAÇÃO DE PRÓTESES DESENVOLVIDAS PARA OUTRAS DOENÇAS

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

HOSPITAL FELICIA ROCHO; HOSPITAL VILA DA SERRA

Introdução: A grande disponibilidade de materiais, o aumento da experiência dos intervencionista tem permitido que um número maior de doenças sejam tratadas pelo método percutâneo, com menor morbimortalidade e a mesma eficaz que a cirurgia tradicional. Entretanto, há doenças raras em que não temos material específico desenvolvido para determinada doença. O conhecimento da anatomia e da fisiologia da doença tem possibilitado o emprego “off label” de materiais com bom resultado. **Objetivo:** Apresentar 34 pacientes portadores de doenças raras ou em situações especiais tratados pelo método percutâneo. Casos: um prematuro com coarctação de aorta grave, sem condições cirúrgica, tratado com implante de stent; dois pacientes com ruptura do seio de valsava, dois pacientes com persistência da veia cava superior esquerda conectada ao átrio esquerdo, um paciente com oclusão total da anastomose entre a artéria subclávia e artéria pulmonar em quadro de hipoxemia grave, três pacientes com sangramento pulmonar, cinco pacientes com sequestro pulmonar, 18 casos de tratamento de fistulas arteriovenosas pulmonares, um caso de valvuloplastia pulmonar retrógrada, um caso de valvuloplastia pulmonar parcial. **Resultado:** Todos os pacientes foram tratados com sucesso, e sem complicações. **Considerações finais:** A disponibilidade crescente de materiais diversos, associado a maior experiência dos operadores, tem permitido que um número crescente de doenças cardiovasculares possam ser tratadas pelo método percutâneo, com baixa morbimortalidade e com bons resultados. Não há materiais desenvolvidos especificamente para todas as doenças cardíacas. Entretanto, por similaridade é possível que essas doenças sejam tratadas por via percutânea, com sucesso e baixo risco, associado à menor morbidade que a cirurgia convencional, constituindo-se em uma boa alternativa de tratamento para estas situações especiais.

P-052

OCLUSÃO PERCUTÂNEA DE CANAL ARTERIAL TIPO JANELA AORTOPULMONAR COM PRÓTESE DE COMUNICAÇÃO INTERATRIAL

LUCIANA ALMENARA PEREIRA, RENATA MATTOS SILVA, LUIZ CARLOS NASCIMENTO SIMÕES, VICTOR HUGO DE OLIVEIRA

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

Introdução: A oclusão percutânea do canal arterial (CA) tipo janela aortopulmonar (tipo B de Krichenko) é um desafio aos hemodinamicistas, visto que as próteses utilizadas para o fechamento percutâneo de tal defeito não são adequadas à anatomia deste tipo de canal, muitas vezes causando embolização da mesma e protrusão de parte do dispositivo para aorta ou artéria pulmonar. Relatamos um caso de fechamento percutâneo de CA tipo B realizado com prótese para fechamento de comunicação interatrial (CIA) com sucesso. **Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, 4 meses, 4.800 g, portador de síndrome de Down e cansaço às mamadas. Ao exame físico apresentava-se taquipneico, saturando 96% em ar ambiente, frequência cardíaca de 140 batimentos por minuto, aparelho cardiovascular com ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas e presença de sopro sistólico ++/6+ em borda esternal esquerda alta. O eletrocardiograma demonstrava aumento de cavidades direitas. Ecocardiograma (eco) inicial demonstrou CIA do tipo ostium secundum (CIA OS) pequena com shunt esquerda (E)- direita (D), CA moderado com shunt E-D medindo 4mm e PSAP (pressão sistólica estimada da artéria pulmonar) de 50 mmHg. Foi iniciado diurético. Após 9 meses, apresentava saturação de 85% em ar ambiente e taquipnéia. Eco evidenciava PSAP de 80 mmHg e CA amplo. Foi então iniciado sildenafil. Eco pré-operatório mostrou PSAP de 75 mmHg, CA medindo 6mm. Cateterismo evidenciou queda da pressão pulmonar para menos que a metade da pressão sistêmica após oclusão do CA com balão; realizada então oclusão do CA com prótese Occlutech Figulla ASD Flex II 6, com sucesso. **Comentários:** O sucesso do fechamento percutâneo do CA tipo janela aortopulmonar traz à tona a possibilidade de correção deste defeito através de um método menos invasivo, com menos complicações e menor tempo de internação hospitalar quando comparado à cirurgia cardíaca.

P-053

TRATAMENTO PERCUTÂNEO DE FISTULAS ARTERIOVENOSAS PULMONARES

EDMUNDO CLARINDO OLIVEIRA, MARCO ANTÔNIO MOURA

HOSPITAL FELICIA ROCHO; HOSPITAL VILA DA SERRA

Introdução: FAVP são anormalidades em que há direta comunicação do sangue arterial pulmonar com o sistema venoso pulmonar, podendo causar cianose de diversos graus, dispneia, embolia paradoxal e predisposição para abcesso cerebral. As manifestações clínicas podem iniciar em qualquer idade, sendo mais comuns na idade adulta. A disponibilidade de materiais de diversos tamanhos e formas tem permitido que o tratamento percutâneo seja utilizado em substituição ao o tratamento cirúrgico com sucesso. **Objetivo:** Mostrar a experiência do serviço com o fechamento percutâneo de FAVP utilizando diferentes materiais. **Método:** Entre março de 2005 a Janeiro de 2015 18 pacientes foram submetidos a 21 procedimentos para oclusão de FAVP. 11 pacientes foram encaminhados devido cianose e dispneia; 06 por cianose e um devido embolia paradoxal. Diagnóstico realizado pela suspeita clínica, ECO com microbolhas, angioTC ou por angiografia pulmonar. Oclusões realizadas com prótese Amplatzer. Análise estatística: As variáveis quantitativas foram descritas através de média ± DP e as qualitativas através das frequências absoluta e porcentagem. **Resultado:** Idade 4 a 32 anos (média 22), 55% masculino. Houve eliminação total da fístula 15 pacientes com normalização da saturação de oxigênio e melhora dos sintomas. Rebordarem em 3 pacientes por shunt residual ou por apresentar múltiplas fístulas (síndrome de Rendu Osler Weber). Depositado cola sobre implante de 14 molas em um paciente com múltiplas fístulas localizadas na base do pulmão direito que apresentou piora piora da cianose, com normalização da saturação pelos 5,5 anos de seguimento. Um paciente apresentou dor pleurítica após 7 dias do procedimento, sendo necessário internação para tratamento clínico. **Discussão e Conclusões:** FAVP é uma doença rara, com sintomas relacionados com o tamanho da comunicação. Paciente com manifestação clínica ou fístulas > de 3 mm de diâmetro tem indicação para fechamento. A disponibilidade de dispositivos de diferentes formas e tamanhos tem possibilitado a oclusão das mesmas com alto índice de sucesso e baixa morbimortalidade. Em nossa série houve sucesso em todos casos. Em um pt. foi usado cola,. até então não descrito na literatura médica para essa finalidade. A segurança e a disponibilidade de materiais adaptáveis para diferentes formas faz com que o tratamento percutâneo seja o método de escolha para essa doença.

P-054

O USO DAS PRÓTESES AMPLATZER E OCCLUTECH PARA FECHAMENTO PERCUTÂNEO DAS COMUNICAÇÕES INTERATRIAIS

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

HOSPITAL VILA DA SERRA; HOSPITAL FELICIA ROCHO

Introdução: A disponibilidade de dispositivos seguros e eficazes na eliminação de SHUNT interatrial tem permitido a oclusão desses defeitos com sucesso e baixa morbidade. Objetivo : Mostrar a experiência do serviço com o fechamento percutâneo das comunicações interatriais em 1228 casos utilizando as próteses Amplatzer e Occlutech. **Método:** Pacientes com CIA ostio secundum (CIA OS) com repercussão hemodinâmica e FOP com evidência de embolia paradoxal sem outras causas para justificar o evento foram aceitos para os procedimentos. AAS na dose 3 a 5 mg/kg/dia foi iniciado uma semana antes e mantido pelo menos por 6 meses após o procedimento. O ecoradiograma transesofágico, transtorácico ou intracardíaco foram utilizados para guiar o implante das próteses. Em crianças foi feito anestesia geral, nos demais leve sedação. Após alta hospitalar em 24 horas os pts. foram reexaminados. 1 semana, 1, 6 e 12 meses após o procedimento. Analise estatística: As variáveis quantitativas foram descritas através de média ± DP e as qualitativas através das frequências absoluta e porcentagem. Foram ilustrados os dados através dos gráficos: histograma, de pontos e de setores. O software utilizado foi o SPSS versão 20.0. **Resultado:** Os procedimentos foram realizados com sucesso em 1208/1228(98,3%) dos casos, sendo utilizados 404 próteses Occlutech e 824 Amplatzer. Dois pts. foram enviados para cirurgia (0,2%). Peso = 05 a 92(m = 36) kg; idade 1/2 a 78 anos(m = 36); 58% feminino. Normalização do tamanho cardíaco ou diminuição significativa ocorreu em todos. Arritmia SV transitória em 35(2,9%,) cefaleia em 106(8,7%). Ausência de Shunt Residual em 97,5% e Shunt residual mínimo em 2,5%. Houve um óbito uma semana após o procedimento em quadro de choque de etiologia indefinida com a prótese bem posicionada e sem shunt residual. ECOTE foi usado em 79,1%; ECOIC 19,7%) e ECO TT 1,2%. Fechamento FOP em 351(28,5%); CIA 877(71,5%); tamanho das próteses em mm < 20 = 291(33,2%), 21 a 30 = 408(46,6% e > 30 177(20,21%). **Discussão e Conclusões:** O fechamento percutâneo de CIA OS e FOP tem sido realizado com sucesso e com baixa morbimortalidade, permitindo aos pacientes retornarem às sua atividades em poucos dias. Praticamente indolor e sem cicatriz, tem se constituído o método de escolha para tratamento dessa comunicações.

P-055

É POSSÍVEL UMA TÉCNICA SIMPLIFICADA DE PERFURAÇÃO VALVAR PULMONAR DO QUE NÃO A RADIOFREQUÊNCIA?

LOURDES DE FÁTIMA GONÇALVES GOMES, CINTIA REJANE SOARES DUPIN, VIVIANE ATHADEU GONTIJO, NEIDE APARECIDA FARIA, JOÃO RIBEIRO DE MATTOS NETO, VILMAR JOSE PEREIRA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLANDIA

Introdução: A atresia valvar pulmonar é uma cardiopatia congênita complexa, simples na definição e complexa no tratamento, especialmente no neonato. Sem dúvida, a melhor terapêutica é a abertura valvar pelo cateterismo intervencionista, mas que necessita de uma técnica de perfuração mais simples e acessível ao paciente. **Objetivo:** Apresentar uma técnica simplificada de perfuração valvar que não a radiofrequência. **Material e métodos:** MDL, 4 dias, 3840 g, 40 semanas, masculino, Apgar 8/9, diagnóstico pré-natal de derrame pericárdico. A criança nasceu com crise de cianose que melhorou com o uso do prostin (0,1 mcg/kg/min). O diagnóstico foi de estenose valvar pulmonar crítica, pericárdio normal, pouca fibrose endocárdica, poucos sinusoides, ventrículo direito (VD) tripartite, septo interventricular íntegro, insuficiência tricúspide importante e pressão sistólica do VD (PSVD) de 180 mmHg. O material utilizado foi: introdutor 6 Fr, cateter pigtail, cateter de Judkins, fio guia 0,014 e 0,032; cateteres balão 6 x 20 mm, 4 x 12 mm e 1,5 x 20 mm. **Resultado:** Foi instalado introdutor 6 Fr na veia femoral, avançado cateter de pigtail seguido pelo Judkins até a via de saída do VD, não foi visualizado fluxo anterógrado do VD/TP, infundíbulo livre e valva membranosa com pequena cúpula central. Foi avançado a ponta do fio 0,014 sem sucesso. Após foi avançado a ponta dura do fio 0,014 dentro do cateter de Judkins, locado no vértice da cúpula e após 5 manobras de vaivém repetidas perfurou a valva e o cateter avançou até o meio do tronco pulmonar (TP) próximo à bifurcação. Em seguida procedeu-se a 3 valvoplastias consecutivas com cateteres balão de diferentes tamanhos respectivos: 6 x 20 mm, 4 x 12 mm e 1,5 x 20 mm. Retirado fio guia, feito manometrias e a arteriografia pulmonar mostrou artéria pulmonar confluente normal e gradiente máximo residual de 40 mmHg VD/TP e PSVD pré = 78 mmHg e pós = 26 mmHg. A criança permaneceu estável durante o procedimento e sem intercorrências. **Conclusão:** Esta técnica foi prática, simples, acessível, com resultado satisfatório e com possibilidade futura de reprodução em mãos experientes e centro estruturado em cardiologia pediátrica. O procedimento foi simplificado por esta técnica e suporte adequado fornecido pela ponta dura do fio guia.

P-056

USO DA PRÓTESE AMPLATZER VASCULAR PLUG 4® (AVP-4) PARA FECHAMENTO DO CANAL ARTERIAL (PCA) DE PEQUENO DIÂMETRO: EXPERIÊNCIA INICIAL

RODRIGO NIECKEL DA COSTA, MARCELO SILVA RIBEIRO, LUIS OTAVIO CAMPANHÃ SANT`ANNA, RAFAEL MEDINA, PAULO CORREIA CALAMITA, JONATHAN LOMBARDI, VALMIR F.FONTES, CARLOS AUGUSTO CARDOSO PEDRA

INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA; HOSPITAL DO CORAÇÃO

Introdução: A oclusão de PCAs pequenos pode ser desafiadora principalmente com o uso de molas sem liberação controlada e em crianças de baixo peso. A prótese AVP-4® foi concebida para oclusão de fístulas vasculares. Sua estrutura com malha de Nitinol® fina e sem poliester no seu interior permite sua utilização com introdutores de menor diâmetro. **Objetivos:** Apresentar a experiência inicial com o uso deste dispositivo no fechamento de PCAs pequenos. **Materiais e métodos:** Análise retrospectiva com coleta de dados dos prontuários dos procedimentos de oclusão do PCA realizados com AVP-4®. Foram avaliados dados demográficos e relacionados aos procedimentos. **Resultados:** Entre set/15 e jul/16, 11 pacientes foram submetidos a diversos procedimentos de oclusão do canal arterial com o uso de AVP-4®. A mediana de idade e peso foi de 64,9 (14,1 a 745) meses e 20 (7 a 78) kg. O diâmetro médio na extremidade pulmonar foi de 1,3 ± 0,6 mm e na ampola aórtica foi de 6,6 ± 2,5 mm. As pressões sistólicas médias foram de 82,0 ± 15,6 mmHg na aorta e 25,1 ± 2,9 mmHg no tronco pulmonar. A prótese mais utilizada foi a 4 mm com média global de 4,7 ± 1,3 mm. Em um paciente havia sido tentada a oclusão com mola de Gianturco sem sucesso pela não conformação da mola no interior do PCA. Todos os dispositivos foram implantados com cateter 4F diagnóstico e sucesso ocorreu em todos os procedimentos, sem complicações. **Conclusões:** A prótese AVP-4® mostrou-se segura e eficaz nesta pequena série de casos com idade e pesos variados. O seu perfil baixo, permitindo uso com introdutores e cateteres de diâmetro reduzido, e a capacidade de reposicionamento são os grandes diferenciais para a oclusão de canais arteriais pequenos. Maiores estudos devem ser realizados para seu uso em neonatos e lactentes.

P-057

FECHAMENTO PERCUTÂNEO DE CIRCULAÇÃO COLATERAL NO TRATAMENTO DA BRONCODISPLASIA PULMONAR

FERNANDA SOARES CARNUT REGO, RAIANNE VASCONCELOS CORD, JAMILLE CAMPOS SOUSA, LUCIANA SILVEIRA NINA DE AZEVEDO, CAIO CESAR ARAGONI LOUREIRO, DIEGO CAVALEIRO DE MACEDO ALBUQUERQUE, MARCIO MIRANDA BRITO, CELIA MARIA CAMELO SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO

A broncodisplasia pulmonar é uma doença crônica que ocorre em recém-nascidos prematuros, crianças de baixo peso e em crianças com insuficiência respiratória após uso prolongado de ventilação pulmonar mecânica. Dentre estes, os pacientes sob ventilação mecânica prolongada são os mais propensos a desenvolver circulação sistêmico-pulmonar devido a episódios intermitentes de hipóxia e hipercapnia que acabam por aumentar o fluxo sanguíneo pulmonar, promovendo, assim, uma redução na complacência pulmonar. Teoricamente, o fluxo pulmonar aumentado por essa circulação, pode levar a hipertensão pulmonar crônica. O tratamento percutâneo com fechamento da circulação sistêmico-pulmonar através de embolização das colaterais que formam essa circulação tem apresentado bons resultados segundo poucos relatos na literatura. Foram tratados dois pacientes com broncodisplasia pulmonar, dependentes de oxigenoterapia, por embolização da circulação colateral sistêmico-pulmonar utilizado-se coils de nitiniol com importante melhora clínica, dispensando o suporte ventilatório mecânico. Concluímos que, a persistência da circulação colateral pulmonar é um agravante na piora da qualidade de vida em pacientes com broncodisplasia pulmonar e que o tratamento percutâneo é uma boa opção de tratamento nesses pacientes.

P-058

PRÓTESE INTRA PRÓTESE: UMA ALTERNATIVA PERCUTÂNEA À FALHA TERAPÊUTICA EM PRÓTESES DE DEFEITO DE SEPTO ATRIAL

MARILIA ALCOFORADO DOMINGUES, ALEXANDRE MARQUES ABLA, IARA ATIÉ MALAN, JOSE GERALDO DE ATHAYDE

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

Introdução: O defeito do septo atrial é uma cardiopatia congênita comum. Sua correção por intervenção percutânea vem ganhando destaque por ser uma técnica segura, com bom resultado e menor tempo de internação, porém não é isenta de complicações, como mau posicionamento do dispositivo, embolia, trombose, endocardite, shunt residual, arritmias, regurgitação valvar, perfurações cardíacas e morte súbita.
Relato: Relatamos o caso de uma paciente, sexo feminino, 36 anos, sem comorbidades, com diagnóstico prévio de CIA do tipo ostium secundum, medindo 22 milímetros, ocluída com prótese CARDIA atriasept 30, em agosto de 2013. Durante seguimento ambulatorial, evoluiu com queixa de cansaço, inicialmente aos grandes esforços, progredindo para médios esforços, associado a sensação de palpitação. Realizado ecocardiograma transtorácico (ETT) em março de 2014, que revelou shunt residual esquerda-direita (E-D) com repercussão hemodinâmica e relação entre fluxo pulmonar e sistêmico (QP/QS) de 2,3. ETT de novembro de 2014 com shunt volumoso E-D e QP/QS de 3. ETT de novembro de 2015 com importante sobrecarga volumétrica de ventrículo direito e QP/QS de 5,6. A paciente foi internada eletivamente para cateterismo terapêutico em agosto de 2016. Ao exame físico, apresentava desdobramento fixo de B2 e sopro mesossistólico 3+/6+ em focos pulmonar e aórtico acessório. Durante o procedimento foi detectada prótese Cardia fixa na CIA, com sua estrutura metálica íntegra, porém com perda completa da sua membrana de polivinil alcool. Foi então realizado o fechamento percutâneo de shunt residual com Amplatzer multifenestrada 35, cobrindo a prótese anterior com sucesso. ETT após correção não evidenciou shunt residual. Recebeu alta hospitalar em uso de AAS e clopidogrel.
Conclusão: Complicações como a descrita neste caso são usualmente corrigidas por técnicas cirúrgicas. A ocorrência de shunt residual através da porção central de prótese Cardia atriasept ainda é pouco descrita na literatura e sua correção pela técnica "prótese intra prótese" tem se mostrado uma opção menos invasiva e com bons resultados.

P-059

TRATAMENTO PERCUTÂNEO DE DUPLA LESÃO DE CONDUTO VD-TP NO PÓS OPERATÓRIO TARDIO DE TETRALOGIA DE FALLOT

GRACE CAROLINE VAN LEEUWEN BICHARA, WENDER OLIVEIRA REIS, SALVADOR ANDRE B. CRISTOVAO

BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO

Introdução: O tratamento a longo prazo da tetralogia de Fallot inclui reoperação e com necessidade de ampliação do anel ou implante de tubo valvulado pulmonar devido à estenose pulmonar. A estenose do conduto VD-TP é achado comum na evolução, ao oferecer resistência ao fluxo sanguíneo, leva a uma sobrecarga ventricular, podendo levar a hipertrofia e disfunção de VD. Já na insuficiência pulmonar, ao permitir o refluxo sanguíneo à câmara ventricular, gera dilatação de VD e disfunção importante. A valva pulmonar transcateter Melody foi desenvolvida para retardar o tempo até que a troca do conduto VD-AP seja necessária, reduzindo o número total de cirurgias que um paciente requer ao longo da vida. A Melody™ é composta de veia jugular bovina montada em stent, expansível por balão. Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 13 anos de idade, com diagnóstico de Tetralogia de Fallot, foi submetida a correção total com monocúspide no primeiro ano de vida. Aos 3 anos de idade, foi realizado implante de tubo valvulado VD-TP. Aos 9 anos de idade, devido à disfunção do conduto, foi submetida à troca por um tubo VD-TP (Vena®) n17. Evoluiu com estenose do conduto e de artéria pulmonar direita, submetida aos 10 anos à angioplastia de artéria pulmonar direita com stent PG1910 em balão 12x40 mm e valvoplastia com balão de valva do tubo VD-TP, com sucesso. Realizou novo estudo hemodinâmico após 11 meses apresentando re-estenose de tubo VD-TP, sendo realizado angioplastia do conduto com implante de stent PG2910 em balão 14x40 mm. Após 2 anos da intervenção evoluiu com dupla lesão com insuficiência importante, optado por implante transcateter de valva pulmonar. Artérias coronárias com trajeto afastado do conduto. Realizado dilatação do stent previamente implantado (PG 2910) com balão de alta pressão 18x40 mm. Realizado implante de stent CP-Recoberto 34 em balão 18x40mm no conduto (intra-stent). Realizado implante de Valva Melody 18 sem gradiente residual e com boa competência. Após o procedimento percutâneo, a paciente apresentou boa evolução clínica, sem intercorrências. Paciente recebeu alta hospitalar após 4 dias, para acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** O preparo do conduto é fundamental para o sucesso do procedimento. No caso apresentado, existia um stent PG2910 previamente implantado, que foi satisfatoriamente dilatado com balão de alta pressão e a landing zone preparada com stent recoberto de diâmetro adequado, sem estenose residual.

P-060

DIAGNÓSTICO E MANEJO DAS BRADIARRITMIAS FETAIS

CAROLINA ANDRADE BRAGANCA CAPURUCO, LÍCIA CAMPOS VALADARES, CLEONICE DE CARVALHO COELHO MOTA

FMG; DOPSOM

Introdução: A frequência cardíaca fetal (FCF) normal varia entre 120 e 160 bpm. Breves desacelerações na FCF (< 2 minutos) são comuns e sem relevância clínica. Bradicardia fetal é quando a FCF é < 100 bpm por período prolongado. As principais bradiarritmias são: bradicardia sinusal (BS) e bloqueio atrioventricular (BAV), sendo o último muito mais grave e com pior prognóstico. Os fetos podem ser divididos em dois grupos: aqueles com cardiopatias congênitas (CC) estruturais complexas (destacando-se o isomerismo esquerdo) e aqueles com alteração do sistema de condução mediada por imunocomplexos (anticorpos maternos, principalmente anti-RO). **Objetivo:** Avaliar a prevalência, tempo do diagnóstico e o prognóstico dos fetos que evoluíram com bradiarritmia. **Métodos:** Estudo longitudinal, prospectivo de junho de 2011 a março de 2016, em gestantes com alto risco de desenvolver cardiopatias fetais. A análise inclui 1821 fetos entre 17 e 40 semanas de idade gestacional. As bradiarrtimias foram subdividas em bradicardia sinusal e BAV total. **Resultados:** A prevalência de bradiarrtimia foi de 3.4% (62/1821). A maioria foi BS(40/62, 64.5%) e os principais fatores associados foram hipóxia fetal e imaturidade do sistema de condução. Todos os fetos com BS evoluíram bem e não precisaram de tratamento. Dentre os 22 fetos com BAV total, 8(36.4%) possuíam CC complexas. Em 14 (63.6%) fetos, a mãe era portadora de anticorpo ant-RO positivo. Neste grupo, o diagnóstico foi mais precoce (17-22 semanas). Os pacientescom BAV total e CC complexas tiveram um pior prognóstico com sete mortes e apenas um sobrevivente (marcapasso implantado ao nascimento). Todos aqueles com BAV total secundário ao anticorpo anti-RO positivo sobreviveram, entretanto 6 (42.8%)precisaram de marcapasso. **Discussão:** Os resultados encontrados foram concordantes com a literatura, destacando-se o pior prognóstico do BAV associado às cardiopatias complexas e a precocidade do BAV mediado por imunocomplexos. **Conclusão:** Bradicardia sinusal fetal é benigna e sem indicação de tratamento. Bloqueio atrioventricular total associado a cardiopatias estruturais complexas tem um prognóstico reservado. Quando o coração fetal é normal, a maioria dos BAV totais é mediada por imunocomplexos. Durante o principal período de risco (16 a 24semanas) o rastreamento com ecocardiograma fetal semanal deve ser realizado rotineiramente. O parto deve realizar-se em hospital terciário com equipe multidisplinar preparada.

P-061

MIOCÁRDIO NÃO COMPACTADO EM CRIANÇAS: ESTUDO DE UMA SÉRIE DE 14 CASOS

ANA LUIZA MAGALHAES DE ANDRADE LIMA, MARIANA DE ALMEIDA ROMA, SIMONE DE OLIVEIRA BARBOSA VILLA VERDE, CLEUSA CAVALCANTI LAPA SANTOS, LUZIENE ALENCAR BONATES DOS SANTOS

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF FERNANDO FIGUEIRA

Introdução: Miocárdio não compactado é uma forma rara de cardiomiopatia primária caracterizada pelo desenvolvimento anormal do endocárdio ventricular. É responsável por quadros de insuficiência cardíaca congestiva, arritmias e fenômenos tromboembólicos em crianças. **Objetivos:** Descrever os achados clínicos e evolutivos de pacientes com miocárdio não compactado em hospital pediátrico no Nordeste. **Métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo, em menores de 15 anos, atendidos em hospital pediátrico, durante o período de janeiro de 2004 a junho de 2016. Após aplicação de critérios de elegibilidade do estudo foram preenchidos formulários com as seguintes variáveis: idade ao diagnóstico (em meses), sexo, procedência, sintomas, alterações eletrocardiográficas, alterações radiológicas e aspectos ecocardiográficos. Foi construído um banco de dados e as análises foram realizadas no programa Epi-info 7.2. **Resultados:** 14 pacientes foram estudados no período do estudo. Oito (57%) eram do sexo masculino, sete (50%) procedentes da região metropolitana do Recife, com 75% dos pacientes sendo diagnosticados aos 3,5 meses de vida. A apresentação clínica mais prevalente foi insuficiência cardíaca, presente em dez (71%) pacientes no momento do diagnóstico. Alterações eletrocardiográficas (sobrecarga do ventrículo esquerdo) foram observadas em metade dos pacientes, enquanto cardiomegalia à radiografia de tórax foram visualizadas em quatro (28%) pacientes. Em cinco (35%) foram observados disfunção sistólica do ventrículo esquerdo, com média de fração de ejeção de 39%. Todos os pacientes com sintomas de insuficiência cardíaca congestiva receberam tratamento medicamentoso com diuréticos, digitálico e inibidor de enzima conversora da angiotensina. Nenhuma criança foi a óbito no momento do diagnóstico. **Conclusões:** O miocárdio não compactado constitui patologia clínica rara, porém com significativa repercussão. Manifesta-se por graus variáveis de insuficiência cardíaca que diminuem a qualidade de vida dos pacientes acometidos, devendo ser lembrado no diagnóstico diferencial de cardiopatias congênitas e outras cardiomiopatias.

P-062

É SÓ UMA CIA? ? APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE UMA CARDIOPATIA CONGÊNITA FREQUENTE

SONAYRA BRUSACA ABREU, LUISA PIGATTO KALIL, RILVANI CAVALCANTE GONÇALVES

INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

I**ntrodução:** A Comunicação interatrial (CIA) é uma cardiopatia congênita acianogênica que, por apresentar sintomas e sinais clínicos relativamente discretos, pode ter seu diagnostico tardio. Caracteriza-se por shunt da esquerda para a direita a nível do septo interatrial com consequente sobrecarga de volume do ventrículo direito (VD) na diástole. Na maior parte dos casos, é assintomática, mas pode cursar com dispnéia, palpitação, infecção respiratória, déficit ponderal e, raramente, insuficiência cardíaca. **Descrição:** Paciente do sexo feminino, 13 anos, assintomática do ponto de vista cardiovascular, em classe funcional I, procurou atendimento médico, há 1 ano, por desnutrição. Ao exame físico, apresentava-se emagrecida (IMC 13), com importante abaulamento precordial e desvio do ictus para 6º EICE, além de traços marfanóides (aracnodactilia, extremidades desproporcionalmente longas, relação de envergadura = 1, sinal do polegar e do punho negativos). Auscultou-se sopro sistólico 5+/6+ em BEE com ruflar diastólico em linha axilar esquerda e desdobramento fixo de B2. Realizou-se ecocardiograma, que evidenciou CIA ostium secundum de 42 mm, com aumento acentuado do átrio direito (volume indexado: 117 ml/m²), assim como do VD (volume diastólico = 45 mm) e prolapso mitral. Em vista de tão grande volume ventricular, levantou-se a hipótese de outros diagnósticos diferenciais, tais como drenagem anômala de veias pulmonares ou até mesmo Doença de Uhl. Completou-se investigação com Angioressonância que confirmou diagnóstico de CIA, afastou doença muscular e vascular e mostrou dilatação importante do VD, com volumes muito acima do esperado para tal patologia (IVDFVD =409 mL/m2; IVSFVD = 205 mL/m2). Foi, então, submetida à atriosseptoplastia com biópsia do VD, cujo anatomopatológico foi normal. Atualmente em acompanhamento com geneticista e com boa evolução clínica. **Conclusão:** A magnitude do shunt esquerdo-direito no septo atrial depende do tamanho do defeito, da complacência relativa dos ventrículos e da resistência relativa nas circulações pulmonar e sistêmica. Apesar da cardiopatia em questão levar a uma maior sobrecarga das câmaras direitas, não é habitual um acomentimento tão importante (IVFDVD = 409).

P-063

MIOCÁRDIO NÃO-COMPACTADO ISOLADO DE VENTRÍCULO ESQUERDO: RELATO DE TRÊS CASOS CLÍNICOS

MARIA CECILIA DE AMORIM SANTIAGO, LIANE HULLE CATANI, CLAUDETE SOUZA GONÇALVES MENDES, MARCIO MIRANDA BRITO

IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO

Introdução: O miocárdio não-compactado isolado (MNCI) é uma entidade rara e potencialmente fatal. Provavelmente surge no período embrionário, com a parada intrauterina da compactação miocárdica. Caracteriza-se morfologicamente por multitrabeculações miocárdicas proeminentes com recessos intertrabeculares profundos e espessamento do miocárdio ventricular em duas camadas distintas (compactado e não compactado), na ausência de outras cardiopatias estruturais. As manifestações clínicas variam desde a ausência de sintomas até insuficiência cardíaca (IC), tromboembolismo sistêmico e arritmias. A ecocardiografia possibilita o diagnóstico com boa acurácia. **Descrição dos casos:** 1º caso: EPN, masculino(M), 2 meses, internado por suspeita de bronquiolite. Triagem neonatal normal, histórico de dispnéia com piora progressiva desde o nascimento. Realizado radiografia de tórax que evidenciou cardiomegalia e ecocardiograma que revelou ventrículo esquerdo com dilatação importante, aumento da porção não trabecular na região médioapical (relação 2,5:1), disfunção sistólica moderada a custa de hipocinesia difusa. Atualmente em seguimento clínico mantendo-se estável e em classe funcional I de Ross. 2º caso: LORS, M, 3 meses, queixa de taquidispneia sem outros sintomas associados. Triagem neonatal normal, exames laboratoriais sem alterações, porém radiografia de tórax com cardiomegalia. Ecocardiograma revelou ventrículo esquerdo com dilatação importante, aumento da porção não trabecular (relação 2,7:1), disfunção sistólica global importante. Está em seguimento clínico e em classe funcional I de Ross após tratamento medicamentoso. 3º caso: JVAS, M, 9 anos deu entrada com sintomas de baixo débito cardíaco. Radiografia de tórax com cardiomegalia. Realizado ecocardiograma que revelou ventrículo esquerdo com dilatação importante, aumento da porção não trabecular na região medioapical (relação 2,3:1), disfunção sistólica importante a custa de hipocinesia difusa, presença de autocontraste no ventrículo esquerdo e trombo no átrio direito. Após compensação clínica foi encaminhado para serviço de referência onde realizou transplante cardíaco com sucesso. **Comentários:** O diagnóstico de MNCI vem se tornando mais frequente devido à maior suspeita clínica e ecocardiográfica. A estratégia terapêutica inclui o tratamento medicamentoso da IC, anticoagulação e prevenção/controle de possíveis arritmias, sendo o tratamento definitivo o transplante cardíaco.

P-064

AVALIAÇÃO DO USO PROFILÁTICO DE HEPARINA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA DE BLALOCK-TAUSSIG MODIFICADO EM SERVIÇO DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

CAMILA OLIVEIRA DA SILVA, NELSON ITIRO MIYAGUE

HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE

Introdução: A cirurgia de Blalock-Taussig modificado consiste na criação de um shunt sistêmico-pulmonar indicado para pacientes com diagnóstico de cardiopatia congênita acompanhada de grave hipofluxo pulmonar, que não estão aptos para a cirurgia corretiva. Tem alta incidência de obstrução e mortalidade. **Objetivo:** Avaliar a eficácia do protocolo de profilaxia antitrombótica usada para pacientes em pós-operatório de Blalock-Taussig modificado em hospital pediátrico, em relação à obstrução do shunt e à mortalidade. **Métodos:** Trabalho retrospectivo de todos os pacientes submetidos à cirurgia de Blalock-Taussig modificado durante o período de Janeiro de 2011 a Junho de 2015 (N = 91). Foram estudadas variáveis demográficas, de pré-operatório, peri-operatório e pós-operatório. A amostra foi dividida em dois grupos: Grupo 1, que não utilizou o protocolo de anticoagulação e Grupo 2, que fez uso do protocolo de anticoagulação. Foram feitas comparações das variáveis entre os grupos e avaliados fatores de risco para obstrução do shunt e mortalidade. **Resultados:** A cardiopatia congênita mais prevalente foi tetralogia de Fallot (35,1%). Os grupos eram uniformes e nenhuma das variáveis estudadas teve associação com a obstrução do shunt. A mortalidade geral foi de 23 casos (25,2%), com 13 casos em até trinta dias de pós-operatório (56,5%). Os fatores que influenciaram a mortalidade foram: transferência de outros serviços ($p < 0,05$), necessidade de internação prévia em UTI ($p < 0,05$) e ventilação mecânica ($p < 0,01$), e cirurgia de Blalock-Hanlon associada ($p < 0,05$). **Conclusão:** A prevalência de obstrução do shunt e a taxa de mortalidade foram semelhantes ao descrito na literatura. A permeabilidade do Blalock-Taussig modificado não está relacionada com o uso de heparina no pós-operatório. Instabilidade hemodinâmica no período pré-operatório e necessidade de outros procedimentos cirúrgicos associados são fatores de risco para a mortalidade no pós-operatório de Blalock-Taussig modificado.

P-065

REVISÃO DA GÊNESE DA INSUFICIÊNCIA MITRAL NA CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA: EXPERIÊNCIA DE UM CASO CLÍNICO

HELOISA CRISTINA GOIS E SANTOS, THYARA JAQUELINE LEITE, GUILHERME GOMES DUARTE, FÁTIMA DERLENE ROCHA ARAÚJO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

Introdução: Cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é uma doença autossômica dominante, caracterizada por hipertrofia ventricular, de forma concêntrica ou assimétrica, sendo a septal a mais comum. Pode cursar assintomática, porém é importante causa de morte súbita (MS) em jovens. O fenótipo inclui arritmias, redução na reserva coronariana, disfunção diastólica, obstrução em via de saída de ventrículo esquerdo (VSVE) e insuficiência mitral (IM). Os mecanismos de formação da IM podem ser distintos, como alteração da arquitetura valvar, prolapso ou movimento sistólico anterior (SAM). A avaliação da morfologia valvar e da causa da IM são preditores de sua reversibilidade, sendo sua detecção importante na CMH obstrutiva ou não. **Descrição do caso:** Adolescente, masculino 14 anos, com CMH diagnosticada aos 10 meses de idade. História familiar de MS (pai, tia e avó). Evoluiu com obstrução importante em VSVE e IM grave atribuída ao SAM, sendo submetido à miectomia e plastia da valvar mitral (VM) aos 12 anos. Em março/2016 apresentou quadro sugestivo de endocardite bacteriana (EB) sem detecção de vegetação. Recebeu antibioticoterapia por 4 semanas. Porém, evoluiu com insuficiência cardíaca. Exame ecocardiográfico: hipertrofia septal assimétrica, VSVE com gradiente máximo de 34 mmHg, função sistólica preservada, disfunção diastólica leve, aumento importante de átrio esquerdo. VM com folhetos espessos, cordoalhas do folheto anterior (FA) alongadas, permitindo leve movimento sistólico posterior (prolapso) e não coaptação completa dos folhetos durante a sístole, IM de grau importante e ausência de SAM. Indicado troca valvar, sendo detectado perfuração no FA da VM ao ato cirúrgico e realizada plastia valvar. ECO posterior: IM leve. Implantado cardiodesfibrilador após duas semanas. Evoluiu com melhora da IC (classe funcional I), sem medicações. **Comentários:** Estudos recentes sobre a geometria da VM em CMH relatam que o principal mecanismo da IM pode ser a má coaptação entre os folhetos. Assim, graus desproporcionais de movimento dos folhetos, ao invés de SAM do folheto anterior sozinho, poderia determinar o grau de IM. Esse era o principal mecanismo suspeitado no caso relatado, uma vez que o grau da IM não era explicada pelo SAM ou pelo prolapso. Porém, a gênese não se deu pelos mecanismos habituais descritos e sim por complicação de EB, não sendo necessária a troca valvar. Agrega-se essa etiologia aos demais mecanismos visto o risco de EB, nestes pacientes.

P-066

REALIZAÇÃO DE IMPLANTE DE STENT PARA FENESTRAÇÃO DE FONTAN POR VIA PERCUTÊANEA EM PACIENTE PORTADORA DE ATRESIA TRICÚSPIDE

DANIELA JACKSON CARAPIA LADEIA SENA, PALOMA DE ARAUJO CASTRO, ROSANA NOVAIS DE CARVALHO

HOSPITAL SANTA IZABEL

Introdução: A cirurgia de Fontan (CF) é um procedimento paliativo realizado em pacientes com ventrículo único funcional ou anatômico (coração univentricular). A fenestração do tubo de Fontan é realizada em casos selecionados – funcionando como defeito de septo atrial residual pequeno, facilitando a transição para circulação cavopulmonar total, pois fornece uma fonte consistente de pré-carga ventricular sistêmica e limita o grau em que as pressões venosas centrais (PVC) aumentem de forma aguda, além de diminuírem a duração dos derrames pleurais no pós-operatório. Fluxo sanguíneo livre de obstruções nas artérias pulmonares e veias sistêmicas, bem como baixas pressões nas artérias pulmonares, são fatores importantes para a manutenção de condições hemodinâmicas (CH) ótimas em longo prazo. O desenvolvimento de estenoses no seguimento clínico, principalmente nos locais das anastomoses pode ocorrer, levando a CH subótimas. Descrevemos a realização da fenestração em um tubo de Fontan por via percutânea, em paciente portadora de AT, realizada no pós-operatório. **Descrição do caso:** Paciente MESBS, 5 anos, portadora de AT tipo 1A, histórico de Blalock-Taussig no período neonatal, Glenn aos 10 meses de idade e CF realizada aos 5 anos de idade. Iniciou no 9º DPO de CF dor abdominal com distensão e hepatomegalia (10 cm do rebordo costal direito), além de aumento das enzimas hepáticas. Ecocardiograma com imagem sugestiva de trombo em anastomose entre VCI e tubo do Fontan. Estudo hemodinâmico não identificou estenoses ou imagem sugestiva de trombos, registrando que a anastomose de Fontan estava pérvia e com bom aspecto, além de elevação da (PVC) que foi de 21mmHg. Devido a persistência do quadro de congestão hepática, optado pela punção do tubo (PTFE) de Fontan extracardíaco, seguida de angioplastia e implante de CP stent, para fenestração. Observou-se redução da PVC de 21 para 17 mmHg). A evolução hospitalar foi favorável com melhora da congestão hepática. Segue em uso de anticoagulação oral. Mantém-se bem em seguimento ambulatorial. **Conclusões:** Complicações no pós-operatório podem ser contornadas de forma menos invasiva, com procedimentos hemodinâmicos auxiliando no controle de crianças com cardiopatias congênitas complexas submetidas à correção univentricular.

P-067

RECANALIZAÇÃO E IMPLANTE DE STENT EM OCLUSÃO TOTAL DE ARTÉRIA PULMONAR ESQUERDA NO 2PO DE CIRURGIA DE GLENN

GRACE CAROLINE VAN LEEUWEN BICHARA, JOSE ARMANDO MANGIONE, SALVADOR ANDRE B. CRISTOVAO

BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO

Paciente de 1 ano de idade, portadora de atresia tricúspide IA (com atresia pulmonar), em pós-operatório tardio de cirurgia de Blalock-Taussig (BT) modificado à direita, interna eletivamente para realização de estudo hemodinâmico como pré-operatório de cirurgia de Glenn.
A Angiografia evidenciando BT funcionante com estenoses em seu trajeto, estenose da APE e algumas artérias colaterais sistêmico-pulmonares.
Após 2 semanas do estudo hemodinâmico, a paciente foi submetida a cirurgia de Glenn e ampliação da APE, sem intercorrências. Evoluiu no pós-operatório com síndrome de veia cava superior, sendo encaminhada para o laboratório de hemodinâmica para elucidação diagnóstica.
Observou-se oclusão total da artéria pulmonar logo após a anastomose com a VCS. Progredido fio guia 0.014" através da oclusão sendo realizada angioplastia com balão 4x20mm e implante de stent palmaz blue 6x23 mm com sucesso. Realizado também angioplastia com o mesmo balão na anastomose da VCS com a artéria pulmonar. Foi realizado também embolização da artéria torácica interna direita que dava ramos colaterais para o pulmão direito.
A paciente permaneceu estável durante o procedimento sendo encaminhada para UTI em uso de heparina e AAS. Na UTI teve queda gradual de saturação de O2, sendo realizado ecocardiograma no dia seguinte que não visualizou fluxo através do stent.
A paciente foi levada novamente ao laboratório de hemodinâmica, onde notou-se trombose total do stent. Avançado fio-guia 0.014 através da obstrução, realizada angioplastia com balão 4×20, reestabelecendo um pequeno fluxo através do stent. Realizado angioplastia com balão aviator 7×20 com sucesso parcial. Realizado nova angioplastia com balão powerflex 9x20mm com bom resultado.
Após o procedimento, o paciente retornou a uti onde evoluiu satisfatoriamente, com anticoagulação otimizada, Realizado investigação hematológica que evidenciou trombofilia com deficiência de proteína S. A paciente encontra-se bem atualmente, com follow-up de 2 anos mostrando bom fluxo através do stent.
Comentários: Esse caso reforça a importância da cardiologia intervencionista no preparo pré-operatório e na resolução das complicações pós-operatórias nos pacientes com cardiopatia congênita.

P-068

IMPLANTE DO STENT NO CANAL ARTERIAL COMO ALTERNATIVA À CIRURGIA DE BLALOCK-TAUSSIG

RENATA MATTOS SILVA, SALEM DALLA BERNARDINA FRAGA, MARILIA ALCOFORADO DOMINGUES, CLAYNE VALADAO PINTO, DANIELLE ALVES SOARES, GRAZIELLI GIGIANE OLIVEIRA SOUSA, ANDREA RODRIGUES VIVIANI, VICTOR HUGO DE OLIVEIRA

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

Introdução: A cirurgia de Blalock-Taussig (BT) apresenta morbimortalidade significativa. Neste cenário, o implante de stents em canal arterial (CA) surge como uma alternativa menos invasiva. **Objetivos:** Descrever o resultado dos implantes de stent no CA em substituição à cirurgia de BT como paliação em pacientes portadores de cardiopatias canal-dependentes. **Métodos:** Foi realizada revisão de prontuário de todos os casos de tentativas de implante de stent em CA entre os anos de 2008 e 2016. As variáveis estudadas foram sexo, idade, peso, diagnóstico, característica do CA, sucesso no procedimento, causas para o insucesso, complicações do procedimento, óbitos e suas causas. **Resultados:** Foram levantados 29 casos de tentativa de implante de stent em CA no período estudado, com 82,8% de sucesso do procedimento (24 com sucesso e 5 insucessos). Dentre os pacientes, 17 eram do sexo masculino e 12 do sexo feminino, com idades de 5 dias a 16 meses e peso de 2,4 kg a 10,4 kg (mediana 3,3 kg). Os diagnósticos consistiam em atresia pulmonar (AP) com comunicação interventricular (CIV) (n = 13), AP com septo íntegro (n = 9), estenose pulmonar (EP) grave (n = 3), atresia tricúspide com CIV (n = 1), EP com dupla via de saída de ventrículo direito (n=1), AP com ventrículo único e isomerismo direito (n = 1) e Tetralogia de Fallot (n = 1). Quanto às características do canal, 6 eram horizontais e retos, 2 horizontais e tortuosos, 10 verticais e retos e 11 verticais e tortuosos. Observamos 2 casos de derrame pericárdico durante o procedimento, sendo 1 em cada grupo. Dos casos com sucesso, houve 3 óbitos na mesma internação, sendo 1 por sepse e 2 por choque cardiogênico. Dentre os 5 casos de insucesso, houve 1 óbito no mesmo dia do procedimento e 4 pacientes evoluíram para cirurgia de BT. Os insucessos foram devidos à tortuosidade do CA (n = 4) ou por estenose grave do CA (n = 1). **Conclusão:** Os resultados deste trabalho demonstram que o implante de stent em CA é uma boa alternativa à cirurgia de BT em pacientes com cardiopatia canal-dependente que apresentam uma morfologia do canal favorável à realização do procedimento.

P-069

DESOBSTRUÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE STENT EM BLALOCK TAUSSIG MODIFICADO POR VIA PERCUTÂNEA - RELATO DE CASO

HENRIQUE MASCIOLI FIORILLO, JORGE LUIS HADDAD, PAULO HENRIQUE MANSO, WALTER VILLELA ANDRADE VICENTE

HOSPITAL DAS CLINICAS FMRP - USP

Introdução: O procedimento de Blalock Taussig desde sua primeira descrição em 1944 desempenha papel importante como paliação em cardiopatias congênitas de hipofluxo pulmonar. A modificação da técnica original com a interposição de um tubo entre a artéria subclávia e o ramo direito da artéria pulmonar ou ainda do tronco braquiocefálico e artéria pulmonar, permitiu maior rapidez e menor índice de complicações no pós-opertatório; no entanto, a obstrução da conexão é a complicação mais temida. **Resumo do caso:** Paciente do sexo feminino, portadora de Pentalogia de Cantrell incompleta, deu entrada no CTI Pediátrico aos 12 dias de vida, com quadro de dessaturação e cianose, necessitando de suporte ventilatório. A ecocardiografia evidenciou dupla via de saída de ventrículo direito com vasos mal posicionados, associada a comunicações interatrial e interventriculares amplas, infundíbulo subpulmonar e canal arterial patente. Após fechamento da falha diafragmática e pericárdica foi submetida a implante de tubo de Goretex 4 mm conectando o tronco braquiocefálico ao ramo direito da artéria pulmonar, que evoluiu para obstrução, necessitando de reabordagem cirúrgica, com remoção de trombo em seu interior e ampliação da anastomose na face pulmonar. Após 28 dias apresentou nova obstrução, sendo submetida a estudo hemodinâmico que evidenciou trombos no interior do tubo, sendo realizada dilatação do mesmo e implantação de stent em seu interior, com estabelecimento de fluxo adequado. Trinta dias após este procedimento, foi necessária substituição do tubo de Goretex por outro de maior calibre (5 mm). Atualmente permanece em unidade de terapia intensiva sob ventilação mecânica, com desmame difícil e proposta de realização de traqueostomia, sem necessidade de suporte hemodinâmico. **Comentários:** A obstrução trombótica pós realização do procedimento de Blalock Taussig Modificado é rara, porém grave e leva a risco de óbito devido à hipoxemia súbita e intensa. Intervenções percutâneas de resgate consistem em excelente alternativa para restabelecimento do fluxo através do shunt, com menores riscos ao paciente.

P-070

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM NEONATO POR HEMANGIOMA HEPÁTICO : DIAGNÓSTICO E CONDUTA TERAPÊUTICA

ANDRESSA MUSSI SOARES, PAULO JOSE FERREIRA SOARES, ROGERIO DARDENGO GLORIA, FABIO RABBI BORTOLONI

HOSPITAL EVANGELICO

Introdução: O hemagioma hepatico é um tumor vascular que pode atingir grandes extensões e levar a falência cardíaca secundária ao shunt arteriovenoso em cerca de 50% dos pacientes.Quando não tratados, 70% dos casos podem evoluir para óbito. Quanto menor a idade, mais severos são os sintomas cardíacos. **Objetivo:** Descrever o grave quadro clinico, diagnóstico e condução terapêutica em um recém-nascido (RN) com grande cardiomegalia, descompensação cardíaca e anúria precoces por volumoso hemagioma hepático. **Relato do caso:** RN a termo, peso: 3.950 g, sexo masculino, evoluiu com desconforto respiratório sendo observado grande aumento de área cardíaca ao Raio X de tórax. Colocado em ventilação mecânica na admissão e instaladas drogas vasoativas devido à instabilidade hemodinâmica, taquicardia e sinais de insuficiência cardíaca (IC) de alto débito. Apresentava-se com grande hepatomegalia, edema e anúria sendo iniciada dialise peritoneal. Ao ecocardiograma apresentava dilatação de veia cava inferior e de câmaras direitas, regurgitação tricúspide moderada com aumento da pressão sistólica de ventrículo direito e canal arterial patente. Ultrassonografia (US) de abdômen com alterações vasculares significativas no fígado. Tomografia de abdômen demonstrando volumoso hemagioma hepático com grande shunt arteriovenoso. Apresentou também plaquetopenia e distúrbios de coagulação durante sua evolução e pequeno hemangioma cutâneo em nuca. Após discussão do caso, devido ao quadro de difícil estabilização clinica e impossibilidade cirúrgica de ressecção do tumor (ocupava 80% do fígado), optou-se pela realização de embolização percutânea com molas, aos 12 dias de vida. Logo após a embolização da artéria hepática direita já se pode observar diminuição do shunt arteriovenoso à angiografia e grande volume de diurese. Houve melhora clinica gradativa recebendo alta em uso de propranolol. Encontra-se clinicamente estável, com bom desenvolvimento cognitivo e ponderal, em seio materno exclusivo. Último US aos 4 meses de vida mostra fígado com volume e morfologia preservados e área cicatricial na porção média central. **Conclusão:** Os tumores hepáticos apesar de serem benignos e tenderem a involuir espontaneamente, podem levar a quadros graves de IC e importante distúrbio hemodinâmico com elevada morbi-mortalidade. A embolização percutânea da artéria hepática neste caso foi uma desafiadora alternativa terapêutica que resgatou o RN alterando sobremaneira sua evolução e desfecho.

P-071

EXPERIÊNCIA COM 18 ANOS DE CIRURGIA DE JATENE

PAULO HENRIQUE MANSO, FERNANDO TADEU VASCONCELOS AMARAL, TARCISIO JOSE DA SILVA JR, MAURO CRUZ JURCA, JORGE LUIS HADDAD, WALTER VILLELA ANDRADE VICENTE, RICARDO NILSSON SGARBIGRI, FÁBIO CARMONA

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP

A transposição das grandes artérias (TGA) acontece em 5% das cardiopatias congênitas. A cirurgia de Jatene tem sido o tratamento cirúrgico de escolha desde sua descrição, em 1975. O objetivo deste trabalho é descrever o desfecho imediato e tardio de pacientes submetidos a cirurgia de Jatene em um único serviço, durante período de 18 anos consecutivos. **Métodos:** Após aprovação do comitê de ética em pesquisa, todos os pacientes operados entre 1995 e 2014 foram incluídos. Os pacientes em seguimento tiveram seus últimos exames e história clínica analisados; os pacientes que foram a óbito tiveram seus prontuários revisados retrospectivamente. **Resultados:** 128 pacientes foram submetidos à cirurgia de Jatene no período, isoladamente ou em combinação com outros procedimentos. A mortalidade total no período foi de 28%, mas diminuiu de 44% no início da experiência para 16% atualmente. Tempo maior de circulação extra-corpórea e Cirurgia de Jatene associada ao fechamento de comunicação interventricular (CIV) foram fatores preditivos de mortalidade. Dos 91 sobreviventes ao período pós-operatório a taxa de sobrevida foi de 96,8%, 96,4% e 96,2% aos 5, 10 e 15 anos, respectivamente. Re-intervenção tardia foi necessária em 13% dos pacientes, aproximadamente 5 anos após a cirurgia inicial, sendo mais frequente em pacientes com dupla via de saída tipo Taussig-Bing e TGA com CIV. As maiores causas de re-intervenção foram por estenose supra valvar pulmonar e insuficiência aórtica. A taxa livre de re-intervenção para 5, 10 e 15 anos foi de 96,4%, 69,7% e 61,9%, respectivamente. **Conclusão:** Apesar de mortalidade imediata aumentada, o acompanhamento a médio e longo prazo de nossos pacientes submetidos a cirurgia de Jatene mostrou-se bastante satisfatório, com ótima taxa de sobrevida a longo prazo.

P-072

CARDITE REUMÁTICA SUBCLÍNICA E LEVE: ANÁLISE DOPPLER ECOCARDIOGRÁFICA EVOLUTIVA DAS LESÕES VALVARES MITRAL E AÓRTICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

ZILDA MARIA ALVES MEIRA

FACULDADE DE MEDICINA UFMG

Objetivo: avaliar a evolução do envolvimento valvar mitral e aórtico dos pacientes com cardite subclínica e leve segundo a avaliação ecocardiográfica. **Métodos:** estudo retrospectivo observacional, longitudinal, com inclusão de pacientes com diagnóstico de cardite leve e subclínica em acompanhamento ambulatorial. O diagnóstico de FRA foi determinado segundo os critérios de Jones. A evolução das lesões valvares foi comparada entre o primeiro e o último eco. As análises estatísticas foram feitas com o emprego do programa SPSS. As variáveis categóricas foram comparadas usando-se o teste do qui-quadrado e o nível de significância foi $p < 0,05$. Foram construídas curvas de sobrevida de Kaplan-Meier para avaliação da sobrevida livre de valvopatia residual significativa (RM leve/moderada ou moderada, RAo isolada ou associada a qualquer grau de RM). **Resultados:** Os 125 pacientes incluídos foram distribuídos em dois grupos: grupo I = 69 (55,2%) pacientes com cardite subclínica e grupo II = 56 (44,8%) pacientes com cardite leve. A idade da apresentação da FRA foi de cinco a 15 anos (média de 10,4 ± 2,6) e a idade ao final do estudo foi de 10 a 34 anos (média 19,9 ± 4,6). O tempo de seguimento variou de dois a 23 anos (média de 9,38 ± 4,3 anos). Na fase aguda, a regurgitação mitral (RM) leve/moderada ou moderada foi mais frequente no grupo II ($p = 0,001$) e a regurgitação aórtica (RAo)leve ou leve/moderada esteve presente em 22 (32%) no grupo I e em 28 (50%) no grupo II ($p=0,045$). Na fase crônica, observou-se RM em 46 (66,7%) no grupo I e em 52 (92,8%) no grupo II ($p < 0,0001$). Quanto à RAo esteve presente em nove(13%) do grupo I e em 19(34%) do grupo II ($p = 0,009$ A sobrevida livre de valvopatia significativa foi maior no grupo II. A sobrevida livre de valvopatia residual foi maior no grupo I (Log Rank 0,010). A evolução para valvopatia significativa foi maior no grupo II (Odds ratio 3,248, IC 95% 1,787-5,906). A evolução da RM foi melhor no grupo I ($p < 0,0001$). A evolução da RAo foi semelhante nos dois grupos ($p = 0.099$). **Conclusão:** A boa evolução da cardite subclínica ocorreu em decorrência da involução maior da RM e pode estar relacionada à dificuldade na definição ecocardiográfica de RM não fisiológica. Na prática, mesmo com o emprego de reconhecidos critérios ecocardiográficos, ainda há influência da subjetividade e da experiência do examinador.

P-073

ASSOCIAÇÃO RARA ENTRE OSTEOGENESIS IMPERFECTA E JANELA AORTO-PULMONAR

ADRIANA MACINTYRE INNOCENZI, MARILIA ALCOFORADO DOMINGUES, MARITZA X ANZANELLO, SANDRA JESUS PEREIRA

MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO; HOSPITAL PERINATAL LARANJEIRAS

Introdução: Osteogenesis imperfecta (OI) é uma doença do tecido conjuntivo raramente associada a cardiopatia congênita e, quando presente, está relacionada às valvas mitral e aórtica. Ainda não foi descrita associação de OI com janela aorto-pulmonar e canal arterial pérvio, de acordo com pesquisa nas fontes Pubmed, Lilacs e literatura cinzenta. Relato de caso: Lactente de 4 meses, nascido a termo, 2460 g, gemelar, com histórico materno de OI, que evoluiu com desconforto respiratório após segunda semana de vida. Ao exame físico apresentava taquidispneia com tiragem subcostal moderada, frequência cardíaca de 146 batimentos por minuto, frequência respiratória de 68 incursões respiratórias por minuto, pulsos periféricos palpáveis, simétricos e esclera azulada. Aparelho cardiovascular com ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, sopro sistólico de 3+/6+ em borda esternal esquerda alta. Demais achados do exame físico sem alterações. Realizado telerradiografia de tórax que evidenciou cardiomegalia e aumento da trama vascular pulmonar. Ecocardiograma sugeriu janela aorto-pulmonar tipo I ampla, estenose aórtica leve a moderada e aumento significativo de cavidades esquerdas. Angiotomografia de aorta demonstrou grande comunicação entre a porção ascendente da aorta e porção proximal da artéria pulmonar, medindo cerca de 8 mm. Durante a internação, apresentou fratura espontânea de rádio e ulna, sendo diagnosticado OI tipo I. Devido à grande dimensão do defeito, optamos por correção cirúrgica após inicio de carbonato de cálcio e pamidronato de sódio regulares além de medicações anticongestivas. Aos dois meses, foi submetido à cirurgia com sutura primária da parede da aorta sem patch. Evolução cirúrgica e pós cirúrgica sem intercorrências cardiológicas e ortopédicas. Recebeu alta hospitalar eupneico, sem medicações cardiológicas, ecocardiograma com função ventricular preservada, sem shunt residual e importante redução das cavidades esquerdas. **Conclusão:** A janela aorto-pulmonar proximal (tipo I) é uma cardiopatia de hiperfluxo que evolui precocemente para hipertensão arterial pulmonar. A sua associação com OI ainda não foi descrita na literatura atual e consiste em um fator de aumento da morbidade cirúrgica, visto que a deficiência do colágeno desta patologia torna os ossos frágeis, podendo impactar na consolidação pós operatória. Entretanto, o lactente teve excelente resultado cirúrgico cardiológico e não apresentou fraturas.

P-074

IMPLANTE PERCUTÂNEO DE VALVA TRICÚSPIDE NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE CARDIOPATIAS CONGÊNITAS:EXPERIÊNCIA INICIAL

GIOLANA MASCARENHAS DA CUNHA, RAUL ARRIETA, NANA MIURA IKARI

INSTITUTO DO CORAÇÃO - INCOR - FMUSP

Introdução: Doenças primárias da valva tricúspide (VT) são pouco frequentes, sejam de origem congênita ou adquiridas. Estes pacientes(pts) geralmente necessitam de substituição valvar e futuras reintervenções com alta morbi-mortalidade. Apresentamos alternativa de implante percutâneo de VT em pts com história de substituição valvar (“Válvula em Válvula”). **Objetivo:** Demonstrar experiência inicial de implante de valva biológica percutânea em posição tricuspídea. **Metodologia:** Relato de casos. Os procedimentos foram realizados em sala híbrida. Foi utilizada bioprótese Inovare Válvula Transcateter (Braile Biomedical, BR),válvula biológica construída em pericárdio bovino expansível por balão com estrutura metálica (cromo cobalto). Via de abordagem foi veia jugular direita(dissecção).Realizado pré-dilatação e medida com balão antes do implante da bioprótese. O implante foi realizado com auxílio de ecocardiograma-transesofágico 3D (ETE)e fluoroscopia. **Resultados:** Caso1: masculino, 32 anos, antecedente Anomalia de Ebstein, pós operatório tardio (POT) de implante prótese biológica em posição tricuspídea (1987, 1995, 2001), evoluindo com classe funcional (CF) II, hepatomegalia, flutter atrial. Ecocardiograma (Eco): insuficiência importante e calcificação da bioprótese, gradiente AD-VD 15mmHg. Implantado valva Inovare n°26 em balão 28x40 mm. ETE pós implante imediato:refluxo central mínimo,gradiente AD-VD 3mmHg, angiografia sem insuficiência. Alta 17 dias após intervenção, com CFI, Eco controle (6ºd): disfunção discreta a moderada do VD,gradiente AD-VD 3mmHg.Caso2:masculino, 21 anos, antecedente endocardite neonatal por Candida sp., POT de plastia da VT (1994), valvoplastia com balão da VT (1997), POT implante de prótese biológica posição tricúspide (2001,2004). Evolução com CF II, hepatomegalia importante. Eco: insuficiência moderada e calcificação da bioprótese, gradiente AD-VD 23mmHg. Implantado valva Inovare n°26 em balão 28x40 mm. Após implante imediato, ETE com refluxo central mínimo e gradiente AD-VD 7 mmHg, angiografia sem insuficiência da valva implantada. Alta 11 dias após intervenção, CFI, eco (5º d):VD função sistólica normal, insuficiência mínima da VT,gradiente AD-VD 10mmHg.**Conclusão:** Nesta experiência inicial,o implante percutâneo da prótese em posição tricuspídea foi efetivo e seguro para pts com cirurgias prévias e disfunção importante da bioprótese.

P-075

CANULAÇÃO CERVICAL PARA SUPORTE CÁRDIO-PULMONAR VENO-ARTERIAL (ECMO) EM CRIANÇAS. EXPERIÊNCIA INICIAL EM HOSPITAL PEDIÁTRICO

BEATRIZ HELENA SANCHEZ FURLANETTO, GRACE CAROLINE VAN LEEUWEN BICHARA, GLAUCIO FURLANETTO, EDUARDO MIRANDA TEIXEIRA, ECRYD ABDALA ELIAS, LARISSA MONTEIRO GONDIM TEIXEIRA, CAIO MARQUES MARTINS, DIJAIR GOMES DE PONTES

H. SABARÁ

Introdução: A canulação para instalação de ECMO é um dos aspectos críticos do suporte cárdio pulmonar veno-arterial em crianças, por ser o fator de maior limitação ao fluxo do circuito, sendo o tamanho e posicionamento das canulas essenciais para a eficiência e durabilidade do sistema. **Objetivo:** avaliar a experiência com canulação cervical para instalação de ECMO em crianças. **Método:** de agosto/2015 a agosto/2016, 5 pacientes foram submetidos a canulação cervical utilizando-se canula arterial inserida na carótida direita e duas canulas venosas introduzidas proximal e distalmente na jugular direita, de fácil acesso e rápida execução, realizada em 4 pacientes à beira leito na unidade de terapia intensiva e um no centro cir’rgico com excelente performance do sistema. Dos 5 pacientes com idade entre 5 e 104 meses (média de 34 meses), peso médio de 10,9 kg (4,6 - 20 kg), 3 apresentavam choque séptico (60%), PH 7,1 (6,9-7,4), lactato 41 (12 - 98)mg/dl, relação PaO2/FiO2 75 (35-156) e fração de ejeção ao Ecocardiograma de 43% (19-73%) antes do procedimento. O fluxo utilizado variou de de 120 a 150 ml/kg/m, **Resultados:** Todos foram descontinuados do suporte de ECMO com sucesso após 140 hs (62-193), 5,8 dias. Após retirada de ECMO os vasos foram reconstituídos com sutura contínua e a perveabilidade avaliada com ultrassonografia que observou estenose arteriail em 1 caso e 80% de graus variados de estenose em veia jugular interna. As complicações observadas foram paralisia em corda vocal em 40%, acidente vascular cerebral mínimo em 40%. Não houve infecção em sitio cirúrgico. A taxa de sobrevida com alta hospitalar foi de 100%. **Conclusão:** A canulação cervical para instalação de suporte cardio pulmonar veno-arterial (ECMO) em crianças pode ser realizada com segurança, eficiência e bons resultados. O acesso cervical se mostrou efetivo inclusive para os pacientes sépticos que necessitam fluxos elevados.

P-076

DIFERENÇA ENTRE OS GÊNEROS NA PREVALÊNCIA DE CARDIOPATIA CONGÊNITA NA SÍNDROME DE DOWN: UMA BREVE META-ANÁLISE

FELIPE ALVES MOURATO, TEREZA CRISTINA PINHEIRO DIOGENES, RAIMUNDO FRANCISCO DE AMORIM JÚNIOR, EDUARDO DE HOLANDA CARVALHO, SANDRA DA SILVA MATTOS

CÍRCULO DO CORAÇÃO DE PERNAMBUCO

Introdução: A síndrome de Down (SD) atinge 1 a cada 700 nascidos vivos. Sua incidência está diretamente relacionada a idade materna e está aumentando ao redor do mundo. As cardiopatias congênitas (CC) estão associadas a 40% a 60% dos casos de SD, sendo um importante fator prognóstico nestes pacientes. Entretanto, diversos fatores podem contribuir para a origem dos diversos tipos de CC nos pacientes com SD. Até o momento, não há uma informação precisa se o sexo do portador de SD é um deles. **Objetivo:** comparar a prevalência de CC na SD entre os diferentes sexos por meio de uma meta-análise e revisão sistemática. **Métodos:** Estudos que descreviam a prevalência de CC na síndrome de Down e com informações das mesmas nos diferentes gêneros foram incluídos. Busca por artigos foi realizada nos seguintes bancos de dados: Medline (acessado via Pubmed), Scopus e Scielo. Foram utilizados termos e entradas do Mesh para o Medline e Scopus, e descritores em Ciências da Saúde (Decs) para o Scielo. Os termos utilizados incluíam: “prevalência”, “síndrome de Down” e “cardiopatias congênitas”. Os textos completos dos resumos selecionados foram obtidos e posteriormente analisados. Uma análise conjunta dos dados foi realizada para identificar o Odds Ratio entre os diferentes gêneros, sendo o gênero feminino considerado fator de risco. Os intervalos de confiança e o tamanho do efeito ponderado foram calculados e os gráficos da meta-análise construídos utilizando o software MedCalc v 16.8. A meta-análise foi realizado pelo modelo randômico. **Resultados:** Dos 595 resumos selecionados para análise após busca nos bancos de dados, 35 foram classificados para a análise do texto completo. Destes, apenas 4 preencheram os critérios de elegibilidade e foram incluídos na meta-análise, totalizando 8580 pacientes com SD (4726 do gênero masculino e 3854 do gênero feminino). Concluiu-se que o gênero feminino é fator de risco para presença de CC na síndrome de Down OR = 1,398 (IC = 1,143-1,709). O mesmo ocorre quando consideramos somente o DSAV OR = 1,421 (IC = 1,252-1,613). Conclusão: O sexo feminino tem maior risco de desenvolver CC na síndrome de Down.

P-077

GEMELLA HAEMOLYSANS: BACTÉRIA DE TRATO ORAL COMO CAUSA DE ENDOCARDITE COM ABSCESSO CARDÍACO EM CRIANÇA PORTADORA DE CARDIOPATIA CONGÊNITA

CAROLINA DE O CAVALCANTI ASSUMPÇAO, TULIO MARTINS VIEIRA, AUREA LÚCIA ALVES DE AZEVEDO GRIPPA DE SOUZA, ANA FLÁVIA MALHEIROS TORBEY

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Introdução: Endocardite infecciosa é doença de elevada morbimortalidade, afeta o endocárdio ou válvulas cardíacas, com formação de vegetações. Apesar de rara em crianças, atualmente sua incidência está se elevando devido a maior sobrevida de crianças com cardiopatias congênitas. A endocardite por Gemella é pouco descrita em pacientes pediátricos. **Relato de caso:** P.L.P.C, 6 anos, masculino, portador de comunicação interventricular (CIV) e insuficiência aórtica (IAo) grave, sem acompanhamento médico ou uso de medicações por falta de seguimento. Procurou atendimento com história de febre, inapetência, fraqueza e dispnéia de início há 15 dias. Exame físico: taquipnéia, PA 90x40x00mmHg, hipocorado, acianótico, pulsos em martelo d´água, precórdio hiperdinâmico, frêmito cardíaco e carotídeo, sopro sistodiastólico 6+/6, "dança das carótidas", sinal de "Pistol-Shot". Exames laboratoriais: anemia, leucocitose, PCR e VHS aumentadas, função renal normal. Ecocardiograma transtorácico: CIV perimembranosa ampla, IAo grave, vegetação e abscesso em região da cortina mitro-aórtica. Eletrocardiograma: bloqueio átrio ventricular de 1° grau e sobrecarga de ventrículo esquerdo. Iniciados ampicilina e gentamicina, afebril após 48 horas. Hemoculturas negativas, isolada pelo método MALDI-TOF Gemella haemolysans. Paciente evoluiu com estabilidade hemodinâmica, normalização do intervalo PR no eletrocardiograma após 10 dias de antibioticoterapia. Encaminhado para cirurgia cardíaca em centro de referência. **Discussão:** Gemella haemolysans é uma bactéria oportunista do trato oral. Até hoje, foram relatados pouquíssimos casos de endocardite por Gemella em pacientes pediátricos, a formação de abscesso cardíaco não está relacionada a este agente infeccioso. A manipulação dentária prévia seria o principal fator predisponente em pacientes de risco, no entanto no caso descrito não houve procedimento dentário nem foram encontradas lesões em gengiva ou mucosa oral que apontassem para um foco infeccioso. Por ser um microorganismo de replicação lenta explica a evolução subaguda do quadro. Apesar de raro, este microorganismo é capaz de causar infecções potencialmente graves e deve ser considerado em pacientes com endocardite.

P-078

CARDIOMIOPATIA RESTRITIVA POR DEPÓSITO DE DESMINA: RELATO DE UM CASO RARO

MARIANA BITENCOURT AFFLALO, EDIMAR ALCIDES BOCCHI, ANA CRISTINA S. TANAKA

INCOR

Introdução: As cardiomiopatias foram redefinidas em 2008 como desordens estruturais e funcionais do músculo cardíaco, na ausência outras doenças capazes de justificar tais alterações. A forma restritiva caracteriza-se por restrição ao enchimento e volume diastólico reduzido dos ventrículos, com função sistólica normal ou quase normal. A cardiomiopatia por depósito de desmina é incomum e classificada como doença rara. **Relato:** RR, masculino, 17 anos, em seguimento por quadro de dispneia, palpitações e síncope aos esforços desde os 7 anos. Internado em 2016 com quadro caquexia, taquipneico, com turgência jugular, bulhas rítmicas com presença de 3ª e 4ª bulhas, hepatomegalia e ascite. Identificado hiponatremia, plaquetopenia, coagulopatia, aumento de enzimas hepática canaliculares e cardiacas e de BNP (3853pg/ml). A ecocardiografia evidenciou AE com dilatação acentuada, FEVE = 40% e disfunção diastólica do VE importante. A RNM indicava AE com 131 mL/m2; IVDFVE = 73 mL/m2; IVSFVE = 51 mL/m2; FEVE = 31%, alteração de relaxamento do VE importante e suspeita de amioloidose cardíaca. Tal suspeita foi afastada por biópsia de tecido subcutâneo e endomiocárdica. A cintilografia com pirofosfato mostrou hiperconcentração em projeção de área cardíaca e hepática de grau moderado, homogêneo, compatível com doença de depósito. A biópsia endomiocradica mostrou inclusões eosinofílicas hialinas intrassarcoplasmáticas com imunohistoquímica positiva para desmina. Após 2 meses de internação evoluiu com compensação do quadro hemodinâmico o que possibilitou a alta hospitalar e posterior listagem para transplante. **Discussão:** A desmina é a principal proteína dos filamentos intermediários das células musculares estriadas e é responsável pela dinâmica contrátil das mesmas. Cerca de 70% das mutações do gene apresentam manifestações cardíacas com alterações do sistema de condução, arritmias e/ou cardiomiopatias. A evolução do conhecimento permitiu classificações com importância clínica, rastreamento familiar de mutações e estudo de possibilidades terapêuticas. Atualmente, estuda-se possibilidade de medicações capazes de clarear o acúmulo de proteínas mal formadas e de corpúsculos de inclusão, ou ainda capazes de evitar sua formação. **Conclusão:** Isto exposto, destaca-se a importância de investigação de doentes com cardiomiopatias ditas idiopáticas, a fim de estabelecer o diagnóstico etiológico, avaliação e orientação familiar e possibilidades terapêuticas.

P-079

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA EM UTI NEONATAL: INDICAÇÕES ATUAIS, ACHADOS CLÍNICOS E ECOCARDIOGRÁFICOS

JAMILLE CAMPOS SOUSA, LUCIANA SILVEIRA NINA DE AZEVEDO, RAIANNE VASCONCELOS CORD, FERNANDA SOARES CARNUT REGO, CAIO CESAR ARAGONI LOUREIRO, DIEGO CAVALEIRO DE MACEDO ALBUQUERQUE, MARCIO MIRANDA BRITO, CELIA MARIA CAMELO SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO

Introdução: A cardiopatia congênita (CC) é uma malformação frequente, que afeta 8-10 por 1000 nascidos-vivos. Aproximadamente 1% dos recém-nascidos tem sopro, destes 31 a 86% tem doença cardíaca estrutural. A prevalência do sopro cardíaco é dependente do tamanho da amostra, condições da ausculta e habilidades do examinador. O sopro cardíaco pode ser o único achado em crianças com doença cardíaca estrutural, sendo necessária uma avaliação cardiológica completa podendo incluir um ecocardiograma. Cerca de 2% dos cardiopatas requerem intervenção no período neonatal, porém em determinadas situações, a persistência dos shunts de circulação transicional retardam a manifestação clínica no período de internação. Em consequência, neonatos com cardiopatia grave podem ter alta hospitalar sem o diagnóstico. **Objetivo:** conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes e as causas de avaliação cardiológica em uma unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e correlacionar o motivo da avaliação com os achados clínicos e ecocardiográficos. **Métodos:** estudo prospectivo, observacional, a partir da solicitação de avaliação cardiológica dos pacientes internados na UTIN no período de março a julho de 2016. Foram analisados a indicação da avaliação cardiológica, sexo, comorbidades e ecocardiograma fetal. Critérios de exclusão: pacientes com cardiopatia congênita complexa diagnosticada no período fetal. **Resultados:** No período de março a julho de 2016, foram solicitadas 46 avaliações cardiológicas na UTI Neonatal. O principal motivo de avaliação foi analisar a presença de cardiopatia congênita em neonatos com malformação congênita (37%), seguido por avaliação de neonato com cardiopatia congênita diagnóstica por ECO Fetal (34,7%), filhos de mãe diabética (6,5%), ausculta de sopro no exame físico de rotina (4,3%), achado de cardiopatia no ECO Funcional (4,3%), arritmia (2,1%) e outras causas (10,8 %) como mãe com coxsackie vírus, anóxia neonatal, endocardite e reavaliação de CIV e PCA. Dentre os pacientes 52,2% eram do sexo masculino e 47,8% do sexo feminino. **Conclusão:** O sopro em recém-nascidos pode significar um defeito cardíaco sério, até mesmo com potencial risco de morte. Pode também ser resultado da circulação transicional do recém-nascido ou o resultado de algumas alterações benignas. Sendo assim, devido à maior probabilidade de cardiopatia congênita em recém-nascidos e lactentes jovens assintomáticos com sopro, uma interconsulta com um cardiologista pediátrico é recomendada.

P-080

HISTOPLASMOSE PULMONAR EM PACIENTE PEDIÁTRICO TRANSPLANTADO CARDÍACO: RELATO DE CASO

BARBARA NEIVA TANAKA, ESTELA AZEKA, ADAILSON WAGNER DA SILVA SIQUEIRA, MÔNICA LEÓN BACIL

INSTITUTO DO CORAÇÃO - HCFMUSP

Introdução: A histoplasmose é uma micose pouco prevalente no Brasil sendo muito frequente nos Estados Unidos. A maioria das infecções são assintomáticas ou autolimitadas, mas alguns indivíduos podem desenvolver quadros agudos, severos e disseminados. O espectro clinico varia com o grau de exposição, presença de doença pulmonar de base, status imunológico e imunidade especifica ao agente. Adisseminação ocorre primariamente em pacientes com desordens imunossupressoras, idades extremas e/ou grande exposição. Devido à imunossupressão, indivíduos transplantados estão mais suscetíveis a apresentar esta patologia na sua forma mais grave. **Relato de caso:** IAB, 15 anos, procedente de Belém (PA), pós-operatório de transplante cardíaco de 2009 (antecedente de cardiomiopatia dilatada). Internou com queixa de febre, perda de peso e adinamia há 1 mês. Havia sido internado na cidade de origem e realizado tratamento para pneumonia e citomegalovirose, sem melhora. Chegou em nosso serviço com taquidispneia importante, rapidamente progressiva, necessitando de ventilação não invasiva e drogas vasoativas. Inicialmente suspeitou-se de tuberculose miliar, pneumonia atípica, hospitalar, fúngica e doença linfoproliferativa. Exames laboratoriais mostravam bicitopenia (leucopenia e plaquetopenia), radiografia de tórax com infiltrado bilateral difuso, tomografia de tórax com nódulos centrolobulares difusamente distribuídos bilateralmente e biópsia de medula normal. Iniciado tratamento com múltiplos esquemas antimicrobianos, entre eles tratamento para tuberculose. Paciente evoluiu com piora clínica e, visto gravidade do quadro, realizado lavado broncoalveolar e biópsia pulmonar, sendo diagnosticada histoplasmose pulmonar. Questionado paciente e familiares sobre exposição, foi relatado pela mãe frequentar eventualmente igreja com presença de pombos. Após diagnóstico, mantidos antibióticos para agentes hospitalares e tratamento direcionado para histoplasmose com anfotericina B lipossomal por 30 dias. Paciente evoluiu com gradativa melhora do quadro pulmonar, recebendo alta com itraconazol e plano de tratamento por 6 meses. **Conclusão:** Com o aumento do número de pacientes transplantados e imunossuprimidos há, também, um aumento no número de doenças oportunistas. Em pacientes com quadros pulmonares graves e rapidamente progressivos devemos pensar nesse tipo de agente, pois o tratamento direcionado é fundamental para a melhora clínica do paciente.

P-081

A CRISE DE HIPERTENSÃO PULMONAR NO PÓS-OPERATÓRIO DE CORREÇÃO DE DEFEITOS SEPTAIS CARDÍACOS CONGÊNITOS

CAMILA GURGEL LOBO, ANTÔNIO AUGUSTO LOPES, ANA MARIA THOMAZ, NANA MIURA, NATALIA AMORIM DE OLIVEIRA, TAINA BELISA FERREIRA ROSA, MARCELLA LEAL DOS SANTOS MAIA

INSTITUTO DO CORAÇÃO - HC - FMUSP

Introdução: Pacientes pediátricos portadores de comunicações entre cavidades cardíacas ou entre grandes artérias, na ausência de estenose pulmonar, podem evoluir para alterações hemodinâmicas significantes na pequena circulação, com aumento do fluxo sanguíneo e pressórico. Em sua maioria, os pacientes são submetidos à correção das anomalias com base em avaliação pré-operatória não-invasiva. O período pós-operatório imediato, entretanto, pode ser conturbado por elevações inusitadas de pressão pulmonar (por vasoconstrição). A condição mais grave representa a chamada Crise de Hipertensão Pulmonar (CHP). **Objetivos:** Investigar, numa população bem definida de pacientes com defeito septal cardíaco simples (comunicação interventricular-CIV), a prevalência de CHP durante as primeiras 72 horas após correção cirúrgica, possíveis fatores associados e o impacto sobre o tempo de hospitalização. **Metodos:** Trata-se de estudo retrospectivo, envolvendo revisão de arquivo. A amostra foi constituída de crianças de até 3 anos de idade, orientadas para tratamento cirúrgico eletivo neste serviço, nos anos de 2014 e 2015. Foram selecionados somente os casos sem suspeita pré-operatória de Hipertensão Pulmonar (HP) relevante. Partindo-se de 221 casos, foram selecionados 96 pacientes com CIV isolada ou em associação a outros defeitos septais, excluídas anomalias complexas, fisiologia univentricular, obstruções ao fluxo sanguíneo pulmonar e candidatos a reoperações. Os critérios utilizados para CHP foram elevações de pressão pulmonar acima de 50% da pressão sistêmica ou hipoxemia com instabilidade hemodinâmica grave, necessitando uso de drogas vasoativas. **Resultados:** A ocorrência geral de CHP foi de 8,3% na populaçao estudada. Nos portadores de Síndrome de Down, essa ocorrência subiu para 17,4%. Houve, ainda, maior prevalência de CHP em menores de 7 meses de idade (14,9%), contra 2,0% nos maiores de 7 meses (p = 0,029). O tempo de internação hospitalar nas crianças sem CHP variou de 10 a 20 dias (mediana de 13 dias), enquanto naqueles que evoluiram com CHP a mediana foi de 17 dias, variando de 15 a 40 dias de internação. **Conclusões:** A prevalência relativamente alta de CHP na presente casuística provavelmente deve-se à adoção de critérios mais sensíveis. A Síndrome de Down é um fator de risco conhecido. Neste estudo, identificamos o subgrupo de menor idade como de maior risco, provavelmente por tratar-se de casos com padrão vascular pulmonar menos oclusivo, porém mais reativo.

P-082

RESULTADOS DA CONVERSÃO DE OPERAÇÃO DE FONTAN-KREUTZER PARA CAVO-PULMONAR TOTAL (CVT) POR FALÊNCIA DA CIRCULAÇÃO UNIVENTRICULAR

GABRIEL CARMONA FERNANDES, LUIZ FERNANDO CANEO, CARLA TANAMATI, AÍDA LUIZA RIBEIRO TURQUETTO, MARCELO BISCEGLI JATENE, CAROLINA VIEIRA DE CAMPOS, MARIA ANGÉLICA BINOTTO, NANA MIURA

INSTITUTO DO CORAÇÃO - HCFMUSP

Introdução: A operação de Fontan evoluiu nos últimos anos alcançando resultados expressivos com baixa mortalidade, porém, a longo prazo algumas complicações impostas pela fisiologia univentricular como arritmia e a enteropatia perdedora de proteína (EPP) impactam na qualidade de vida desses pacientes. A operação de Fontan-Kreutzer onde se realizava a conexão direta do átrio direito à artéria pulmonar, foi muito realizada no início dessa experiência, porém evolui a longo prazo com comorbidades como arritmias por exemplo, causando uma piora de classe funcional (CF) e na qualidade de vida desses pacientes necessitando converter para Cavo-pulmonar Total. **Objetivos:** Avaliar os resultados da conversão da operação de Fontan-Kreutzer para a Operação Cavo-pulmonar total (CPT) em pacientes com sinais de falência da circulação univentricular. **Métodos:** Trabalho retrospectivo de um único centro, onde foram analisados pacientes que realizaram a conversão da operação de Fontan-Kreutzer para CPT no período de 1995 a 2014. Foram analisadas as indicações da conversão, mortalidade, a presença de arritmias, CF e outras comorbidades após conversão. **Resultados:** Foram realizadas um total de 420 operações do tipo Fontan, sendo 18 operação de Fontan-Kreutzer e 10 convertidos para CPT. Um óbito precoce e um tardio foram observados. O Seguimento pós conversão foi de 5 (IQR: 1,9 a 13,4) anos e a sobrevida de 30 dias, 5 e 10 anos foram de 90, 80 e 80%, respectivamente. 9 foram indicados por arritmia de difícil controle e 1 por EPP. 3 encontravam-se em CF I pré-conversão, 4 em CF II e 3 em CF III. Após a conversão 80% dos pacientes que se encontravam em CF II ou mais evoluíram com melhora da CF. 57% das arritmias resolveram após conversão. Em 3 foram realizadas crioablação cirúrgica, porém a arritmia só foi resolvida em 1. Tempo médio de internação na UTI foi de 13 dias, e hospitalar de 37 dias. Como complicações, dois pacientes apresentaram sangramentos, pericardite em um, AVC em um, crise convulsiva em um, disfunção ventricular em um e bradiarritmia em um. Atualmente 1 paciente encontra-se em avaliação para transplante. **Conclusões:** A conversão da operação de Fontan-Kreutzer para CPT é um procedimento complexo e necessita ser realizado em serviços experientes devido a sua alta mortalidade e morbidade. Esse procedimento proporciona uma melhora na CF e na qualidade de vida dos pacientes além de uma resolução satisfatória dos quadros de arritmias, apesar de uma amostra pequena.

P-083

COMUNIÇÃO ENTRE VENTRÍCULO ESQUERDO E ÁTRIO DIREITO (DEFEITO DE GERBODE)

GABRIELLA ARAUJO CUNHA LIMA, MÁRIO FÉLIX LUNA PEÑALOZA

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL

Relato: Paciente sexo feminina, 16 anos, acompanhava no serviço entre (200-2007) devido CIA, perdeu seguimento. Retornou este an com piora dos sintomas, dor torácica intermitente, dispneia aos mínimos esforços e palpitações, no ecocardiograma transtorácico (ECOTT)que evidenciou CIA do tipo ostium secudum, hipertensão Pulmonar (AP:53) e sobrecarga de câmaras direitas.optado por internação para correção cirúrgica. Realizada Atriosseptoplastia.Patch de pericárdio bovino, apresentando porém, picos febris, e leucocitose no seguimeto. Solicitado hemoculturas e ECOTTe introduzido antibioticoterapia com hipótese diagnostica para endocardite. Foi observado no ECOTT, a valva mitral com um pertuito junto a base do folheto anterior da mitral com moderado fluxo regurgitante originado provavelmente na base do folheto anterior da mitral, hipertensão pulmonar e sobrecarga de camaras direita. realizado ecocardiograma transesofágico que revela defeito de Gerbode (comunicação de VE-AD), de etiologia a definir com Insuficiência mitral de grau moderado a importante, relacionado à pertuito em folheto anterior (Gerbode). Sobrecarga de câmaras direitas e derrame pericardico. Paciente evolui bem com hemoculturas negativas e assintomática. Discutido com equipe da cirurgia, planejamento de intervenção cirúrgica em breve. **Discussão:** O defeito de Gerbode, é a comunicação entre o ventriculo esquerdo e atrio direito, o sangue no ventrículo esquerdo passa através da pequena área do septo membranoso onde existe o potencial para um shunt para a direita. A maioria dos casos descritos corresponde a anomalias congênitas, existindo descrições, adquirida no contexto de endocardite infecciosa, traumas, manobras de intervenção cirúrgia cardíacas, ou infarto agudo do miocárdio. O diagnostico é feito através do ecocardiograma com elevado gradiente Doppler entre o ventrículo esquerdo e o átrio direito. Associada a uma sobrecarga de átrio direito.Neste caso o surgimento do defeito de GERBODE, observado após realização de atriosseptoplastia. Além do defeito septal, coexistia a presença de febre diaria, porem em novo ecocardiograma não foram observado vegetações e sim o defeito de Gerbode. sem etiologia definida. A cirurgia é o tratamento de escolha.

P-084

EXPERIÊNCIA COM PACIENTES GUCH NO IDPC DO ESTADO DE SÃO PAULO

OMAR POZO IBAÑES, GLAUCIO FURLANETTO, NADJA ARRAES DE ALENCAR CARNEIRO FRANCA, MARIA APARECIDA DE PAULA SILVA, LUIZ CARLOS BENTO DE SOUZA, RAIANE PEREIRA, MARIA VIRGINIA TAVARES SANTANA, PAULO CHACCUR

INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

Introdução: O tamanho da população de pacientes adultos com doença cardíaca congênita ou pacientes GUCH (Grown Up Congenital Heart) é desconhecida, porém é conhecido que 80-85% dos pacientes nascidos com doença cardíaca congênita agora sobrevivem até a idade adulta. Apesar de que uma proporção desses pacientes são portadores de defeitos simples, existe um grande número de pacientes com cardiopatias de moderada e grave complexidade. **Objetivo:** relatar a nossa experiência no tratamento cirúrgico dos pacientes adultos com cardiopatias congênitas. **Métodos:** analisamos os prontuários dos pacientes adultos com cardiopatia congênita, com idade acima de 14 anos, operados entre os anos de 2012 e 2016. Este é um estudo descritivo sem análise estadístico. **Resultados:** no período de 2012 a 2016 foram operados 313 pacientes com cardiopatia congênita com idade entre 14 e 78 anos, sendo 191 (61%) do sexo feminino. Os pacientes foram agrupados em duas categorias, grupo A com 199 pacientes (63.5%) que correspondem aqueles submetidos a primeira cirugia e grupo B a pacientes reoperados, com mais de uma cirugia, 114 (36.5%) pacientes. No grupo A os diagnósticos mais frequentes foram: comunicação interatrial tipo ostium secumdum (48%), comunicação interventricular (11%) e comunicação interatrial tipo seio venoso superior com drenagem anômala parcial de veias pulmonares (8.5%). No grupo B os diagnósticos mais frequentes foram pós operatório tardio de tetralogia de fallot (45%), pós operatório tardio de operação de glenn (9%) e pós operatório tardio de correção do defeito do septo atrioventricular (7%). Dentro das re operações (grupo B) a cirurgias maiormente realizadas são o implante de bioprotese em posição pulmonar (48%), operação de fontan modificado (10.5%) e plastia ou troca da valva tricuspide (7.8%). A mortalidade hospitalar geral foi de 3.8% correspondendo 83 % dos óbitos ao grupo B. **Conclusões:** o tratamento cirúrgico da cardiopatia congênita em adultos e cada vez mais frequente. Em nossa casuística o tratamento da cardiopatia congênita em adultos como primeira cirurgia, grupo A, representa a maior população, e no grupo B a re operação da tetralogia de fallot e a mais frequente. Por tudo isto, existe a necessidade de uma atendimento especializado no acompanhamento destes pacientes.

P-085

SÍNDROME DE HIPOPLASIA DO CORAÇÃO ESQUERDO EM PRÉ-ESCOLAR: RELATO DE CASO

ANA LUIZA MAGALHAES DE ANDRADE LIMA, SIMONE DE OLIVEIRA BARBOSA VILLA VERDE, LUZIENE ALENCAR BONATES DOS SANTOS

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF FERNANDO FIGUEIRA

Introdução: O termo síndrome de hipoplasia do coração esquerdo (SHCE), introduzido por Noonan e Nadas, descreve as características morfológicas das atresias mitral e aórtica combinadas. Entretanto, o conceito pode ser ampliado para os casos em que as valvas encontrem-se hipoplásicas, levando ao hipodesenvolvimento do ventrículo esquerdo, incapacitando-o de manter a circulação sistêmica. Sem tratamento, a mortalidade chega a 95% no primeiro ano de vida. **Descrição do caso:** J.L.S, sexo feminino, seis anos, procedente de Pombos- PE, procurou atendimento médico por dispneia progressiva aos esforços. Nascida de parto normal a termo, sem intercorrências. Foi acompanhada em Unidade básica de saúde regularmente no primeiro ano de vida. Aos 5 anos apresentou episódios de sincope associada a dispneia progressiva aos grandes esforços. Encaminhada a hospital de referência em pediatria, foi observado sobrecarga de câmaras direitas ao eletrocardiograma, cardiomegalia à radiografia de tórax e ecocardiograma evidenciando: hipoplasia do coração esquerdo com hipoplasia importante da valva mitral e atresia da valva aórtica, amplo canal arterial patente (12,6 mm), hipoplasia importante da aorta. Realizou Holter, onde não foram evidenciadas alterações do ritmo cardíaco e angiotomografia de tórax: Hipoplasia do coração esquerdo. Persistência do canal arterial. Importante dilatação biatrial e do ventrículo direito. Dilatação importante da artéria pulmonar e dos seus ramos. Segue em acompanhamento ambulatorial no serviço há 1 ano, em uso de sintomáticos. Uma vez que a menor apresenta elevada pressão arterial pulmonar, da qual é dependente o débito cardíaco sistêmico, foi contraindicado qualquer procedimento cirúrgico. **Comentários:** A hipoplasia do coração esquerdo constitui síndrome rara, e sem intervenção terapêutica, a mortalidade alcança 95% no primeiro ano de vida. A paciente descrita acima constitui exceção às estatísticas, provavelmente decorrente do extenso canal arterial patente, pelo qual manteve o débito sistêmico.

P-086

DIAGNÓSTICO TARDIO DE COR TRIATRIATUM: RELATO DE CASO

SALEM DALLA BERNARDINA FRAGA, RAIZZA FERNANDES DA COSTA, MARILIA ALCOFORADO DOMINGUES, IARA ATIÉ MALAN

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

Cor triatriatum é uma cardiopatia congênita rara, caracterizada pela conexão anômala das quatro veias pulmonares em uma câmara acessória posterossuperior em relação ao átrio esquerdo (AE). O diagnóstico desta patologia geralmente é realizado durante a infância, embora alguns casos permaneçam assintomáticos até a vida adulta. Este trabalho tem como objetivo relatar o caso de uma paciente do sexo feminino, 20 anos, com história de sopro cardíaco diastólico, dispneia aos grandes esforços e dor torácica atípica desde os 17 anos. Diagnóstico ecocardiográfico prévio de comunicação interatrial do tipo ostium secundum. Devido à piora da sintomatologia, associada a episódios de síncope sem pródromos, foi encaminhada para tratamento cirúrgico. O ecocardiograma transtorácico pré-operatório evidenciou uma membrana dividindo o AE, com limitação parcial ao fluxo das veias pulmonares do AE para a válvula mitral, comunicação interatrial ostium secundum com shunt bidirecional, aumento de cavidades direitas, sobrecarga de ventrículo direito, relação entre fluxo pulmonar e sistêmica maior que 2:1, com diagnóstico de cor triatriatum. Contudo, não foi possível mensurar a área de fenestração da membrana. A paciente foi submetida à cirurgia, na qual foi realizado redirecionamento de drenagem anômala parcial de veias pulmonares, identificada durante ato cirúrgico, secção de membrana, desobstrução de AE e atriosseptoplastia com patch bovino. A mesma evoluiu sem intercorrências no pós-operatório imediato e durante todo o período de sua internação. Realizou ecocardiograma transtorácico de controle no terceiro mês de pós-operatório, que demonstrou fluxo laminar em AE, sem sinais de obstrução, dimensões cavitárias normais e função biventricular preservada. Encontra-se em acompanhamento ambulatorial, atualmente no quarto mês após a cirurgia, estando assintomática e sem necessidade de uso regular de medicações. Apesar do diagnóstico tardio, a paciente apresentou excelente resultado cirúrgico e evolução clínica. A avaliação minuciosa de pacientes com sopro cardíaco associado à dispneia é importante, pois a identificação adequada da patologia pode permitir um tratamento cirúrgico curativo, como no caso relatado.

P-087

QUILOPERITÔNEO ESPONTÂNEO COMO COMPLICAÇÃO CLÍNICA DE CARDIOPATIA CONGÊNITA

FABIOLA MULLER DE OLIVIERA, ECRYD ABDALA ELIAS, GRACE CAROLINE VAN LEEUWEN BICHARA

SABARÁ HOSPITAL INFANTIL

Introdução: Quiloperitôneo é uma complicação comumente associada a quadros abdominais e pós operatório de cirurgia abdominal. Ascite quilosa refere-se ao acúmulo de líquido rico em lipídeos dentro da cavidade abdominal, decorrente a ruptura de ductos linfáticos. Malignidades abdominais, cirrose e tuberculose são causas comuns deste quadro em adultos, enquanto as anormalidades abdominais congênitas do sistema linfático e trauma são as causas mais comuns em crianças. Define-se quiloperitôneo como a presença de líquido de aspecto leitoso, com contagem de triglicérides acima de 200 mg/dL, sendo que alguns autores consideram o valor de 110 mg/dL. As causas cardíacas descritas na literatura que justificam o quadro incluem a insuficiência cardíaca e a pericardite constrictiva. **Descrição:** Paciente de 2 meses, portadora de síndrome de Down e Defeito do Septo Atrioventricular Total (DSAVT), internada por insuficiência cardíaca descompensada. No pré operatório a menor evoluiu com distensão abdominal, cujo ultrassom identificou líquido livre em cavidade. Pela anúria e anasarca, optado pela passagem de cateter de Tenckhoff para início de diálise peritoneal, onde observou-se drenagem de líquido leitoso. Triglicérides do líquido peritoneal foi de 133 mg/dL, caracterizando o quiloperitôneo espontâneo. Iniciado jejum e nutrição parenteral total, com início de nutrição enteral mínima com Monogen em 48 horas. Triglicérides de controle foi de 20 mg/dL. Realizou posteriormente correção total do DSAVT, apresentando no sétimo pós operatório quilotórax bilateral, sendo submetida a pleurodese química à base de Vancomicina por duas ocasiões, com resolução do quadro. Além disso paciente evoluiu com quadro de sepse por enterococo e infecção fúngica presumida. Durante a investigação foi observada imunodeficiência secundária, caso este atribuído às perdas de imunoglobulinas e linfócitos decorrentes do grande volume de líquido quiloso, controlada com infusão semanal de Imunoglobulina Humana. **Comentários:** O quiloperitôneo espontâneo associado a cardiopatias congênitas ou suas complicações clínicas ainda é uma patologia pouco descrita na literatura. Temos um caso onde o quiloperitôneo espontâneo e o quilotórax bilateral foram abundantes levando a perda significativa de imunoglobulinas, deixando o paciente susceptível a infecções graves. Prontamente tratados com as terapêuticas específicas disponíveis, paciente hoje encontra-se em boas condições, em acompanhamento ambulatorial.

P-088

PODEM TODOS OS PACIENTES COM DEFEITOS SEPTAIS CARDÍACOS CONGÊNITOS SER DIRETAMENTE ENCAMINHADOS AO REPARO CIRÚRGICO?

MILENNA VAZ DANTAS, GABRIEL CARMONA FERNANDES, ANA MARIA THOMAZ, LEINA ZORZANELLI, ANTÔNIO AUGUSTO LOPES

INCOR

Introdução: Os defeitos septais cardíacos congênitos favorecem a ocorrência de um "shunt" entre a circulação sistêmica e a pulmonar, com aumento do fluxo para o pulmão, podendo evoluir com aumento da resistência vascular pulmonar. Apesar de não haver evidência científica, há um consenso sobre a existência de um grupo de pacientes que precisará de uma avaliação aprofundada envolvendo elementos clínicos e exames subsidiários não invasivos. Durante a tomada da decisão sobre qual seria o melhor manejo para o paciente, deve-se sempre associar os sinais clínicos com os exames complementares, não se aconselhando o uso de informações isoladas. Entretanto, existe controvérsia sobre a maneira como os dados diagnósticos (propedêutica, estudo não invasivo e invasivo), devem ser orquestrados para gerar decisão de tratamento. Objetivo: Construção de fluxograma de procedimentos diagnósticos sequenciais utilizados na avaliação de pacientes pediátricos com defeitos septais cardíacos, visando à investigação da gravidade das alterações hemodinâmicas pulmonares. A sequência de procedimentos corresponde à investigação pré-operatória utilizada em hospital quaternário, que se encontra em consonância com as recomendações atuais da literatura. Método: Revisão sistemática da literatura associada à experiência clínica adquirida em hospital quaternário entre os anos de 2007 e 2014. **Resultado e Conclusão:** O manejo de pacientes com cardiopatia congênita depende da análise conjunta de aspectos clínicos e exames complementares, na tentativa de se estimar riscos de complicações precoces e tardias após a cirurgia. A construção de um fluxograma é no sentido de auxiliar na caracterização de operabilidade, na minimização de transtornos graves no pós-operatório, e na redução da prevalência de hipertensão pulmonar residual tardia. A presente sequência de procedimentos de avaliação começou a ser aplicada em nosso serviço por volta do ano de 2007. Desde então, e particularmente nos últimos três anos, 60 pacientes foram avaliados através deste algoritmo. Destes, 29 pacientes necessitaram de estudo invasivo e 31 foram encaminhados diretamente a correção cirúrgica. Após o cateterismo, três indivíduos foram considerados inoperáveis devido ao alto risco de complicações e 26 foram encaminhados ao centro cirúrgico para a correção. A verificação da efetividade e as eventuais modificações do fluxograma atualmente em uso dependerão da análise evolutiva de um número de pacientes progressivamente maior.

P-089

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CARDIOPATIAS CONGÊNITAS ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE UM CENTRO TERCIÁRIO: ANÁLISE DE 4496 CASOS

FERNANDA VASCONCELLOS VALLE DEMIDOFF, ELIANE LUCAS, FERNANDA MARIA CORREIA FERREIRA LEMOS, DIOGO PINOTTI, THAMIRIS VIEIRA RODRIGUES, PATRICIA CORREIA ANTUNES DE PAIVA, LIDUINA ISABELA A R DE CARVALHO ALMEIDA, RAFAEL PIMENTEL CORREIA

HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO

Introdução: As cardiopatias congênitas são uma importante parcela dos atendimentos no ambulatório de cardiologia pediátrica e têm grande impacto na vida dos portadores. **Objetivo:** Avaliar o perfil dos portadores de cardiopatias congênitas (CC) acompanhados em um hosital de referência. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, com 4496 portadores de CC de um ambulatório de cardiologia pediátrica, de dezembro de 1977 a junho de 2016. As variáveis como tipo de cardiopatia e gênero foram obtidas através dos prontuários e analisados por meio de estatística descritiva. Foram excluídos os casos identificados no berçário ou na Unidade de Teraia Intensiva neonatal, como os portadores de canal arterial permeável e patologias ducto-dependentes como a hipoplasia de cavidades esquerdas e a atresia pulmonar sem comunicação intervetricular. O canal arterial permeável em menores de três meses de vida e o forame oval patente não entraram em análise. Foram excluídas as cardiopatias adquiridas como febre reumática, doença de Kawasaki e miocadiopatias. **Resultados:** Dos 4496 pacientes, 2218 (49,3%) eram do gênero masculino. As CC mais prevalentes foram: comunicação interventricular (CIV) 1224 casos (27,2%), comuicação interatrial (CIA) e estenose pulmonar (EP) 663/477 (14,7% e 10,6% respectivamente). Dentre as CC cianóticas, a tetralogia de Fallot estava presente em 206 casos (4,6%). As CC extremamente raras como origem anômala da artéria coronária esquerda do tronco da artéria pulmonar foram 6 pacientes (0,13%) e 9 com truncus arteriosus (0,2%). **Conclusão:** Os autores enfatizam a importância do conhecimento do perfil epidemiológico dos portadores de CC em uma unidade de referência, pois servirá de base para a organização adequada do atendimento destes pacientes.

P-090

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM CARDIOPATIA CONGÊNITA DO ADULTO: CIRURGIA DE FONTAN E HEPATITE C ? COMO PROSSEGUIR?

RAPHAEL CORTACIO SIMAS JUNIOR, MÔNICA LEÓN BACIL, WILMA T. MAEDA, ADAILSON WAGNER DA SILVA SIQUEIRA, ESTELA AZEKA

INSTITUTO DO CORAÇÃO HC-FMUSP

Introdução: A cirurgia de Fontan tem sido uma opção para os pacientes portadores de cardiopatias congênitas complexas em que a correção biventricular não é elegível. O sucesso dessa cirurgia tem permitido um aumento da sobrevida desses pacientes e, logo, o surgimento de complicações como a falência ventricular e a doença hepática crônica. **Objetivo:** Relatar um caso de doença hepática crônica como complicação da cirurgia de Fontan e hepatite C como fator agravante. **Caso:** Paciente 46 anos, sexo feminino, com diagnóstico de atresia tricúspide tipo IB (concordância ventrículo-arterial e estenose pulmonar). Submetida à cirurgia de Blalock-Taussig modificado com 8 anos (1978), posteriormente à cirurgia de Fontan-Kreutzer aos 16 anos de vida. Em 2012 realizou novo procedimento: cirurgia de Fontan com tubo extracardíaco e implante de marcapasso atrioventricular definitivo. No seguimento pós operatório apresentou quadros repetidos de descompensação aguda da IC crônica, sem recuperação da função ventricular. Durante a avaliação pré-transplante, identificou-se a soropositividade para o vírus da hepatite C em associação à presença de hepatopatia crônica. Após o tratamento com antivirais específicos houve uma rápida resposta virológica com queda das enzimas hepáticas e redução do RNA-HCV. **Discussão:** O transplante cardíaco tem sido uma opção para os portadores de cardiopatias congênitas complexas que evoluem com disfunção ventricular. Na presença de infecção crônica pelo vírus da hepatite C associada à doença estrutural hepática, desconhece-se o prognóstico a curto e longo prazo dos pacientes transplantados. Estudos retrospectivos com longo período de seguimento, mostram um aumento na incidência de disfunção hepática e mortalidade nos HCV-positivos. Em contrapartida, há relatos de casos com desfecho favorável, mostrando regressão da hepatopatia após o transplante cardíaco, inclusive naqueles com cirrose hepática estabelecida. Outros, tem mostrado o transplante combinado, coração-fígado, como uma opção viável. Devido a falta de experiência e dados na literatura, muitos centros não têm se posicionado a favor do transplante cardíaco para os casos com infecção preexistente pelo vírus da hepatite C.

P-091

PALIVIZUMABE NA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO EM CRIANÇAS COM CARDIOPATIAS CONGÊNITAS

SILVANIA BRAGA RIBEIRO, NELIMAR DA SILVA VIEIRA DE LACERDA, KIARELLE PENAFORTE, IRES LOPES CUSTÓDIO, FRANCISCA ELISÂNGELA TEIXEIRA LIMA, ISLENE VICTOR BARBOSA, GEDEANE PREIRA TAVEIRA, ISABEL CRISTINA LEITE MAIA

HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES

Introdução: A Organização Pan-americana da Saúde e a Organização Mundial de Saúde apontam que as Infecções Respiratórias Agudas (IRA) são responsáveis por cerca de 40 a 60% dos atendimentos ambulatoriais em pediatria na América Latina. O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é um dos principais agentes etiológicos envolvidos nas IRA no primeiro ano de vida, podendo ser responsável por até 75% das bronquiolites e 40% das pneumonias durante os períodos de sazonalidade. O grupo de risco para a gravidade de infecções relacionadas ao VSR inclui os lactentes prematuros com Idade Gestacional < 35 semanas, doença pulmonar crônica e doença cardíaca congênita. As taxas de hospitalização em infecções causadas pelo VSR estão relacionadas com a presença de malformações cardíacas. Incorporou-se no Sistema Único de Saúde (SUS) o medicamento Palivizumabe para a prevenção da infecção pelo VSR. **Objetivo:** Analisar as características das crianças que fazem uso da Palivizumabe, os efeitos adversos e interações medicamentosas. **Método:** Estudo descritivo, realizado em um hospital público terciário, vinculado ao SUS, em Fortaleza-Ceará. A instituição faz uso da Palivizumabe desde 2014 até os nossos dias. Compuseram a amostra 181 crianças, cujos critérios de inclusão foram: ser prematuras, portadoras de cardiopatias congênitas com até dois anos de idade e displásicos. Coletou-se os dados através dos formulários de acompanhamento das crianças internadas e acompanhadas no ambulatório da instituição, e dos registros do uso de Palivizumabe nos estados. Foi desenvolvido em janeiro de 2015 a agosto de 2016. Os dados foram processados e analisados por meio da estatística descritiva. **Resultados:** Das 181 crianças que usam Palivizumabe e são acompanhadas na referida instituição, observou-se que: a maioria são procedentes do interior do estado do Ceará (71%); 53% são do sexo masculino e 47% feminino; estão na faixa de idade entre 0 a 6 meses (46,1%), 7 a 12 meses (22,6%), de 13 a 18 meses (14,7%) e de 19 a 24 meses (16,6%); relacionado as doses administradas, percebeu-se que 34,1% das crianças tomou uma dose, 20,3% duas doses, 11,1% três doses, 13,1% quatro doses e 21,4% fizeram uso de cinco doses. **Conclusão:** Não houve notificação de efeitos adversos ou interações medicamentosas das crianças que fizeram uso da Palivizumabe. Não teve registro de internação por infecção respiratória decorrente do VSR. Aconteceram quatro óbitos, porém não foi por causa da infecção respiratória pelo VSR.

P-092

CISTO MESOTELIAL INTRATORÁCICO EM PACIENTE PEDIÁTRICO: UM RARO RELATO DE CASO

JOAO CARLOS GEBER JUNIOR, CLAUDIA REGINA ZARAMELLO, ANA MARIA SILVEIRA ROSENDO PEDREIRA

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE; HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO; HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ DE ALENCAR

Cistos mesoteliais intratorácicos são lesões congênitas benignas que resultam de malformação no desenvolvimento do celoma pericárdico. São classicamente encontrados nos ângulos cardiofrênicos direito e esquerdo, embora possam ocorrer em todo o mediastino. Sua incidência em todas as idades é de 1/100.000 com menos de 20 casos descritos em menores de 18 anos. A maioria dos casos é assintomática sendo diagnosticados incidentalmente por exames de imagem. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de cisto pericárdico encaminhado por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com suspeita inicial de pneumonia. GMR, 4 anos, feminino, encaminhada de UBS com história de pneumonia de repetição (3 eventos) em mesma localização anatômica com última radiografia de tórax alterada dois meses após antibioticoterapia e involução clínica completa. Havia história pessoal pregressa de asma, com uma crise no último ano, e familiar de atopia. À admissão estava assintomática e com exame físico sem alterações cardiopulmonares. Radiografias antigas e a atual mostravam área de opacidade ovalada em ângulo cardiofrênico direito com imagem correspondente em perfil. Hemograma, ionograma, enzimas hepáticas e provas de atividades inflamatória sem alterações. Ecocardiograma (ECO) e Tomografia computadorizada (TC) de tórax mostraram imagem sugestiva de cisto pericárdico, confirmada por ressonância magnética cardíaca (RM), sem comprometimento de estruturas adjacentes e outras repercussões clínicas. A paciente segue em acompanhamento ambulatorial na Cardiologia Pediátrica em conduta conservadora com avaliação ecocardiográfica semestral. As lesões císticas mediastinais são a principal causa de tumoração nesta região sendo os cistos pericárdicos as lesões mais comuns. Classicamente localizam-se nos ângulos cardiofrênicos direito e esquerdo, embora possam ter origem em qualquer estrutura do mediastino e localizações diferentes. Usualmente são descobertos de forma incidental em achado de imagem de tórax em paciente assintomático. Quando ocorrem sintomas, os mais comumente relatados são dor torácica atípica, dispneia e tosse. Exames como ECO, TC e RM podem ser realizados para confirmação diagnóstica e diferenciação de outras causas. Embora o binômio conduta conservadora versus cirúrgica seja alvo de intenso debate, sendo a segunda opção indicada aos casos sintomáticos, o acompanhamento ecocardiográfico em casos de pouca ou nenhuma repercussão clínica tem sido preferido pela menor morbidade.

P-093

VENTRÍCULO DIREITO NÃO COMPACTADO COM TROMBO APICAL, EM PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE FISTULA CORONÁRIO-CAVITÁRIA

CRISTINA DE SYLOS, PEDRO CARPINI DE OLIVEIRA, RAFAEL ANTONIO CALACA GUIDO, TASSIA APARECIDA BOLOGNESI

HOSPITAL UNIVERSITARIO SÃO FRANCISCO

Introdução: A miocardiopatia não compactada é uma doença rara de origem genética, caracterizada por aumento das trabeculações ventriculares, com incidência na população geral de 0,014 a 1,3%, predomínio no ventrículo esquerdo e casos isolados descritos no ventrículo direito. Tem como principais complicações, tromboembolismo pulmonar, arritmias e ICC. A associação com fistulas coronária cavitarias ocorre em poucos casos descritos em literatura. **Relato de caso:** Criança de 5 anos, sexo masculino, em pós-operatório tardio, em outro serviço, de correção de fistula coronário cavitaria e revascularização miocárdica devido a estenose de ostio de coronária esquerda com 1 ano de vida, apresentando seguimento ambulatorial irregular, por baixa aderência familiar, sem uso de medicação. Deu entrada no pronto socorro com história de dor torácica e febre há 1 dia, taquipnéia e palidez ao exame físico. Rx de tórax constatou imagem em lobo superior direito compatível com pneumonia lobar e ecocardiograma mostrou aumento de trabeculações apicais em ventrículo direito, com aspecto de ventrículo não compactado e com disfunção discreta, além de imagem hiperecogenica, móvel, e região apical medindo 7 mm, sugestiva de trombo. Tratado com enoxaparina, espironolactona e antibioticoterapia. Evoluiu com desaparecimento da imagem apical após 5 dias, mantendo a imagem de trabeculações apicais e disfunção ventricular direita. Recebeu alta após termino da antibioticoterapia com melhora clínica e radiológica. **Comentários:** Trata-se de caso raro de ventrículo direito não compactado detectado em pós-operatório de correção de fistula coronário cavitária que evoluiu com trombo apical e complicações em decorrência deste trombo, ressaltando a necessidade de seguimento sistemático destes pacientes a fim de reduzir sua morbimortalidade. Ressalta-se ainda a necessidade de investigarmos melhor os pacientes com fistula coronário cavitaria buscando a associação de ventrículo não compactado.

P-094

COMPLEXO HIPOPLÁSICO DO VENTRÍCULO ESQUERDO COM ANOMALIA DA ARTÉRIA CARÓTIDA DIREITA

JOSE CICERO GUILHEN, CINTIA ACOSTA MELO, RODRIGO FREIRE BEZERRA, JOSE PEDRO DA SILVA

BENEFICIÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Introdução: Anomalias do Arco Aórtico estão frequentemente associados às cardiopatias complexas, sendo arco aórtico à direita a mais frequente. Vasos da base emergindo do tronco da artéria pulmonar são ocorrências raras, principalmente associados ao Complexo Hipoplpásico do Ventrículo Esquerdo. **Descrição:** Paciente sexo feminino com diagnóstico de Atresia Aórtica, hipoplasia do Arco Aórtico e hipoplasia da válvula mitral, com comunicação interventricular e ventrículo esquerdo pequeno mas não hipoplásico. Paciente foi submetida a tratamento Hibrido, com bandagem dos ramos pulmonares e implante de "stent" no canal arterial. Durante procedimento foi notado anomalia do arco aórtico e programada Angiotomografia de aorta que evidenciou anomalia arco aórtico com Artéria Carótida Direita se originando do tronco da Artéria Pulmonar a Direita. No segundo procedimento cirúrgico foi realizado cirurgia de Norwood com reimplante da artéria carótida anômala à Neoaorta e shunt sistêmico pulmonar. **Comentários:** Anomalias do Arco Aórtico estão frequentemente associadas às cardiopatias complexas, no entanto a origem da Arteria carotida do tronco da artéria pulmonar e uma condição muito rara, principalmente quando em associação com Complexo Hipoplásico do Ventrículo Esquerdo.

P-095

COMUNICAÇÃO INTERATRIAL (CIA) EM PACIENTES PEQUENOS: PRECISAMOS ESPERAR PRA FECHAR?

RENATA MATTOS SILVA, LUCIANA ALMENARA PEREIRA, ALEXANDRE MARQUES ABLA, GABRIELA DE MESQUITA FERREIRA BERNARDO, RAIZZA FERNANDES DA COSTA, MARITZA X ANZANELLO, GABRIEL CORDEIRO CAMARGO, VICTOR HUGO DE OLIVEIRA

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

Introdução: A comunicação interatrial (CIA) causa repercussão ecocardiográfica. Além disso, o diagnóstico de uma cardiopatia sempre gera ansiedade na família. Portanto, acreditamos que o tratamento deva ser realizado o mais precocemente possível. **Objetivos:** Demonstrar que em pacientes pequenos (até 18kg) a oclusão percutânea de CIAs com repercussão ecocardiográfica é factível. **Métodos:** Revisão de prontuários de todas as CIAs ocluídas com próteses no período de janeiro de 2011 a agosto de 2016. Análise das variáveis: sexo, peso, idade, manifestações clínicas e ecocardiográficas, presença de comorbidades, tamanho do defeito, tipo e tamanho da prótese utilizada, complicações relacionadas ao procedimento. **Resultados:** No período estudado, realizamos 158 fechamentos de CIA por via percutânea. Destes, 23 (14,6%) foram em pacientes com menos de 18kg, sendo 15 do sexo feminino e 8 do sexo masculino. A idade variou de 3 a 7 anos (mediana 5) e o peso, de 13 a 18kg (mediana 17kg). Todos foram encaminhados para tratamento por sobrecarga significativa de cavidades direitas ao ecocardiograma. Houve 3 casos com aneurisma multifenestrado; os 2 casos de shunt residual da nossa casuística estavam neste grupo, sendo que um deles consistiu em uma outra CIA de 3mm não observada anteriormente, que optamos por não abordar. As próteses utilizadas foram: Amplatzer ASD (4), Occlutech Figulla (12), PFM ASD-R (5) e Cardia Atriasept (2). Utilizamos balão de medição em todos os casos; o diâmetro estirado variou de 10 a 24mm (mediana 17). Escolhemos próteses de tamanho 4% a 36% maior do que o diâmetro estirado (média 14%, mediana 13%). Não tivemos nenhuma complicação vascular. Todos os casos foram feitos com o auxílio do ecocardiograma transesofágico (ETE) com sonda pediátrica; não houve complicações relacionadas à passagem da sonda. Até o momento não tivemos nenhum caso de erosão ou arritmias neste grupo. **Conclusão:** CIAs moderadas a grandes com repercussão ecocardiográfica podem ser abordadas precocemente, com ótimos resultados e sem complicações no acompanhamento a curto e médio prazo.

P-096

TRATAMENTO PERCUTÂNEO DE COARTAÇÃO DE AORTA EM NEONATO PREMATURO - RESULTADO IMEDIATO E EVOLUÇÃO

JULIANA RODRIGUES NEVES, JESSICA AZEVEDO MELO MARINHO, CLEUSA CAVALCANTI LAPA SANTOS, FERNANDO RIBEIRO DE MORAES NETO

IMIP

Introdução: A coarctação de aorta (CoAo) caracteriza-se por um estreitamento geralmente na região ístmica da aorta. No período neonatal o tratamento de eleição é cirúrgico, no entanto, o tratamento percutâneo tem ganhado espaço nos últimos anos. Este estudo relata o caso de neonato submetido à angioplastia com implante de stent, como terapia de exceção devido a gravidade do caso, mau prognóstico cirúrgico e sua evolução tardia. **Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, prematuro (IG 32 semanas e 2 dias), com baixo peso ao nascimento (1,420 Kg), história de cianose e taquidispnéia. Diagnosticado coarctação de aorta nos primeiros dias de vida, porém evolui com quadro infecioso grave e após antibioticoterapia inicial foi submetido a angioplastia de aorta com implante de stent. Foi utilizado stent de angioplastia coronariana 3,0x8 mm. O istmo aórtico mediu 3,2mm. Durante o implante evolui com bradicardia importante revertida com manobras de reanimação e droga vasoativa. O paciente evolui sem mais intercorrências, permanecendo internado para término de esquema antibiótico e ganho ponderal. Ecocardiograma antes da alta demonstrou stent bem posicionado e sem gradiente significativo. Foi acompanhado ambulatorialmente e após dois anos evoluiu com redução de pulsos em membros inferiores, sem outras queixas. Ecocardiograma nesta época demonstrou gradiente de 38 mmHg através do stent e aorta abdominal com hipopulsatilidade. Foi indicado correção cirúrgica nesta época, porém houve perda de seguimento por motivo social e a criança retorna aos 4 anos para internamento cirúrgico. Realizado angiotomografia de aorta para melhor definição de anatomia e retirada do stent com anastomose término-terminal da aorta, sem intercorrências e sem dificuldade técnica relatada pelo cirurgião. No transoperatório evoluiu com hipertensão, necessitando de vasodilatador sistêmico, sem mais intercorrências. Alta em uso de anti-hipertensivos para acompanhamento ambulatorial. **Comentários:** Apesar de haver consenso de que o tratamento da CoAo no período neonatal deva ser cirúrgico, o tratamento percutâneo pode ser realizado com segurança em casos selecionados e com fatores complicadores à cirurgia. O uso de stents nesta faixa etária deve ser evitado por conta do crescimento somático, mas neste caso a evolução foi favorável, apesar da perda de seguimento e atraso no manuseio cirúrgico, e não houve complicações relacionadas à retirada do stent do local da coarctação.

P-097

TRATAMENTO PERCUTÂNEO DA RUPTURA DO SEIO DE VALSAVA: RELATO DE CASOS

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

HOSPITAL FELICIO ROCHO; HOSPITAL VILA DA SERRA

Introdução: A ruptura do seio de valsava é uma doença rara, correspondendo a menos de 1% das cardiopatias congênitas. Sua sintomatologia é variável, podendo se apresentar com insuficiência cardíaca congestiva (ICC), arritmias e até morte súbita. O tratamento cirúrgico tem sido utilizado como a primeira opção há muitos anos. Recentemente, com a disponibilidade de diversos materiais e aumento da experiência dos operadores, o tratamento percutâneo tem mostrado ser seguro e eficaz. **Objetivo:** Relato de dois casos com apresentação clínica grave onde os pacientes foram tratados com sucesso, por via percutânea. Casos: 1- Paciente de 32 anos, iniciou com IC progressiva na 28a semana de gravidez, com exame físico evidenciando sopro continuo em em borda esternal esquerda (BEE) média. Ecocardiograma mostrava SHUNT da aorta para átrio direito (AD). Iniciado tratamento clínico com estabilização dos sintomas e interrupção cirúrgica da gestação com 37 semanas. Piora da ICC no pós parto, sendo o diagnóstico confirmado por Ressonância Magnética (RNM). Optado pelo tratamento percutâneo após discussão entre a paciente e os médicos envolvidos. O procedimento foi realizado no 10o dia pós parto com eliminação completa do shunt com implante de prótese PDA Occluder 12/10 (Amplatzer), desenvolvida para fechamento do canal arterial. 2- Paciente do sexo feminino, 44 anos, com início recente de ICC evoluindo para anasarca, com relato de varias internações. Eco mostrava HP moderada e aumento da câmaras direitas. Durante o cateterismo feito o diagnóstico de ruptura do seio de valsava para AD, com grande shunt (Qp/Qs = 3,2, PAD = 25 mmHg, PMAP = 44 mmHg, PMAO = 85 mmHg). Foi implantada prótese PDA Occluder 14/12 (Amplatzer) com sucesso. Evolução: Ambas pacientes receberam após 24 hs, evoluindo assintomáticas, sem medicação e sem shunt residual. **Discussão:** A ruptura do seio de valsava é doença rara e grave com risco eminente de óbito. O tratamento visando a eliminação do shunt deve ser feito tão logo seja feito o diagnóstico. O tratamento percutâneo pode ser realizado com sucesso, baixa morbimortalidade, com curta permanência hospitalar, sendo ótima opção para tratar esses pacientes.

P-098

IMPLANTE DE STENT NO CANAL ARTERIAL COMO PALIAÇÃO INICIAL EM CARDIOPATIAS CANAL-DEPENDENTES: RESULTADO INICIAL E SEGUIMENTO

JULIANA RODRIGUES NEVES, FABRICIO LEITE PEREIRA, JESSICA AZEVEDO MELO MARINHO, ADRIANA M. SOUSA QUARESMA, MARIA CRISTINA VENTURA RIBEIRO, BARBARA FAEIRSTEIN, LUCIA ROBERTA DIDIER NUNES MOSER, CLEUSA CAVALCANTI LAPA SANTOS

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FENANDO FIGUEIRA

Introdução: Aproximadamente 25% dos neonatos com cardiopatia congênita necessitarão de intervenção ainda no primeiro ano de vida. O implante de stent em canal arterial tem se tornado alternativa à paliação cirúrgica convencional, porém suas vantagens, riscos e duração ainda não estão bem estabelecidos. **Objetivos:** analisar os dados clínicos e demográficos dos pacientes submetidos a implante de stent em canal arterial como paliação de cardiopatias canal-dependentes do fluxo pulmonar, sua evolução imediata, intra-hospitalar e seguimento até a abordagem cirúrgica inicial. **Métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo, observacional dos pacientes submetidos a implante de Stent no canal arterial como paliação a cardiopatias de hipofluxo pulmar no período de Maio de 2007 a Maio de 2015. **Resultados:** Foram identificados 80 pacientes com média e mediana de idade de 94,9 dias (DP 198,2) e 19,5 dias respectivamente e média de peso de 3,5 kg (DP 1,73). 20% dos pacientes apresentam alguma outra doença associada, sendo prematuridade a mais frequente (7,1%). O sucesso foi obtido em 92,5% dos procedimentos. 51% dos pacientes apresentavam hipoplasia de artérias pulmonares. Ocorreram complicações relacionadas ao stent em 17 pacientes (21,3%) sendo obstrução total ou parcial de um dos ramos pulmonares a complicação relacionada ao stent mais prevalente (10%). Fisiologia univentricular foi identificada como fator de risco para complicações relacionadas ao stent (p = 0,01), associada a tendência a maior incidência de complicações gerais nestes pacientes (p = 0,06). A mortalidade relacionada ao procedimento foi de 2,5% e ocorreu por obstrução aguda do stent em todos os casos. A mortalidade entre os procedimentos foi de 23,6%, ocorreram com seguimento médio de 6 meses. O fator de risco mais relacionados ao óbito foi hipoplasia de artérias pulmonares (p = 0,012). No seguimento 35,1% dos pacientes foram submetidos à redilatação do stent, 27% a Shunt sistêmico-pulmonar 8,1% Cirurgia de Glenn, 16,2% Reparo Biventricular. A média e mediana do intervalo livre de reintervenção foi de 11,9 e 7,7 meses, respectivamente. **Conclusão:** O implante de stent no canal arterial é alternativa à paliação cirúrgica inicial na maioria dos pacientes, porém adequada seleção dos pacientes e avaliação da anatomia se faz necessária e deve haver monitoramento eficaz até conduta cirúrgica definitiva

P-099

COARCTAÇÃO DA AORTA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ? RESULTADO IMEDIATO APÓS TRATAMENTO PERCUTÂNEO

JULIANA RODRIGUES NEVES, RAUL ARRIETA, FABRICIO LEITE PEREIRA, JESSICA AZEVEDO MELO MARINHO, WYNDIRA MARHALLE SIMIAO NUNES VENANCIO, BARBARA FAEIRSTEIN, MARIA CRISTINA VENTURA RIBEIRO, CLEUSA CAVALCANTI LAPA SANTOS

IMIP

Cenário: A coarctação da aorta(CoAo) é uma malformação congênita caracterizada por estenose no istmo aórtico, cuja principal manifestação clínica é hipertensão arterial sistêmica. A aortoplastia percutânea tem se tornado o tratamento de eleição desta doença, principalmente em adolescentes, adultos e casos de re-CoAo, mas em CoAo nativa ou em crianças pequenas ainda há controvérsias. **Objetivos:** Avaliar o resultado imediato do tratamento percutâneo da CoAo nos diversos grupos etários em centro especializado. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, observacional, de corte transversal, realizado através de busca ativa em banco de dados e análise de prontuários. Foram identificados 46 pacientes(pts) submetidos a tratamento percutâneo de CoAo no período de maio/2006 a janeiro/2014, 1 dos pts foi excluído por falta de dados. **Resultados:** Dos 45 pts, 31 eram do sexo masculino e 35 tinham CoAo nativa. A média de idade foi de 6 anos e os pts foram divididos nos seguintes grupos etários:I- neonato a 1 ano (n = 7), II- de 1 a 5 anos (n = 11), III- de 5 a 10 anos (n = 1) e IV- 10 a 18 anos (n = 12). A via de acesso principal para realização do procedimento foi a artéria (art) femoral (66%), seguida da art axilar (22%). 60% das aortoplastias foram realizadas com implante de stent. A média do gradiente pressórico pré-procedimento foi 31,2mmHg(desvio padrão = 15,6), já a do gradiente pós foi de 6,88 mmHg (desvio padrão = 8,8). 32pts obtiveram gradiente pressórico abaixo de 20 mmHg. O sucesso técnico do procedimento foi obtido em 95% (n = 43) dos casos. Apenas 2 pts, do Grupo II, permaneceram com gradiente significativo após angioplastia com balão. 9 pts foram submetidos a procedimentos concomitantes a aortoplastia. Complicações ocorreram em 24%(n = 11) dos pacientes, sendo a perda temporária de pulso a mais frequente (n = 3). Complicações consideradas graves ou com necessidades de intervenção cirúrgica ocorreram em 2 pacientes do grupo IV, sendo elas: trombose de art femoral com embolectomia cirúrgica e lesão de art femoral com necessidade de by-pass cirúrgico. A média de internamento foi de 3,79 dias e a mediana de 1 dia. Óbito intra-hospitalar ocorreu em 3 pts (6%), nenhum relacionado ao procedimento. **Conclusão:** O tratamento percutâneo de coarctação da aorta demostrou-se seguro e eficaz a partir do primeiro ano de vida. Em neonatos e lactentes jovens deve ser considerado a menor taxa de sucesso com aortoplastia do balão e as limitações do uso de stents devido ao crescimento somático.

P-100

SUPORTE CIRCULATÓRIO MECÂNICO NO CENÁRIO DO TRANSPLANTE CARDÍACO PEDIÁTRICO E EM ADULTOS COM CARDIOPATIAS CONGÊNITAS: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

VANESSA ALVES GUIMARÃES, LUIZ FERNANDO CANEO, CARLA TANAMATI, LEONARDO AUGUSTO MIANA, JULIANO GOMES PENHA, FILOMENA REGINA GALAS, MARCELO BISCEGLI JATENE, ESTELA AZEKA

INSTITUTO DO CORAÇÃO - HCFMUSP

Introdução: O transplante é a terapêutica definitiva para os pacientes em insuficiência cardíaca. No entanto, em qualquer fase do processo de transplante pode se instalar um quadro de choque cardiogênico e ser necessário o emprego de assistência circulatória mecânica. **Objetivo:** Quantificar e descrever o impacto do uso do suporte cardiopulmonar mecânico nos pacientes pediátricos e adultos com cardiopatias congênitas em fase pré ou pós transplante cardíaco. **Método:** Estudo clínico retrospectivo em pacientes internados com diagnóstico de choque cardiogênico pré ou pós transplante e que usaram assistência circulatória mecânica (ECMO™, Biopump™ ou Berlin Heart™), no período de setembro de 1999 a agosto de 2016. **Resultados:** Foram incluídos 44 pacientes pediátricos e adultos com cardiopatia congênita submetidos ao suporte circulatório mecânico em fila de transplante ou após a realização deste. A maioria dos pacientes era do sexo feminino (62%), com idade entre 4 meses a 27 anos e o peso de 5 a 48 Kg. Foi utilizado suporte circulatório mecânico de curta duração (ECMO) em 28 (64%) pacientes, sendo em 16 (57%) destes como ponte para o transplante e nos demais por complicações pós-transplante. Biopump foi instalada em 17 (39%) e Berlin Heart em quatro (9%) pacientes. O menor período em assistência circulatória foi de 6 horas e o maior foi de um paciente que fez uso de Berlin Heart por 334 dias até o transplante. Sete pacientes (16%) necessitaram de suporte circulatório em mais de um período da evolução ou trocaram de opção de suporte. O transplante cardíaco foi realizado em 33 pacientes (75%) e 2 (5%) foram submetidos a re-transplante. A sobrevida atual deste grupo é de 6 pacientes (14%), sendo que insuficiência renal com necessidade de diálise, SIRS e AVE foram as causas mais frequentes de óbito após o transplante. **Conclusão:** A instalação de um suporte circulatório mecânico em pacientes com insuficiência cardíaca refratária ao tratamento clínico propicia a realização do transplante cardíaco e auxilia o manejo em complicações após o mesmo. Suporte circulatório de longa duração se faz necessário para pacientes que requerem mais tempo em fila de transplante. Ainda que a sobrevida não seja alta, a extrema gravidade desses pacientes e a letalidade sem tal assistência justifica seu uso.

P-101

MIOCARDIOPATIA RESTRITIVA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: ÊNFASE PARA PRECOCIDADE DE INSTALAÇÃO E EVOLUÇÃO DA HIPERTENSÃO PULMONAR, DIFICULTANDO A INDICAÇÃO DE TRANSPLANTE CARDÍACO

MARCELLA LEAL DOS SANTOS MAIA, ANTONIO AUGUSTO BARBOSA LOPES, NANA MIURA IKARI, PAULA VIEIRA VINCENZI GAIOLLA

INSTITUTO DO CORAÇÃO - HC - FMUSP

Introdução: A miocardiopatia restritiva (MCR) caracteriza-se por uma doença com disfunção diastólica ventricular, com função sistólica preservada. Há dilatação importante dos átrios, na ausência de doença pericárdica restritiva. Em crianças, a forma idiopática é a mais comum. A insuficiência cardíaca (IC) direita costuma predominar, sobretudo em razão das alterações vasculares pulmonares que se instalam precocemente, e evoluem de forma rápida. Não existe tratamento medicamentoso específico para MCR, apenas controle de sintomas de IC. O transplante cardíaco é o tratamento definitivo, entretanto, o sucesso depende da precocidade da intervenção. A gravidade das alterações vasculares pulmonares, sobretudo quando associadas a níveis de resistência vascular pulmonar (RVP) alta constitui o principal obstáculo para a indicação e sucesso do transplante. **Relato de caso:** Paciente feminina, 13 anos, com história prévia de dois episódios de AVCi. Durante investigação diagnóstica, apresentava dispnéia aos grandes esforços progressiva. Apresentou-se em consulta com piora da dispneia, dor precordial em pontada que piorava à inspiração profunda e aumento do volume abdominal. Ao exame encontrava-se taquipneica, acianótica, com estase jugular e estertores em base pulmonar esquerda. À ausculta cardíaca apresentava presença de B4, B2 hiperfonética em área pulmonar, sem sopros. Abdome: hepatomegalia 3cm do apêndice xifóide. Em uso de furosemida, carvedilol e espironolactona. Acrescentou-se ao esquema milrinone e captopril. **Discussão:** Trata-se de manifestação precoce de MCR, dada a gravidade das alterações clínicas já no início da adolescência. A predominância da IC direita, na presença de hipertensão pulmonar (HP) importante é o que se observa, diferentemente da miocardiopatia dilatada (MCD). Os exames complementares por imagem mostraram aumento dos átrios e função sistólica ventricular normal (caráter restritivo). O cateterismo mostrou acentuada elevação das pressões diastólicas ventriculares. Entretanto, o aumento do gradiente transpulmonar (e do gradiente diastólico pulmonar) afastou o diagnóstico de HP passiva pura (característica da MCD), apontando para HP mista, pré e pós capilar, confirmada pela RVP acima de 10 UI Wood x m². Na impossibilidade de indicação imediata do transplante cardíaco, foi iniciado tratamento medicamentoso com sildenafila (com a possibilidade de adição de outros fármacos com ação sobre a circulação pulmonar) para posterior repetição do cateterismo.

P-102

USO DE VENTRÍCULO ARTIFICIAL BERLIN HEART EXCOR COMO PONTE PARA TRANSPLANTE CARDÍACO PEDIÁTRICO: RELATO DE UM CASO

VANESSA ALVES GUIMARÃES, LUIZ FERNANDO CANEO, ESTELA AZEKA, FILOMENA REGINA GALAS

INSTITUTO DO CORAÇÃO - HCFMUSP

Introdução: O suporte circulatório mecânico pode ser a terapia definitiva ou uma ponte para o transplante cardíaco quando há iminência de morte no estágio final da insuficiência cardíaca. **Objetivo:** Relatar o mais duradouro caso pediátrico de uso de ventrículo artificial, precedido de ECMO e seguido de transplante cardíaco em um hospital terciário no Brasil. **Relato do caso:** Paciente do sexo masculino, 7 meses de idade, 4Kg, com diagnóstico de miocardiopatia dilatada idiopática em fila de transplante cardíaco, evoluiu com quadro de choque cardiogênico e foi submetido ao implante de ECMO venoarterial. Devido à presença de trombose de veia cava superior e veias femorais estreitas foi procedida toracotomia anterior direita para acesso ao átrio direito e implante da cânula de drenagem venosa. Essa abordagem incomum permitiu a instalação de um Berlin Heart Excor (10cc) à esquerda após 9 dias do implante da ECMO. O paciente foi extubado e mantido em ventilação espontânea. Permaneceu sob uso de drogas vasoativas, dobutamina e milrinone, por intolerância ao desmame das mesmas durante todo o processo clínico, com quadros de dispnéia e sudorese nas eventuais tentativas de redução, possivelmente devido à interdependência ventricular. Apresentou boa função renal, oscilação de função hepática e quadros infecciosos frustros. Foi mantido sob anticoagulação plena com heparina sódica com controle rigoroso de anti-Xa e TTpA e monitorização de consumo de fatores da coagulação e hemólise. Após 11 meses (mais precisamente, 334 dias) do implante do Berlin Heart foi finalmente procedido o transplante cardíaco ortotópico. **Discussão:** A deterioração hemodinâmica progressiva nos pacientes que se apresentam em choque cardiogênico está associada com alta mortalidade antes e após o transplante cardíaco. O implante de dispositivos de assistência circulatória mecânica permite um suporte hemodinâmico adequado e pode contribuir na redução da mortalidade e na melhoria doa resultados nestes pacientes.

P-103

ASSISTÊNCIA BIVENTRICULAR POR REJEIÇÃO HUMORAL EM UM CRIANÇA COM TRANSPLANTE CARDÍACO

SILVANIA BRAGA RIBEIRO, KIARELLE PENAFORTE, RAIMUNDA SELMA ANTERO SOUSA ONOFRE, KLEBIA CASTELO BRANCO

HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES

O transplante cardíaco é uma opção terapêutica quando a expectativa de sobrevida é menor que dois anos, com qualidade de vida inaceitável, progressão da disfunção ventricular, hipertensão pulmonar e arritmias malignas. Nesse sentido, episódios de rejeição com comprometimento hemodinâmico têm sido associados a prognósticos desfavoráveis e requerem imunossupressão ampla, incluindo os tratamentos para rejeição celular e humoral. Nesse contexto, os dispositivos de assistência ventricular (DAV), como ponte para recuperação (remodelamento ventricular) ou para chegar ao transplante (ponte para transplante), aparecem nesse cenário de forma muito promissora. Objetiva-se descrever a evolução clínica de uma criança submetida ao transplante cardíaco com rejeição humoral em tratamento com dispositivo de assistência biventricular. Trata-se de um relato de caso com abordagem qualitativa, realizado em um hospital público de referência em atendimento na área de cardiologia e pneumologia na cidade de Fortaleza-Ceará. O sujeito do estudo é uma criança submetida ao transplante cardíaco com um processo de rejeição humoral aguda, que evoluiu para o uso de dispositivo de assistência ventricular. A coleta de informações foi realizada a partir de dados secundários. Os dados de caracterização da amostra foram analisados de forma descritiva. Os aspectos éticos serão contemplados, visto que o estudo será realizado de acordo com a resolução 466/12, com número de aprovação do comitê de ética 54085716800005039. A criança permaneceu 11 dias em assistência, obedecendo a um protocolo: heparinização contínua, controlada pelo TTPA, com valores ente 50'-60'; tromboelastograma 1x ao dia; fluxo de VAD esquerdo de 10 a 20 % maior que o VAD direito; mantido paciente aquecido a 36ºC, hematócrito em torno de 27 a 30 %, sendo administrado hemocomponentes quando necessário. A condução terapêutica da rejeição humoral é um grande desafio, visto que a utilização desse dispositivo foi pioneiro em nosso serviço. Nesse sentido, o êxito do tratamento culminou com a melhora clinica da criança, controle da rejeição e restabelecimento hemodinâmico.

P-104

TRANSPLANTE CARDÍACO PEDIÁTRICO? DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO PRONTO-SOCORRO

GABRIEL CARMONA FERNANDES, KARLA MARIA ALMEIDA COUTINHO, MARCELO BISCEGLI JATENE, ESTELA AZEKA

INSTITUTO DO CORAÇÃO - HCFMUSP

Introdução: A doença vascular do enxerto caracteriza-se por obstruções coronarianas crônicas em mais de uma artéria coronária no paciente transplantado cardíaco. A maior preocupação em pacientes com doença vascular do enxerto é o risco aumentado de infarto agudo do miocárdio (IAM). Porém o fato do coração transplantado ser denervado pode dificultar o diagnóstico de IAM devido sintomatologia atípica. **Caso:** FRML, 11 anos, transplantado cardíaco aos 2 anos de idade por miocardiopatia dilatada como comorbidade, evolui com doença vascular do enxerto diagnosticada aos 10 anos de idade. Deu entrada no ao pronto-socorro com quadro de dor torácica atípica, sem irradiação, associado a tontura rotatória, com duração de aproximadamente 30 minutos, com melhora espontânea. Foram coletados exames laboratoriais e realizado eletrocardiograma de 12 derivações (ECG), sem evidências de isquemia, recebendo alta no mesmo dia. Retornou ao pronto-socorro uma semana após com queixa de precordialgia e dispneia seguido de síncope, com perda de consciência de cerca de 10 minutos. Referiu persistência da dor após primeira consulta no PS. Realizado ECG onde notava-se alteração da repolarização em todas as deriavações precordiais e pequeno infra-desnivelamento em parede inferior. Dos exames laboratoriais os marcadores de necrose miocárdica apresentavam níveis elevados. Paciente foi encaminhado ao setor da hemodinâmica para angioplastia de urgência. Durante o procedimento observou-se obstrução de tronco da coronária esquerda, descendente anterior e circunflexa. Realizada angioplastia com stent nas lesões identificadas com bom resultado após. Apresentou boa evolução recebendo alta com seguimento ambulatorial. Atualmente paciente encontra-se em fila para novo transplante cardíaco devido lesões cardíacas residuais. **Comentário:** A doença vascular do enxerto persiste como a principal complicação tardia após o transplante cardíaco, e é responsável por maior parte dos óbitos após o primeiro ano de transplante. Os mecanismos imunológicos na doença vascular do enxerto não estão totalmente elucidados, e considera-se que há uma etiologia multifatorial neste processo. A Coronariografia é o método diagnóstico mais freqüente utilizado para identificar o local e grau de severidade da doença vascular do enxerto. Sendo assim, destacamos a necessidade de vigilância contínua com exames clínico, laboratoriais, eletrocardiografia e cineangiocoronariografia.

P-105

TAMPONAMENTO CARDÍACO CAUSADO POR CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM RECÉM-NASCIDO

LUIZ CARLOS SILVA JÚNIOR, PAULO SERGIO TAJRA CORTELLAZZI, MAIRA SOARES FERRAZ, LUCAS CABRAL DOS SANTOS MIRANDA

MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA

Relato de caso: Paciente nascido de parto cesariano, idade gestacional de 39 semanas e 3 dias, sexo masculino, peso ao nascimento: 3450 g, comprimento: 49cm, perímetro cefálico: 35cm, perímetro torácico: 27cm, APGAR de 3 no primeiro minuto e 5 no quinto minuto, necessitou de reanimação. Apresentou desconforto respiratório devido Síndrome de Aspiração do Mecônio (SAM). No 2º dia de vida foi admitido, em caráter de urgência, na UTIN devido a anóxia grave e a insuficiência respiratória. No 7º dia de vida foi realizado ecocardiograma que revelou hipertensão pulmonar severa. O mesmo evoluiu com melhora após tratamento da hipertensão pulmonar e foi transferido para unidade de cuidados intermediários. No 9º dia de vida foi introduzido um cateter PICC no ramo da veia cefálica. Após inserção, foi realizada radiografia com bom posicionamento do cateter. No 12º dia de vida, o recém-nascido evoluiu com má perfusão periférica, desconforto respiratório, cianose, hipotensão e hipotermia. O mesmo foi intubado e encaminhado para UTIN onde realizou radiografia de tórax, ecocardiograma e iniciou suporte hemodinâmico. A radiografia evidenciou deslocamento do cateter para o interior do coração e o ecocardiograma revelou derrame pericárdico com tamponamento, disfunção diastólica grave e compressão extrínseca de câmaras direitas. Foi indicado pericardiocentese. A punção cardíaca sob visualização ecocardiográfica extraiu 34 ml de líquido hialino do pericárdio. Observou-se melhora clínica imediata após a pericardiocentese. A análise do líquido pericárdico não apresentou células e proteínas; foi evidenciado glicose em quantidades elevadas.**Conclusão:** A hipótese de tamponamento deve ser considerada para qualquer recém-nascido com PICC, que apresente bradicardia, hipotensão, queda de saturação ou parada cardíaca. A elevada mortalidade está associada ao retardo do diagnóstico, sendo 75% quando a pericardiocentese não é realizada. A instituição de medidas de melhorias nos processos assistências, tais como análise criteriosa da indicação do cateter, radiografias para confirmar o posicionamento e após tracionamento, documentação da posição da ponta nas radiografias realizadas durante a internação e remoção do cateter assim que possível, auxilia a redução de complicações associadas aos procedimentos inerentes a uma UTIN e essenciais ao tratamento do recém-nascido prematuro.

P-106

METAHEMOGLOBINEMIA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA PEDIÁTRICA DURANTE SUPORTE COM OXIGENAÇÃO POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA

GUILHERME VIOTTO RODRIGUES DA SILVA, VANESSA ALVES GUIMARÃES, LUIZ FERNANDO CANEO, FILOMENA REGINA GALAS

INCOR-HCFMUSP

Introdução: Metahemoglobinemia é caracterizada por um aumento de metahemoglobina (MtHb) no plasma, causando um estado de anemia funcional e hipóxia. As causas do aumento sérico de MtBh podem ser genéticas, idiopáticas ou devido algum agente externo, como o óxido nítrico (NO). Neste relato apresentamos o caso de um recém-nascido que necessitou de suporte com oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) devido disfunção ventricular após circulação extracorpórea (CEC) como ponte para recuperação e evoluiu com metahemoglobinemia pelo uso de NO. Descrição do Caso: Paciente portador de transposição das grandes artérias, foi submetido à cirurgia de Jatene no 21° dia de vida. Após saída de CEC observou-se hipoxemia e disfunção biventricular. Reentada em CEC e após estabilização com drogas vasoativas e introdução de óxido nítrico (NO), nova tentativa de saída de assistência foi realizada, sem sucesso. Optou-se por instalação de ECMO venoarterial (VA). Cursou com melhora da função biventricular sendo realizada retirada de assistência no 6° dia de pós-operatório (PO). Entretanto apresentou hipotensão e bradicardia refratária às medidas realizadas, evoluindo com parada cardiorrespiratória (PCR) e optado por reinstalação de ECMO (ECPR). Evoluiu com disfunção de múltiplos órgãos e no 21° PO apresentou sangue de coloração escurecida no circuito de ECMO, cianose e diminuição da saturação periférica de oxigênio refratárias aos ajustes da ECMO. Na avaliação gasométrica, mantinha níveis normais de pressão e saturação arterial de oxigênio. Diagnosticada metahemoglobinemia com nível máximo de MtBh sérico de 16%. Para o tratamento foi administrado azul de metileno e realizada exsanguineotransfusão. No 23° PO evoluiu com PCR não responsiva às medidas de ressuscitação realizadas, sendo constatado óbito. **Comentários:** A metahemoglobinemia é caracterizada por cianose e baixo débito cardíaco. A molécula de MtBh é incapaz de carrear oxigênio, causando um desvio à esquerda da curva de dissociação da hemoglobina. Valores normais de MtHb no plasma são menores que 1%. Cianose se faz presente em valores próximos a 10%, sendo que sintomas e sinais se tornam mais exuberantes conforme ocorre o aumento no nível sérico de MtHb. Pacientes que utilizam óxido nítrico no pós-operatório de cirurgia cardíaca pediátrica devem ter monitorização padronizada e cuidados específicos dos níveis de MtHb, principalmente naqueles pacientes que fazem uso de dosagens elevadas de NO.

P-107

MÚLTIPLOS RABDOMIOMAS CARDÍACOS EM NEONATO E OBSTRUÇÃO DA VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO ESQUERDO ASSOCIADO A DISFUNÇÃO VENTRICULAR

VIVIANE BASTOS PAIXAO, ELYSIO MORAES GARCIA, LUCIANY ALMEIDA DE CARVALHO, LUCIANE DOS SANTOS CLAUDINO

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA

M.N.S, feminino, natural e procedente de Brasília-DF, nascida no Hospital Materno-Infantil, de parto cesárea, termo (39semanas), APGAR: 8 e 9, Peso: 3.515g. Tinha diagnóstico de múltiplos tumores intracardíacos em ecocardiografia fetal realizada com 35 semanas. Mãe portadora de esclerose tuberosa. Evoluiu ao nascimento com desconforto respiratório precoce com melhora após oferta de oxigênio sob máscara, sendo possível suspensão do mesmo ainda na primeira hora de vida. Ao exame físico apresentava sopro sistólico ejetivo 1+/6 na topografia de via de saída do ventrículo esquerdo, hepatomegalia 2cm e pulsos de boa amplitude.
Realizou ecocardiograma no 1°dia de vida que evidenciou múltiplas massas com característica de rabdomiomas, a maior localizada na parede lateral do ventrículo esquerdo com extensão para a cavidade, via de entrada e via de saída, ocasionando obstrução acentuada do fluxo da via de saída e discreta da via de entrada, sendo o gradiente máximo VE/VSVE/AO estimado pelo Doppler contínuo de 23 mmHg (podendo estar subestimado em virtude da disfunção do VE). Haviam outros tumores menores localizados na região médio apical da parede lateral do VE e outro na região apical, além de outros no átrio esquerdo e no ventrículo direito, sem ocasionar obstruções. Ventrículo esquerdo apresentava ainda dilatação e hipocontratilidade difusa de suas paredes (FE = 34%).
Foram iniciados milrinona e prostaglandina, paciente permaneceu todo o período em ar ambiente e sem sinais clínicos de baixo débito cardíaco.
Em 16/05 transferido para Unidade de Cardiologia de referência, ICDF, onde foi suspensa prostaglandina e milrinona. Reiniciada milrinona por baixo débito cardíaco e ICC. Recebeu alta para enfermaria da pediatria após discussão clínico-cirúrgica onde foi optado por conduta expectante. Alta do ICDF em 10/06/2016 em uso de furosemida e captopril.
Permanece em acompanhamento clínico, ganhando peso, sem sinais de baixo débito, com melhora da dilatação/ função ventricular e regressão dos tumores conforme ecocardiograma realizado dois meses após diagnóstico inicial.

P-108

TUMOR CARDÍACO PRIMÁRIO - UMA CONDUTA EXPECTANTE

MAIRA GUIMARES CORRADI, MARINA PINHEIRO ROCHA FANTINI, ROBERTO MAX LOPES, JULIANA AKEME TOITIO

BIOCOR INSTITUTO

Os tumores cardíacos primários são raros, apresentam incidência de 0,17% na população pediátrica. Os tipos mais comuns nessa faixa etária são os rabdomiomas, mixomas, fibromas e teratoma pericárdico. Predominantemente benignos, os tumores cardíacos primários possuem o potencial de gravidade de acordo com sua localização podendo ainda estar associados à doença sistêmica generalizada, embolia periférica ou à cardiopatias congênitas. No presente estudo, relatamos o caso de um RNT, PIG, nascido de parto normal em 8/03/2015. Ao primeiro exame foi notado taquipnéia, Sat O2 88-90% e sopro sistólico grau III/VI. Ecocardiograma identificou atresia da valva pulmonar com septo interventricular íntegro, ventrículo direito hipoplásico e múltiplas imagens em ventrículo esquerdo (VE), compatíveis com tumor cardíaco, sem sinais de obstrução da via de saída do VE. Notado ainda máculas hipocrômicas em dorso, região axilar e no quadril. Tomografia de crânio evidenciou lesão hiperdensa, com realce ao contraste periventricular. Paciente foi submetido no dia 24/03/2015 à cirurgia de Blalock modificado à esquerda e evoluiu bem do ponto de vista cardiológico. Ecocardiograma no pos operatório evidenciou importante redução da massa tumoral. **Objetivo:** revisar os principais tumores cardíacos primários ilustrando com um relato de caso. Método: as informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário e da literatura. **Discussão:** A principal hipótese diagnóstica do presente caso é o rabdomioma (tumores múltiplos, bem circunscrito, não capsulado, intramural ou intracavitários). A repercussão clínica relaciona-se ao número, posição e tamanho dos tumores e, em 59-80%, os rabdomiomas se associam à esclerose tuberosa. O tumor cardíaco primário nem sempre precisa ser abordado de forma cirúrgica. A conduta expectante pode ser uma opção terapêutica.

P-109

COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR COM INSUFICIÊNCIA MITRAL ACENTUADA E APRESENTAÇÃO TARDIA: DIFICULDADES NA INTERPRETAÇÃO DO TIPO DE HIPERTENSÃO PULMONAR

RAPHAEL CORTACIO SIMAS JUNIOR, MARINA BERLINGER SARAIVA, ANA MARIA THOMAZ, ANTÔNIO AUGUSTO LOPES

INSTITUTO DO CORAÇÃO HC-FMUSP

Introdução: Em uma comunicação interventricular não restritiva, a relação Qp/Qs costuma ser superior a 2,5/1. Há sobrecarga de volume do ventrículo esquerdo, com elevação das pressões (e da resistência vascular) pulmonares. Inicialmente, os sinais de insuficiência cardíaca congestiva predominam. Na evolução, para o aumento progressivo da resistência arterial pulmonar, os elementos congestivos diminuem e pode surgir hipoxemia em graus variados. A associação com insuficiência da valva mitral pode dificultar o reconhecimento da condição de hiper-resistência vascular pulmonar. **Objetivo:** Relatar o caso de uma criança com defeito septal ventricular, com diagnóstico tardio e hipertensão arterial pulmonar estabelecida. Mostrar que a associação com insuficiência importante da valva mitral pode trazer sinais de insuficiência cardíaca congestiva, dificultando o reconhecimento da resistência vascular pulmonar elevada. **Caso:** Paciente com 3 anos e 1 mês, sexo feminino, diagnóstico de comunicação interventricular muscular trabecular de 15 mm e insuficiência mitral acentuada. Desenvolvimento pondo-estatural inadequado, congestão pulmonar presente, hipoxemia discreta com saturação de oxigênio em ar ambiente, 90%. Exame físico: Tórax simétrico; presença de retrações de fúrcula e subcostais. Precórdio: estalido protosistólico pulmonar, segunda bulha hiperfonética, P2 > A2; sopro sistólico tipo regurgitação, acentuado, em foco mitral. **Discussão:** Os defeitos septais ventriculares não restritivos, quando não reparados precocemente, evoluem com hipertensão arterial pulmonar em 50% dos casos ou mais. O diagnóstico tardio (acima de 2 anos), a ausência de congestão pulmonar, a hipoxemia em graus variados e a presença de "shunt" bidirecional em geral estão relacionados a elevação da resistência vascular pulmonar. A ocorrência de insuficiência mitral acentuada perpetua os sinais de congestão pulmonar, mesmo com elevação significante da resistência vascular pulmonar. Nos casos de dúvida diagnóstica, o cateterismo torna-se imperativo para diferenciar hiperfluxo de hiper-resistência vascular pulmonar. O caso foi indicado para procedimento cirúrgico corretivo (com o cuidado de se deixar uma pequena comunicação residual), concluindo que benefícios poderiam ser agregados em médio prazo, sobretudo considerando-se perspectivas de desenvolvimento da criança.

P-110

ARTERITE DE TAKAYASU EM RECÉM NASCIDO, UM DIAGNÓSTICO A SE SUSPEITAR

FELIPE AUGUSTO CAMPOS GUIMARAES, CAMILA MARIA PAIVA FRANCA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FRANCISCA MENDES

Introdução: a Arterite de Takayasu (AT) é uma vasculite de grandes vasos, acometendo principalmente a Aorta, seus ramos principais e artéria pulmonar e seus ramos. É a terceira vasculite mais comum na infância, rara nos menores de 10 anos (apenas 2% dos casos), de etiologia desconhecida, prevalência maior na população asiática, nas mulheres e entre a segunda e terceira décadas de vida. O quadro clínico na infância é mais inespecífico e o diagnóstico baseado em critérios clínicos e radiológicos. O tratamento é realizado com imunossupressão, mesmo assim, podendo evoluir com progressão das lesões. **Relato de caso:** paciente feminina, 1 ano e 7 meses, internação em UTI no período neonatal devido asfixia neonatal leve, à época realizado ecodopplercardiograma com achados anormais em vasos da base. Paciente apresentava-se assintomática do aparelho cardiovascular e manteve acompanhamento irregular. Aos 4 meses iniciou quadro de inflamação sistêmica e insuficiência cardíaca sendo internada. Realizada angiotomografia cardíaca e dos vasos da base com achados de espessamento de parede da Aorta, dilatação importante de Tronco braquiocefálico,estenoses em Aorta descendente próxima ao istmo e próxima a transição tóracoabdominal, intercaladas por segmentos ectasiados. Prescrita corticoterapia, porém mãe mantinha acompanhamento irregular de consultas e uso descontinuado de medicação, evoluindo a criança com várias internações em UTI, desnutrição grave e atraso importante do desenvolvimento. Durante a última internação com 1 ano e 4 meses, recebeu pulsoterapia com metilprednisolona por 3 dias, e, após início de acompanhamento conjunto com reumatologista pediátrico, mantida corticoterapia oral com prednisolona 2 mg/kg/dia e metotrexate 5 mg por semana associado, evoluindo, então, com melhora significativa do quadro sistêmico. **Comentários:** trata-se de um caso raro de AT de apresentação neonatal, sendo o diagnóstico desta vasculite, de forma precoce, de suma importância para início de imunossupressão e redução da morbimortalidade. Nos casos de evolução no período neonatal e lactância, devido sintomas mais inespecíficos, muitas vezes o diagnóstico da AT é postergado. Neste relato, a suspeita clínica de AT foi ao ecodopplercardiograma realizado na maternidade, por outros motivos. Mesmo com diagnóstico precoce, devido acompanhamento irregular, o tratamento foi iniciado de forma tardia.

P-111

TETRALOGIA DE FALLOT EM PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME DE EDWARDS APÓS O PRIMEIRO ANO DE VIDA - RELATO DE CASO

GUSTAVO HENRIQUE BELARMINO DE GOES, HYGOR DUARTE DE LEMOS, JULIANA RODRIGUES NEVES, CATARINA VASCONCELOS CAVALCANTI

PRONTO-SOCORRO UNIVERSITÁRIO PROFESSOR LUIZ TAVARES PROCAPE; FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS/UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

Introdução: A Síndrome de Edwards (SE), caracterizada pela trissomia do cromossomo 18, é uma entidade pouco frequente, com incidência de 1/8.000 nativivos. Há maior incidência no sexo feminino. Cerca de 95% dos embriões portadores dessa trissomia evoluem para aborto espontâneo. Dos que chegam ao nascimento, 97% morrem logo na primeira semana. Além dos achados neurológicos (como alterações cerebelares e hidrocefalia), podem ocorrer cardiopatias congênitas, como a Tetralogia de Fallot. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 1 ano e 3 meses, 6,3 kg, apresentou episódio de hipertonia dos 4 membros e desvio do olhar para cima. Apresentou crise convulsiva com hipertonia dos 4 membros e desvio do olhar para cima. Ao exame neurológico a paciente mostrou-se alerta e com bom contato visual. Apresentava fácies sindrômica (aumento de diâmetro ântero-posterior do crânio com occipital proeminente, fendas oculares oblíquas, implantação auricular baixa e micrognatia). Paciente com estado geral regular, hipocorada (1+/4+), cianótica (1+/4+), precórdio calmo, ritmo cardíaco regular, B2 única e sopro sistólico (3+/6+) em borda esternal esquerda. Eletrocardiograma de admissão mostrou ritmo sinusal, desvio de eixo para direita e sobrecarga de ventrículo direito. Observou-se em radiografia de tórax cardiomegalia discreta à custa de ventrículo direito (VD) e vascularização pulmonar reduzida. O Ecocardiograma Transtorácico mostrou comunicação interventricular subaórtica, com aorta cavalgando 40% do septo interventricular, estenose pulmonar infundíbulo-valvar e hipertrofia de VD. Todos esses achados caracterizam a tetralogia de Fallot. Como a paciente já havia ultrapassado o 1º ano de vida e superado os 90% dos pacientes com SE que morrem nos primeiros 12 meses, após amplo debate entre vários médicos, decidiu-se pelo tratamento da cardiopatia. Após a cirurgia de correção total da T4F a paciente evoluiu clinicamente bem e recebeu alta após 30 dias de acompanhamento pós-operatório. **Conclusões:** A confirmação do diagnóstico clínico da Síndrome de Edwards depende do estudo cromossômico. A intervenção cirúrgica para correção completa da Tetralogia de Fallot pode ser uma boa opção para os pacientes que superarem o primeiro ano de vida.

P-112

SÍNDROME DAS ARTÉRIAS TORTUOSAS: ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO EM UMA PACIENTE BRASILEIRA PEDIÁTRICA

GABRIEL FRANCISCO PENA VILA LIMA, ANNA CHRISTINA DE LIMA RIBEIRO, JOSE FERNANDO CAVALINI, RAUL ARRIETA

INCOR

A Síndrome das artérias tortuosas (SAT) é uma doença do tecido conectivo, autossômica recessiva devido a mutações no gene SLC2A10. É extremamente rara e caracterizada pela tortuosidade e alongamento das artérias de grande e médio calibre, propensão para formação de aneurismas, dissecção vascular, e estenose da aorta e/ou das artérias pulmonares. Outras manifestações típicas são anormalidades craniofaciais, esqueléticas, articulares e dermatológicas. A proposta deste relato é descrever um caso com diagnóstico suspeito de ATS em uma criança de 5 anos que foi encaminhada a um serviço de referência e evoluiu com hipertensão arterial sistêmica e claudicação intermitente em membros inferiores consequente a doença arterial difusa e seu manejo; além de revisar as propostas atuais para abordagem desta doença.
O tratamento da SAT depende da apresentação clínica e grau de acometimento. Para melhor delineamento e entendimento clinico e terapêutico, é de suma importância adivulgação de casos prováveis e definidos, dado a raridade da doença e amplo espectro de apresentação. Assim, a estratégia de tratamento descrita pode ser considerada como opção terapêutica em casos clínicos semelhantes ao relatado.
Palavras-chave: Síndrome das artérias tortuosas (SAT), malformações cardiovasculares, tortuosidades

P-113

DRENAGEM ANÔMALA TOTAL DAS VEIAS PULMONARES ASSOCIADA A ESTENOSE PULMONAR VENOSA EM LACTENTE - RELATO DE CASO

HYGOR DUARTE DE LEMOS, GUSTAVO HENRIQUE BELARMINO DE GOES, JULIANA RODRIGUES NEVES, CATARINA VASCONCELOS CAVALCANTI

PRONTO-SOCORRO UNIVERSITÁRIO PROFESSOR LUIZ TAVARES PROCAPE; FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS/UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

Introdução: A Drenagem Anômala Total das Veias Pulmonares (DATVVPP) corresponde a cerca de 2,0% das cardiopatias congênitas e se acompanha de comunicação interatrial praticamente obrigatória A DATVVPP pode apresentar diversas variantes anatômicas, sendo as mais frequentes a supracardíaca e cardíaca. **Descrição do caso:** Paciente feminina, 3 meses, 3,1 Kg, encaminhada ao serviço após história de infecção de vias aéreas superiores de repetição, com tosse, secreção e dispnéia há 8 dias. Ao exame físico, apresentava estado geral regular, anictérica, cianótica leve, afebril ao toque, hidratada, hipocorada (+/4+), pulsos normais. Ao exame cardiovascular: ritmo cardíaco regular em dois tempos, com sopro sistólico em borda esternal esquerda alta, rude e ejetivo (4+/6+). A ausculta pulmonar evidenciou murmúrio vesicular presente em ambos os hemitórax, sem ruídos adventícios. No Ecocardiograma de admissão foi detectada drenagem anômala total de veias pulmonares em veia cava superior, dilatação importante das câmaras direitas, hipertrofia ventricular direita importante, insuficiência tricúspide de grau leve e estenose pulmonar venosa. Na Tomografia Computadorizada do tórax foi evidenciada DATVVPP, em uma veia vertical que desembocava na veia braquiocefálica e esta, em veia cava superior. O procedimento cirúrgico de correção da DATVVPP e da EPV ocorreu sem intercorrências. Ao exame físico no primeiro dia pós-operatório, apresentou estado geral comprometido, acianótica, hipocorada (2+/4+) e quadro de desidratação. O exame cardiovascular apresentou como alteração um sopro sistólico (2+/6+) em borda esternal esquerda e atrito pericárdico. Ecocardiograma pós-operatório demonstrou anastomose da veia pulmonar comum e átrio esquerdo com fluxo laminar, disfunção sistólica leve do ventrículo direito e mínima comunicação interatrial Ostium Secundum. Após 18 dias na Unidade de Terapia Intensiva pós-operatória, foi readmitida na enfermaria pediátrica, onde evoluiu com melhora do estado geral até o dia da alta. **Conclusões:** A Drenagem Anômala Total das Veias Pulmonares requer tratamento cirúrgico no período neonatal, sendo, portanto, raramente detectada na vida adulta. O tratamento da Estenose Pulmonar Venosa, quando associada, é de fundamental importância para a evolução clínica dos pacientes.

P-114

INTERRUPÇÃO DO ARCO AÓRTICO EM CRIANÇA DE 9 ANOS

VIRGINIA MOREIRA BRUNO LOURENCO, MELINA TERTULINO DE LIMA, MARCELO MATOS CASCUDO, ITAMAR RIBEIRO DE OLIVEIRA

INCOR

Introdução: A interrupção do arco aórtico é uma malformação rara, e corresponde a 1% de todas as cardiopatias congênitas. Frequentemente, ocorre em associação com outras doenças cardíacas congênitas, principalmente comunicação interventricular. A apresentação tardia dessa condição é incomum, havendo poucos relatos de diagnóstico após a primeira infância. Corresponde a uma forma extrema de coarctação de aorta, em que há atresia ou ausência de um segmento do arco. Para que o fluxo para aorta descendente seja mantido é necessária uma rede de circulação colateral satisfatória. **Descrição do caso:** paciente de 9 anos com queixa de cefaleia e dor em membros inferiores. Na primeira consulta apresentava-se hipertenso (pressão arterial 140 x 90 mmHg). Os sintomas começaram aos 8 anos de idade. O cateterismo cardíaco evidenciou oclusão da aorta descendente após a origem da artéria subclávia esquerda; artéria mamária muito desenvolvida irrigando a aorta distal; aorta de bom calibre após a interrupção. Foi submetido à istmoplastia aórtica com interposição de tubo de Dacron, com evolução favorável no pós operatório tardio. **Comentários:** a interrupção do arco aórtico raramente é encontrada de forma isolada fora do período neonatal, uma vez que é condição dependente de canal arterial na maioria dos casos. O desenvolvimento da artéria mamária, nesse caso, possibilitou fluxo para a porção da aorta distal à interrupção e, consequentemente, a apresentação clínica com escassez de sintomas.

P-115

SITUS SOLITUS COM DEXTROCARDIA EM CARDIOPATIA COMPLEXA - RELATO DE CASO

GUSTAVO HENRIQUE BELARMINO DE GOES, HYGOR DUARTE DE LEMOS, DARIO CELESTINO SOBRAL FILHO, CATARINA VASCONCELOS CAVALCANTI

PRONTO-SOCORRO UNIVERSITÁRIO PROFESSOR LUIZ TAVARES PROCAPE; FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS/UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

Introdução: A dextrocardia é uma malformação embriológica que se caracteriza pelo deslocamento do eixo maior do coração para o lado direito do tórax com reversão da inclinação apical. A incidência de dextrocardia com situs solitus é de 1: 300.000 nativivos e 1: 900.000 na população adulta. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 3 meses e 12 dias, nascido de parto cesáreo e evoluindo com cianose. Na maternidade recebeu diagnóstico ecocardiográfico de cardiopatia complexa canal dependente, necessitando de prostaglandina venosa contínua. Na admissão do hospital de referência foi realizado Ecodopplercardiograma que identificou situs solitus com dextrocardia, conexão atrioventricular discordante, conexão ventrículo-arterial anormal tipo via de saída única aórtica do ventrículo direito, atresia pumonar, insuficiência aórtica leve, ampla comunicação interventricular, forame oval patente e persistência do canal arterial. Foi submetido, então, a anastomose de Blalock-Taussig sem ligadura do canal arterial. Paciente evoluiu com diurese limítrofe, ficando edemaciado. Foi iniciada Furosemida®, com melhora da diurese e do edema. Dezoito dias depois recebeu alta hospitalar em boas condições clínicas e hemodinâmicas. Após dois dias foi readmitido por queda de saturação e irritabilidade. Apresentou um pico febril e, posteriormente, seria submetido a cateterismo cardíaco para implante de stent em canal arterial, porém o procedimento não foi realizado por dificuldades anatômicas da criança. Após 48 horas foi submetido a reoperação para substituição de stent. Em pós-operatório imediato evoluiu com sangramento pelo dreno, acidose metabólica e redução de diurese, em anasarca. Feito Plasma Fresco Congelado uma vez, Protamina® e Furosemida®, evoluindo com regressão de edema e estabilidade hemodinâmica, recebendo alta hospitalar vinte dias depois. **Conclusões:** Na dextrocardia, dois terços do coração encontram-se localizados no hemitórax direito e o eixo cardíaco direciona-se para a direita. As malformações cardíacas mais frequentemente associadas são: anomalias venosas pulmonares ou sistêmicas, defeitos de entrada.

P-116

TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITÁRIA COM PRESENÇA DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA PULMONAR COMPLICADA COM MENINGITE POR PREVOTELLA LOESCHEII: UM RELATO DE CASO ORIGINAL

JOAO CARLOS GEBER JUNIOR, CÉLIO DE FARIA JÚNIOR, ROBERTO HEBER LOPES DE CARVALHO

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE; HOSPITAL SÃO FRANCISCO; LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA

Introdução: A síndrome de Rendu-Osler-Weber ou Telangiectasia Hemorrágica Hereditária (THH) é uma desordem autossômica dominante com prevalência de 1:10.000 casos. Na maioria dos casos há mutação em um de dois genes requeridos no processo normal de angiogênese e a desregulação desse processo pode estar relacionada a elevação do fator de crescimento endotelial. O diagnóstico segue os critérios de Curaçao: epistaxe, história familiar, telangiectasias cutaneomucosas (TCM) e lesões viscerais. Em geral testes genéticos não são necessários. Dentre as lesões viscerais estão as malformações arteriovenosas (MAV): pulmonar (MAVP), de trato gastrointestinal e cerebral, mas podem acometer virtualmente qualquer órgão. O objetivo deste trabalho é relatar um desfecho fatal por meningite em paciente portador de THH devido à complicação de MAVP. **Relato:** E.,14 anos, masculino, acompanhado pela Cardiologia Pediátrica; portador de THH apresentando malformações arteriovenosas (MAVs) pulmonares, shunt cardíaco direito-esquerdo e doença pulmonar obstrutiva crônica. Foi admitido em serviço de emergência apresentando hematêmese há 2 horas. Durante investigação evoluiu com choque, sendo admitido em Unidade de Tratamento Intensivo. Após três dias, evoluiu com melhora da hemorragia, porém desenvolveu quadro neurológico, sendo diagnosticado como meningite. O líquido cefalorraquidiano (LCR) foi colhido e iniciado vancomicina e meropenem. O LCR estava purulento e a cultura negativa; observou-se bacilos gram-negativos, intra e extracelulares; diagnóstico molecular por sequenciamento do gene 16s rRNA do LCR: Prevotella loescheii. Tomografia de crânio sem alterações. Evoluiu para o óbito ao décimo primeiro dia de internação hospitalar. **Comentários:** As lesões patológicas da THH consistem em dilatação de vasos, sendo as telangiectasias e MAVs típicas da patologia. Devido a penetrância gênica e expressividade variáveis, pode causar dúvidas diagnósticas. Embora mais comuns em pacientes adultos, TCMs podem ocorrer na infância. MAVP tem prevalência que varia entre 15-33% nos pacientes com THH. A doença é responsável por 80% dos MAVPs na população geral, portanto, tal achado deve suscitar investigação de THH. Devido ao shunt direito-esquerdo há perda da função de filtro dos capilares pulmonares permitindo que êmbolos de coágulo e bactérias ganhem a circulação sistêmica e aumente o risco de eventos neurovasculares e infecções do sistema nervoso central, como meningite e abcesso cerebral.

P-117

HIDROPSIA FETAL ASSOCIADA A FORMA GRAVE DE ANOMALIA DE EBSTEIN. RELATO DE CASO

ROGÉRIO MARINHO MENDES, PATRICIA DE BARROS, RALPH BITTENCOURT COUTINHO

MATERNIDADE MARIANA BULHOES

Introducão: A anomalia de Ebstein é uma das malformações de pior prognóstico durante a vida fetal. Quando se apresenta na sua forma grave, é frequente a insuficiência cardíaca fetal com hidropsia caracterizada por ascite, derrame pleural e pericárdico, edema de pele e de couro cabeludo. **Descrição do caso:** Gestante primigesta com 6 consultas de pré natal,sem comorbidades. USG morfológica do terceiro trimestre evidenciava arritmia fetal intermitente, derrame pericárdico, derrame pleural e moderada ascite fetal. Neonato nasceu prematuro de 35 semanas e 5 dias, via cesárea, peso de 2670 g, AIG, sendo reanimado na sala de parto com ventilação e intubação orotraqueal por bradicardia e apnéia. Encaminhado à UTI neo, onde foram iniciados: Furosemida. alprostadil e dobutamina. O ecocardiograma evidenciava um forame oval pérvio não restritivo; um folheto anterior tricúspideo amplo e redundante mas com sua movimentação restrita devido a poucas de cordas tendíneas e folhetos septal e posterior com importante deslocamento apical e de difícil visualização por estarem aderidos a parede ventricular, com importante atrialização do VD e grave regurgitação valvar, observava-se hipoplasia de artéria pulmonar associada. Apresentou episódios de tsv sendo iniciado amiodarona primeiro para reversão e depois dose de manutenção. A usg torácica evidenciava derrame pleural volumoso à direita, e usg abdominal com hepatomegalia moderada. Foi realizada drenagem torácica à direita. O RN permaneceu internado por 29 dias, em ventilação mecânica,sendo realizado dois esquemas de ATB. Manteve-se em uso de Alprostadil, dobutamina e adrenalina, porém evoluiu ao óbito após 29 dias de vida por piora da ICC com instabilidade hemodinâmica grave. O RN aguardava vaga em serviço de cirurgia cardíaca porém não apresentou condições clínicas para transferência. **Comentários:** a anomalia de Ebstein nas formas graves constitui-se como uma das causas de hidropsia fetal. É fundamental o dignóstico pré natal para referenciamento da gestante para serviços terciários de preferência com atendimento especializado de cirurgia cardíaca. O tratamento cirúrgico tende a ser conservador através de plastia da tricúspide e plicadura ventricular, também quando existe acometimento da musculatura do ventrículo direito a derivação cavopulmonar bidirecional torna-se uma opção. As famílias devem estar cientes que o Ebstein nas suas formas mais graves tem prognóstico reservado.

P-118

CARDIOMIOPATIA NÃO COMPACTADA DE VENTRÍCULO ESQUERDO COM OBSTRUÇÃO MESO-VENTRICULAR

LIVIA DE CASTRO RIBEIRO, ADRIANA FURLETTI MACHADO GUIMARÃES, CAROLINA RIBEIRO COSTA, MARLI CONCEIÇÃO SILVA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

Introdução: Cardiomiopatia não compactada (CMNC) é geneticamente determinada, caracterizada por proeminentes trabeculações miocárdicas e recessos intertrabeculares e corresponde a cerca de 10% das cardiomiopatias (CM). Relatamos o caso de uma forma incomum de CMNC do ventrículo esquerdo (VE). **Descrição do Caso:** Criança de 7 anos, feminina, assintomática, com sopro auscultado aos três anos. Ao exame clínico apresentava-se em bom estado geral, eupneica, pulsos e bulhas normais, ritmo cardíaco regular, sopro sistólico ejetivo III/VI em borda esternal esquerda. Exame ecocardiográfico (ECO): rede esponjosa de fibras entrelaçadas na porção meso-apical do VE, com aspecto de criptas, detectando-se gradiente local máximo de 86mmHg e hipocontratilidade apical importante. Função sistólica global preservada pelo Teichholz e anormal pelo strain bidimensional (-13,1%). Ressonância magnética (RM): trabeculaçõesexacerbadas no VE com importante hipocontratilidade global e segmentar médio-apical e aneurisma apical, sugestivo de CMNC. Criança evoluindo com palpitações e dor torácica atípica, em classe funcional II (NYHA). Em uso de furosemida, AAS e enalapril. **Comentários:** A não compactação do miocárdio ocorre na fase precoce da morfogênese ventricular. Pode associar-se a outras CM, síndrome genética, doença neuromuscular e metabólica. As trabeculações exuberantes reduzem o espaço intracavitário ventricular, causando disfunção diastólica. A hipoperfusão endocárdica e alterações da microcirculação são responsáveis pelo desenvolvimento de arritmias e disfunção sistólica. O diagnóstico de CMNC é realizado segundo critérios ecocardiográficos bem estabelecidos. A RMN confirma o diagnóstico e identifica focos de fibrose subendocárdica, útil na estratificação de risco de arritmias. O Holter de 24 horas anual identifica arritmias assintomáticas. Os diagnósticos diferenciais são CM hipertrófica, dilatada, arritmogênica e restritiva, trombos, hematomas, tumores e cordas tendíneas aberrantes. Não existe tratamento específico para a CMNC. Devem ser usados IECA e betabloqueador na presença de disfunção de VE. Antiagregante plaquetário deve ser indicado para prevenção de fenômenos tromboembólicos. O caso relatado não é uma forma típica de CMNC pois não apresenta continuidade entre a porção trabecular mesoventricular e miocárdio apical. A investigação de familiares deve ser feita com ECO e ECG em parentes de primeiro grau.

P-119

TRATAMENTO DE DEFEITO DO SEPTO ATRIOVENTRICULAR TOTAL TIPO A DE RASTELLI E COMUNICAÇÃO INTERATRIAL TIPO OSTIUM SECUNDUM EM PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME DE DOWN - RELATO DE CASO

GUSTAVO HENRIQUE BELARMINO DE GOES, HYGOR DUARTE DE LEMOS, DARIO CELESTINO SOBRAL FILHO, CATARINA VASCONCELOS CAVALCANTI

PRONTO-SOCORRO UNIVERSITÁRIO PROFESSOR LUIZ TAVARES PROCAPE; FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS/UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

Introdução: Cerca de 40% das crianças que possuem síndrome de Down desenvolvem uma cardiopatia congênita, como o Defeito do Septo Atrioventricular Total (DSAVT). Esta doença constitui uma cardiopatia congênita acianogênica de hiperfluxo pulmonar. O DSAV de forma total, como no presente caso, caracteriza-se por uma válvula atrioventricular única com cinco folhetos, comunicação interatrial ostium primum e comunicação interventricular de via de entrada. **Relato de caso:** Paciente feminina, 3 meses, 3,8 kg, portadora de Síndrome de Down com DSAVT, apresenta dispnéia importante desde o nascimento. Foi medicada com Furosemida®, Digoxina® e Captopril®. Ao exame clínico apresentava-se estado geral regular, emagrecida, hipocorada (1+/4+), taquidispinéica (3+/6+), fígado palpável (a 2,5 cm do apêndice xifóide e rebordo costal direito), pulsos normais, sopro sistólico (3+/6+) em borda esternal esquerda baixa. Ecocardiograma Transtorácico de admissão constatou anormalidades compatíveis com DASVT com comunicações interatriais - Ostium primum (6 mm de diâmetro), CIV de via de entrada e valva AV única com dois jatos regurgitantes, além de uma CIA tipo e Ostium secundum e presença de discreto derrame pericárdico relacionado ao átrio direito. Na Radiografia de tórax em AP foi constatada área cardíaca aumentada, além hiperfluxo e congestão pulmonar. Foi encaminhada para correção cirúrgica, após a qual evoluiu em boas condições clínicas. Na avaliação cardiovascular apresentou precórdio sem abaulamentos, ictus normal, ruído cardíaco regular em dois tempos, com sopro sistólico (2+/4+) em borda esternal esquerda alta. Murmúrio vesicular presente em ambos hemitórax, sem ruídos adventícios. Pulsos palpáveis e simétricos, recebendo alta 15 dias após a cirurgia. **Conclusões:** Como forma de tratar o manuseio correto do DSAVT é a correção cirúrgica, que deve ser realizada de preferência antes dos 6 meses de idade, como forma de tratar a insuficiência cardíaca. O procedimento não deve ser adiado devido ao risco de ocorrência de doença vascular pulmonar.

P-120

LESÃO DO ESQUELETO FIBROSO, DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

ALEXANDRE MARQUES ABLA, GABRIELA DE MESQUITA FERREIRA BERNARDO, VIVIANE CAMPOS BARBOSA DE SENA

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

O esqueleto fibroso, trata-se de estrutura fibrosa na base do coração que compreende os anéis das válvulas átrio ventriculares e 2 trígonos, o direito juntamente com septo membranoso forma o chamado corpo fibroso central onde penetra o feixe de condução e o esquerdo situa-se junto a área de continuidade fibrosa mitro aórtica. A raiz da aorta situa- se entre esses 2 trígonos. **Relato:** L. N. G., natural do rio de janeiro, nascido 07/05/99, diagnostico de comunicação interventricular perimembranosa pequena e membrana subaórtica. Cateterismo 05/2000 com obstrução subaórtica e gradiente máximo (Gmáx) ventrículo esquerdo - aorta de 50 mmHg, feita ventrículosseptoplastia e ressecção de membrana subaórtica em 10/2001. Em 2010, insuficiência aórtica (Iao) grave com tentativa de plastia do folheto coronariano direito sem sucesso. Implantada prótese mecânica em posição aórtica, eco pós operatório com Iao leve a moderada. Em 11/2013 evolui com angina, dispneia, lipotimia e lesão protética grave. 11/2014 feita troca valvar aórtica com reampliação do anel e reimplante de prótese mecânica, ecocardiograma (eco) pós operatório, prótese com discreta regurgitação, Gmáx de 30 mmHg e insuficiência pulmonar, tricúspide (IT) e mitral (IM) leves.Febre, perda ponderal e dispneia em 12/2015, investigado para endocardite infecciosa (ECI), eco com pressão de artéria pulmonar de 55 mmhg, IT importante, ventrículo direito dilatado com função sistólica preservada, ventrículo esquerdo dilatado e hipertrofiado, IM grave com 2 jatos, um em direção a parede posterior do átrio esquerdo e outro através do folheto anterior mitral, prótese aórtica com Gmax de 57 mmhg, tomografia computadorizada com emissão de pósitrons negativa para processo inflamatório em atividade, tomografia computadorizada de crânio, abdome e pelve negativas para embolia, eco transesofágico sem trombos em átrio esquerdo e vegetações, hemoculturas negativas, excluindo ECI. Insuficiência cardíaca de difícil controle 01/2016, sendo submetido a cirurgia de correção de IM por perfuração de folheto anterior e plastia tricúspide em 02/2016 com sucesso. Realizado exame histopatológico negativo para ECI. **Conclusão:** Pacientes com manipulação cirurgica prévia do trigono fibroso, devem ser examinados com cautela, devido os riscos de lesões residuais ou infecciosas que exigem terapeuticas diferentes, exigindo alta complexidade de metodos diagnósticos e terapeuticos.

P-121

FEBRE REUMÁTICA: DESAFIO DIAGNÓSTICO NA CARDIOPATIA ADQUIRIDA MAIS FREQUENTE NA INFÂNCIA

THAIS COIMBRA DE ALMEIDA, CARLOS HENRIQUE DE MARCHI, ULISSES ALEXANDRE CROTI, DANIELLE LILIA DANTAS DE LIMA

HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE/FAMERP

Introdução: A incidência de febre reumática(FR) no Brasil varia em torno de 30.000 casos/ano. O diagnóstico tem sido guiado pelos critérios de Jones, porém na prática médica diária a interpretação de algumas situações clínicas ainda deixam dúvidas. A inexistência da sinais patognomônicos e de exames laboratoriais específicos subestimam os achados estatísticos. A ecocardiografia trouxe grande contribuição para o diagnóstico devido a uma análise detalhada das lesões cardiacas, além de definir o prognóstico da doença, identificando os pacientes nas quais a profilaxia secundária deve ser mais rigorosa. O estudo histopatologico pode trazer sinais patognomônicos, dependendo da fase evolutiva, porem pelo carater invasivo não é realizado de rotima para a confirmação diagnóstica. **Descrição do caso:** SASRP, feminino, 6 anos, previamente hígida, há 6 meses iniciou um quadro de dispnéia,associada a vômitos e febre. Apresentou amigdalite duas semanas antes da internação. O ecocardiograma 2D e 3D, observou insuficiência mitral importante com aumento de câmaras esquerdas, hipertensão pulmonar, falha de coaptação das boceladuras P1 e P2 por provável mecanismo de retração de cordoalhas tendíneas relacionadas ao folheto posterior. Realizada valvoplastia mitral com biópsia de fragmento.Estudo anatomopatológico revelou tecido inflamatório e nódulos de Aschoff. **Discussão:** A marca típica da agressão ao coração são os nódulos de Aschoff,que retratam histologicamente as fases evolutivas da doença:exudativa,proliferativa e cicatricial. Nódulo de Aschoff na fase proliferativa é patognomônico de atividade reumática, onde evidencia-se degeneração fibrinóide do colágeno e acúmulo de células inflamatórias,dentre elas as células de Anitschkow. A regurgitação mitral é a alteração mais frequente na fase aguda. Graus mais avançados de regurgitação representam formas mas agressivas de cardite, sugerindo a presença de surtos subclinicos anteriores. **Conclusão:** Por se tratar da cardiopatia adquirida mais frequente no Brasil,onde ainda existem dúvidas quanto ao diagnóstico, a implementação da profilaxia primária frente a qualquer amigdalite streptocócica antes do primeiro episódio de FR deveria ser uma regra em todas as crianças para evitar as graves consequências da doença.

P-122

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE COARCTAÇÃO DE AORTA NO PERÍODO NEONATAL: AINDA UM DESAFIO

LORHENA TOFOLLI LEMOS LUZ, FÁTIMA DERLENE ROCHA ARAÚJO, VANESSA TAVARES DE OLIVEIRA REZENDE, CAROLINA RIBEIRO COSTA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS-UFMG; DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA- UFMG; HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS

Introdução: A coarctação de aorta (CoAo) representa cerca de 5% a 8% das malformações cardíacas congênitas. No recém-nascido (RN), a insuficiência cardíaca (IC) de início precoce, com sintomas de baixo débito, é a manifestação clássica, porém assemelha-se a outras afecções do período neonatal e a lesão pode não ser facilmente suspeitada, nem clinicamente nem ao exame ecocardiográfico (ECO). Relatamos um caso de evolução atípica de CoAo. **Relato de caso:** RN a termo, 3200 gramas, foi submetido à correção de atresia de esôfago e fístula distal no 5º dia de vida. Exame clínico cardiovascular sem alterações. O ECO mostrou pequena comunicação interventricular, canal arterial patente (PCA) e arco aórtico normal. No 8º dia de vida apresentou piora hemodinâmica e pulsos não palpáveis nos membros inferiores (MMII). Iniciada prostaglandina (PGE). Repetido ECO que mostrou arco aórtico livre e shunt da esquerda para direita nas comunicações. Após 5 dias foi suspensa a PGE e a criança manteve-se estável, porém dependente de suporte ventilatório. Com 40 dias de vida, houve piora hemodinâmica com queda de saturação, pulsos normais em MMII, sem diferença pressórica significativa entre os membros superiores e inferiores, cardiomegalia e congestão pulmonar à radiografia de tórax, sobrecarga ventricular direita ao exame eletrocardiográfico. ECO mostrou aumento de câmaras direitas, sinais de hipertensão pulmonar (HP) significativa, estreitamento da região ístmica e provável origem anômala de artéria subclávia (SBC) direita. Ressonância nuclear magnética confirmou o diagnóstico da CoAo e da origem anômala da SBC direita. Realizada correção cirúrgica com excelente resultado e a criança recebeu alta em boas condições. **Comentários:** O diagnóstico neste caso foi dificultado pelas comorbidades que poderiam explicar a sintomatologia e a HP ao ECO. Inicialmente foi realizado diagnóstico clínico de CoAo sem confirmação ecocardiográfica. Entretanto, diante da manutenção do quadro respiratório foi insistido nessa hipótese, confirmada pelos exames de imagem. A presença de PCA dificultou o diagnóstico clínico e ecocardiográfico. Importante ressaltar que a CoAO é uma cardiopatia ainda subdiagnosticada no período neonatal, assim como outras lesões obstrutivas do coração esquerdo, mesmo após a introdução do "teste do coraçãozinho". Deve-se manter sempre em mente a possibilidade diagnóstica de CoAO em um RN que evolui de forma atípica com IC, HP e aumento de câmaras cardíacas direitas.

P-123

DISFUNÇÃO DE MARCAPASSO DEFINITIVO EPICÁRDICO POR BLOQUEIO DE SAÍDA

CLAYNE VALADAO PINTO, IARA ATIÉ MALAN, DANIELLE ALVES SOARES, GRAZIELLI GIGIANE OLIVEIRA SOUSA

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

O nosso objetivo é relatar o caso de um paciente de 2 anos, sexo masculino, portador de Síndrome de Down, que foi submetido à correção cirúrgica de defeito do septo atrioventricular total (DSAVT), evoluindo após a cirurgia com bloqueio atrioventricular total (BAVT). Apresentou boa evolução no pós operatório, porém ainda dependente do marca-passo provisório (MPP).

Após 11 dias, o MPP foi desligado para a realização de um Holter de 24 horas, onde foi evidenciado BAVT com escape juncional, havendo indicação de implante de marca-passo (MP) epicárdico definitivo. O procedimento foi realizado 14 dias após o primeiro procedimento cirúrgico, com boa evolução pós operatória. Alta após alguns dias em acompanhamento ambulatorial.

Oito meses após, em revisão ambulatorial do MP definitivo, foi identificado perda de sense e captura atrial e ventricular com escape ventricular de QRS largo, com frequência cardíaca de 38 bpm. Indicada internação hospitalar para revisão cirúrgica do sistema de estimulação.

Durante a internação, enquanto aguardava a cirurgia, a criança apresentou bradicardia e sinais clínicos de baixo débito, revertidos na ocasião.

Durante revisão cirúrgica do MP definitivo, foram evidenciados eletrodos íntegros com impedância normal, mas sem capacidade de sentir átrio ou ventrículo e sem apresentar captura atrial ou ventricular, mesmo sob elevada energia de estimulação, sugerindo bloqueio de saída dos eletrodos.

Realizado novo implante de eletrodos epicárdicos atrial e ventricular, com resolução do problema.

Esse caso ressalta a importância da revisão periódica de dispositivos eletrônicos implantáveis e a realização de seus testes de bateria e funcionamento adequado de eletrodos, visando ao diagnóstico de disfunção dos mesmos, o que pode aumentar a morbidade e mortalidade desta população.

No nosso caso, esta revisão permitiu o diagnóstico precoce e o adequado tratamento com resolução do quadro.

P-124

FECHAMENTO DO CANAL ARTERIAL COM PARACETAMOL: A EFICÁCIA PODE SER DOSE DEPENDENTE

ADRIANA FURLETTI MACHADO GUIMARÃES, LIVIA DE CASTRO RIBEIRO, SANDRA REGINA TOLENTINO CASTILHO, HENRIQUE DE ASSIS FONSECA TONELLI, FÁTIMA DERLENE ROCHA ARAÚJO, ZILDA MARIA ALVES MEIRA, LORHENA TOFOLLI LEMOS LUZ, GABRIELA QUEIROZ MONTEIRO DE REZENDE

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Introdução: O tratamento farmacológico do canal arterial (CA) patente em recém-nascido (RN) prematuro com inibidores da síntese de prostaglandina, entre eles o paracetamol (PCT), ajuda a reduzir os efeitos deletérios do CA e necessidade de cirurgia. **Objetivo:** Comparar 2 esquemas de PCT no tratamento do CA. **Métodos:** De 01/01/12 a 31/08/16, um exame ecocardiográfico para pesquisa de CA foi realizado nas primeiras 72h de vida em todo RN com peso de nascimento (PN) ≤ 1100g e em > 1100 g com suspeita clínica de CA patente, excluindo os que evoluíram para óbito. RN com diâmetro do CA ≥ 1,5 mm/kg que não responderam a indometacina oral ou tiverem contraindicação ao seu uso foram tratados com PCT oral. Esquemas: ataque de 25 mg/kg, seguido por manutenção de 15 mg/kg 12/12h se idade gestacional (IG) < 32 semanas (sem) ou 8/8h se ≥ 32sem, em esquema de 3 dias durante os 2 primeiros anos (grupo 1) e de 5 ou 7 dias nos anos restantes (grupo 2). Um 2º ciclo foi indicado quando ocorreu reabertura ou quando o CA, que havia reduzido de tamanho, voltou a aumentar de diâmetro após suspensão do medicamento. Na análise estatística foram usados os testes de ANOVA e Qui-quadrado (nível de significância p < 0,05). **Resultados:** Dos 263 RNs estudados, 39,92% apresentaram fechamento espontâneo do CA, com reabertura em 4,55%. Entre o 2º e 7º dia de vida, 105 receberam indometacina oral, com sucesso terapêutico em 73 (69,52%), porém, com reabertura em 16 (21,92%). Entre os que não responderam ou tiveram contraindicação ao uso de indometacina, 81 receberam PCT oral, se função hepática normal. A média do PN e da IG foi, respectivamente, 853,9 ± 224 g e 26:5 sem para o G1 e 899,2 ± 252,7 g e 27:2 sem para o G2 (p 0,48 e 0,18, respectivamente). A idade média de início do PCT foi de 11,46 ± 5,31 dias no G1 e 9,83 ± 5,43 no G2 (p 0,89), com diâmetro ductal médio de 2,70 ± 0,71 mm/kg no G1 e 2,59 ± 0,87 no G2 (p 0,24). O tempo médio de uso do medicamento foi de 3,1 dias no G1 e de 5,2 no G2. Ocorreu fechamento ductal em 13 (46,42%) dos 28 do G1 e em 35 (66,03%) dos 53 do G2 (p 0,08), com reabertura em 3 (23,07%) do G1 e 3 (8,57%) do G2. O 2º ciclo foi eficaz em 50% no G1 (3/6) e 85,71% no G2 (6/7) e o fechamento cirúrgico do CA foi realizado em 13 (46,42%) do G1 e 13 (24,52%) do G2 (p 0,04). **Conclusão:** O PCT mostrou-se eficaz no fechamento do CA, inclusive em RNs que não responderam ao tratamento com indometacina, e a eficácia clínica pode ser dependente da duração do tratamento.

P-125

CARDIOPATIAS CONGÊNITAS CIRÚRGICAS EM CRIANÇAS PORTADORAS DE SÍNDROME DE DOWN

NATALIA PRISCILA LACERDA, CAROLINA ANDRADE BRAGANCA CAPURUCO, CLEONICE DE CARVALHO COELHO MOTA

UFMG

Introdução: Dentre as síndromes genéticas, a trissomia 21 é aquela que tem aumentado sua frequência na população mundial. Atualmente síndrome de Down (SD) tem incidência de 1:800 e metade desses indivíduos apresentam cardiopatias congênitas (CC). **Objetivos:** O objetivo foi investigar a prevalência e tipo de CC em crianças com SD em avaliação pré-operatória de cirurgia cardíaca. **Métodos:** Estudo observacional, retrospectivode 06/05 a 04/14.Todos pacientes com SD e CC atendidosno ambulatório do SUS de Alta Complexidadedohospital de referência foram incluídos neste estudo. As variáveis analisadas foram: tempo entre indicação cirúrgica e avaliação pré-operatória, idade dos pacientes, história familiar, tipo de CC < alterações clínicas e hemodinâmicas. Os pacientes foram divididos em 3 grupos: G1 CC acianogênica de "shunt", G2 CC do tipo defeito do septo atrioventricular forma (DSAV), G3 CC cianogênica. Par análise estatística utilizou-se o teste de Qui-quadrado (dados dicotomizados) e Mann-Whitney. **Resultados:** A distribuição entre gêneros foi semelhante nos 74 pacientes avaliados. A idade variou entre 2e 192 meses (média 21,3 ± 3,9 meses). História familiar de CC foi relatada em 8,1% dos casos. A média de tempo entre indicação cirúrgica e avaliação pré-operatória foi 72,1 ± 64,8 dias. 87pacientes (90,5%) apresentavam CC acianogênica,sendo DSAV o mais prevalente (45,9%). Dos 7 pacientes com CC cianogênicas, 6 eram portadores de tetralogia de Fallot.68,4% apresentavam insuficiência cardíaca congestiva (ICC) em tratamento. Não houve registro de arritmias e baixo débito.Metade do pacientes dos grupos G1 e G2 jáapresentavam hipertensão pulmonar, mas sem síndrome de Eisenmenger. A maioria (78%) teve indicação cirúrgica precoce, até o primeiro ano de vida. Na análise comparativa entre G1 e G2, não houve diferença quanto à idade de indicação cirúrgica nas análisesdicotomizadae contínua, p:0,118 e p:0,070. **Discussão:** As CC acianogênicas foram a grande maioria, sendo o DSAV mais comum. Quase todos já apresentavam ICC em tratamento. Ahipertensão pulmonar é ainda muito frequente e estava presente em metade dos pacientes. **Conclusão:** a pesar das dificuldades do SUS no Brasil, o fluxo de pacientes tem sido satisfatória,maioria antes de 1 ano de vida, mas ainda há necessidade de melhorar esse tempo de encaminhamento, reduzindo comorbidades associadas às CC e melhorando a sobrevida desses pacientes.

P-126

RECONSTRUÇÃO DA VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO DIREITO COM TUBO EM CARDIOPATIA CONGÊNITA: CIRURGIA DE RASTELLI

BRUNO EMMANUEL DE MEDEIROS TAVARES, CASSIANO MACHADO, BERNARDO ATHAYDE CUNHA BORGES FONTOURA, DOUGLAS MAROSTICA CATOLINO, NELSON ITIRO MIYAGUE, SARAH CASCAES ALVES, LEONARDO ANDRADE MULINARI, WANDERLEY SAVIOLO FERREIRA

HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE

Introdução: A cirurgia de Rastelli, desenvolvida em meados da década de 60, tem como finalidade o remodelar do fluxo sistêmico da comunicação intraventricular (CIV) para a aorta, juntamente a colocação de um tubo extra cardíaco entre ventrículo direito e a artéria pulmonar. Inicialmente desenvolvida para o tratamento de truncus arteriosus, obteve funcionalidade em outras cardiopatias congênitas, principalmente a transposição de grandes artérias (TGA). A reduzida informação presente na literatura é um dos motores para o desenvolvimento do trabalho em questão, visando, principalmente, a obtenção de dados referentes ao seguimento desta técnica. **Objetivos:** Este estudo tem como objetivo a analise da reconstrução da via de saída do ventrículo direito com a utilização de um tubo em pacientes com truncus arteriosus, TGA com CIV e dupla via de saída do ventrículo direito (DVSVD). **Métodos:** É um estudo retrospectivo realizado em um hospital de referência de cirurgia cardíaca infantil. Foram analisadas variáveis demográficas (sexo, peso, idade), pré-operatórias (diagnóstico pré-natal, complicações clínicas, malformações extra cardíacas), per-operatórias (tempo de circulação extracorpórea) e pós-operatórias (complicações clínicas, tempo de ventilação mecânica, óbito e reoperação). Foram analisados a associação destes fatores com a mortalidade e a necessidade de reoperação (troca de tubo). **Resultados:** Foram estudados, no período de 2000 a 2015, 27 pacientes, sendo 20 do sexo feminino, com idade mediana de 3 meses (5-4.680 dias) e peso mediano de 4,1 Kg (variando de 2,0 a 31,0 Kg). Foram utilizados 20 homoenxertos, 4 heteroenxertos e 3 pericardios bovino. Cinco pacientes foram a óbito durante a permanência hospitalar, e a baixa idade, o baixo peso e o maior tempo da circulação extracorpórea mostraram-se associados a essa mortalidade. Três pacientes necessitaram de reoperação neste período, 3 pacientes com homoenxerto e 1 com pericárdio bovino. **Conclusão:** A mortalidade da cirurgia de Rastelli, em nosso meio, ainda é alta e está associada a pacientes de baixa idade, baixo peso e com tempo de circulação extracorpórea alto. Além disso, a taxa de reoperação é elevada nesta técnica.

P-127

RESULTADOS E DESAFIOS NO TRANSPLANTE CARDÍACO EM CARDIOPATIAS CONGÊNITAS: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO ÚNICO

GUILHERME VIOTTO RODRIGUES DA SILVA, LUIZ FERNANDO CANEO, JANAYNA THAINA RABELATO, LEONARDO AUGUSTO MIANA, CARLA TANAMATI, JULIANO GOMES PENHA, ESTELA AZEKA, MARCELO BISCEGLI JATENE

INCOR-HCFMUSP

Introdução: Estudos recentes demonstram um pior resultado no transplante cardíaco ortotópico em cardiopatias congênitas (CC), especialmente em pacientes que foram submetidos à cirurgia de Fontan (FT), quando comparado àqueles portadores de miocardiopatia (MCP). **Métodos:** No período de 1º de Janeiro de 1992 a 31 de Julho de 2016, 184 pacientes foram submetidos a transplante cardíaco pediátrico em nossa instituição, sendo divididos em três grupos conforme a etiologia: 52 CC (28,3%), 11 FT (6%) e 121 (65,7%) MCP. Resultados em curto prazo foram estudados: sobrevida, ocorrência de rejeição aguda, anticorpos doador específico e a necessidade de suporte circulatório mecânico. **Resultados:** A necessidade de suporte circulatório mecânico foi maior nos pacientes com MCP. Sobrevida em 30 dias foi de 78,4%, 54,5% e 89,3% para pacientes com CC, FT e MCP respectivamente. Sobrevida em um ano para pacientes com CC, FT e MCP foram 66,2%, 54,5% e 80,8% respectivamente (log-rank p 0,023). Análise multivariada revelou quatro fatores de risco significantes para mortalidade: tempo de isquemia fria (OR: 1.004, $p < 0.05$), tempo de circulação extracorpórea (OR: 1.010, $p < 0.001$), diagnóstico de cardiopatia congênita (OR: 1.961, $p = 0.006$) e suporte circulatório mecânico como ponta para o transplante (OR: 4.725, $p < 0.001$). **Conclusão:** Transplante cardíaco para portadores de cardiopatias congênitas é uma opção aceitável e encorajadora naqueles pacientes em estágio final de insuficiência cardíaca ou falência da circulação de Fontan. Novas estratégias são necessárias para minimizar os riscos relacionados aos pacientes portadores de cardiopatia congênitas, principalmente aqueles em pós-operatório de cirurgia de Fontan.

P-128

EBSTEIN NEONATAL: RESULTADOS CIRÚRGICOS

JOSE CICERO GUILHEN

BENEFICIÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Introdução: A doença de Ebstein é uma anomalia congênita da válvula tricúspide caracterizada por acolamento do folheto septal e inserção anômala da válvula em direção ao ápice do coração, com atrialização de parte do ventrículo direito, entre outras. Em consequência há falha de coaptação dos folhetos gerando insuficiência tricúspide de graus variados além de disfunção ventricular direita, arritmias e em casos extremos obstrução na via de saída do ventrículo direito. Nos casos mais graves a sintomatologia pode iniciar mesmo no período neonatal, o que confere alta morbidade e mortalidade a esses pacientes. **Objetivo:** Avaliar o resultado cirúrgico utilizando técnica do Cone no período neonatal. **Método:** De dezembro de 2008 a dezembro de 2015 foram operados 10 pacientes com anomalia de Ebstein no período neonatal. Todos pacientes apresentavam aumento inportante da área cardíaca e insuficiência tricúspide importante, em alguns casos associado à obstrução na via de saída do ventrículo direito e hipoplasia pulmonar. **Resultados:** A idade no momento da cirurgia variou de 2 a 31 dias de vida (média 8,6 dias). Todos pacientes foram submetidos a cirurgia com pinçamento aórtico e cardioplegia sanguínea hipotérmica hipercalêmica sob hipotermia moderada. A técnica do Cone foi utillizada em todos os pacientes, com melhora na insuficiência tricúspide. Dois pacientes necessitaram de auxílio de ECMO para saída de CEC. Sendo a mortalidade hospitalar de 20%.

P-129

RESULTADOS IMEDIATOS DA CIRURGIA DA VALVA MITRAL EM CRIANÇAS

MANUELLA DE MELO MUNIZ TRINDADE VAREJAO, HALYNA STEPHANE MACHADO DE MELO FIRMINO, FERNANDO RIBEIRO DE MORAES NETO, CLEUSA CAVALCANTI LAPA SANTOS, MARIA CRISTINA VENTURA RIBEIRO, CARLOS ROBERTO RIBEIRO MORAES, EUCLIDES MARTINS TENÓRIO, TEREZA ARREAS DE ALE

INSTITUTO DO CORAÇÃO DE PERNAMBUCO; INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA

Introdução: A doença valvar mitral em crianças continua um grande desafio em nosso meio, especialmente, porque a febre reumática na região ainda é um importante problema de saúde pública. Mais desafiador ainda é o fato de que um grande número dessas crianças necessita de tratamento cirúrgico nessa fase da vida. **Objetivos:** O objetivo do presente trabalho é avaliar os resultados num grupo de 232 crianças submetidas a cirurgia da valva mitral, entre 2000 e 2016, no Instituto do Coração de Pernambuco e no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). **Métodos:** Análise retrospectiva de 232 prontuáriosdos pacientes operados nesses serviços. **Resultados:** Cento e vinte e oito (59,5%) eram do sexo masculino e 104 (44,9%) do feminino, variando a idade de 3 meses a 16 anos (média de 11 anos). Esses pacientes foram divididos em 2 grupos: grupo I inclui 138 crianças submetidas à plastia de valva mitral e o grupo II 94 em que foi realizada troca valvar. A mortalidade operatória global foi de 3,8%, sendo maior no grupo II (6 pacientes ou 6,3%). Ao longo do período estudado, foi observado que o índice de reoperações também foi maior no grupo II (36%) em comparação ao grupo I (15,2%). **Conclusão:** A análise da mortalidade e do índice de reoperações tem nos conduzido a fazer um esforço cada vez maior no sentido de utilizar técnicas de preservação da valva.

P-130

CIRURGIA DE TIRONE DAVI PARA CORREÇÃO DE DILATAÇÃO DA NEOAORTA NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DA OPERAÇÃO DE JATENE. RELATO DE DOIS PACIENTES OPERADOS COM SUCESSO

GLAUCIO FURLANETTO, BEATRIZ HELENA SANCHEZ FURLANETTO, EDUARDO MIRANDA TEIXEIRA, SANDRA R C HENRIQUES

H BENEFICÊNCIA PORTUGUESA

Introdução: A cirurgia de Jatene é o procedimento cirúrgico de escolha para a correção da Transposição das Grandes Artérias com ótima evolução a longo prazo. No seguimento tardio podem ocorrer acometimento das artérias coronárias que foram translocadas para a neoaorta, estenose de artérias pulmonares, arritmias, disfunção ventricular e dilatação da neoaorta acompanhada ou não de insuficiência da valva neoaórtica. Ultimamente esta última complicação tem sido muito estudada e fatôres tais como presença de comunicação interatrial, correção tardia, bandagem prévia são considerados fatôres de risco para o desenvolvimento desta complicação. **Pacientes e método:** Duas crianças que apresentaram dilatação importante da neoaorta foram submetidas a cirurgia de Tirone David com sucesso. A cirurgia de Tirone David consiste na ressecção de toda a aorta dilatada até a base dos seios de valsalva, colocação de tubo de dacron suturado esternamente ao anel aórtico e reimplante das coronárias. **Paciente1:** criança com 10 anos de vida e peso de 26,8 kg, submetido a cirurgia de Jatene no período neonatal, apresentava dilatação da neoaorta (Z score + 8) e insuficiência da valva neoaorta trivial, RNM Aorta 33x31 mm e insuficiencia discreta. Na correção cirúrgica utilizado tubo de dacron 24 mm e refôrço com tira de pericárdio bovino. O tempo de CEC foi de 220' e de anóxia de 186'. A evolução foi excelente sendo extubado no PO1. Ecocardiograma pós-operatório, enxerto aórtico com gradiente sistólico máximo de 17mmHg, e insuficiência discreta, FE 66%. Alta da UTI e hospitalar em boas condições clínicas. **Paciente 2:** criança com 7 anos de vida e peso de 28.2 kg, portadora de TGA submetido a cirurgia de Jatene no peíodo neonatal, apresentava dilatação da neoaorta (Z score + 4) e insuficiência da valva aórtica leve/moderada. Na correção cirúrgica utilizado tubo de dacron 26 mm e refôrço com tira de pericárdio bovino. O tempo de CEC foi de 208 e de anóxia de 163'. Evoluiu na UTI com atelectasia do pulmão esquerdo que foi revertido com fisioterapia respiratória habitual. Ecocardiograma pós-operatório - neo aorta com gradiente máximo de 12 mmHg, Insuficencia mitral disc/mod recebendo e aórtica minima, alta da UTI e hospitalar em boas condições clínicas. **Conclusão:** A cirurgia de Tirone David deve ser considerada como procedimento de escolha da correção de dilatação da neoaorta e de insuficiência da valva neoarta evitando-se a colocação de prótese aórtica.

P-131

FÍSTULAS ANEURISMÁTICAS CORONÁRIO-CAVITÁRIAS EM CRIANÇAS CANDIDATAS A TRANSPLANTE CARDÍACO: RELATO DE 2 CASOS

GABRIEL CARMONA FERNANDES, ADAILSON WAGNER DA SILVA SIQUEIRA, VALÉRIA DE MELO MOREIRA, ESTELA AZEKA

INSTITUTO DO CORAÇÃO - HCFMUSP

Introdução: A presença de trajetos anômalos de coronárias é visualizada em estudos patológicos de crianças há mais de 60 anos. Há um amplo espectro de lesões coronarianas nos pacientes com Atresia Pulmonar com Septo íntegro sendo a mais comum a presença de fístulas coronáriocavitárias observada em 45% dos casos. Estas fístulas ocorrem pela lesão intimal coronariana decorrente da pressão elevada no ventrículo direito, que possui sua via de saída fechada, formando o trajeto fistuloso. Em 9% dos casos a circulação coronariana é dependente da pressão intracavitária do ventrículo direito, consequentemente a descompressão do ventrículo direito por abertura de sua via de saída, por abordagem cirúrgica ou hemodinâmica, pode reduzir o fluxo coronariano causando infarto e morte súbita. **Descrição dos casos:** Caso 1: paciente do sexo feminino, 14 dias de vida realizou blalock-taussig por atresia pulmonar com septo integro e fistulas coronáriocavitárias dependente do ventrículo direito listada para transplante cardíaco. Evoluiu com insuficiência cardíaca e bigeminismo. Realizado transplante cardíaco em 1993 e detectado aneurismas de fístulas coronáriocavitárias para ventrículo direito. Paciente encontra-se clinicamente bem após 22 anos e 10 meses de transplante cardíaco. Caso 2: Paciente do sexo feminino, 17 anos de idade com diagnóstico de Atresia Pulmonar com Septo íntegro e em pós-operatório tardio de cirurgia de Glenn encaminhada para transplante cardíaco devido disfunção ventricular importante. Na angiotomografia de artérias coronárias visualiza-se a presença de trajeto tortuoso de coronárias direita e esquerda com dilatação aneurismárica de artéria esquerda medindo 26 mm, visualizado seio coronário, coronária esquerda e direita se comunicavam diretamente com cavidade do ventrículo direito. **Conclusao:** Fistulas aneurismáticas coronáriocavitárias são graves que podem impossibilitar a realização de procedimentos cirúrgicos sendo o transplante cardíaco o melhor tratamento para estes casos

P-132

DRENAGEM VENOSA PULMONAR ANÔMALA PARCIAL OBSTRUTIVA ? RELATO DE UMA RARA ASSOCIAÇÃO DE MALFORMAÇÕES

LEYDI JULIETH ORTEGA PENA, RAFAEL GHELLER, MELINA ASSMANN, ESTELA SUZANA KLEIMAN HOROWITZ

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA RS

A drenagem venosa anômala pulmonar total supracardíaca isolada é a forma mais comum de apresentação desta cardiopatia congênita. Variantes anatômicas podem ocorrer e por vezes se associar a outros defeitos.
Relato de caso: recém-nascido de 22 dias de vida, masculino, pardo, foi encaminhado para investigação de cardiopatia congênita por apresentar sinais de insuficiência cardíaca (ICC) aos 5 dias de vida, necessitando tratamento farmacológico.
A radiografia da admissão evidenciou cardiomegalia e hiperfluxo pulmonar. O ecocardiograma revelou comunicação interatrial (CIA) tipo ostium secundum, ampla comunicação interventricular (CIV) apical e visualizavam-se as duas veias pulmonares esquerdas drenando no átrio esquerdo (AE) e as veias pulmonares direitas drenavam em um lago venoso posterior que por sua vez drenava na veia vertical com estreitamento na sua junção com a veia inominada.
Para complementação diagnóstica foi realizada angiotomografia de coração e vasos pulmonares. A mesma confirmou a CIA a CIV, com acentuação das trabeculações apicais do VE sugerindo miocardiopatia não compactada, além de definir a drenagem venosa pulmonar anômala parcial dos segmentos anterior e ápico-posterior do lobo superior esquerdo, com estenose no segmento médio da veia vertical ascendente.
A conduta cirúrgica para esse momento foi bandagem da artéria pulmonar, sem intervenção na anomalia do retorno venoso pulmonar com melhora significativa do quadro de ICC.
Esta é uma rara associação de malformações. A multimodalidade de imagens em cardiopatias congênitas tem permitido um diagnóstico anatômico mais acurado, o que influencia diretamente a decisão terapêutica.

P-133

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA NO LACTENTE: MIOCÁRDIO NÃO COMPACTADO BIVENTRICULAR, CIV´S MÚLTIPLAS E ANOMALIA DO SEPTO VENTRICULAR

FERNANDA TOLEDO DE MORAES ANTONIOLLI, WALTHER ISHIKAWA, ADAILSON WAGNER DA SILVA SIQUEIRA, ESTELA AZEKA

INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

Introdução: A cardiomiopatia não compactada é uma doença caracterizada pela presença de trabeculações no miocárdio. O diagnóstico é geralmente realizado pelo ecocardiograma com doppler colorido, quando há espessamento da parede miocárdica do ventrículo com trabeculações e recessos profundos. A razão do miocárdico não compactado em relação ao compactado no final da diástole é maior que 2:1 e a maioria dos segmentos não compactados é hipocinética. As principais manifestações clínicas são a insuficiência cardíaca congestiva (ICC), tromboembolismos e arritmias, levando a disfunção ventricular. **Relato de caso:** Paciente feminina, 4 meses, com dismorfismo facial, fronte proeminente, retrognatia e aumento de prega nucal, com diagnóstico prévio de comunicações interventriculares (CIV) apicais múltiplas e miocárdio não compactado. Deu entrada no Pronto Socorro do Instituto do Coração (INCOR), apresentando taquipnéia, dispnéia, hepatomegalia e B3 intermitente à ausculta. Feita hipótese de ICC descompensada. Radiografia de tórax revelou cardiomegalia acentuada. Eletrocardiograma mostrou ritmo sinusal, FC:138 bpm, eixo QRS desviado para esquerda (-24º), com sobrecarga atrial direita. A investigação por imagem inclui ecocardiograma, ressonância magnética e angiotomografia, devido à complexidade dos achados: Miocardiopatia não compactada biventricular (relação miocárdio não-compactado/ compactado = 8,8), septo interventricular apical mal caracterizado com amplas e múltiplas CIVs musculares, regurgitação da valva tricúspide acentuada com PSVD: 80 mmHg (PAD:15 mmHg), dupla câmara de ventrículo direito. A paciente evoluiu com necessidade de droga vasoativa com melhora do quadro clínico e foi encaminhada para avaliação de transplante cardíaco. **Conclusão:** A cardiomiopatia não compactada com presença de múltiplas malformações associadas, insuficiência tricúspide acentuada e hipertensão pulmonar com manifestação precoce, ainda no período de lactância, é rara. O transplante cardíaco, nesta situação, pode ser uma opção terapêutica.

P-134

COMPARAÇÃO ENTRE O ECOCARDIOGRAMA E O CATETERISMO NO DIAGNÓSTICO DE CORONÁRIA ANÔMALA

SALEM DALLA BERNARDINA FRAGA, RENATA MATTOS SILVA, VICTOR HUGO DE OLIVEIRA, ANDREA RODRIGUES VIVIANI, FABIO BERGMAN, PAULO SOARES, LUIZ CARLOS NASCIMENTO SIMÕES

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

Anomalias coronárias congênitas apresentam diversas características clínicas, alguns pacientes são assintomáticos com diagnóstico tardio e outros apresentam sintomas graves. A origem e o trajeto da coronária anômala são os principais fatores prognósticos. Com o ecocardiograma e a angiografia coronária podemos diagnosticar e classificar o tipo de coronária anômala, que é importante para a conduta terapêutica. O objetivo do nosso estudo foi analisar o diagnóstico de coronária anômala através desses métodos.
Através do ecocardiograma e do cateterismo cardíaco diagnosticamos 7 pacientes com coronária anômala, de 2008 a 2016. Os pacientes tinham de 9 dias a 9 anos, sendo dois casos com diagnóstico tardio. Em todos os casos foi realizada a angiografia para obter melhor elucidação do diagnóstico e identificar a presença de colaterais relacionadas. O ecocardiograma realizado nos pacientes revelou coronária direita dilatada, não foi visualizado óstio da coronária esquerda, presença de fluxo diastólico em artéria pulmonar e disfunção do ventrículo esquerdo. Com o estudo hemodinâmico foi possível confirmar a suspeita clínica de todos os casos, sendo visualizada a origem e o trajeto da artéria coronária anômala. Na maior parte dos casos foi observada a origem da artéria coronária esquerda na artéria pulmonar (n = 6), porém em 1 caso apenas a artéria descendente anterior tinha origem anômala. Também foi possível diagnosticar a presença de colaterais abundantes (n = 2), dilatação da coronária direita e disfunção do ventrículo esquerdo.
Os exames de imagem são imprescindíveis para o diagnóstico das anomalias coronarianas congênitas. Nesta casuística, observamos que o ecocardiograma tem um bom valor preditivo positivo quando comparado ao cateterismo. Porém, este último muitas vezes é útil para a conduta terapêutica cirúrgica, já que detalha melhor a origem e trajeto dos vasos, assim como a presença de colaterais.

P-135

IMPORTÂNCIA DA ANGIOTOMOGRAFIA CARDÍACA NA AVALIAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO COM SUSPEITA DE ANOMALIA DO ARCO AÓRTICO AO ECOCARDIOGRAMA FETAL

FRANCINE PEIXOTO FERREIRA, ERIKA PORTO, CARLOS EDUARDO CORDEIRO SOARES, LUIZA DARIO WERNECK

HOSPITAL DOUTOR BEDA

Introdução: As principais anomalias do arco aórtico são representadas pela coarctação de aorta, hipoplasia do arco aórtico e interrupção do arco aórtico. A coarctação do arco aórtico indica uma constrição no istmo aórtico entre a origem da subclávia esquerda e o ductus arteriosus. A hipoplasia do arco aórtico indica estreitamento tubular de um segmento longo do arco aórtico. **Relato de caso:** Gestante de 26 semanas, pré-natal de baixo risco, ecocardiograma fetal solicitado na rotina. Ecocardiograma fetal mostrando dilatação importante de câmaras direitas, fluxo E-D pelo forame oval e arco aórtico tortuoso e com redução do calibre. RN nasceu com 36 semanas, sendo encaminhado para UTI neonatal. Exame físico: corada, acianótica, sopro sistólico (2+/6) BEEM e pulsos palpáveis em membros superiores e diminuídos em membros inferiores. Saturação de 98% em MS e 90% em MI. Realizado ecocardiograma com 2 horas de vida que mostrou: Dilatação discreta de AD e VD, IM discreta, valvúla aórtica bicúspide, arco aórtico à esquerda com calibre reduzido: a aorta ascendente mede 6,6mm, aorta descendente 3 mm e o local de maior estreitamento após a emergência da subclávia esquerda mede 2,8 mm (z-score = - 6,37), canal arterial grande medindo 5 mm. Apresentava fluxo de aorta abdominal normal e sem gradiente ao Doppler em aorta descendente. Iniciada prostraglandina 0,01mcg/kg/min. A angiotomografia cardíaca mostrou sinais de hipoplasia do segmento transverso da aorta, medindo 3 mm no menor diâmetro. Aortas ascendente (8,9 mm) e descendente (8,3 mm) de calibre usual. RN foi encaminhada para serviço de referência em cirurgia, sendo realizada ampilação da aorta com CEC. **Comentários:** O diagnóstico dessas anomalias pode ser bastante difícil em presença de canal arterial grande. O canal grande próximo à área de coarctação pode criar a ilusão de lúmen de aorta normal. O Doppler também tem limitações em presença de um canal grande ou fluxo de colaterais, quando o fluxo de aorta descendente pode ter aspecto normal com gradiente baixo ou ausente. A angiotomografia acrescenta informações importantes na avaliação estrutural da aorta, mostrando a extensão do segmento hipoplásico e auxiliando na programação cirúrgica.

P-136

RELATO DE ACHADO DE PERSISTÊNCIA DO QUINTO ARCO AÓRTICO EM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE DUPLA VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO DIREITO DO TIPO FALLOT

GABRIEL CARMONA FERNANDES, NATALIA AMORIM DE OLIVEIRA, CHRISTIANE KAWANO, VALÉRIA DE MELO MOREIRA

INSTITUTO DO CORAÇÃO - HCFMUSP

Introdução: A persistência do quinto arco aórtico (PQAA) é uma anomalia rara onde foram relatados apenas 46casos na literatura. Caracteriza-se por um vaso que se origina da aorta ascendente antes da emergência do tronco braquiocefálico e tem seu término após a emergência da subclávia esquerda fazendo uma comunicação com a aorta descente, alguns autores denominam como arco aórtico com duplo-lúmen. Na maioria dos casos está associado a outras anomalias intra-cardíacas, principalmente as lesões com restrição ao fluxo pulmonar ou shunts esquerda-direita. Há controvérsias na literatura sobre a origem embrionária desta anomalia pois estudos em embriões de ratos observaram que o quinto arco é pouco frequente formação embrionária. **Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, sem diagnóstico pré-natal de cardiopatia congênita, apresentou teste do coraçaozinho alterado sendo realizado ecocardiograma e feito diagnóstico de dupla via de saída do ventrículo direito do tipo Fallot. Encaminhado ao serviço terciário para melhor avaliação. Optado num primeiro momento para procedimento hemodinâmico de implante de stent em via de saída de ventrículo direito com sucesso e sem intercorrências na evolução durante o período neonatal. Recebeu alta hospitalar sendo acompanhado ambulatorialmente e convocado aos 5 meses de idade para internação e realização de correção cirúrgica total. Foi solicitada angiotomografia para avaliação de árvore pulmonar onde foi visualizado PQAA, sem restrições ao fluxo sistêmico que não havia sido visualizada em ecocardiograma e cateterismo anteriores. Paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico para correção cirúrgica (fechamento de comunicação interventricular com Patch e implante de monocúspide) sem necessidade de abordar arco aórtico apresentando boa evolução pós-operatória atualmente em seguimento ambulatorial. **Comentários:** Por ser uma entidade rara e o ecocardiograma apresenta limitações para a visualização de algumas patologias vasculares, a PQAA é muitas vezes subdiagnosticada. Com o avanço doe métodos gráficos esta aumentando o número de casos diagnosticados. Devido ao relato de dissecção iatrogênica do arco aórtico em criança com PQAA, sem diagnóstico prévio, durante procedimento de Blalock-taussing, devemos nos atentar a existência desta patologia para redução dos riscos cirúrgicos. Neste caso não houve necessidade de abordar esta lesão por não gerar repercussões clínicas ao paciente.

P-137

DRENAGEM VENOSA ANOMALA PULMONAR TOTAL PARA CAVA SUPERIOR ANEURISMÁTICA DE APRESENTAÇÃO TARDIA: RELATO DE CASO

LEYDI JULIETH ORTEGA PENA, CAROLINA SANDER REISER, ELKYS JACID LOPEZ BARRAZA, MELINA ASSMANN

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA RS

Drenagem venosa anomala pulmonar total (DVAPT) é uma cardiopatia congênita que pode ser classificada em supracardíaca, cardíaca, infracardíaca ou mista.
Relatamos o caso de uma escolar, feminina, 7 anos, branca, procurou atendimento por cianose aos esforços, associada a dispneia aos médios esforços com piora progressiva nos últimos meses.
A radiografia de tórax, evidenciou abaulamento no mediastino superior provavelmente de origem vascular no lobo superior direito (LSD) e o ecocardiograma mostrou uma comunicação interatrial tipo seio venoso superior e uma drenagem venosa anômala pulmonar total para cava superior aneurismática através de coletor estenótico diretamente conectado a veia cava superior (VCS).
Angiotomografia de coração e vasos pulmonares evidenciou drenagem venosa pulmonar anômala total supracardíaca, para VCS ectásica. Notava-se estenose na inserção do coletor venoso pulmonar na cava superior com ampla comunicação interatrial tipo seio venoso superior.
Após confirmação do diagnóstico optou-se por indicar correção cirúrgica. Foi realizada ressecção ampla da parede da VCS, visando redução parcialmente do diâmetro do aneurisma. Realizada anastomose posterior ao átrio esquerdo (AE), comunicando-o com a face anterior do tubo venoso coletor das veias pulmonares. Fechamento do orifício das veias pulmonares na VCS com sutura direta e atriosseptoplastia.
Esta é uma rara forma de apresentação de DVAPT. E a multimodalidade de imagens em cardiopatias congênitas desta complexidade tem permitido um diagnóstico anatômico mais acurado, o que influencia diretamente na decisão terapêutica.

P-138

TRANSPOSIÇÃO SIMPLES DAS GRANDES ARTÉRIAS: IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

GABRIELA DEL VALLE FUENMAYOR CONTÍN, DANIELA COSTA DE VASCONCELLOS, ANA MARQUES, MARCELO BISCEGLI JATENE, CARLOS REGENGA FERREIRO, CARLOS AUGUSTO CARDOSO PEDRA, IEDA BISCEGLI JATENE , SIMONE ROLIM F. FONTES PEDRA

HOSPITAL DO CORAÇÃO

A transposição simples das grandes artérias (TGA - S) é uma cardiopatia congênita (CC) que pode se apresentar de forma muito grave logo após o nascimento. Por isso, a evolução neonatal pode ser mais favorável quando o parto é realizado dentro de serviço de cardiologia pediátrica (CP). **Objetivo:** relatar a evolução dos casos de TGA-S nascidos dentro de um serviço de CP, com ênfase a necessidade de realizar procedimento invasivo ainda no 1º dia de vida. **Métodos:** Revisão dos prontuários de todos os casos diagnosticados com TGA-S nascidos dentro da nossa Instituição por terem o diagnóstico pré-natal desta anomalia. **Resultados:** De 03/08 a 08/16 foram realizados 29 partos de bebês portadores de TGA-S dentre os 301 nascidos com diagnóstico fetal de CC de apresentação neonatal (9,6%). A idade gestacional ao nascimento foi de 37,7 ± 0,96 semanas, o peso de 3 ± 0,37 kg e o Apgar de 1º e 5º minutos de 7,6 ± 1,3 e 8,3 ± 1. O diâmetro da CIA variou de 1 a 8,7 mm (mediana 2,5) sendo a atriosseptostomia (AST) necessária entre as 1ª e 10ª horas de vida (HV) em 19 (65,5%), com Sat O2 subindo de 67 ± 14% para 88 ± 5%. A cirurgia de Jatene foi realizada 1 a 22 dias após a AST (mediana 5), não havendo diferença entre os grupos que necessitaram ou não do procedimento (7,5 ± 5,5 vs 6 ± 5 dias – P < 0,05). Os tempos de UTI e internação foram de 10 a 75 dias (mediana 29) e 16 a 114 (mediana 36) respectivamente e a sobrevida foi de 83%. A SatO2 nos grupos sobrevida e óbito pós-Jatene foi semelhante (78,7 ± 7,7% vs 79,2 ± 8% - p < 0,05). Três pts precisaram de ECMO, sendo 1 por quadro pulmonar e 2 por isquemia, com 1 sobrevivente. A descrição da CIA no eco fetal foi encontrada em 17 casos. Seis dos 9 RNs cujos ecos fetais a descreviam como restritiva e 4 cuja descrição fetal era não-restritiva necessitaram de AST dentro das 1as HV. **Conclusão:** A TGA-S corresponde a um pequeno grupo daqueles referidos para parto em centro de cardiologia, possivelmente pela dificuldade do seu rastreamento pré-natal. A taxa de AST nos 1as HV é bastante elevada, o que mostra a importância do diagnóstico pré-natal e do nascimento em centro 3ario. A necessidade de AST não atrasou a data da operação. Os óbitos pós-operatórios não estiveram relacionados às condições de oxigenação nas 1as HV. A avaliação da CIA no pré-natal em nosso meio ainda é difícil o que reforça a boa prática de encaminhar aqueles com diagnóstico fetal de TGA-S nascerem em ambiente preparado para AST de urgência.

P-139

DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DE SÍNDROME DA AUSÊNCIA DA VALVA PULMONAR ASSOCIADA A DUPLA VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO DIREITO TIPO TAUSSIG-BING

MILENNA VAZ DANTAS, FABRICIO CAMARGO, NANA MIURA

HCFMUSP

Introdução: A síndrome da agenesia da valva pulmonar (SAVP) é uma rara patologia caracterizada pela ausência total ou parcial dos folhetos da valva pulmonar. Acomete 0,2 a 0,4% dos nascidos vivos com cardiopatia congênita. Será relatado um caso de SAVP, diagnosticado no período pré-natal, associado a Dupla via de Saída do Ventrículo Direito (DSVD) com Comunicação interventricular subpulmonar. **Relato de caso:** Paciente tercigesta, encaminhada para realização de ecocardiograma fetal, no 2º trimestre após ultrassom morfológico ter evidenciado dilatação de câmaras cardíacas. O ecocardiograma foi realizado com 36semanas e 3 dias e observado conexão ventriculoarterial do tipo DSVD, comunicação interventricular subpulmonar medindo 7,8mm, câmaras cardíacas direitas com dilatação acentuada e câmaras esquerdas normais, agenesia de valva pulmonar, com dilatação aneurismática de tronco e ramos pulmonares, artéria pulmonar posterior e à esquerda e aorta anterior e à direita, e veia cava superior esquerda persistente. O feto desenvolveu-se adequadamente até o termo, mantendo acompanhamento em centro especializado. Todavia, apresentou quadro de sofrimento fetal, nascendo de parto cesáreo com 38semanas e 3 gdias, PN 2280g, APGAR 4/6/8, sendo intubado em sala de parto e transferido para UTI neonatal. Foi feito ecocardiograma pós-natal que confirmou o diagnóstico pré-natal. Paciente evoluiu com difícil manejo ventilatório, apresentou 2 paradas cardiorrespiratória, sendo a maior de 8 minutos, revertidas, todas por distúrbio ventilatória. Foi realizada abordagem cirúrgica com 13 dias de vida, optado por Ligadura e Secção do Tronco Pulmonar e Shunt Sistêmico-Pulmonar – Central. Encontra-se atualmente internada na Unidade Intensiva de Recuperação pós-operatória. Em investigação para Síndrome de deleção do cromossomo 22q11 (anomalia conotruncal, hipocalcemia e agenesia do timo). **Discussão:** O exame de escolha para o diagnóstico de agenesia da valva pulmonar é o ecocardiograma. Dilatação aneurismática das artérias pulmonares associada a refluxo e estenose valvar pulmonar ao Doppler são achados quase que patognomônicos de agenesia da valva pulmonar. A principal complicação no período neonatal é a insuficiência respiratória causada pela compressão extrínseca da árvore brônquica, sendo mandatória intervenção cirúrgica precoce.

P-140

MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE ECOCARDIOGRAMA FETAL E PRESENÇA DE CARDIOPATIA CONGÊNITA

ANA HELBANE DE SOUSA JACOME DOS SANTOS, GLORY EITHNE SARINHO GOMES, RAIMUNDO FRANCISCO DE AMORIM JÚNIOR, CAMILLA CANGUSSÚ FERREIRA, NATÁLIA DIDIER NUNES MOSER, RENATA GRIGORIO SILVA GOMES, SANDRA DA SILVA MATTOS

CÍRCULO DO CORAÇÃO DE PERNAMBUCO

Introdução: as cardiopatias congênitas (CC) são a segunda causa de mortalidade neonatal. O ecocardiograma fetal (EF) permite a avaliação da anatomia fetal ainda no ambiente intrauterino, possibilitando um diagnóstico precoce e posterior otimização do tratamento. Entretanto, não está bem estabelecido quais gestantes deveriam ser submetidas ao EF para otimizar o diagnóstico de CC. Objetivos: avaliar a relação entre o diagnóstico de CC ao EF com os principais motivos de encaminhamento. **Métodos:** Foram utilizados dados de pacientes que realizaram ecocardiograma fetal no serviço de referência avaliado no período de janeiro de 2010 e agosto de 2016. Os exames foram agrupados de acordo com os motivos de encaminhamento e presença de CC. Foram calculadas as distribuições de frequência dos dados. **Resultados:** um total de 10.915 EF foi analisado. Os principais motivos de encaminhamento foram: Check-up (75%), fatores de risco materno (14%), fatores de risco fetais (7%) e suspeita de cardiopatia ao USG obstétrico (3%). Entretanto, dentre os casos de check-up apenas 2,2% possuía CC. Já nos fatores de risco materno foram 2,8% e nos fatores de risco fetais 8,1%. No caso de suspeita de CC ao USG obstétrico, houve 38,2% de CC. A presença de síndrome genética, hidropsia e malformações fetais extra cardíacas estiveram mais relacionados com a presença de CC. Dentre os fatores maternos, a trombofilia, a diabetes e histórico de CC na família estiveram mais relacionadas com CC, porém menos do que os fatores de risco fetais. **Conclusão:** A imensa maioria dos ecocardiogramas fetais foram normais. Tal fato está associado com os motivos de encaminhamento. A modificação no perfil de encaminhamento, priorizando os fatores de risco fetais e maternos, pode contribuir para uma maior detecção de cardiopatias com menor custo. Uma maior ênfase na suspeita ao USG obstétrico também teria efeito semelhante.

P-141

CENTRO DE MEDICINA FETAL E ANOMALIAS CONGÊNITAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE - RESULTADOS INICIAIS

MARCELO BRANDÃO DA SILVA, LÍVIA DA ROSA PAULETTO, CLÁUDIA PIRES RICACHINEVSKY, CARLO BENATTI PILLA, ALINE BOTTA, ALBERTO VILLANOVA FIN, ALDEMIR JOSE DA SILVA NOGUEIRA, FERNANDO ANTONIO LUCCHESE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE

O diagnóstico pré-natal das cardiopatias congênitas possibilita otimizar o atendimento de pacientes com cardiopatias graves. O nascimento desses bebês em hospitais de referência, capazes de oferecer o tratamento clínico e cirúrgico imediato após o nascimento tem impacto positivo sobre o prognóstico dos pacientes. No entanto poucos hospitais no Brasil apresentam estrutura adequada para prestar esse atendimento.
O Centro de Medicina Fetal e Anomalias Congênitas (CMF) foi criado com o objetivo de proporcionar um atendimento integral para pacientes com malformações congênitas diagnosticadas no período pré-natal. Oferece um atendimento multidisciplinar, com diagnóstico pré-natal, acompanhamento obstétrico, consulta pré-natal com especialistas pediátricos, realização do parto e tratamento clínico ou cirúrgico para o recém nascido. Dentre os pacientes atendidos, 75% apresentam cardiopatias congênitas. Entre os períodos de janeiro de 2013 e agosto de 2016, 359 pacientes portadores de cardiopatias congênitas foram atendidos no CMF. Todos eles nasceram e foram tratados em nossa instituição. Dentre os pacientes com cardiopatias congênitas, 70% apresentavam patologias cirúrgicas e 30% patologias clínicas. Quanto à procedência, 41% eram moradores de Porto Alegre ou região metropolitana, 47% do interior do estado e 11% de outros estados, especialmente Santa Catarina. Com relação à idade gestacional do encaminhamento, observa-se que 43% das gestantes receberam o primeiro atendimento após as 35 semanas de gestação, 27% com idade gestacional entre 30 e 34 semanas e 28% antes das 30 semanas. O encaminhamento tardio das gestantes para o primeiro atendimento tem trazido dificuldades para o planejamento dos atendimentos, sendo que algumas chegam à emergência obstétrica com gestação à termo e sem contato prévio.
A experiência desses anos iniciais de funcionamento do CMF tem comprovado que o atendimento integral dos pacientes com cardiopatias congênitas, iniciado no período pré-natal e seguido do manejo do recém nascido dentro de um centro especializado em Cardiologia e Cirurgia Cardíaca Pediátrica resulta em maior qualidade e melhores possibilidades de sucesso no tratamento dessas patologias. O maior desafio encontrado foi promover a integração entre todos os profissionais envolvidos nesse atendimento de forma a proporcionar um trabalho em equipe ordenado e eficiente

P-142

RELATO DE CASO: CONSTRICÇÃO FETAL DE CANAL ARTERIAL ASSOCIADA AO USO DE DIPIRONA

CAMILLA CANGUSSÚ FERREIRA, SANDRA DA SILVA MATTOS, LUCIA ROBERTA DIDIER NUNES MOSER

CÍRCULO DO CORAÇÃO DE PERNAMBUCO

Introdução: O uso materno de antiinflamatórios não hormonais (AINE) no período gestacional pode induzir constricção ou fechamento intrauterino do canal arterial, sendo o diagnóstico suspeitado pela ultrassonografia obstétrica de rotina e confirmado pela ecocardiografia fetal. Em revisão de literatura, raros casos são relatados atribuindo a constricção do canal arterial no período fetal ao uso da dipirona, leve inibidor da prostaglandina sintetase, tendo sido descrito pela primeira vez em humanos em série nacional publicada no ano de 2015. Descrição do caso: Mulher de 27 anos, GIPIA0, com pré-natal adequado e infecções urinárias de repetição. Com 34 semanas de gestação, teve episódio de pielonefrite e internamento hospitalar. Relato de administração dipirona 2500mg em associação com butilbrometo de escopolamina 20mg, intravenoso, em intervalo de 8/8h fixo por 4 dias. Ultrassonografia obstétrica 3 dias após interrupção das drogas, evidenciou cardiomegalia e derrame pericárdico, além de dilatação de ventrículos cerebrais. Ultrassografias prévias sem anormalidades. Ecocardiografia fetal (36 semanas) visualizou aumento de câmaras direitas, derrame pericárdico, insuficiência tricúspide moderada e canal arterial com constricção de grau moderado. Evolução para trabalho de parto 3 dias após, sem intercorrências e recém-nascido com boa vitalidade. Ecocardiografia com 24h de vida mostrou canal arterial fechado, ausência de derrame pericárdico e hipertensão arterial pulmonar leve. Ressonância nuclear magnética de encefálo evidenciou hemorragia intraventricular grau 4, sem outras alterações. Exame físico, laboratório e ultrassonografia de abdome não sugestivos de infecção ou de malformações associadas. Sorologias maternas negativas para infecções congênitas. Comentários: Apesar de raro, este relato documentou o uso da dipirona em doses elevadas e anti-inflamatórias diárias (7,5g/dia) por 4 dias consecutivos levando à constricção do canal arterial. Existe correlação do uso de outros AINE no período gestacional, como a indometacina, com o desenvolvimento de hemorragia intraventricular grau 3 e 4. Possível fisiopatologia aventada é a inibição da agregação plaquetária, efeito comum à grande parte dos AINE. Portanto, apesar de não haver relatos até o momento, na ausência dos outros possíveis fatores desencadeadores evidentes, não podemos afastar com segurança uma possível causalidade entre o uso da dipirona e o desenvolvimento de hemorragia intraventricular.

P-143

DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DE DISCORDÂNCIA ATRIOVENTRICULAR, DUPLA VIA DE SAÍDA DE VENTRÍCULO DIREITO, E COARCTAÇÃO DE AORTA CRÍTICA: RELATO DE CASO

MELINA TERTULINO DE LIMA, VIRGINIA MOREIRA BRUNO LOURENCO, RUI ALBERTO DE FARIA FILHO, MARCELO CANDIDO DE ANDRADE LEITAO

MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO; INSTITUTO DO CORAÇÃO -NATAL

Introdução: A discordância atrioventricular com discordância ventrículo arterial ou Transposição congenitamente corrigida (TCGA) é uma cardiopatia complexa rara que corresponde a menos de 1% de todas as cardiopatias congênitas. Pode ser subdiagnosticada no período fetal e infância se não houverem lesões associadas. A associação com dupla via de saída do ventrículo direito (DVSVD) é pouco descrita na literatura. **Descrição:** Primigesta de 29 anos, glicemia de jejum alterada no início da gravidez e controlada com dieta. Encaminhada para ecocardiograma fetal com 28 semanas de idade gestacional (IG) devido translucência nucal alterada ao ultrassom morfológico. Exame demonstrou situs solitus, levocardia, DVSVD, vasos em má posição e comunicação interventricular subpulmonar (CIV), além de bradicardia com frequência cardíaca (FC) de 67 bpm. Este dado, associado à implantação mais apical da valva atrioventricular direita corroborou diagnóstico de discordância atrioventricular. No corte dos três vasos, a aorta era muito menor que artéria pulmonar, que se encontrava dilatada. Havia estreitamento ístmico muito importante, com arco aórtico mal visibilizado, sugestivo de Coarctação crítica ou interrupção. Foram realizados ecocardiogramas seriados para controle de função e FC, e a gravidez transcorreu sem outras intercorrências. O recém-nascido (RN) nasceu a termo, feminino, apgar 7/8/9, Peso 3.040g e não necessitou de manobras de reanimação. Saturação de oxigênio 96% em ar ambiente. Eletrocardiograma demonstrou Bloqueio atrioventricular total (BAVT). Ecocardiograma e Angiotomografia do coração após o nascimento confirmaram os achados pré-natais. Devido coarctação de aorta crítica foi iniciada prostaglandina endovenosa através de cateter umbilical. Após o segundo dia de vida RN evoluiu com sopro cardíaco e sinais de hiperfluxo pulmonar, sendo iniciado diurético. Não necessitou de drogas vasoativas, permanecendo sem oxigênio suplementar até a transferência para cirurgia cardíaca. **Comentários:** A associação de discordância atrioventricular, DVSVD, CIV subpulmonar e coartação de aorta constitui lesão cardíaca complexa e rara, tornando-se um desafio para o examinador. Inserção mais apical da valva tricúspide e presença de banda moderadora no ventrículo à esquerda associadas à posição anterior da aorta auxiliaram na determinação diagnóstica ao ecocardiograma fetal.

P-144

CARDIOPATIA REUMÁTICA ASSOCIADA À DRENAGEM ANÔMALA DE VEIA PULMONAR. RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

RAQUEL MACHADO BARBOSA, LEONARDO OLIVEIRA REIS MACIEL, ERIKA RODRIGUES DUARTE, ISABEL CRISTINA BRITTO GUIMARAES

HOSPITAL ANA NERY

Introdução: A febre reumática tem alta prevalência nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, sendo a maior causa de cardiopatia adquirida na pediatria. Já a cardiopatia congênita é o defeito congênito mais comum e uma das principais causas de óbito entre esses defeitos. A associação das cardiopatias congênita e reumática é rara, porém pode ser encontrada. **Descrição do caso:** Paciente de 15 anos, masculino, com história de edema e poliartralgia em 2012. Sendo suspeitado de Artrite idiopática juvenil no ano seguinte e iniciado tratamento. Este descontinuado pelo paciente. Em maio de 2016 iniciou quadro de artrite, dor torácica, febre e dispneia. Foi internado e diagnosticado com endocardite infecciosa e cardite reumática. Na Unidade de referência foi observado FC 120bpm, FR 20irpm e sopro de insuficiência mitral importante. Hemograma com leucocitose, sem desvio e PCR negativo. Eletrocardiograma com ritmo sinusal, SAQRS +60º, sobrecarga de câmaras esquerdas e átrio direito. Radiografia de tórax com aumento global de área cardíaca. Ao ecocardiograma, aumento importante de câmaras esquerdas, valva mitral com aspecto reumático e com insuficiência de grau importante, vaso com fluxo ascendente de característica venosa drenando na veia inominada e veia cava superior. Realizado angiotomografia de tórax, evidenciando veia pulmonar superior esquerda drenando em veia braquiocefálica esquerda, de calibre aumentado (14,4 x 15 mm), com dilatação importante dos átrios. Realizada correção cirúrgica, onde foi visualizado aderência pericárdica importante, sugestiva de pericardite prévia. Realizado correção de drenagem anômala parcial de veia pulmonar, troca valvar mitral e plicatura de átrio esquerdo. **Comentários:** A adaptação dos critérios de Jones à realidade de países como o Brasil, tende a aumentar o diagnóstico de cardiopatia reumática associada a cardiopatias congênitas. O diagnóstico precoce permite início da profilaxia secundária, reduzindo os índices de morbimortalidade desses pacientes. No Brasil, esses índices são agravados nos pacientes com cardiopatia congênita associada, devido à falta de diagnóstico ou vaga na rede pública para tratamento precoce da malformação, como é o caso desse paciente.

P-145

FIBROELASTOMA PAPILÍFERO COMO CAUSA DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO EM ADOLESCENTE

BIANCA LACERDA DEMUNER, CESAR PEDROSA SALES , CLARISSA DE PAULA FREITAS ROCHA, PLINIO DUARTE MENDES

BIOCOR INSTITUTO

Introdução: O Fibroelastoma Papilífero (FP) é o terceiro tumor cardíaco primário mais frequente (8%), precedendo os mixomas (30%) e os lipomas (10%). Considerado benigno, é assintomático, acomete tipicamente indivíduos acima de 50 anos e geralmente é diagnosticado em exames de rotina ou durante investigação de complicações embólicas, como no Acidente Vascular Encefálico (AVE). O presente manuscrito relata um raro caso de AVE isquêmico em adolescente posteriormente diagnosticado com FP. **Descrição do caso:** Trata-se de uma adolescente de 16 anos, previamente hígida, com início súbito de hemiparesia esquerda. A Ressonância Magnética do Encéfalo demonstrou restrição à difusão em topografia de cápsula interna direita. O ecocardiograma transesofágico identificou massa na face atrial do segmento distal do folheto anterior da valva mitral, medindo 9 x 5 mm, de contornos irregulares, não pedunculado e pouco móvel. Submetida à cirurgia para troca mitral por bioprótese e ressecção de tumor. O exame anatomopatológico confirmou fibroelastoma papilífero. **Comentários:** O FP é raro na faixa etária infanto-juvenil. Em aproximadamente 90% dos casos acomete uma única valva, sendo a valva aórtica a mais afetada (44%), seguida da valva mitral (35%), tricúspide (15%) e pulmonar (8%). Com sensibilidade e especificidade 89% e 88%, respectivamente, o ecocardiograma transesofágico é capaz de detectar lesões a partir de 2 mm. O tumor é caracterizado por uma pequena massa pedunculada ou séssil, com variação de 2 mm a 70 mm no seu maior diâmetro e projeção em forma de "dedo" que algumas vezes é oscilante. A ecodensidade do núcleo de colágeno do tumor representa o aspecto mais consistente sugestivo de FP, permitindo diferenciar de outros tumores intracardíacos, vegetações ou trombos. O FP apresenta-se como um tumor homogêneo, diferenciando-o do mixoma. Geralmente, a função valvar não está prejudicada, diferentemente do que ocorre com as vegetações secundárias às endocardites infecciosas. No caso descrito, a lesão encontrava-se aderida aos folhetos anterior e posterior da valva mitral, aspecto este não usual deste tipo de tumor, tendo em vista que classicamente o FP tem aspecto que lembra uma "anêmona do mar". Devido ao potencial de embolização sistêmica, na maior parte das vezes recomenda-se que essas lesões sejam tratadas cirurgicamente, apesar de seu aspecto histologicamente benigno.

P-146

COMPLICAÇÕES GRAVES DA ENDOCARDITE INFECCIOSA: RELATO DE DOIS CASOS

MARILIA ALCOFORADO DOMINGUES, SALEM DALLA BERNARDINA FRAGA, RAIZZA FERNANDES DA COSTA, VIVIANE CAMPOS BARBOSA DE SENA

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) é uma patologia com sintomas inespecíficos que dificultam o diagnóstico precoce, apresentando alta morbimortalidade. Complicações como abscessos e aneurismas são raros e de pior prognóstico. Este trabalho tem como objetivo relatar dois casos de pacientes com cardiopatia congênita (CC), apresentando mau estado de conservação dentária, que evoluíram para EI e suas complicações. Caso 1: Paciente, masculino, 9 anos, com diagnóstico de valva aórtica bicúspide e dupla lesão valvar, já submetido a valvuloplastia aórtica. Internado com história de febre há duas semanas, fraqueza e petéquias conjuntivais. Ecocardiograma (ECO) na admissão evidenciou imagem de vegetação em face atrial do folheto anterior da valva mitral e perfuração do mesmo, além de vegetação supravalvar aórtica. Hemocultura (HMC) positiva para Streptococcus viridans, sendo iniciado ampicilina e gentamicina. Realizada tomografia computadorizada que evidenciou imagens sugestivas de embolia hepática, esplênica e cerebral. Encaminhado à cirurgia de urgência. Durante o procedimento, foi encontrado abscesso no esqueleto fibroso do coração e aorta ascendente, além de vegetações nas valvas mitral e aórtica, tendo sido realizada cirurgia de Konno-Bentell com sucesso. O histopatológico demonstrou EI em atividade. Fez seis semanas de antibiótico venoso após cirurgia, com boa evolução clínica. Caso 2: Paciente, masculino, 6 anos, com diagnóstico de comunicação interventricular (CIV), banda muscular de ventrículo direito e insuficiência aórtica, com quadro clínico de febre há quatro semanas, hiporexia e prostração. ECO evidenciou vegetação peduncular em região mitroaórtica e aneurisma que se estendia da base do folheto anterior mitral à raiz aórtica, medindo 12 mm. Duas HMC positivas para Gemella Haemolysans. Iniciado tratamento com ampicilina e gentamicina. Paciente submetido à cirurgia, com retirada das vegetações, fechamento do óstio do aneurisma, plastia da valva aórtica e fechamento da CIV. Histopatológico evidenciou Staphylococcus hominis. Reiniciado antibioticoterapia por quatro semanas após cirurgia, com boa evolução clínica. Comentários: A EI é uma doença que deve sempre ser considerada como diagnóstico diferencial em casos de febre persistente, principalmente em crianças com CC associada à má conservação dentária. Os dois casos relatados de EI complicada apresentaram desfecho favorável, apesar da gravidade das lesões.

P-147

SÍNDROME DA HIPOPLASIA DO CORAÇÃO ESQUERDO - RELATO DE CASO

GUSTAVO HENRIQUE BELARMINO DE GOES, HYGOR DUARTE DE LEMOS, DARIO CELESTINO SOBRAL FILHO, CATARINA VASCONCELOS CAVALCANTI

PRONTO-SOCORRO UNIVERSITÁRIO PROFESSOR LUIZ TAVARES PROCAPE; FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS/UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

Introdução: O termo síndrome da hipoplasia do coração esquerdo (SHCE) foi introduzido por Noonan e Nodas para descrever as características morfológicas das atresias mitral e aórtica combinadas, ocorrendo em 36% dos pacientes acometidos pela síndrome. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 13 dias de vida, nascido de parto cesáreo devido a pré-eclâmpsia leve e bradicardia fetal com apresentação cefálica, a termo. Apresentou sepse neonatal precoce, que foi tratada, decorrente de infecção urinária materna. Com 24 horas de vida foi diagnosticado com sopro sistólico (2+/6+) em todos os focos cardíacos, sem cianose associada. Às 48 horas de vida foi realizado Ecocardiograma que identificou SHCE, atresia das valvas aórtica e mitral, canal arterial pérvio, comunicação interatrial. O paciente, então, foi submetido a procedimento híbrido, caracterizado por cerclagem dos ramos pulmonares e implante de stent no canal arterial. Após estabilização em Unidade de Terapia Intensiva foi transferido para enfermaria estável clínica e hemodinamicamente, com dieta via sonda nasoenteral (SNE). Paciente recebeu alta hospitalar em boas condições clínicas, apresentando bom padrão respiratório e encaminhado para acompanhamento pediátrico e com retorno precoce agendado ao hospital para continuação do tratamento da SHCE. **Conclusões:** A Síndrome da Hipoplasia do Coração Esquerdo é uma cardiopatia congênita grave com prognóstico restrito se não diagnosticada e tratada precocemente. Para isso o Ecocardiograma Transtorácico, como observado no presente caso, assume papel essencial, pois a estenose aórtica pode mimetizar o quadro clínico dessa síndrome.

P-148

HIPOPLASIA ISOLADA DE VENTRÍCULO DIREITO - RELATO DE CASO

MONIQUE LOREN DA SILVA, MARIA FERNANDA JACOB, MAURO CRUZ JURCA, PAULO HENRIQUE MANSO

HOSPITAL DAS CLINICAS FMRP - USP

Introdução: Patologia rara, a hipoplasia isolada de ventrículo direito teve seu primeiro relato em 1959, caracterizado pelo hipodesenvolvimento da porção trabecular do ventrículo direito, com hipoplasia da valva tricúspide, via de saída ampla, com ou sem obstrução pulmonar. **Resumo do caso:** Paciente do sexo masculino, encaminhado para o CTI Neonatal com 3 dias de vida devido à dessaturação e teste de oximetria alterado, associado à discreta taquidispnéia. Foi realizada ecocardiografia, com evidência de forame oval patente, com fluxo no sentido átrio direito – átrio esquerdo, ventrículo direito bastante hipertrófico, com luz moderadamente reduzida, com disfunção diastólica, com fluxo anterógrado pela artéria pulmonar, valva tricúspide reduzida de tamanho, sem alterações morfológicas e normalmente implantada. Como o paciente encontrava-se estável hemodinamicamente, com oximetria ao redor de 88%, sem necessidade de suporte hemodinâmico ou ventilatório, foi optado por tratamento conservador, sem abordagem cirúrgica imediata. O paciente recebeu alta com 10 dias de vida, saturando ao redor de 90%, assintomático, e permaneceu assim nos últimos retornos ambulatoriais. **Comentários:** A hipoplasia isolada do ventrículo direito apresenta espectro amplo, com manifestações clínicas dependendo do grau de hipoplasia ventricular e do tamanho da comunicação interatrial basicamente; podendo variar de oligossintomático à sintomas graves de hipoxemia, sem necessidade de abordagem ou necessitando de procedimento cirúrgico paliativo para garantir o fluxo pulmonar. Há ausência de sopro e a manifestação principal é a cianose. A evolução geralmente é favorável, com aumento das dimensões do ventrículo direito.

P-149

ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES E ECOCARDIOGRÁFICAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES PORTADORES DE ASMA CRÔNICA

CAROLINA ANDRADE BRAGANCA CAPURUCO, CLEONICE DE CARVALHO COELHO MOTA, MARIA DA GLORIA RODRIGUES MACHADO

UFMG; CONRAD; FMMC

Introdução: A asma na população pediátrica tem sido cada vez mais frequente. Vários avanços estão sendo realizados em seu tratamento e prevenção, entretanto, há poucos estudos sobre os efeitos cardiovasculares. **Objetivo:** O objetivo foi comparar função cardiorrespiratória e qualidade de vida em crianças saudáveis e asmáticas. **Métodos:** Estudo prospectivo, comparativo, incluindo 40 pacientes entre 9 e 17anos. 20 saudáveis (CTL 12.7 ± 0.4 anos) e 20 asmáticas (ASM 12.0 ± 0.6 anos). Parâmetros respiratórios avaliados foram: volume expiratório forçado (FEV1) e capacidade vital forçada (FVC); Dopplerecocardio-gráficas: função sistodiastólica biventricular, pressão sistólica artéria pulmonar (PSAP), tempo de aceleração pulmonar (Tac) e Doppler tecidual (TDI). Comparação entre grupos foi feita através do teste T Student e Mann Whitney. **Resultados:** Não houve significância estatística na função sistólica biventricular. O Tac foi menor (114.3 ± 3.71 ms) e a PSAP foi maior (25.40 ± 0.54 mmHg) no grupo ASM do que no grupo CTL (135.3 ± 2.28 ms e 22.22 ± 0.40 mmHg). Não houve registro de disfunção diastólica direita. Entretanto a razão E/A do fluxo tricuspídeo ao Doppler convencional e ao Doppler tecidual foi significativamente menor no grupo ASM, além de maior tempo de relaxamento isovolumétrico (IVRT) esquerdo e direito no grupo ASM (P 0.001), refletindo já uma disfunção miocárdica global. O índice de performance miocárdica (IPM) biventricular foi maior no grupo ASM (P = 0.024). A qualidade de vida avaliada pelo "PediatricQualityof Life Inventory" (PedsQL 4.0) foi menor no grupo ASM quando comparado ao grupo CTL (73.91 ± 2.54 and 92.86 ± 3.71, respectivamente). A atividade física, função muscular respiratória e distância de caminhada foram semelhantes nos dois grupos. **Discussão:** Asma crônica é uma doença cada vez mais comum em pediatria e há impacto importante na performance miocárdica antes mesmo da deterioração da função respiratória e da qualidade de vida. Observamos que o índice da performance miocárdica e a função diastólica , sobretudo ventricular direita, pode guiar o tratamento para que a doença não evolua de maneira desfavorável. **Conclusão:** A avaliação adequada e rotineira pelo Dopplerecocardiograma é ferramenta fundamental para manejo da asma crônica grave em crianças e adolescentes. Através dele alterações subclínicas podem ser detectadas, além de orientar tratamento em longo prazo e mudar o prognóstico desta população.

P-150

ASSOCIAÇÃO RARA ENTRE OSTEOGENESIS IMPERFECTA E JANELA AORTO-PULMONAR

ADRIANA MACINTYRE INNOCENZI, MARILIA ALCOFORADO DOMINGUES, MARITZA X ANZANELLO, SANDRA JESUS PEREIRA

MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO; HOSPITAL PERINATAL LARANJEIRAS

Introdução: Osteogenesis imperfecta (OI) é uma doença do tecido conjuntivo raramente associada a cardiopatia congênita e, quando presentes, está relacionada às valvas mitral e aórtica. Ainda não foi descrita associação de OI com janela aorto-pulmonar e canal arterial pérvio, de acordo com pesquisa nas fontes Pubmed, Lilacs e literatura cinzenta. Relato de caso: Lactente de 4 meses, nascido a termo, 2460 g, gemelar, com histórico materno de OI que evoluiu com desconforto respiratório após segunda semana de vida. Ao exame físico apresentava taquidispneia com tiragem subcostal moderada, frequência cardíaca de 146 batimentos por minuto, frequência respiratória de 68 incursões respiratórias por minuto, pulsos periféricos palpáveis, simétricos e esclera azulada. Aparelho cardiovascular com ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, sopro sistólico de 3+/6+ em borda esternal esquerda alta. Demais achados do exame físico sem alterações. Realizado telerradiografia de tórax que evidenciou cardiomegalia e aumento da trama vascular pulmonar. Ecocardiograma sugeriu janela aorto-pulmonar tipo I ampla, estenose aórtica leve a moderada e aumento significativo de cavidades esquerdas. Angiotomografia de aorta demonstrou grande comunicação entre a porção ascendente da aorta e porção proximal da artéria pulmonar, medindo cerca de 8 mm. Durante a internação, apresentou fratura espontânea de rádio e ulna sendo diagnosticado OI tipo I. Devido a grande dimensão do defeito, optamos por correção cirúrgica após inicio de carbonato de cálcio e pamidronato de sódio regulares, além de medicações anticongestivas. Aos dois meses, foi submetido à cirurgia com sutura primária da parede da aorta sem patch. Evolução cirúrgica e pós cirúrgica sem intercorrências cardiológicas e ortopédicas. Recebeu alta hospitalar eupneico, sem medicações cardiológicas, ecocardiograma com função ventricular preservada, sem shunt residual e importante redução das cavidades esquerdas. **Conclusão:** A janela aorto-pulmonar proximal (tipo I) é uma cardiopatia de hiperfluxo que evolui precocemente para hipertensão arterial pulmonar. A sua associação com OI ainda não foi descrita na literatura atual e consiste em um fator de aumento da morbidade cirúrgica, visto que a deficiência do colágeno desta patologia torna os ossos frágeis, podendo impactar na consolidação pós operatória. Entretanto, o lactente teve excelente resultado cirúrgico cardiológico e não apresentou fraturas.

P-151

VALVA AÓRTICA UNICÚSPIDE UNICOMISSURAL: UMA RARA OCORRÊNCIA

THYARA JAQUELINE LEITE, ADRIANA FURLETTI MACHADO GUIMARÃES, SANDRA REGINA TOLENTINO CASTILHO, CAMILLA ANDRADE LIMA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

Introdução: A valva aórtica unicúspide (VAU) é uma anomalia congênita rara, predominante em homens e muitas vezes confundida com valva aórtica (VAo) bivalvular. A incidência estimada é de 0,02%, podendo ser encontrada em até 4-6% dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos da VAo. A VAU pode ser unicomissural ou acomissural. O tipo acomissural apresenta orifício central em forma de "boca de peixe", sem fixação lateral à aorta, enquanto no tipo unicomissural o orifício é excêntrico, em forma de fenda, e encontra-se fixado à parede aórtica. Relatamos um caso de VAU unicomissural estenótica diagnosticada previamente como VAo bivalvular. **Relato do caso:** Paciente masculino, 4 anos, com achado de sopro cardíaco em consulta pediátrica no primeiro mês de vida. No exame ecocardiográfico (ECO) inicial foi observada VAo bivalvular com estenose leve a moderada. Entretanto, em novo exame concluiu-se tratar de VAU unicomissural. No corte paraesternal eixo longo observou-se VAo espessada com formação de "dome" tanto na sístole como na diástole e dilatação significativa da aorta ascendente (z-score +4,68). No corte paraesternal eixo curto, foi visibilizado, em diástole, orifício valvar excêntrico e situado posteriormente, e em sístole, uma fixação lateral da comissura à parede posterior da aorta. Dupla lesão valvar aórtica, com regurgitação leve e estenose moderada também foi registrada. A criança continua em acompanhamento ambulatorial, assintomática em relação ao sistema cardiovascular. **Comentários:** A VAU é uma condição rara e apresenta-se frequentemente associda à estenose aórtica com ou sem regurgitação valvar. Muitas vezes, coexiste dilatação da aorta ascendente, como comumente é observado em associação à VAo bivalvular. Outras anomalias associadas incluem coarctação de aorta, defeito do septo interventricular e aneurisma aórtico. Na forma acomissural geralmente ocorre estenose grave e precoce, sintomática já no período neonatal. O caso relatado trata-se do tipo unicomissural, que é a forma mais comum. Como a área do orifício valvar é relativamente maior nesta apresentação, os pacientes podem evoluir até fase adulta sem estenose ou regurgitação significativas. O diagnóstico precoce permite acompanhamento de lesões valvares e dilatação da aorta ascendente.

P-152

PERSISTÊNCIA DO QUINTO ARCO AÓRTICO EM PACIENTE COM SEQUÊNCIA VACTERL: RELATO DE UMA RARA ASSOCIAÇÃO

THYARA JAQUELINE LEITE, ADRIANA FURLETTI MACHADO GUIMARÃES, SANDRA REGINA TOLENTINO CASTILHO, GUILHERME GOMES DUARTE

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

Introdução: A sequência VACTERL pode ser associada a diversas cardiopatias congênitas, como persitência do canal arterial (PCA), dextrocardia e malformações da aorta como coarctação e valva aórtica bivalvular. A persistência do quinto arco é uma rara anomalia do desenvolvimento do arco aórtico com formação de um duplo lúmen, ainda não descrita, segundo nosso conhecimento, em paciente com essa sequência. **Descrição do caso:** Menino de sete anos, em internação para reconstrução do trânsito intestinal foi submetido a exame ecocardiográfico (ECO) que evidenciou dextrocardia, valva aórtica bivalvular, aumento importante da aorta ascendente (z-score +5,04) e aorta transversa com dois lúmens, sem obstrução. Os lúmens aórticos anterior e posterior apresentavam fluxo laminar, medindo cerca de 14,6 mm e 6,5 mm, respectivamente, com vasos cefálicos originando-se do lúmen anterior. Submetido à tomografia computadorizada de tórax, confirmados os achados ecocardiográficos. Criança apresentava diagnóstico prévio de sequência VACTERL e correção cirúrgica de coarctação da aorta e canal arterial no primeiro ano de vida, sem menção de duplo lúmen aórtico. Em controle ambulatorial, assintomática em relação ao sistema cardiovascular, porém apresentando quadros respiratórios de repetição. **Comentários:** O duplo lúmen aórtico origina-se da persistência do quinto arco embrionário estabelecendo uma conexão entre aorta ascendente e descendente que pode apresentar três variações: ambos os lúmens patentes, atresia ou interrupção do arco superior com patência do inferior e anastomose sistêmico-pulmonar, quando o quinto arco liga a aorta ascendente com um sexto arco também persistente. O caso relatado trata-se da primeira variação, quando ambos lúmens são patentes. Além disso também é mais frequente a associação do duplo lúmen à coarctação de aorta e PCA. O aumento da aorta ascendente é, provavelmente, secundário à junção dos dois arcos primitivos e não representa, necessariamente, doença do tecido conjuntivo ou consequência de valva aórtica bivalvular. No presente caso foi importante o diagnóstico diferencial com anel vascular, tendo em vista o quadro respiratório apresentado pelo paciente. Angiotomografia foi realizada, confirmando o achado de duplo lúmen sem compressão de via aérea.

P-153

COR TRIATRIATUM SINISTER COM VENTRÍCULO ESQUERDO BORDERLINE - RELATO DE CASO

LUCAS EDUARDO ALBIERI, MARIA FERNANDA JACOB, TARCISIO JOSE DA SILVA JR, MAURO CRUZ JURCA

HOSPITAL DAS CLINICAS FMRP - USP

Introdução: Relatada pela primeira vez em 1868, cor triatriatum sinister é uma anomalia congênita na qual o átrio esquerdo é dividido em dois compartimentos por uma uma membrana ou uma banda fibromuscular. Representa 0,1% de todas as malformações cardíacas congênitas e pode estar associada a outros defeitos cardíacos em até 50% dos casos, principalmente comunicação interatrial e drenagem venosa pulmonar anômala. A manifestação clínica depende basicamente do tamanho do orifício que comunica a câmara principal e a acessória. **Resumo do caso:** Paciente do sexo masculino, encaminhado para a cardiologia infantil com 1 mês e 14 dias de vida devido a sopro cardíaco, taquipnéia desde o nascimento e baixo ganho ponderal. Ao ecocardiograma foi evidenciado presença de membrana dividindo o átrio esquerdo, com veias pulmonares conectadas a este átrio, porém parte drenando para o átrio direito, acima da membrana e parte abaixo desta para o átrio esquerdo, passando pela valva mitral; ampla comunicação interatrial; grande dilatação das câmaras direitas com hipertrofia importante do ventrículo direito e ventrículo esquerdo borderline para hipoplasia (ventrículo esquerdo com 12 mm – valor de referência: 13 a 32 mm). Aos 2 meses de vida, foi submetido à correção cirúrgica com ressecção da membrana interatrial e fechamento da comunicação interatrial com selo de pericárdio bovino. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, extubado precocemente e com necessidade de suporte hemodinâmico mínimo, com ecocardiograma no 1º dia de pós-operatório mostrando átrio esquerdo sem membrana residual e ventrículo esquerdo com 18 mm e função normal. Paciente recebeu alta hospitalar com dose baixa de diurético e padrão respiratório com melhora evidente. No seguimento ambulatorial foi suspenso o diurético e observado padrão respiratório dentro da normalidade. **Conclusão:** Apesar de raros, os casos de cor triatriatum são diagnosticados através de exames de imagem não invasivos, como o ecocardiograma, avaliando a anatomia de maneira acurada. A despeito da dimensão reduzida do ventrículo esquerdo em alguns casos, após a abordagem cirúrgica e a normalização do fluxo através do átrio esquerdo, o ventrículo tende a recuperar rapidamente sua dimensão sem prejuízo de função.

P-154

MIOCARDITE AGUDA ASSOCIADA A ARRITMIA COM EVOLUÇÃO FULMINANTE: RELATO DE CASO

FERNANDA HELENA DA SILVA VIEIRA, NATHALIE JEANNE MAGIOLI BRAVO VALENZUELA, MARCELLA DE SOUZA PINTO VARELLA, MARIA ALICE PULGA, ADRIANA DE OLIVEIRA RIBEIRO DOS SANTOS, JOO CARLOS DINIZ

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

A miocardite é uma doença inflamatória do miocárdio associada a necrose tecidual miocelular. O objetivo deste estudo é escrever um caso de miocardite aguda associada a arritmia com evolução fulminante.
Y.K.S, 1 ano 6 meses, com quadro de cansaço e inapetência evoluindo para insuficiência respiratória aguda foi admitido em unidade de terapia intensiva. Ao exame físico apresentava taquidispneia importante, ausculta cardíaca com RCR 2T, bulhas hipofonéticas, com sopro sistólico 2/6 em foco mitral, fígado a 6 cm RCD e perfusão periférica lenificada. Suspeitou-se de miocardite; realizada intubação orotraqueal, acesso venoso central e iniciadas drogas vasoativas. Radiografia de tórax: cardiomegalia importante (sobrecarga de VE) e congestão venosa pulmonar. ECG: ritmo sinusal, FC 150 bpm, SÂQRS +90º, sobrecarga ventricular esquerda. Ecocardiograma transtorácico: Dilatação importante do VE com paredes finas e disfunção sistólica importante ; fração de ejeção 24% ; Insuficiência mitral importante e tricúspide discreta; Imagem arredondada, móvel na parede posterior do VE com aspecto de trombo. Optado por não introdução de heparina devido a sangramento importante (nasal e oral) e RNI alterado (1,6). Enzimas cardíacas elevadas: Troponina 220,3 (VR: < 25) e CKMB 190 (VR: < 25). Paciente apresentou taquicardia ventricular (figura 1) e fibrilação ventricular sendo submetida a cardioversão elétrica e desfibrilação retornando ao ritmo sinusal transitoriamente. Evoluiu para óbito sem resposta as manobras de reanimação.
A miocardite aguda em crianças deve ser sempre lembrada como causa de insuficiência cardíaca e diferenciada da insuficiência respiratória aguda. A maior etiologia em nosso meio é viral porém temos dificuldade em isolar o agente infeccioso. Neste caso o paciente apresentava fatores de mau prognostico como: diagnóstico tardio, elevação importante de troponina, presença de arritmias e fração de ejeção < 40%.

P-155

A IMPORTÂNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA SUSPEITA DE ARTERITE DE TAKAYASU NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA

JOAO CARLOS GEBER JUNIOR, ANYELLE AMARO DE SOUSA, JULIANA VIEIRA MENDES

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE; HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE; HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ DE ALENCAR

A Arterite de Takayasu (AT) é uma vasculite crônica granulomatosa de grandes vasos que acomete a aorta ramos. Mais comum em mulheres jovens, raramente descrita em pacientes menores de 16 anos. É a terceira causa de vasculite na pediatria. Na infância, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o achado mais comum; manifestações clínicas iniciais são insidiosas e inespecíficas, o que pode atrasar de diagnóstico nesta faixa etária. O objetivo desse trabalho foi destacar a importância do diagnóstico diferencial de hipertensão arterial secundária no raro e difícil diagnóstico da AT. D., 3 anos, masculino, com tosse, febre, distensão abdominal associada a dor, emagrecimento e palidez há 45 dias. Ao exame estava emagrecido, hipocorado, anictérico; diferença de pressão arterial (PA) entre membros > 20mmHg. Ausculta cardiopulmonar: Hiperfonese de B2, B3 e sem alteração pulmonar. Distensão abdominal e hepatomegalia. Exames complementares: ecocardiograma: forame oval patente, hipertensão pulmonar, fração de ejeção de 38%, aumento de câmaras direitas; cateterismo: dilatação da aorta ascendente distal e arco e irregularidades parietais da descendente; cintilografia Renal: função tubular normal à esquerda e redução moderada à direita. Hipóteses Diagnósticas: Insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e pneumonia, tendo sido excluídas causas infecciosas e endócrinas. Evoluiu com pico hipertensivo e edema agudo de pulmão; recebeu cuidados em unidade de tratamento intensivo, com resolução do quadro. Realizou-se o diagnóstico de AT. Critérios Presentes: a) anormalidade angiográfica (obrigatório); diferença de PA entre membros > 10mmHg e HAS. Durante manejo clínico a HAS respondeu com 3 drogas anti-hipertensivas e iniciada prednisolona e ciclofosfamida com importante melhora clínica. Embora de causa desconhecida a presença de granulomas e células de Langhan gigantes envolvem a tuberculose na etiopatogenia da AT, tornando alta a incidência de derivado protéico purificado nos pacientes. Na população pediátrica, o acometimento supradiafragmático associa-se a manifestações em Sistema nervoso central, dor torácica, diferenças entre as pressões arteriais (PA) nos membros, claudicação, ausência de pulsos. Arritmias e ICC podem ocorrer em 10-57% dos pacientes. Acometimento de artéria renal é o sintoma mais comum da AT, ocorrendo em 66-93% das crianças. O tratamento baseia-se em imunossupressão. A sobrevida varia de 70-93% em cinco anos.

P-156

ESTENOSE MITRAL ASSOCIADA À SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA

MARIA AUXILIADORA DIAS FERREIRA SOBRAL, LURILDO CLEANO RIBEIRO SARAIVA, DARIO CELESTINO SOBRAL FILHO, FERNANDO RIBEIRO DE MORAES NETO

INSTITUTO DE MEDICIINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIR; UNIMED

A síndrome da rubéola congênita (SRC) é caracterizada pela tríade surdez, anomalias oculares e malformações cardiovasculares, resultante de infecção materna pelo vírus da rubéola que ocorre geralmente no primeiro trimestre da gestação. No Brasil é uma doença rara em vista da implementação dos programas de imunização em todo o mundo, entretanto, foram evidenciadas epidemias entre 1998 - 2000 e 2006, segundo ECLAMC network (Latin-American Collaborative Study of Congenital Anomalies). Dentre as cardiopatias mais frequentes como persistência de canal arterial e estenose pulmonar, a estenose mitral congênita (EMC) é uma associação rara.
Adolescente de 13 anos, sexo feminino, apresentou histórico de síndrome da rubéola congênita (SRC) manifestada por catarata congênita, surdez sensorial neural bilateral e defeitos cardiovasculares congênitos: persistência de canal arterial, estenose pulmonar leve e válvula aórtica bicúspide. Evoluiu com quadro de insuficiência cardíaca e foi submetida à cirurgia para fechamento do canal arterial aos 3 meses de idade. Em avaliação ecocardiográficas aos 11m e aos 3 anos de idade, além das lesões anteriores, foi diagnosticado espessamento em valva mitral com estenose moderada. A etiologia reumática foi afastada por ausência de histórico clínico compatível com a doença. Apresentou acompanhamento clínico irregular até surgimento aos 13 anos, de quadro de dispnéia súbita após esforço físico, que a levou a atendimento de emergência. Ao exame físico encontrava-se com bom estado geral e ausculta cardíaca evidenciando hiperfonese de P2 e ruflar diastólico em área mitral. O eletrocardiograma mostrava sobrecargas atriais e ventricular direita e a radiografia do tórax intensa congestão venosa e capilar pulmonar. O ecocardiograma evidenciou estenose mitral congênita, com área efetiva de 0,65 cm2. Encaminhada para cirurgia e constatado esta condição, sendo realizado plastia valvular com bom resultado cirúrgico.
Os autores chamam a atenção para a evolução lenta desta anomalia valvular, levando a estenose mitral grave, que é uma mal-formação rara, e pouco citada na literatura quando associada a síndrome da rubéola congênita.

P-157

DISPLASIA VENTRICULAR DIREITA, ESTENOSE CRÍTICA DE VALVA TRICÚSPIDE, AGENESIA DE VALVA PULMONAR E COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR MÍNIMA: UMA RARA ASSOCIAÇÃO

LIVIA DE CASTRO RIBEIRO, ADRIANA FURLETTI MACHADO GUIMARÃES, EDMUNDO CLARINDO OLIVEIRA, ROBERTA DA SILVA D`ALESSANDRO TONELLO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

Introdução: A estenose crítica ou atresia da valva tricúspide (AT) com agenesia da valva pulmonar (VP) e septo interventricular íntegro é uma rara associação descrita na literatura e mais rara ainda é a associação destas com comunicação interventricular (CIV). **Descrição do caso:** Recém-nascido (RN) termo, 3kg, hipoxêmico ao nascer, sendo iniciada infusão de prostaglandina. Ao exame clínico apresentava segunda bulha única e hiperfonética e sopro sistodiastólico II/VI em borda esternal esquerda, congestão sistêmica e sinais de baixo débito cardíaco com resposta parcial ao uso de diuréticos e fenilefrina. Radiografia de tórax:Área cardíaca normal e hipofluxo pulmonar. Exame ecocardiográfico: forame oval pérvio com fluxo invertido, valva tricúspide displásica com estenose importante, pequena CIV de via de entrada com fluxo bidirecional. Ventrículo direito (VD) com cavidade bem desenvolvida e completa ausência de miocárdio em ápice e parede lateral. Septo interventricular hipertrófico, obstruindo a via de saída do ventrículo esquerdo (VE). Agenesia de VP com fluxos anterógrado e retrógrado livres. Aumento moderado de VE. Grande canal arterial patente com fluxo bidirecional. Programada intervenção percutânea com realização de atriosseptostomia, oclusão do fluxo de artéria pulmonar para o VD e implante de stent em canal arterial. Procedimento não realizado devido a septicemia com evolução para óbito. **Comentários:** Litovsky et al (2000) descreveram 27 casos de AT ou ET critica associada a agenesia pulmonar e apenas quatro apresentavam CIV pequena associada. Na AT com CIV pequena, comumente o fluxo pulmonar é restritivo e associado a estenose pulmonar grave e hipoplasia importante de VD. Neste caso, diferentemente, o RN apresentou associação desta cardiopatia com agenesia de VP. A maior parte dos casos de associação de AT e agenesia pulmonar descritos apresenta displasia da parede livre do VD e do septo ventricular, em que parte do miocárdio é substituído por sinusóides e tecido fibroso, como no caso descrito. A presença de estenose tricúspide importante seria, portanto, um grau menos intenso de um espectro de displasia ventricular. A apresentação clínica é precoce, geralmente nos primeiros dias de vida. A cianose está presente em todos os casos. A maioria evolui para óbito no primeiro ano de vida, sendo observada maior sobrevida naqueles que não necessitaram de abordagem cirúrgica para garantir adequado fluxo pulmonar.

P-158

ENDOMIOCARDIOFIBROSE EM CRIANÇAS: RELATO DE CASO

LUZIENE ALENCAR BONATES DOS SANTOS, CATARINA VASCONCELOS CAVALCANTI, JULIANA RODRIGUES NEVES

PRONTO SOCORRO CARDIOLOGICO DE PERNAMBUCO - PROCAPE

Introdução: a endomiocardiofibrose (EMF) é uma afecção do endocárdio de etiopatogenia desconhecida presente em vários países tropicais, sendo mais frequente em adultos jovens. A sua ocorrência em crianças é descrita principalmente após os quatro anos. Caracteriza-se pela formação de tecido fibroso no endocárdio, podendo acometer ambos os ventrículos, de forma isolada ou não, sendo mais frequente no ventrículo direito. Manifesta-se por graus variáveis de insuficiência cardíaca. **Descrição:** I.K.M, 11 anos, sexo feminino, etnia indígena, natural e procedente do Acre, vem encaminhada para um hospital de referência para avaliação cirúrgica de cardiopatia congênita. Tinha queixas de dispneia aos grandes esforços há três anos associada a aumento do volume abdominal mais acentuado há seis meses. Ex. Físico: Peso: 24 Kg Alt: 1m TA: 80X60mmHg EGB, afebril, eupnéica, normocorada, acianótica, hidratada, anictérica, sem edemas, extremidades aquecidas e bem perfundidas. Pulsos arteriais presentes e simétricos nos quatro membros. ACV: precórdio calmo, sem deformidades; ictus e bulhas cardíacas não palpáveis; impulsão de mesocárdio; RCI, 2T, bulhas hipofonéticas, sem sopros cardíacos. AR: MV+, bilateral, sem RA; SatO2: 99% ABD: ascítico, fígado palpável a 7cm RCD e em topografia de hipocôndrio esquerdo, doloroso à palpação. Extremidades: sem edema em membros inferiores. Exames complementares: eletrocardiograma evidenciando sobrecarga ventricular direita; radiografia torácica com importante cardiomegalia às custas do átrio direito; ecocardiograma demonstrando átrio direito com aumento de grau importante, ventrículo direito (VD) obliterado por tecido fibroso que engloba os folhetos da válvula tricúspide cujos folhetos encontram-se aderidos às paredes do VD (EMF direita) e derrame pericárdico leve; a ressonância magnética cardíaca sugeriu EMF bilateral. Foi submetida a biópsia endomiocárdica que confirmou o diagnóstico. Foi submetida a cirurgia cardíaca para ressecção da fibrose endocárdica e implante de bioprótese tricúspide. **Discussão:** a EMF é uma doença de etiologia desconhecida que pode se manifestar com graus variáveis de insuficiência cardíaca restritiva. É uma doença grave que necessita de tratamento cirúrgico e que determina elevada morbidade e mortalidade.

P-159

DEFEITO DE GERBODE - ALERTA PARA UM DIAGNÓSTICO POUCO RECONHECIDO

ROBERTA DA SILVA D`ALESSANDRO TONELLO, GABRIELA AIRES RIBAS, GABRIELA QUEIROZ MONTEIRO DE REZENDE, ADRIANA FURLETTI MACHADO GUIMARÃES

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG; FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Introdução: O defeito de Gerbode é uma rara comunicação entre ventrículo esquerdo (VE) e átrio direito (AD), com prevalência menor que 1%. Pode ser congênito ou adquirido. Trata-se de uma alteração anatômica do septo membranoso e pode se localizar acima da inserção do folheto da valva tricúspide (VT) - forma direta, ou abaixo - forma indireta. O shunt na forma direta se faz no sentido VE-AD através de um defeito no septo atrioventricular e na forma indireta no sentido VE-ventrículo direito (VD), através de uma comunicação interventricular (CIV) e a seguir para o AD através de um defeito na VT. Descrição dos casos: Caso 1: Lactente de 7 meses, em acompanhamento cardiológico desde a 1ª semana de vida, com diagnóstico ecocardiográfico (ECO) de pequena CIV perimembranosa. Evoluiu com sintomas de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) na 3ª semana de vida, sendo iniciados diuréticos. A resposta foi insatisfatória, com inadequado ganho de peso, havendo necessidade de ajuste progressivo dos medicamentos. Pela dificuldade de controle clínico, novo ECO foi realizado evidenciando shunt VE-AD de forma indireta – moderado shunt VE-VD pela CIV e a seguir moderado a importante shunt para o AD, através de um defeito da VT (fora do plano de coaptação), registrando-se gradiente de 100 mmHg (sem clínica de hipertensão pulmonar). O resultado é compatível com defeito de Gerbode indireto, congênito. Caso 2: Recém-nascido termo, peso 3155 g com diagnóstico pré-natal de cardiomiopatia hipertrófica. ECO pós-natal mostrou estenose pulmonar valvar (EPV) importante, com shunt invertido pelo forame oval e hipertrofia significativa do VD (morfologia bipartite). Septos atrioventricular e interventricular íntegros; canal arterial patente (PCA). No 10º dia de vida foi submetido a valvoplastia pulmonar percutânea, com passagem inadvertida do cateter do AD para a aorta (Ao). No ECO de controle foi observada pequena descontinuidade no septo atrioventricular, medindo 2,5 mm, com shunt VE-AD de moderada magnitude, gerando um gradiente local de 77 mmHg, com aumento importante de AD e EPV residual leve. Resultado compatível com defeito de Gerbode direto, adquirido. Criança evoluindo assintomática, em controle ambulatorial. **Comentários:** O shunt através do defeito acrescenta sobrecarga de volume e pressão sobre o AD e dependendo da magnitude, se manifesta com sintomas de ICC. Raramente evolui com fechamento espontâneo e o tratamento cirúrgico será indicado em casos de repercussão hemodinâmica.

P-160

DIAGNÓSTICO E CONDUÇÃO TERAPÊUTICA DAS CARDIOPATIAS GRAVES DETECTADAS INTRAUTERO

CAROLINA ANDRADE BRAGANCA CAPURUCO, CLEONICE DE CARVALHO COELHO MOTA

UFMG; DOPSOM

Introdução: Cardiopatia congênita (CC) é a principal causa de morbimortalidade infantil dentre os defeitos congênitos, apresentando prevalência de 8:1000 nascidos vivos. **Objetivo:** Avaliar a prevalência das CC em gestantes de alto risco e o impacto do diagnóstico fetal no prognóstico pós-natal. **Métodos:** Estudo longitudinal, prospectivo realizado de junho de 2011 a março de 2016. Gestantes com alto risco para anormalidades cardíacas fetais foram encaminhadas para realização de ecocardiograma fetal em dois centros referência. Os cardiologistas fetais realizaram ecocardiogramas com Doppler detalhados através de transdutores convexos transabdominais (frequência de 3–8 MHz) e gravados para avaliações posteriores. **Resultados:** Foram realizados 2117 ecocardiogramas fetais em 1821 gestantes. A média de idade gestacional de 28.4 ± 1.8semanas (17 – 39) e idade materna de 29.6 ± 4.1 anos (15 - 45). Dos exames realizados, 532 (29.2%) estavam alterados. Dentre esses, 251 (13.7%) fetos apresentavam CC graves (defeito do septo atrioventricular, tetralogia de Fallot, transposição de grandes artérias, lesões obstrutivas do coração direito e do coração esquerdo, cardiopatias complexas), 212 (11.6%) com CC de menor gravidade e 69 (3.7%) com arritmias. A acurácia do diagnóstico fetal foi alta (especificidade 97,1%). Os pacientes com cardiopatias graves potencialmente fatais, nasceram em maternidade quaternária com suporte adequado para cirurgia cardiovascular e equipe multidisciplinar. Os resultados foram satisfatórios com sobrevida maior de 85%. **Discussão:** A realização de ecocardiograma fetal ainda é escassa em nossa população com poucos centros especializados em cardiologia fetal. O relato de recém-nascidos com CC graves sem diagnóstico intrauterino é frequente, observando-se alta morbimortalidade nesses pacientes. **Conclusão:** A detecção pré-natal acurada de anormalidades cardíacas fetais é fundamental no acompanhamento desses pacientes. A intervenção pré-natal, programação do parto e suporte neonatal adequado melhoram significativamente sobrevida e qualidade de vida nessa população.

P-161

DIAGNÓSTICO ANTENATAL DE COARCTAÇÃO DE AORTA: FATORES ECOCARDIOGRÁFICOS PREDITORES

CAROLINA ANDRADE BRAGANCA CAPURUCO, CLEONICE DE CARVALHO COELHO MOTA

UFMG; DOPSOM

Introdução: A coarctação de aorta (CoAo) é uma cardiopatia congênita (CC) frequente (6 a 8%). Pode se apresentar isoladamente ou associada a outras CC. Por vezes, o diagnóstico passa despercebido e só após insuficiência cardíaca (ICC) grave detecta-se a anomalia. A conduta terapêutica será sempre sua correção no momento oportuno. **Objetivos:** O diagnóstico pré-natal daCoAo é desafiador e suspeita-se quando há desproporção ventricular e/ou de grandes artérias. Vários critérios têm sido propostos, mas ainda com sensibilidade e especificidade variáveis na literatura. O objetivo deste estudo foi tentar estabelecer parâmetros ecocardiográficos com maior acurácia. **Métodos:** Foram incluídas 52 gestantes com idade gestacional entre 28-38semanas de 06/11 a 12/15 com fetos apresentando assimetria ventricular e/ou de grandes artérias. Os parâmetros usados para casos suspeitos foram: diâmetro ventrículo direito/ esquerdo (VDd /VEd) ≥1.7, artéria pulmonar principal / aorta ascendente (APP/AoA) ≥1.7, z-score de AoA≤ −1.5 e z-score do istmo ≤ −1.5.Estatística foi realizada através de análise multivariada e regressão logística para variáveis significativas interdependentes. **Resultados:** Dos 52 fetos, 28 preencheram critérios para suspeita de CoAo. Em 19 (67.9%) pacientes foi confirmada CoAo no período pós-natal. Z-score do istmo ≤ −1.5 e a razão APP/AoA ≥1.7 demonstraram alta sensibilidade (88% e 82%) e valor preditivo positivo (79 e 77%). Apesar da assimetria ventricular e Z-score de AoA apresentarem boa sensibilidade (74% e 76%), eles tiveram baixa especificidade (34% e 32%). A associação de dois ou mais parâmetros mostrou acurácia de 94%. Nove pacientes com hipoplasia de arco aórtico foram acompanhados por um ano e não desenvolveram CoAo. **Discussão:** A CoAo é benigna no período fetal, porém logo após o nascimento as mudanças na circulação neonatal ocasionam evolução rápida com ICC.De acordo com os resultados, é importante monitorar por uma semana os neonatos que, na vida fetal, preencherem dois ou mais critérios para suspeição de CoAo. O acompanhamento é simples através de ecocardiograma e não invasivo. **Conclusão:** O estabelecimento de parâmetros antenatais, preditores de CoAo é importante para acompanhamento e diagnóstico precoce no período neonatal. O ecocardiograma seriado é factível, não invasivo e ajuda a guiar o momento cirúrgico ideal antes que a insuficiência cardíaca se instale, melhorando significativamente prognóstico desses pacientes.

P-162

EXPERIÊNCIA COM USO DE PARACETAMOL NO FECHAMENTO FARMACOLÓGICO DO CANAL ARTERIAL: REDUÇÃO SIGNIFICATIVA NA INDICAÇÃO DE CORREÇÃO CIRÚRGICA

ADRIANA FURLETTI MACHADO GUIMARÃES, LIVIA DE CASTRO RIBEIRO, SANDRA REGINA TOLENTINO CASTILHO, FÁTIMA DERLENE ROCHA ARAÚJO, HENRIQUE DE ASSIS FONSECA TONELLI, ZILDA MARIA ALVES MEIRA, GABRIELA QUEIROZ MONTEIRO DE REZENDE, THYARA JAQUELINE LEITE

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Introdução: O fechamento precoce do canal arterial (CA) patente em recém-nascido (RN) prematuro previne as alterações hemodinâmicas secundárias ao aumento da circulação pulmonar e à diminuição do fluxo sistêmico. Paracetamol (PCT) tem se mostrado uma alternativa no fechamento do CA, com baixa incidência de efeitos colaterais quando comparado com indometacina ou ibuprofeno. **Objetivo:** Descrever a experiência no fechamento do CA com PCT. **Métodos:** Estudo descritivo da experiência de tratamento do CA com PCT, no período de 01/01/12 a 31/08/16. Um exame ecocardiográfico para pesquisa de CA foi realizado nas primeiras 72h de vida em todo RN com peso de nascimento (PN) ≤ 1100 g e em > 1100 g com suspeita clínica de CA patente. RNs com diâmetro do CA ≥ 1,5mm/kg que não responderam a indometacina oral (0,2 mg/kg 12/12h, 3 doses) ou tiverem contraindicação ao seu uso foram tratados com PCT oral (ataque de 25 mg/kg, seguido por manutenção de 15 mg/kg 12/12h se idade gestacional (IG) < 32 semanas (sem) ou 8/8h se ≥32 sem, esquema de 3 dias durante os 2 primeiros anos e de 5 ou 7 dias nos anos restantes). Um 2º ciclo foi indicado quando ocorreu reabertura ou quando o CA voltou a aumentar de diâmetro após suspensão do medicamento. **Resultados:** Dos 263 RNs estudados, com IG média de 28:2 (23:4-34:2) sem e PN médio de 941 (370-1705) g, 39,92% apresentaram fechamento espontâneo do CA. Dos 158 RNs com CA patente, 105 receberam indometacina oral, entre o 2º e 7º dia de vida, com sucesso terapêutico em 73 (69,52%), porém, em 16 (21,92%) o CA reabriu. Entre os que não responderam ou tiveram contraindicação ao uso de indometacina, 81 receberam PCT oral, após confirmação de função hepática normal. O PCT promoveu o fechamento do CA em 55 (67,90%) RNs, sendo que, em 47 (58,02%) o fechamento ocorreu durante o uso do medicamento e em 8 (9,88%) houve redução significativa do diâmetro e fechamento nos dias seguintes. Entretanto, 9 (16,36%) apresentaram reabertura do CA. Um 2º ciclo foi utilizado em 13 RNs (9 por reabertura e 4 por aumento do diâmetro após suspensão do PCT), com taxa de sucesso de 76,92% (10/13). Não houve diferença estatística em relação ao PN e IG entre aqueles que responderam a indometacina e PCT (p > 0,05). **Conclusão:** O PCT mostrou-se eficaz no fechamento do CA, inclusive em RN que não respondeu ao tratamento com indometacina, e abre uma nova perspectiva no tratamento do canal, devendo ser considerado antes de uma abordagem cirúrgica.

P-163

DIAGNÓSTICO E REPERCUSSÕES CLÍNICAS E HEMODINÂMICAS DAS CARDIOPATIAS CONGÊNITAS OBSTRUTIVAS DO CORAÇÃO ESQUERDO

JULIANA CRISTINA LEITE, CAROLINA ANDRADE BRAGANCA CAPURUCO, CLEONICE DE CARVALHO COELHO MOTA

UFMG

Introdução: As lesões obstrutivas do coração esquerdo são cardiopatias congênitas (CC) com repercussão hemodinâmica potencialmente significativa, ocasionando elevada morbimortalidade quando não conduzidas adequadamente. Apesar do exame físico característico (hipertensão arterial, pulsos periféricos, sopros cardíacos e precórdio hiperdinâmico), muitas vezes os pacientes são tardiamente encaminhados ao cardiologista. **Objetivos:** O objetivo foi investigar o perfil morfofuncional das lesões obstrutivas da VSVE e do AAo em crianças atendidas em hospital de referência. **Métodos:** Estudo observacional, de 01/07 a 01/11, aprovado pelo COEP, envolvendo 78 pacientes. As variáveis estudadas foram: caracterização da amostra, aspectos ecocardiográficos morfológicos e funcionais. Para análise estatística utilizaram-se teste de Qui-quadrado e Mann-Whitney. **Resultados:** Houve predomínio masculino 58,9% (46/78) e a média de idade foi de 7,3 ± 5,8 anos. A valva aórtica bivalvular foi a CC mais comum (47/78; 60,2%), e 60,2% apresentavam obstrução em grau leve. Associação com outras CC estruturais foi de 21,2%, sendo a comunicação interventricular a mais frequente (8/78). Não houve diferença significante entre diagnóstico morfológico e idade dos pacientes (p=0,712). A estenose subvalvar aórtica apresentou o menor grau de obstrução quando comparada às estenoses valvares e supravalvares aórticas. Houve associação entre a gravidade da regurgitação aórtica e o valva aórtica bivalvular (p = 0,027). O aumento do VE foi raro (10/78; 13,0%) e relacionou-se a obstruções graves e maior morbidade (p= 0,001). **Discussão:** O exame clínico é essencial para suspeita diagnóstica e encaminhamento para especialista o mais precoce possível. As lesões obstrutivas podem causar repercussões hemodinâmicas em graus variados e progressivos. Quanto mais tardio o diagnóstico, maior pode ser o grau obstrutivo e, com consequentemente, maior a morbimortalidade. **Conclusão:** O presente estudo com a identificação e caracterização das lesões obstrutivas da VSVE e do AAo, permitiu a análise do perfil morfofuncional dessas lesões. O manejo clínico-cirúrgico deve realizado em período ótimo, antes que haja deterioração da função cardíaca o que resulta na piora substancial do prognóstico.

P-164

CARDIOPATIA CONGÊNITA: O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

BEATRIZ DE LUCENA RIBEIRO E SILVA, ANA EMILIA GOMES CAMPELO, ELOÍSA GOMES DO ROSÁRIO MONTEIRO TEIXEIR, ALDENILDE REBOUÇAS FALCÃO DE CASTRO

UNIVERSIDADE POTIGUAR

Introdução: Cardiopatias congênitas (CC) são malformações graves com prevalência de 0,9% no período neonatal, responsáveis por 1/3 das anomalias congênitas maiores. Cerca de 20 a 30% das crianças com CC, sem tratamento, morrem no 1º mês de vida (10% dos óbitos infantis). O diagnóstico precoce, confirmado por ecocardiografia (ECO), é imprenscindível para uma assitência adequada e assim reduzir a alta taxa de morbimortalidade. **Descrição do caso:** E.L.N, nasceu em 30/05/16, parto cesáreo, a termo, sexo masculino, APGAR 9/9. Pesou 3590g e mediu 50cm de estatura e 34,5 cm de perímetro cefálico. Mãe não fez pré-natal e apresentou doença febril exantemática no 8° mês de gestação. Foi admitido na UTI neonatal logo após o nascimento devido a insuficiência respiratória e sopro cardíaco. O raio X de tórax mostrou aumento da área cardíaca, dextrocardia e lâmina de pneumotórax a direita. O ECO, realizado em 13/06, revelou CIV muscular (10mm) de importante repercussão, CIA (6mm), tronco da artéria pulmonar dilatada, disfunção diastólica de VE, septo interventricular com comunicação ampla (21mm), overrinding de valva tricúspide, dilatação moderada das câmaras cardíacas, insuficiência tricúspide e hiperfluxo pulmonar. Medicado com captopril, furosemida e digoxina. Em 18/07 realizou a bandagem da artéria pulmonar. Alta hospitalar em 27/07/16, recebendo dieta oral, captopril, furosemida, espironolactona e atenolol. Foi programada a cirurgia de Glenn (shunt cavopulmonar) aos 6 meses, e a de Fontan (conexão cavopulmonar), por volta dos 3 anos. **Comentários:** A ênfase do caso está na necessidade premente do diagnóstico precoce de malformações cardíacas (de preferência ainda intra-útero), uma vez que 90% das cardiopatias congênitas ocorrem em crianças sem fator de risco, e da necessidade de um suporte terapêutico em centros de referência com infraestrutura adequada e equipe multidisciplinar altamente qualificada em pré, trans e pós operatório de cirurgia cardíaca pediátrica e seguimento ambulatorial. Assim, conclui-se a urgência em melhorar a assistência ao recém-nascidos com cardiopatia congênita no Brasil.

P-165

DESAFIOS DIAGNÓSTICOS DA AVALIAÇÃO ECOCARDIOGRAFICA DA CRIANÇA COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

VALESKA TAVARES SCAVARDA, VALDIR AMBRÓSIO MOISÉS, ANTONIO CARLOS DE CAMARGO CARVALHO

HOSPITAL SÃO PAULO/UNIFESP/EPM

Fundamentos: As complicações cardiovasculares (CV) estão entre as principais causas de mortalidade e morbidade em crianças com insuficiência renal crônica (IRC), mesmo após o início da diálise. Entender como diagnosticar corretamente e suas associações clínicas colaboram no seu controle e na redução da morbidade-mortalidade. **Objetivo:** Analisar o acometimento CV das crianças em diálise e comparar com crianças em terapia conservadora (TC). **Métodos:** O estudo inclui 41 crianças em diálise, 25 em HD e 16 em DP, 30 em TC e 35 saudáveis do GC acompanhadas de Agosto de 2003 a Dez de 2004, selecionadas no ambulatório do Setor de Diálise Variáveis clínicas como HAS, sintomas cardiovasculares e eventos cardiovasculares que geraram internação foram avaliados. A massa do VE foi corrigida pela relação alométria altura 2,7 por ser considerado o método que melhor se relaciona com a associação de eventos. Variáveis ecocardiográficas fora6 avaliadas e comparadas com as variáveis clínicas através do teste do Chi-quadarado (X2), sendo considerados significantes os valores de p > 0,05. Realizado ecocardiograma transtorácico três horas após o primeiro dia de sessão de diálise da semana com avaliação da variáveis anatômicas e funcionais. **Resultados:** Treze das 41 crianças em diálise apresentaram HVE (31,7%). HVE foi significativamente maior no grupo das crianças em diálise do que no grupo das crianças em TC (X2 = 4,71; p = 0,03). Padrão geométrico alterado (incluindo remodelação concêntrica), faz aumentar esta prevalência para 21 das 41 crianças (51,2%) com X2 = 3,55; p = 0,03. Dentre os pacientes em diálise com HVE, a HAS não apresentou ser significativa (X2 = 1,61, p = 0,69). O IMVE também não se correlacionou com nenhuma variável clinica. IMVE > 30g/m2.7 ou PAS > a 130 mmHg tiveram mais chance de serem hospitalizados por eventos cardiovasculares. **Conclusão:** Nas crianças com IRC, a HAS, alteração do padrão geométrico do VE, e disfunção diastólica do VE apresentam prevalência elevada com significância estatística nas crianças em diálise em relação aos demais grupos. IMVE e HAS são preditores independentes de eventos cardiovasculares. O ecocardiograma ainda é o método mais eficaz para avaliação destas crianças pela sua praticidade, eficácia, confiabilidade dos resuldades e baixo custo

P-166

UMA FORMA INCOMUM DE DUPLA VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO DIREITO COM COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR SUBPULMONAR E AORTA ANTERIOR E À ESQUERDA DA ARTÉRIA PULMONAR

CAROLINA RIBEIRO COSTA, GUILHERME GOMES DUARTE, ZILDA MARIA ALVES MEIRA, CAMILLA ANDRADE LIMA

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA UFMG; HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

Introdução: A dupla via de saída do ventrículo direito (DVSVD) engloba um raro e heterogêneo grupo de anomalias da conexão ventrículo-arterial. Caracteristicamente, pelo menos 50% das duas grandes artérias (pulmonar e aorta) se originam do ventrículo morfologicamente direito. Relatamos o caso de um recém-nascido com DVSVD e arranjo anatômico raro: aorta (Ao) anterior e à esquerda da artéria pulmonar (AP) e comunicação interventricular (CIV) subpulmonar. **Descrição do caso:** Neonato masculino com diagnóstico pré-natal de cardiopatia congênita. No exame ecocardiográfico (ECO) do segundo dia de vida foi diagnosticado atresia da valva atrioventricular esquerda, hipoplasia do ventrículo esquerdo, DVSVD com grande CIV subpulmonar e Ao em posição anterior e à esquerda da AP, além de grande canal arterial patente. O arco aórtico não foi adequadamente visibilizado. Realizada tomografia computadorizada que confirmou posição à direita do mesmo, sem interrupção ou obstruções em seus segmentos, porém com origem anômala de artérias subclávias. Paciente evoluiu com insuficiência cardíaca congestiva refratária ao tratamento clínico, sendo submetido a cerclagem de artéria pulmonar e ligadura do canal arterial. Ao final do segundo mês de vida foi submetido a atriosseptectomia devido a sinais clínicos e ecocardiográficos de forame oval restritivo. Diagnosticada taquicardia atrial multifocal com condução atrioventricular variável no pós operatório, controlada com antiarrítmicos. Atualmente encontra-se estável em uso de furosemida, propranolol e amiodarona. **Comentários:** O arranjo anatômico mais frequentemente encontrado na DVSVD é aquele com CIV subaórtica e Ao posterior e à direita da AP (normalmente relacionada). Nos casos de CIV subpulmonar (tipo transposição ou Taussig – Bing), a AP cavalga o septo interventricular e a Ao é geralmente anterior (ou lado a lado), à direita e superior em relação à AP. O arranjo arterial do tipo Ao anterior e à esquerda, como no caso em questão, é um dos mais raros arranjos arteriais encontrado nas DVSVD, e, nesses casos, a CIV mais frequente é a subaórtica, associada à estenose subpulmonar. Na série de Aoki e cols. apenas 5 (7%) em 73 casos de DVSVD apresentavam CIV do tipo subpulmonar com a Ao em posição anterior e à esquerda da AP. O ECO é geralmente suficiente para o diagnóstico desta complexa malformação, identificando precisamente as variáveis anatômicas e orientando a escolha da técnica cirúrgica mais adequada para cada caso.

P-167

COR TRIATRIATUM, COARCTAÇÃO DE AORTA E AORTA BIVALVULAR: UMA RARA ASSOCIAÇÃO

THYARA JAQUELINE LEITE, ADRIANA FURLETTI MACHADO GUIMARÃES, SANDRA REGINA TOLENTINO CASTILHO, LORHENA TOFOLLI LEMOS LUZ

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

Introdução: Cor triatriatum esquerdo é uma malformação cardíaca rara, com uma incidência de 0,2 a 0,4%. O quadro clínico depende do tamanho da comunicação entre a câmara acessória e a câmara atrial verdadeira. Os sintomas variam desde graves no período neonatal a discretos na fase adulta. Apresentamos um caso de cor triatriatum tardiamente observado em uma criança com diagnóstico precoce de coarctação de aorta (CoAo). **Relato do caso:** Menina de 10 anos, com diagnóstico de CoAo, valva aórtica bivalvular e comunicação interatrial (CIA) tipo ostium secundum aos 3 meses de idade. Submetida a correção cirúrgica de CoAo aos 10 meses. Evoluiu assintomática em relação ao aparelho cardiovascular. Em exame ecocardiográfico (ECO) de controle foi identificada estrutura linear dentro do átrio esquerdo (AE), acima do plano do anel mitral, aventando possibilidade de anel supravalvar mitral. Entretanto, em último ECO ficou definido tratar-se de imagem filamentar dividindo o AE em duas câmaras, com ampla comunicação entre elas (9 mm), sem gradiente significativo, concluindo tratar-se de cor triatriatum e não anel supravalvar mitral, tendo em vista o diagnóstico diferencial entre ambos. **Comentários:** O cor triatriatum isolado é uma cardiopatia rara, geralmente associada à veia cava superior esquerda persistente, CIA ou forame oval patente, podendo ocorrer anomalia da conexão de veias pulmonares. Porém, associação com outras malformações cardíacas diferentes das citadas acima é quase excepcional. Pirc et al (1996) descreveram um caso de adulto jovem com a mesma combinação de lesões do presente caso. A associação de anel supravalvar mitral e as lesões aórticas encontradas é mais esperada do que a combinação destas com cor triatriatum. Entretanto, o referido caso, pela posição da membrana intra-atrial, foi posteriormente caracterizado como cor triatriatum. O ECO transtorácico permite uma definição adequada do diagnóstico e o tratamento depende da apresentação clínica, estando a abordagem cirúrgica indicada em pacientes sintomáticos com gradiente intra-atrial significativo.

P-168

TRUNCUS ARTERIOSUS COM ORIGEM SINUSAL DE ARTÉRIA PULMONAR ESQUERDA ? RELATO DE CASO

RAFAEL GHELLER, LEYDI JULIETH ORTEGA PENA, MELINA ASSMANN, CAROLINA SANDER REISER

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA RS

O Truncus Arteriosus (TA) é uma cardiopatia congênita na qual um vaso único conectado a uma única valva ventriculoarterial dá origem à circulação sistêmica, pulmonar e coronariana, podendo ser classificado em quatro tipos de acordo a origem das artérias pulmonares. Entretanto, em algumas situações a origem dos ramos pulmonares foge da classificação típica de Collett and Edwards.
Relata-se o caso de um recém-nascido de 26 dias de vida, masculino, encaminhado para investigação de cardiopatia congênita por apresentar quadro de insuficiência cardíaca (ICC). A radiografia de tórax evidenciou cardiomegalia com hiperfluxo pulmonar. O ecocardiograma revelou tronco arterial comum, com tronco pulmonar curto originando-se da face lateral direita do qual originava a artéria pulmonar direita (APD). A artéria pulmonar esquerda (APE) se originava no seio coronariano direito, e seu calibre extremamente reduzido. Para complementação diagnóstica foi realizada uma angiotomografia de coração e de vasos pulmonares, sendo que a mesma confirmou a presença de TA, com APD de calibre adequado originando-se na aorta ascendente e APE de fino calibre originando-se no seio coronariano direito de Valsalva, em óstio adjacente ao óstio da coronária direita e presença de fino colateral sistêmico-pulmonar da aorta descendente direcionado ao pulmão esquerdo. No seguimento da investigação foi realizado estudo hemodinâmico que mostrou TA tipo dois com estenose crítica da origem do ramo pulmonar esquerdo (RPE) que tem calibre distal bastante reduzido em relação ao ramo pulmonar direito (RPD). A conduta cirúrgica para o momento foi bandagem do RPD. A patologia cirúrgica descreve origem do ramo pulmonar direito da aorta e do ramo pulmonar esquerdo a partir do seio coronariano direito.
Esta é uma rara malformação na qual a multimodalidade de imagens contribui para um diagnóstico anatômico detalhado, o que influencia diretamente a decisão terapêutica. Existem raros casos descritos na literatura de origem de artéria pulmonar em seio de Valsalva. A conduta nestes casos é bastante complexa, uma vez que a reconstrução da árvore pulmonar pode ser dificultada pela proximidade da coronária. Por este motivo foi decidido por intervenção inicial paliativa.

P-169

MIXOMA ATRIAL NA FAIXA ETÁRIA PEDIÁTRICA. SÉRIE DE CASOS

NAIARA GALVAO DE ARAUJO, LUIZ CARLOS SILVA JÚNIOR, RAFAEL FACHINE MACIEL, ISABEL CRISTINA BRITTO GUIMARAES

HOSPITAL ANA NERY; UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Introdução: Tumores cardíacos são incomuns, especialmente na faixa etária pediátrica, sendo a maioria dos tumores cardíacos primários nessa faixa benignos. O mixoma cardíaco é o tumor benigno primário cardíaco mais comum em todas as idades, embora seja extremamente raro. O diagnóstico precoce, obtido pelo ecocardiograma, e a pronta intervenção cirúrgica impedem o adoecimento e a morte desses pacientes. **Descrição dos casos:** Caso 1 – Paciente de 10 anos, sexo feminino, com episódios de síncope e dor torácica. Apresentava nódulos subcutâneos, com retirada de um dos nódulos aos 3 anos. Laudo anátomo-patológico: tumor de células fusiformes de estroma mixóide. Ecocardiograma com presença de massa tumoral única, aderida a septo interatrial, medindo 50x24mm, bojando do AE pela valva mitral para o VE. Anel mitral medindo 31mm, com orifício efetivo de 4,2mm, quando havia deslocamento da massa para o VE. Submetida a cirurgia com ressecção de todo o septo secundum, onde o tumor encontrava-se friável e aderido, tipo séssil, com extensão até desembocadura das veias pulmonares direitas. Estudo anátomo-patológico com proliferação de células fusiformes e estreladas, com citoplasma eosinofílico e núcleos ovoides, dispostos em meio a matriz mixóide; conclusão: mixoma de septo interatrial. Caso 2 – Paciente de 8 anos, sexo masculino, relatava perda de peso e dispnéia progressiva. Ecocardiograma evidenciou massa tumoral móvel pediculada no átrio esquerdo medindo 35,8x45mm e hipertensão pulmonar severa (PSAP-71mmHg). Tinha história familiar positiva para mixoma atrial. Genitora diagnosticada 4 anos antes e submetida a ressecção cirúrgica, com recorrência e necessidade de novo procedimento. História familiar de morte súbita e cirurgia para retirada de tumoração cardíaca em dois tios. **Comentários:** O mixoma cardíaco é raro e de curso insidioso, o que dificulta o diagnóstico, tendo um desfecho fatal se não tratado. A cirurgia é o tratamento de escolha, usualmente indicada devido ao potencial de embolia ou obstrução da valva mitral. Todo o tumor deve ser removido, pelo risco de embolização e subsequente ataque isquêmico e recorrência. Na maioria dos casos, os mixomas são solitários, mas na sua forma familiar podem ser múltiplos e recorrentes. A forma familiar da doença é rara e geralmente está associada à síndrome de Carney, com presença de outros sinais e sintomas associados. O prognóstico é excelente, com baixa mortalidade cirúrgica, tendo desfecho favorável em ambos os casos.

P-170

EXPERIÊNCIA DE 20 ANOS COM PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA DE FONTAN

LUIS KANHITI OHAROMARI JUNIOR, TARCISIO JOSE DA SILVA JR, FERNANDO TADEU VASCONCELOS AMARAL, PAULO HENRIQUE MANSO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP

A cirurgia de Fontan foi descrita pela primeira vez em 1971 em pacientes com atresia de tricúspide. Apresentamos nossa experiência de 20 anos com os resultados deste procedimento em nossa instituição. **Métodos:** Todos pacientes que realizaram a cirurgia de Fontan no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto entre os anos de 1996 e 2016. Realizou-se a revisão dos prontuários para a coleta dos seguintes dados: sexo, diagnóstico prévio, morfologia do ventrículo, óbitos, técnica cirúrgica, tempo de circulação extracorpórea, tempo de pinçamento aórtico, necessidade de reoperação, idade em que foi realizada a cirurgia, número de cirúrgias prévias, tempo de vida após a cirurgia, presença de derrame pleural, eventos tromboembólicos, arritmias, diagnóstico de enteropatia perdedora de proteína, presença de edema, e disfunção hepática. **Resultados:** 51 pacientes realizaram a cirurgia, 28 do sexo masculino. A mediana da realização da cirurgia foi de 4,4 anos. A idade mínima foi de 1 ano e 10 meses e a máxima de 34 anos. 45 foram submetidos à conexão cavopulmonar total através de um tubo extracardíaco, 5 a conexão atriopulmonar. A maioria dos pacientes realizaram duas cirurgias prévias ao Fontan (28 dos 51). O tempo de circulaçãoextra-cardiaca foi em média, 104,76 minutos. O pinçamento aórtico foi realizado em 21 dos pacientes sendo o tempo médio de parada anóxica de 50 minutos (desvio padrão de 33 minutos) A curva de sobrevivência foi calculada utilizando-se a curva de Kaplan Meier, a sobrevida com cinco anos foi de 82,97%, 68,45% com dez anos após a cirurgia e 58,67% quinze anos após. Quanto às complicações, 38 pacientes desenvolveram derrame pleural no pós-operatório. 5 pacientes evoluíram com trombose. Apenas 3 tiveram enteropatia perdedora de proteínas. Em relação à função hepática, um desenvolveu cirrose e outro hepatopatia crônica com hipertensão portal. No último ECG disponível, 30 (69,76%) pacientes tinham ritmo sinusal enquanto que 5 (11,62%) estavam com ritmo atrial, 3 (6,97%) com ritmo juncional, 4 (9,3%) apresentavam ritmo de marcapasso. A função sistólica encontrava-se preservada em 39 pacientes, 3 tinham disfunção diastólica leve a moderada e 1 disfunção sistólica grave. A insuficiência de valva atrioventricular foi encontrada em 7 pacientes. **Conclusão:** A cirurgia de Fontan é uma cirurgia paliativa e apresenta morbi-mortalidade significativas com o decorrer do tempo. Nossa experiência é compatível com o apresentado por outros centros.

P-171

ANEL VASCULAR POR DUPLO ARCO AÓRTICO

ISLANE RAETZ KRUGER, ROBERTA TEIXEIRA ERTHAL, ANDREIA CUNHA AVILA, JEFFERSON DUARTE FLAVIO MAGALHAES

HOSPITAL FEDERAL SERVIDORES DO ESTADO; PERINATAL; HOSPITAL FEDERAL SERVIDORES DO ESTADO

Introdução: Os anéis vasculares são malformações congênitas raras do arco aórtico e vasos da base com compressão extrínseca da traquéia, esôfago, ou ambos. Podem manifestar-se com distúrbios respiratórios e digestivos. Essas alterações anatômicas correspondem 1 a 2% das anomalias cardiovasculares congênitas. **Descrição do caso:** H.L.F.S, masculino, 4 meses, deu entrada no Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital Federal Servidores do Estado do Rio de Janeiro, para realizar ecocardiograma transtorácico com queixa de "cansaço". Ao exame clínico, observou-se estridor respiratório importante, hiperextensão do pescoço, irritabilidade e choro persistente. Nascido a termo, parto cesáreo, com relato de ecocardiograma fetal evidenciando duplo arco aórtico, sem investigação no hospital de nascimento. Apresentou, desde o primeiro mês de vida, episódios de cianose, exacerbados pelo choro ou alimentação, respiração estridente, engasgos e regurgitações frequentes, além de problemas respiratórios obstrutivos e broncoespasmo. A angiotomografia de tórax confirmou duplo arco aórtico com hipoplasia de arco direito. Realizou, cirurgicamente, ligadura e secção da porção justaesofageana do arco direito e após esta intervenção houve melhora do refluxo gastroesofágico e dos quadros respiratórios. **Conclusão:** O anel vascular tipo duplo arco aórtico resulta do não desaparecimento da porção distal da aorta dorsal direita. Em consequência, as croças direita e esquerda nascem da aorta ascendente. Geralmente a croça direita é maior, e passa porterior a traquéia e ao esôfago. Existem cinco variações descritas de duplo arco aórtico (ambos arcos patentes, hipoplasia de um arco (nosso caso), atresia de um arco, presença de um ligamento arterial e arco direito localizado tipicamente mais supeior). Raramente o duplo arco aórtico é associado a cardiopatias congênitas. As manifestações clínicas são frequentemente inespecíficas e iniciadas no período neonatal. O diagnóstico de compressão por anel vascular na maior parte dos casos é estabelecido tardiamente, por baixo índice de suspeição e os sintomas que são inespecíficos, facilmente confundido com outras doenças. A investigação deve ser feita a partir de radiografia de tórax, esofagograma, traqueobroncoscopia, tomografia, ressonância e cateterismo cardíaco. O tratamento é cirurgico nos casos onde há sintomas.

P-172

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS TRANSPLANTADOS EM HOSPITAL QUATERNÁRIO ENTRE 2013 E 2015

MILENNA VAZ DANTAS, ADAILSON WAGNER DA SILVA SIQUEIRA, CAROLINA VIEIRA DE CAMPOS, MARCELO BISCEGLI JATENE, ESTELA AZEKA

INCOR

Introdução: São Paulo é o estado onde mais ocorre transplante cardíaco pediátrico no Brasil, tendo centros de referência em cardiologia pediátrica e cardiopatias congênitas. O transplante cardíaco pediátrico é uma opção terapêutica no tratamento da insuficiência cardíaca refratária. **Métodos:** estudo retrospectivo, análise de prontuários, com o objetivo de evidenciar as principais características epidemiológicas dos pacientes submetidos ao transplante cardíaco neste período em um hospital quaternário. **Análise estatística/ resultado:** No ano de 2013, houve 18 transplantes cardíacos e, no ano de 2014, foram 24 pacientes com aumento de 33% em relação ao ano anterior, mostrando redução em 2015, com 17 transplantes realizados. Destes, 53% eram do sexo feminino e 47% do masculino. A idade média foi de 10 anos (mediana 8 anos 1mês). O tempo médio de espera foi de 120 dias (mediana de 75 dias). 56% dos pacientes eram provenientes do Estado de São Paulo; 10,2% de Minas Gerais; 10,2% da Bahia e 23,6% dos demais estados da União. O peso médio dos pacientes no momento do transplante foi de 27,3kg (mediana de 24,3 kg e desvio padrão de 16,26kg). Três pacientes foram submetidos ao retransplante cardíaco. A cardiopatia mais prevalente foi a cardiomiopatia dilatada (24 pacientes/ 40,7%). Aqueles com diagnóstico de cardiopatia congênita totalizaram 28 pacientes (49%) e os ventrículos únicos funcionais os de maior prevalência (13 pacientes / 22%). Durante o período ocorreram 17 óbitos. **Conclusão:** O conhecimento desses dados epidemiológicos no momento do transplante cardíaco pediátrico é de fundamental importância para que a equipe multidisciplinar possa estar preparada para adequado atendimento que a faixa etária necessita.

P-173

CARDIOPATIA CONGÊNITA CIANOGÊNICA E GRAVIDEZ: CONSTANTE DESAFIO

VERONICA MARTINS RIBEIRO, THAIS TAVEIRA MIRANDA, BARBARA NEIVA TANAKA, ANA CRISTINA S. TANAKA, NANA MIURA IKARI, CAROLINA BURGARELLI TESTA, MARIA RITA DE FIGUEIREDO LEMOS BORTOLOTTO, WALKIRIA SAMUEL AVILA

INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

Introdução: A crescente conquista das técnicas cirúrgicas em cardiopatias congênitas cianogênicas (CCC) têm permitido o alcance da idade fértil e a eventual gravidez. Contudo, a heterogeneidade das lesões cardíacas estruturais seja no pós-operatório tardio ou em pacientes não operadas, limitam a estimativa de prognóstico a uma gestação. **Objetivo:** Estudar a evolução clínica e obstétrica de mulheres portadoras de CCC durante a gravidez, parto e puerpério. **Método:** No período de 2012 a 2015 foram estudadas 25 gestantes com média de idade de 25 anos (mais ou menos 3,4 anos), portadoras de CCC, 5 delas não operadas. Excluiu-se as pacientes portadoras de Síndrome de Eisenmenger e o pós-operatório de Tetralogia de Fallot. As CCC distribuíram-se em: Transposição das Grandes Artérias (6pts), Anomalia de Ebstein (3pts), Atresia Pulmonar (5pts) ou Tricúspide (2pts), Ventrículo Único (3pts), Dupla Via de Saída do Ventrículo Direito (3pts) e outras lesões estruturais complexas (3pts). As cirurgias realizadas na infância foram Rastelli (5casos), Fontan (4casos), Jatene (3casos), Plastia Tricúspide (3casos) e outros procedimentos combinados em 10 casos tais como Blalock-Taussig, Glenn, Senning e Mustard. O registro na primeira consulta que foi em média no curso da 16,5 semana de gestação mostrou a saturação de O2 entre 78 e 99% (média 92%), hemoglobina entre 10,5 e 19,2mg/dL (média de 14,8) e hematócrito entre 32 e 50% (média 47%). O ecocardiograma mostrou 1 caso de disfunção ventricular (FE 20%) e 2 casos com ventrículo direito hipoplásico. Exceto IECA, a medicação cardiovascular foi mantida, incluindo enoxaparina em dose profilática, e a hospitalização foi indicada a partir de 28 semanas de gestação em pacientes não operadas ou na vigência de complicação materno-fetal. **Resultado:** Não houve morte materna, 19 pacientes evoluíram sem intercorrências, 13 pts tiveram indicação materna ou fetal de hospitalização com IG abaixo de 30 semanas. Dentre as complicações, 4 pts apresentaram ICC, 2 pts apresentaram piora da hipoxemia e 1 pt teve descolamento prematuro de placenta. Foram 11 partos vaginais, 10 recém-nascidos prematuros (menor ou igual a 37 semanas), 2 abortos espontâneos e 2 óbitos neonatais no 10º e 15º dia após o parto. **Conclusão:** A cirurgia de correção na infância e a assistência multidisciplinar, incluindo hospitalização prolongada, permitiram a gravidez em portador

P-174

APLICAÇÃO DO ESCORE DE RISCO RACHS-1 PARA ANÁLISE DOS RESULTADOS DE CIRURGIA CARDÍACA PEDIÁTRICA

NAYANA GOMES DE SOUZA, CANDICE TORRES DE MELO BEZERRA CAVALCANT, GISELLE VIANA DE ANDRADE, KLEBIA CASTELO BRANCO, VALDESTER CAVALCANTE PINTO JUNIOR, KIARELLE PENAFORTE, LUCIANA FARIAS BASTOS, SILVANIA BRAGA RIBEIRO

HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES

Fundamento: O escore RACHS-1 é um modelo simples, que pode ser aplicado facilmente por necessitar de poucos dados. Apesar de apresentar algumas deficiências como um baixo poder preditivo individual e incapacidade de classificação de todos os procedimentos cardíacos , tem sido amplamente empregado para comparação de mortalidade entre serviços e para avaliação da evolução da qualidade dos cuidados fornecidos. **Objetivos:** Analisar a mortalidade hospitalar em pacientes menores de 18 anos com cardiopatias congênitas submetidos à cirurgia cardíaca baseado no escore RACHS-1. **Métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva dos dados, no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2014. Foram avaliados os números de procedimentos realizados, a complexidade da cirurgia e a mortalidade hospitalar. Avaliamos o impacto de cada variável (categoria RACHS-1, idade, peso e período em que a cirurgia foi realizada) no desfecho. **Resultados:** foram realizadas 3201 cirurgias. Destas, 3071 foram capazes de ser classificadas de acordo com o escore RACHS-1. Entre os pacientes, 51,7% eram do sexo masculino e 47,5% eram menores de um ano de idade. A categoria RACHS-1 mais comum foi a 3 (35,5%). A mortalidade foi de 1,8%, 5,5%, 14,9%, 32,5% e 68,6% para a categoria 1,2,3,4 e 6, respectivamente. Ajustando para a gravidade do procedimento, tanto a idade, o peso e o período em que as cirurgias foram realizadas mostraram relação direta com o desfecho. Crianças operadas nos primeiros anos do serviço e com menor idade e peso apresentaram maior mortalidade (OR 0,650, IC 95% 0,508 -0,831; 4,983 IC 95% 2,474 -10,038; OR 2,011 IC 95% 1,546 -2,616 respectivamente). O acréscimo em cada categoria RACHS-1, eleva o risco de óbito em 135% aproximadamente. **Conclusão:** O escore RACHS-1 apresenta uma boa capacidade discriminatória para mortalidade, porém a análise da mortalidade, em países em desenvolvimento, requer o estudo de fatores clínicos associados e das dificuldades estruturais e tecnológicas no nosso meio.

P-175

TAQUICARDIA VENTRICULAR FASCICULAR: RELATO DE CASO

RAIZZA FERNANDES DA COSTA, SALEM DALLA BERNARDINA FRAGA, MARILIA ALCOFORADO DOMINGUES, IARA ATIÉ MALAN

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

A queixa de palpitação em crianças é um sintoma que deve ser avaliado e valorizado, principalmente se associada a sintomas de baixo débito cardíaco, pois permite o adequado diagnóstico e tratamento, além de orientações sobre o prognóstico do paciente, na dependência da arritmia identificada. O objetivo deste trabalho é descrever um caso de paciente do sexo masculino, negro, onze anos, sem cardiopatia estrutural, com história de palpitação associada a tontura e pré-síncope desde a idade pré-escolar. Aos cinco anos, após realização de Holter, foi diagnosticada taquicardia ventricular idiopática fascicular. Desde então, faz uso regular de verapamil. Devido ao controle apenas parcial dos sintomas, foi associado metoprolol ao tratamento. Entretanto houve piora da tontura e do cansaço, que melhoraram com a redução da dose do mesmo. Realizou teste ergométrico, que demonstrou in tolerância aos exercícios. O ecocardiograma transtorácico evidenciou dimensões cavitárias normais, sem alterações de contratilidade global e segmentar e fração de ejeção de 54% pelo método de Simpson. A taquicardia ventricular fascicular idiopática do ventrículo esquerdo é uma entidade rara de manifestação de arritmia. Apesar de ser uma taquicardia ventricular, a sua origem usualmente se dá nos fascículos do ramo esquerdo, tendo QRS mais estreito. Geralmente acomete pacientes jovens e sem cardiopatias estruturais. É caracterizada pela sua reversibilidade com o uso do verapamil intravenoso. A ablação com radiofrequência é indicada no tratamento de pacientes sintomáticos, visto que há elevado índice de sucesso do procedimento, resultando em uma vida livre de eventos adversos, com prognóstico igual ao da população geral.

P-176

DISFUNÇÃO DO NÓ SINUSAL SE MANIFESTANDO COMO SINCOPE E TAQUIARRITMIAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

ROGÉRIO ANDALAFT, BRUNO PEREIRA VALDIGEM, DALMO ANTONIO RIBEIRO MOREIRA, CAROLINA CHRISTIANINI MIZZACI, OLIVIA SHELLARD JUNQUEIRA FRANCO, ANA LUIZA MORENO DE ALMEIDA SILVA, REBECA MOTA GONCALVES, JORDANIA RODRIGUES DE BARROS

INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

Introdução: A presença de flutter atrial (FLA) em crianças e adolescentes com coração estruturalmente normal fora do período perinatal é rara e pode denotar alterações elétricas no ritmo de base fora da arritmia, como doenças eletrogenéticas e disfunção do nó sinusal (DNS). Desta forma a conversão ao ritmo normal deve ser realizada com cautela devido ao potencial risco de bradicardia e necessidade de suporte farmacológico ou de estimulação cardíaca para manter o débito cardíaco frente a eventuais bradicardias. Da mesma forma alguns episódios de sincope podem ser secundários à bradicardia causada por DNS ou intensa vagotonia. **Objetivo:** Descrever o padrão de comportamento em uma série de DNS em crianças e adolescentes com necessidade de suporte medicamentoso/comportamental ou de estimulação ventricular com marcapasso. **Resultados:** Acompanhamos 6 jovens com média de 10,7 anos (variando de 4 à 17 anos, duas meninas e 4 meninos), com seguimento médio de 44 meses (variando de 2 a 84 meses) portadores de DNS. O motivo de encaminhamento para o serviço especializado foi síncope em 66,6% (4 casos), palpitações taquicardicas estavam presentes em 50% (3 casos, sendo que um caso apresentava palpitação e síncope) e 1 caso foi encaminhado por associação familiar. Todos pacientes que apresentavam palpitações, apresentavam-se na admissão em FLA típico. A resposta ventricular no FLA era variável com ciclo de ondas F variando entre 250 e 200 ms. Os pacientes mais jovens (3,7 e 12 anos) apresentava momentos de condução 1:1 com aberrância de condução e discreto comprometimento hemodinâmico. Após a reversão (espontânea em 2 casos e com ablação em 1 caso) estes demonstravam pausas sinusais maiores que 3 seg (pausas mais longas de 3,8seg; 6,7seg e 7,3 seg) e e numerosos eventos de fenomenos escape captura nos períodos de ritmo juncional. Todo o grupo apresentava coração estruturalmente normal e sem disfunção ventricular. Quanto a etiologia 50% dos casos foi atribuida à vagotonia intensa e se beneficiaram de medidas comportamentais ou uso de cilostazol. Dois pacientes receberam marcapasso. Os pacientes que não apresentavam taquicardia (FLA) não possuiam fenômeno escape captura ou ectopias atriais. **Conclusão:** 1) Episódios de FLA em corações normais podem ocultar a presença de DNS; 2) A combinação de ectopias atriais e fenômenos escape captura em pacientes bradicardicos pode, mesmo na juventude, ser gatilho para o surgimento de FLA ou arritmias atriais sustentadas

P-177

ABLAÇÃO DE FLUTTER ATRIAL ISTMO DEPENDENTE EM PACIENTE COM ÁTRIO ÚNICO

ROGÉRIO ANDALAFT, BRUNO PEREIRA VALDIGEM, YURI GOLLINO, DALMO ANTONIO RIBEIRO MOREIRA

INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

Introdução: Arritmias habitualmente descompensam o quadro clínico de pacientes com cardiopatias congênitas. Nesta população, por sua frequente associação, as arritmias supraventriculares devem ser monitorizadas e tratadas com intuito de prevenir a deterioração da função ventricular e a melhora de sintomas. **Objetivo:** Descrever um caso de adulto jovem portador de átrio único não corrigido e arritmia atrial com alta resposta ventricular tratada com ablação por radiofrequência (RF). **Descrição do caso:** Paciente de 24 anos, sexo masculino, portador de grande comunicação interatrial (CIA) (átrio único) em pós-operatório tardio de coarctação de aorta evoluindo com dispneia e palpitações no último ano. À admissão, apresentava-se estável hemodinamicamente, frequência cardíaca de 150 bpm, ECG com ritmo taquicárdico, bloqueio de ramo direito e sobrecarga de ventrículo direito (VD). Ao ecocardiograma, fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 41%, disfunção importante de VD, CIA de 52 mm e pressão sistólica do VD de 74 mmHg. Durante o Holter, houve modificação da condução atrioventricular com visualização de ondas atriais com ciclo lentificado (280 ms) sem a presença de linha isoelétrica. Dessa forma, o paciente foi encaminhado para ablação de flutter atrial por cateter. Realizado encarrilhamento em diversas posições do anel tricuspídeo, assoalho de átrio esquerdo, veia cava superior e veia cava inferior (VCI), parede lateral do átrio e ao redor da CIA sendo observado melhor encarrilhamento na região do istmo cavotricuspídeo (PPI-TCL = 17 ms). Linha de ablação com cateter de 8 mm (75 w a 60ºC) foi realizada da posição às 6h da valva tricúspide até a desembocadura da VCI com reversão do flutter atrial para ritmo sinusal e confirmado bloqueio bidirecional do istmo. Não houve recorrência em seguimento de 30 dias. **Conclusão:** Flutter atrial dependente do istmo cavotricuspídeo é comum em pacientes com cardiopatias congênitas e podem ser tratados, mesmo sem mapeamento eletroanatômico, com ablação por RF utilizando técnicas de encarrilhamento. O tratamento invasivo do flutter atrial proporciona melhora clínica sem os efeitos deletérios dos fármacos antiarrítmicos para manutenção do ritmo.

P-178

EXPERIÊNCIA INICIAL DE SUCESSO EM SUPORTE EXTRACORPÓREO DE VIDA (ECMO/ECLS)

GRACE CAROLINE VAN LEEUWEN BICHARA, LARISSA MONTEIRO GONDIM TEIXEIRA, ECRYD ABDALA ELIAS, GUSTAVO FÁVARO, EDUARDO MIRANDA TEIXEIRA, FABIANA CHRISTINA ARAUJO NOSSA, BEATRIZ HELENA SANCHEZ FURLANETTO, NELSON KAZUNOBU HORIGOSHI

SABARÁ HOSPITAL INFANTIL

Introdução: Os pacientes pediátricos com doença respiratória e/ou falência cardíaca/circulatória podem se beneficiar de suporte extracorpóreo de vida (ECLS). Um programa de ECLS foi desenvolvido em 2015 na UTIP de um hospital infantil terciário privado. Descrevemos a nossa experiência inicial com esta modalidade de suporte. **Métodos:** Coletamos prospectivamente os dados demográficos, o diagnóstico e os resultados de pacientes internados durante o período de estudo que precisaram de ECLS entre agosto de 2015 e agosto de 2016. **Resultados:** Cinco crianças foram tratadas com ECLS nesse período. A média de idade e peso foi de 34 meses (5 meses-8 anos) e 10,9 Kg (4,6 - 20 kg), respectivamente. Em todos os casos fizemos ECLS VA + V (jugular direita (v), carótida direita (a) e cefálica em jugular direita (v). As condições clínicas foram síndrome da angústia respiratória aguda devido à infecção por Bocavirus (n = 1), choque séptico refratário (n = 3) e insuficiência respiratória e circulatória após pneumectomia esquerda (n = 1) em um paciente com obstrução total das veias pulmonares. O PIM2 médio era de 19,3 (2,1 - 37,7). As complicações relacionadas com a ECLS foram paralisia unilateral do corda vocal (40%), acidente vascular cerebral menor com recuperação total no follow-up (40%) e estenose da veia jugular interna (60%); Todos os pacientes receberam CRRT (terapia de substituição renal contínua) para a remoção de fluido (80% hemofiltração contínua e 20% PRISMAFLEX). Um paciente também precisou de diálise peritoneal. Todos os pacientes foram retirados de ECLS com sucesso após uma média de 140 horas (variando de 62-193 horas) (5,8 dias). Todos os pacientes sobreviveram e tiveram alta hospitalar. **Conclusão:** No nosso centro, o programa de ECLS atingiu até agora uma taxa de sobrevivência de 100% na alta hospitalar. Uma equipe multidisciplinar muito comprometida e foco na educação continuada podem ser os elementos-chave para o nosso primeiro ano de sucesso utilizando esta modalidade de suporte.

P-179

FATORES DE RISCO QUE INFLUENCIAM O TEMPO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA DE PACIENTES SUBMETIDOS CIRURGIA CARDÍACA PARA CORREÇÃO DE DEFEITOS CONGÊNITOS

MARIANA NICOLETTI FERREIRA, PAULO HENRIQUE MANSO, TARCISIO JOSE DA SILVA JR, AÍDA LUIZA RIBEIRO TURQUETTO, LUIZ FERNANDO CANEO, JOHNNY XAVIER DOS SANTOS, LUCIANA PATRICK AMATO, FÁBIO CARMONA

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP; INSTITUTO DO CORAÇÃO - FMUSP

Introdução: A extubação pode ser influenciada por diversos fatores. Este aumento do tempo de ventilação mecânica (VM) é uma complicação frequente em pacientes submetidos a cirurgias cardíacas pediátricas. Os fatores de risco que levam a esse aumento no tempo de VM ainda não são bem definidos. O presente estudo objetivou verificar por meio da análise do banco de dados ASSSIST/PPSUSP, os fatores de risco que influenciam o tempo de VM nestes pacientes. **Metodologia:** Foram incluídos prospectivamente no banco de dados eletrônico ASSIST/PPSUSP informações de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca para correção de defeitos congênitos realizadas em dois hospitais terciários, no período de setembro de 2014 a dezembro de 2015. Foram selecionados as seguintes variáveis para serem analisadas: peso, presença de prematuridade, admissão prévia na unidade de terapia intensiva (UTI), tempo de circulação extracorpórea (CEC), tipo de cirurgia, lactato 12 horas após o término da cirurgia, presença de infecção e classificação RACHS-1. Posteriormente foi feito uma análise por meio do modelo de regressão múltipla de Cox, para verificar a correlação entre os fatores de risco e o tempo de VM. **Resultados:** Foram analisados dados de 517 pacientes, sendo que peso (p = 0,00); admissão prévia na UTI (p = 0,00); tempo de CEC (p = 0,002); Infecção (p = 0,001); lactato pós-operatório (p = 0,002) e RACHS-1 maior que 3 foram variáveis que exerceram influência negativa sobre o tempo de ventilação mecânica. **Conclusões:** Admissão prévia na UTI, tempo de CEC, lactato na UTI, presença de infecção e RACHS maior que 3, exercem influencia negativa no tempo de extubação de pacientes em pós operatório de cirurgia cardíaca, prolongando o tempo de VM.

P-180

OXIGENAÇÃO POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO) NO CHOQUE SÉPTICO REFRATÁRIO

GRACE CAROLINE VAN LEEUWEN BICHARA, LARISSA MONTEIRO GONDIM TEIXEIRA, ECRYD ABDALA ELIAS, FABIOLA MULLER DE OLIVIERA, REGINA GRIGOLLI CESAR, MARIA CAROLINA CAPARICA MODOLO, BEATRIZ HELENA SANCHEZ FURLANETTO, NELSON KAZUNOBU HORIGOSHI

SABARÁ HOSPITAL INFANTIL

Introdução: O objetivo do estudo é avaliar nossa experiência institucional de ECMO VA em crianças com choque séptico refratário, utilizando canulação periférica. **Métodos:** Revisamos os registros hospitalares que pacientes que necessitaram de ECMO entre agosto/2015 e agosto/2016; os dados demográficos, o diagnóstico e os resultados foram computados. **Resultados:** Cinco crianças foram tratadas com ECMO durante o período do estudo. O estudo incluiu 3 crianças com choque séptico refratário com uma idade média de 50 (13-104) meses. A média do escore PIM II foi 24,7% (17% -36,6%), o score de drogas vasoativas-inotrópico (VIS) médio foi de 158 (107,5-187,5). Antes da canulação, os pacientes tinham pH = 7,03 (6.9-7,2), nível de lactato = 60 (20-98) mg/dl, relação PaO2/FiO2 = 118 (79-156) e Fração de Ejeção no ecocardiograma foi de 43% (19- 73%). O tempo médio até o início da ECMO, após intubação traqueal, foi 15h (10-21 horas). Duas crianças (67%) tiveram parada cardíaca antes da canulação. Em todos estes pacientes, foi feito suporte veno-arterial. O fluxo máximo necessário situou-se entre 120 e 150 ml/kg/min, atingido sem dificuldade com a canulação periférica. As complicações relacionadas com a ECMO foram paralisia unilateral de corda vocal (66%), acidente vascular cerebral menor com recuperação total no follow-up (33%) e estenose da veia jugular interna (67%); Todos os pacientes receberam Terapia Renal Substitutiva para a remoção de fluido (67% hemofiltração contínua e 33% PRISMAFLEX). Um paciente também precisou de diálise peritoneal. Todos os pacientes foram retirados de ECMO com sucesso após 128 (63-183) horas (5,3 dias). A taxa de sobrevivência na alta hospitalar foi de 100%. **Conclusão:** ECMO usando canulação periférica pode ser realizada com segurança e eficácia para resgate e apoio de crianças com choque séptico refratário.

P-181

OXIGENAÇÃO POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO) NO TRATAMENTE DA SÍNDROME DO CHOQUE TÓXICO

GRACE CAROLINE VAN LEEUWEN BICHARA, LARISSA MONTEIRO GONDIM TEIXEIRA, BEATRIZ HELENA SANCHEZ FURLANETTO

SABARÁ HOSPITAL INFANTIL

Introdução: A oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) está indicada no choque séptico refratário que não responde a terapia otimizada. A Síndrome do Choque Tóxico estreptocócico leva a disfunção de múltiplos órgãos com dano tecidual resultante da liberação de citoquinas inflamatórias induzida pelas toxinas bacterianas durante a infecção primária, associada a óbito em 80% dos casos. **Descrição do caso:** Criança de 13 meses de vida, 9,3 Kg, com história de febre e rash cutâneo há 3 dias, piora do estado geral, prostração e desconforto respiratório é admitida na UTIPED com diagnóstico de sepse. PIM2 = 37,5. Evoluiu para choque séptico refratário mantendo pH = 6,9, relação PaO2/FiO2 = 119, Índice de oxigenação = 57 e VIS (escore de droga vasoativa - inotrópico) = 187,5. Hemocultura positiva para Streptococcus pyogenes. Iniciada ECMO venoarterial 26h após admissão na UTI, com canulação periférica em veia jugular interna + artéria carótida + cânula cefálica em veia jugular interna. Necessitou de fluxo máximo de 120 ml/kg/minuto. Teve evolução satisfatória, sendo retirada da assistência após 160 horas (6,7 dias) com sucesso. Alta hospitalar no 36º dia de internação. Atualmente em acompanhamento ambulatorial com boa evolução, sem sequelas neurológicas, a despeito de pequeno AVC isquêmico constatado durante a internação. **Comentário:** Historicamente, o uso de suporte extracorpóreo na sepse apresenta alta mortalidade e morbidade relacionadas à etiologia, ao controle do foco, à dificuldade em atingir o fluxo sanguíneo necessário e à necessidade de hemoderivados. O avanço tecnológico e a indicação mais precisa têm mudado essa perspectiva. Atualmente, para pacientes pediátricos, a ECMO está indicada no choque séptico refratário a volume e dependente de drogas vasoativas, com bons resultados

P-182

CORRELAÇÃO ENTRE TEMPO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA E COMPLICAÇÕES PULMONARES EM CRIANÇAS SUBMETIDAS À CIRURGIA CARDIACA

JESSYCA LANE FAUSTO LIRA, LARISSA DE HOLANDA LESSA, GLAUBER SCHETTINO, MARÍLIA GAMELEIRA BOMFIM, ANA CAROLINA DO NASCIMENTO CALLES, ADRIANA SANTOS CUNHA CALADO, JOSE WANDERLEY NETO, RICARDO CESAR CAVALCANTI

HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS; CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES

Introdução: O tempo de ventilação mecânica invasiva (VMI) no pós-operatório de cardiopatias congênitas esta relacionada a fatores pré-operatórios, intra-operatórios e pós-operatório. A maioria dos pacientes são extubados nas primeiras 6 horas de ventilação, possuindo um percentual baixo de falha (10%). A demora no desmame da VMI pode trazer complicações pulmonares e atrofia diafragmática decorrente da perda progressiva de fibras musculares. Objetivo: Correlacionar o tempo de ventilação mecânica invasiva e as complicações pulmonares em crianças que passaram por cirurgia cardíaca. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo retrospectivo descritivo, feito com crianças que passaram por procedimento cirúrgico decorrentes de cardiopatias congênitas, que necessitaram de intubação orotraqueal. Foi feito a analise por meio de média e desvio padrão da idade e do tempo de VMI e frequência e porcentagem do sexo e complicações pulmonares. Ainda foi feita a correlação de Pearson, entre o tempo de ventilação e a presença de complicação pulmonar. **Resultados:** Foram analisados 44 prontuários de crianças que passaram por procedimento cirúrgico, sendo 19 (43,18%) do sexo feminino e 25 (56,81%) masculino, com média de idade de 93,15 ± 53,33 meses e tiveram tempo médio de VMI de 322,38 ± 148,94 minutos. Dos pacientes que apresentaram complicações 11,36% tiveram pneumotórax, 20,45% congestão pulmonar, 9,09% derrame pleural e 9,09% atelectasia. Foi observado uma correlação moderada e positiva com valor de r = 0,62, com valor de significância de p < 0,0001. Conclusão: De acordo com os resultados obtidos, observou-se que as complicações pulmonares mais frequentes são os pneumotórax e as congestões pulmonares e que quanto maior o tempo de ventilação mecânica invasiva maior incidência de complicações pulmonares.

P-183

IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DE SOPRO CARDÍACO EM UMA MATERNIDADE DE BAIXO RISCO

FLAVIA FERNANDES DOS SANTOS, TARCISIO JOSE DA SILVA JR, PAULO HENRIQUE MANSO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Introdução: A presença de sopro cardíaco é muito comum em recém-nascidos (RN), mesmo naqueles assintomáticos. As cardiopatias congênitas são importantes causas de mortalidade infantil. Torna-se importante a avaliação de RN com sopro cardíaco para a diferenciação entre sopros patogênicos e não patogênicos. Em Ribeirão Preto, há uma maternidade (MATER) pública que atende a gestações de baixo risco. Caso haja presença de sopro, essa criança é encaminhada para consulta com cardiologista. **Objetivo:** Descrever o diagnóstico final de todos os RN encaminhados da Mater para avaliação no ambulatório de Cardiologia Infantil do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, no período de 01/01/2013 a 31/12/2014. **Métodos:** Foram revistos os atendimentos de todos os RN na Mater no período de 2013 e 2014 e encaminhados ao cardiologista por ausculta de sopro. Após avaliação com cardiologista, o mesmo definia a necessidade de pedido de investigação diagnóstica ou alta, conforme achados clínicos. Caso o paciente fizesse investigação, o resultado foi computado. Caso o paciente apresentasse teste do coraçãozinho alterado, era transferido a outro hospital e excluído do protocolo. **Resultados:** No biênio, nasceram em Ribeirão Preto 23.746 crianças. Destas, 6019 (25% dos nascidos vivos) nasceram na Mater. O restante nasceu em hospitais terciários (quando de gestação de alto risco) ou maternidades privadas. Destes 6019 nascidos vivos, 322 (5,3%) apresentaram sopro cardíaco até o terceiro dia de vida, antes da alta hospitalar, e foram encaminhados para avaliação com cardiologista. Foi feito diagnóstico de cardiopatia congênita em 28 destes pacientes (8,6% daqueles com sopro). Assim, a incidência de cardiopatia nesta maternidade foi de 0,45%; mas uma vez que um sopro tivesse sido auscultado, a chance de cardiopatia subiu para 8,6%. Destes 28 pacientes cardiopatas, 12 tiveram diagnóstico de comunicação interatrial; 8 com persistência do canal arterial; 6 com comunicação interventricular; 2 com tetralogia de Fallot e 1 com Janela aorto-pulmonar. Dois destes pacientes tiveram que ser operados antes dos 6 meses de idade. **Conclusão:** É importante a avaliação por um cardiologista, de RN que apresente sopro. Apesar de incidência baixa de cardiopatia (0,45%) em maternidade de baixo risco, esta incidência pode subir para 8,6% nos pacientes com sopro; e 3 pacientes (10% dos cardiopatas) apresentaram cardiopatia grave não detectada no pré-natal ou com teste do coraçãozinho.

P-184

RELATO DE CASO: DOENÇA DE KAWASAKI EM PORTADOR DE CARDIOPATIA CONGÊNITA

ELISANGELA PEREIRA GONÇALVES, NADJA ARRAES DE ALENCAR CARNEIRO FRANCA, MARIA VIRGINIA TAVARES SANTANA

INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

Introdução: A Doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite aguda, de etiologia desconhecida, a qual pode originar sequelas cardiovasculares. Aneurismas das artérias coronárias são comuns em 15 a 25% dos pacientes não tratados, podendo levar a infarto agudo do miocárdio e morte súbita. **Descrição do caso:** Paciente do gênero masculino, 13 anos, portador da Síndrome de Noonan, com diagnóstico prévio de estenose pulmonar valvar grave e obstrução dinâmica na via de saída do ventrículo esquerdo por abaulamento do septo interventricular. Foi submetido à correção cirúrgica aos 10 meses de idade com ampliação da via de saída do ventrículo direito (VD) e atriosseptectomia. Evoluiu com insuficiência pulmonar importante, porém assintomático do ponto de vista cardiovascular. No exame ecocardiográfico de seguimento, visualizado aneurismas e trombose nas artérias coronárias sendo suspeitado de DK. A angiotomografia computadorizada confirmou dilatações aneurismáticas das artérias coronárias com trombose parietal na artéria coronária direita. A ressonância nuclear magnética do coração revelou ausência de isquemia miocárdica sob estresse farmacológico e aparente infarto miocárdico inferior e ínfero-lateral basal. Realizado Doppler das artérias carótidas e vertebrais sem anormalidades. A tomografia computadorizada do tórax, abdome e pelve revelou dilatação do tronco celíaco e da artéria mesentérica superior. Pela história prévia de gastrite, antes de iniciar anticoagulação foi realizada endoscopia digestiva alta. Diante do risco de sangramento gástrico não foi associado antiplaquetário. Paciente recebeu alta com anticoagulação ajustada e INR com valor adequado (entre 2 -3). Quanto à insuficiência valvar pulmonar, apesar de importante, mas como VD sem disfunção, optado por seguimento clínico. **Comentários:** A DK é atualmente a principal causa de cardiopatia adquirida na criança nos países desenvolvidos, contribuindo para a morbidade cardiovascular do adulto. Estudos recentes tem enfatizado a ocorrência da DK em crianças mais velhas que podem ter alta prevalência de complicações cardiovasculares devido ao diagnóstico tardio, como ocorreu no caso acima descrito. Por isso, a importância de cada vez mais se conscientizar para a existência de formas incompletas ou atípicas, fonte de anormalidades nas artérias coronárias, cujo diagnóstico é com frequência retardado.

P-185

PSEUDOANEURISMA DE VENTRÍCULO ESQUERDO PÓS-TRAUMÁTICO EM ADOLESCENTE. RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

NAIARA GALVAO DE ARAUJO, KARLA LUIZA MATOS PEDROSA, PATRICIA GUEDES DE SOUZA , ISABEL CRISTINA BRITTO GUIMARAES

HOSPITAL ANA NERY; UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Introdução: O pseudoaneurisma de ventrículo esquerdo (VE) pode ocorrer após infarto miocárdico, cirurgia cardíaca ou trauma, sendo extremamente raro na população pediátrica. A sintomatologia é inespecífica e associa-se com risco de ruptura e morte. O diagnóstico precoce e o tratamento cirúrgico aumentam as chances de sobrevida. **Descrição do caso:** Adolescente de 13 anos, sexo masculino, com quadro de dispneia, palidez e taquicardia. Referia três episódios semelhantes nos últimos oito meses. Eletrocardiograma evidenciava taquicardia ventricular, sendo realizada cardioversão e iniciada Amiodarona. Sem antecedentes patológicos ou cirúrgicos, com história de trauma torácico de grande impacto durante atividade desportiva. Ecocardiograma com imagem de "pescoço" médio-apical em VE, discinesia apical e imagem compatível com trombo organizado e séssil nessa região, sugerindo pseudoaneurisma. Ressonância cardíaca evidenciou infarto transmural envolvendo todo o ápice do VE com aneurisma apical. Cineangiocoronariografia sem lesões obstrutivas e VE com grande aneurisma apical, com áreas de calcificação. Submetido a aneurismectomia, com exérese de tecido com trombo calcificado e trombo recente. Ecocardiograma pós-cirúrgico evidenciando função biventricular preservada e bom resultado cirúrgico. Evoluiu no pós-operatório sem intercorrências, recebendo alta 6 dias após a cirurgia. **Comentários:** O pseudoaneurisma de VE é uma consequência potencialmente letal de trauma torácico contundente. A mortalidade relaciona-se a arritmias secundárias, choque cardiogênico e ruptura miocárdica; portanto, uma vez diagnosticado, o tratamento cirúrgico é imperativo. Os sintomas são inespecíficos, mais frequentemente relacionados a insuficiência cardíaca, angina pectoris, arritmia ou embolização sistêmica. O ecocardiograma é o melhor método não invasivo para o diagnóstico. A angiografia coronária é indicada para confirmar se há necessidade de cirurgia de revascularização do miocárdio. Neste caso houve concordância com a literatura, com surgimento de arritmia secundária à lesão. Os achados ecocardiográficos foram bem confiáveis para o diagnóstico. A cineangiocoronariografia afastou lesões coronarianas, e confirmou o pseudoaneurisma. Por fim, o diagnóstico favoreceu o resultado cirúrgico, com boa recuperação do paciente. O caso demonstra a necessidade de uma combinação de alto índice de suspeição com várias modalidades de exames de imagem para o diagnóstico e intervenção.

P-186

ESTENOSE PRIMÁRIA DAS VEIAS PULMONARES: CAUSA EMERGENTE, LETAL E SUBDIAGNOSTICADA DE HIPERTENSÃO PULMONAR NA INFÂNCIA

LUCIANA SILVEIRA NINA DE AZEVEDO, JAMILLE CAMPOS SOUSA, RAIANNE VASCONCELOS CORD, FERNANDA SOARES CARNUT REGO, CAIO CESAR ARAGONI LOUREIRO, DIEGO CAVALEIRO DE MACEDO ALBUQUERQUE, MARCIO MIRANDA BRITO, CELIA MARIA CAMELO SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO

Introdução: A estenose das veias pulmonares (EVP) é uma doença rara, incidência na população pediátrica estimada em 2 / 100.000, associada à elevada morbidade e mortalidade ainda nos primeiros anos de vida. Pode ocorrer de forma isolada ou associada a outras malformações cardíacas. **Objetivos:** conhecer a incidência de estenose de veias pulmonares na população de neonatos e o curso clínico destes pacientes. **Métodos:** estudo retrospectivo com base no diagnostico de cardiopatia congênita do banco de dados de uma UTI neonatal quaternária, durante o período de maio\14 a junho\15. A partir da identificação dos casos de cardiopatia congênita, a revisão de prontuário dos pacientes foi então realizada. **Resultados:** Dos 597 nascidos-vivos neste período, 15 apresentaram cardiopatia congênita. A estenose das veias pulmonares foi observada em 2 crianças (0,003%). Não foi observada predileção por sexo (1 paciente do sexo masculino e 1 do sexo feminino), nem associação com prematuridade (ambos com idade gestacional > 37sem) e o peso médio foi de 3200 g ao nascimento. Em um paciente houve malformação cardíaca associada (Coarctação de aorta) e em outro havia malformação de sistema nervoso central. A suspeita de cardiopatia congênita deveu-se a quadro de hipertensão pulmonar persistente após a segunda semana de vida. O diagnóstico de EVP foi realizado pelo ecocardiograma e a hipertensão pulmonar confirmada nos exames realizados no 1º mês de vida. Em ambas os casos, houve sepse neonatal com choque e necessidade de droga vasoativa. A necessidade de dilatação das veias pulmonares com cutting baloon ocorreu aos 3 meses em ambos os pacientes (fig 1). A pressão pulmonar foi reduzida com efetividade, houve melhora da hipoxemia e sinais de insuficiência cardíaca. Porém após um tempo médio de 4 meses, houve piora clinica com sinais clínicos e laboratoriais de insuficiência cardíaca, sendo então novamente realizado dilatação das veias pulmonares. A mortalidade no primeiro ano de vida foi 100%. Em ambos os casos o óbito foi relacionado à insuficiência cardíaca refratária logo após completar 12 meses de vida. **Conclusão:** Os casos apresentados evidenciam a importância da busca ativa da EVP como diagnóstico diferencial de hipertensão pulmonar nos primeiros meses de vida. Esta patologia representa causa de hipertensão pulmonar e insuficiência cardíaca refratária com alta mortalidade, e frequentemente subdiagnosticada na infância.

P-187

ANOMALIA DE EBSTEIN MITRAL: RELATO DE UM CASO RARO

CAMILA LINO M R DA SILVA, DANIEL ALVES MASCARENHAS, SOLANGE COPPOLA GIMENEZ, MARCELO BISCEGLI JATENE

HOSPITAL DO CORAÇÃO

Introdução: Em 1866, Wilheem Ebstein descreveu a malformação da valva tricúspide, que é caracterizada por uma implantação anormal dos folhetos posterior e septal na cavidade do ventrículo direito ocorrendo sua atrialização na porção da via de entrada. A anomalia de Ebstein na valva mitral é rara, envolve a displasia do folheto posterior ou mural sem afinamento da porção atrializada do ventrículo esquerdo (VE). **Relato de Caso:** S. A. B. A., 2 anos, portadora de Interrupção do Arco Aórtico, comunicação interventricular (CIV) e má formação da Valva Mitral, submetida a bandagem das artérias pulmonares e colocação de "stent" no canal arterial no período neonatal. Posteriormente, após correção do arco aórtico, optou-se pela realização de atriosseptectomia e bandagem do tronco pulmonar, retirada de bandagens das artérias pulmonares e correção da interrupção. Evoluiu com disfunção ventricular importante e realizou ressonância nuclear magnética que evidenciou Valva mitral com único músculo papilar em posição inferior, com cordoalhas tendíneas para ambos os folhetos valvares, insuficiência discreta, disfunção ventricular esquerda e estenose aórtica. Ao ecocardiograma, a valva evidenciou dois papilares, com deslocamento apical de seus folhetos e cordas encurtadas, coaptação central em região apical (Ebstein de valva Mitral), com insuficiência discreta e estenose importante. Foi submetida a vavoplastia por cateter balão da Valva aórtica, com recuperação da função ventricular esquerda. Em 11/06/2016 foi submetida a troca valvar mitral por prótese metálica. A descrição cirúrgica corrobora os laudos dos exames de imagem sobre a baixa implantação da valva mitral e porção atrializada do VE. **Discussão:** O caso acima mostra ser de importante relevância, dada à alteração incomum encontrada na valva mitral sugestiva de Anomalia de Ebstein, fato raro ao se tratar da valva atrioventricular esquerda. Vale ressaltar a importância de considerar esta alteração como um diagnóstico diferencial nas malformações da valva mitral.

P-188

USO NÃO HABITUAL DO INIBIDOR DA 5 FOSFODIESTERASE NA MELHORA CLÍNICA E FUNCIONAL EM PORTADORES DE CARDIOPATIA COMPLEXA (RELATO DE CASOS)

CRISTINA DE SYLOS, PAULA DE FREITAS RIBEIRO, JULIA LIMA GATICA, ALICE MEDEIROS DUZZI

HOSPITAL UNIVERSITARIO SÃO FRANCISCO

Introdução: A utilização do sildenafil não está liberada para uso rotineiro em população pediátrica, exceto para o tratamento da hipertensão arterial pulmonar. Contudo, a ausência de outras terapias que pudessem contribuir para melhora da classe funcional e reversão da insuficiência cardíaca tem motivado o uso desta medicação em situações clinicas não usuais, como na insuficiência cardíaca, ou em pacientes em pós-operatório de cirurgia de Glenn e Fontan visando melhora do fluxo pulmonar, mesmo na ausência de hipertensão arterial pulmonar. **Relato dos casos:** Caso 1: IDOC, 4 anos, portador de dupla via de entrada e dupla via de saída de ventrículo direito, em pós-operatório tardio de correção de coarctação de aorta e bandagem pulmonar (com 5 dias de vida) e Glenn (com 2 anos de vida), evoluindo após 6 meses de pós-operatório com quadro cansaço, intolerância a atividades físicas, e disfunção ventricular importante ao ecocardiograma (FE Simpson 28%), sendo iniciado captopril, furosemida e espironolactona com discreta melhora clínica. Diante da refratariedade terapêutica, optado por inciar sildenafil na dose de 2 mg/kg/dia. Evoluiu com melhora sintomática e melhora da função ao ecocardiograma (FE Simpson 40%). Segue em tratamento clinico, em programação de cirurgia de Fontan ou transplante a depender da função ventricular. Caso 2: CPAO, 17 anos, atresia pulmonar com CIV em pós-operatório tardio de cirurgia de Blalock-Taussing com 1 ano de idade, com angiotomografia mostrando artéria pulmonares hipoplásicas e colaterais sistêmico pulmonares pequenas, em uso de AAS com limitação importante da atividade física e piora da saturação. Há 6 meses, diante da piora dos sintomas, com saturação em repouso de 55%, iniciado sildenafil como alternativa terapêutica na dose de 20 mg 3 x ao dia. Evoluiu após 2 meses com melhora da capacidade funcional e da saturação em repouso (76%). Em programação de cateterismo para avaliar a possibilidade de implante de stent em colaterais. **Comentários:** Assim como alguns casos descritos em literatura nosso trabalho visa demonstrar a utilidade do sildenafil em pacientes com cardiopatias congênitas complexas, que apresentem insuficiência cardíaca refrataria e alteração na circulação pulmonar, ressaltando a necessidade de estudos multicêntricos para estas populações.

P-189

AVALIAÇÃO PÔNDERO-ESTATURAL DE PACIENTES COM SÍNDROME DE DOWN E CARDIOPATIAS CONGÊNITAS SUBMETIDOS À CIRURGIA

JULIA DUARTE SCHUMACHER, DECIO CAVALET SOARES ABUCHAIM, CASSIA DE FAVERI, MARIA CLAUDIA SCHMITT LOBE

UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU - FURB

Introdução: A cardiopatia congênita (CC) é uma das manifestação mais frequentes entre os pacientes com SD. As CC's podem causar alterações hemodinâmicas que são apontadas como agravantes do gasto-energético e, portanto, atraso pôndero-estatural. O diagnóstico precoce aliado ao tratamento cirúrgico efetivo é o principal responsável pela diminuição da morbidade e mortalidade nessa população. **Objetivo:** Avaliar a recuperação do peso e estatura de crianças com Síndrome de Down com cardiopatia congênita que foram submetidos à cirurgia cardíaca. **Métodos:** Estudo caso controle dos dados de prontuários. **Resultados:** Dos 47 pacientes com Síndrome de Down com cardiopatia congênita submetidos à cirurgia, em 32 foi possível avaliar peso e estatura no pré e no pós-operatório. Ao nascimento 35% estavam com o peso no intervalo (p) ≤ 10 e 23,5% no intervalo 10< p ≤ 25. Quanto a estatura 11,8% encontrava-se no intervalo p ≤ 10 e 47,1% no intervalo10 < p ≤ 25. Após a cirurgia, no primeiro semestre 41% estavam com o peso no intervalo p≤ 10, e 6% no intervalo 10 < p ≤ 25. Em relação a estatura nenhum paciente se encontrava no intervalo p ≤ 10 e 36% estavam no intervalo 10 < p ≤ 25. No segundo semestre após a cirurgia 27% estavam ainda com o peso abaixo do intervalo 10 < p ≤ 25. Quanto a estatura 18%. A recuperação de peso foi mais significativa do que a estatura nos pacientes analisados. **Conclusão:** Os pacientes com Síndrome de Down submetidos à cirurgia cardíaca apresentaram ganho pôndero-estatural no primeiro ano após a cirurgia mostrando resolução da repercussão cardíaca.

P-190

1000 PACIENTES EM 10 ANOS. ANÁLISE DESCRITIVA

FERNANDO TADEU VASCONCELOS AMARAL, PAULO HENRIQUE MANSO, ANDRE SCHMIDT, WALTER VILLELA ANDRADE VICENTE, MARIA FERNANDA JACOB

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Introdução: congênitas são importantes para caracterização da população, avaliação de terapêuticas especificas e formação de banco de dados com propósitos científicos. **Objetivo:** relatar características de 1000 pacientes registrados durante 10 anos em centro terciário. **Métodos:** análise dos dados relativos à 1000 pacientes consecutivos atendidos em ambulatório de cardiopatia congênita no adulto. **Resultados:** 1) POPULAÇÃO: 223 (25%) moradores da cidade (número esperado baseado no número de habitantes: 2110). 2) CARGA DE TRABALHO: casos novos: 75 (média) entre 2008 e 2015; número de consultas: 473 (2006) e 824 (2015). 3) PROCEDENCIA: últimos 4 anos maioria encaminhada do ambulatório pediátrico. 4) PACIENTES: 54% tratados (percutâneo ou cirurgia) e 46% não tratados maioria feminino nos dois grupos. 5) IDADE: 54% na faixa de 16-30 anos. 6) DIAGNÓSTICOS: entre 80% (n=371) não tratados: CIA (31%), CIV (25%), Estenose aórtica (9%), cardiopatias complexas (8%), estenose pulmonar (7%). Entre 77% (n = 417) tratados: CIA (30%), CIV (12%), Fallot (12%), Coarctação da aorta (10%), intervenção percutânea (14%) (valvoplastia pulmonar, oclusão de CIA/PCA). 7) COMPLEXIDADE CARDIOPATIA: baixa (72%), moderada (20%), alta (8%). 8) CLASSE FUNCIONAL: I (85%), II (14%), III (1%). 8) SEGUIMENTO: 736 (73%) ativos últimos 2 anos. 9) ÓBITOS: 69 (8%): 35 não operados: idade média 55 anos, causa cardiovascular 22; 34 operados: idade média 40 anos, causa cardiovascular 22. **Conclusões:** numa população acima de 16 anos com cardiopatia congênita de baixa e moderada complexidade em 92% e 85% em classe funcional I verificamos: sexo feminino prevalente, 75% locais sem acompanhamento no centro de referencia, aumento progressivo consultas ambulatoriais, maioria encaminhada do ambulatório pediátrico. Diagnósticos mais prevalentes entre os não tratados: CIA, CIV e Estenose aórtica. Nos tratados: CIA, CIV, Fallot, Coarctação da aorta e intervenção percutânea. Número expressivo (27%) sem seguimento e 8% de óbitos. A frequente necessidade de intervenção e o aumento progressivo no número de consultas indicam necessidade de estruturação adequada da instituição para responder à demanda. Estudos em outras centros são importantes para análise comparativa.

P-191

ABORDAGEM RETRO AÓRTICA PARA ABLAÇÃO DE FLUTTER ATRIAL EM PACIENTES COM SENNING: DESCRIÇÃO DA TÉCNICA EM PACIENTES COM DISFUNÇÃO VENTRICULAR

ROGÉRIO ANDALAFT, BRUNO PEREIRA VALDIGEM, NILTON JOSÉ CARNEIRO DA SILVA, DALMO ANTONIO RIBEIRO MOREIRA, MARCIA REGINA PINHO MAKDISSE, SOLANGE COPPOLA GIMENEZ, BENTO GOMES DE MORAES NETO, MARCELO FRANKEN

INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA; HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN - CENTRO DE ARRITMIA; HOSPITAL DO CORAÇÃO

Introdução: As cirurgias de correção atrial para transposição das grandes artérias (D-TGA) foram as únicas esperanças para pacientes (Pac) acometidos por estas doenças durante anos. No pós operatório tardio (POT) as arritmias atriais determinam maior morbimortalidade com piora progressiva da classe funcional. Tratar o circuito do flutter utilizando a abordagem trans tunel das cavas pode aumentar de forma importante a taxa de complicações do procedimento. Assim, a via retro aórtica pode ser uma saída na abordagem do circuito, **Objetivo:** Descrever a abordagem retro aórtica em 2 casos no POT de Senning refratários ao tratamento clínico de flutter atrial (FLA). **Descrição dos casos:** 2Pac com disfunção VD e FLA refratário ao tratamento clínico. Utilizou-se da via arterial femoral para acesso do VD e istmo cavotricuspídeo e da veia femoral para acesso do túnel das cavas e acesso ao VE. Ablação feita sob anestesia geral e com auxílio de ecocardiogramatransesofágico ETE e/ou mapeamento eletroanatômico e TC de coração para avaliação da anatomia pré ablação. Utilizamos cateteres deflectiveis e irrigados para ablação. Caso 1: Pac de 32 anos em uso de marcapasso(MP) por disfunção sinusal e com períodos de FLA controlado após ablação do nó AV. Apresentava disfunção do VD e BRD com grande dissincronia interventricular e perda do sincronismo atrial pelo flutter e MP programado em VVI. Caso 2: Pacde 18 anos masc com FLA paroxístico e disfunção VD. Recebeu diversas cardioversões elétricas para reversão das crises apesar da terapia clínica otimizada. Em ambos optamos por ablação do circuito de FLA com auxílio do ETE e mapeamento eletro anatômico. Construímos o mapa eletroanatômico guiados pelo ETE e a fluoroscopia. Após encarrilhamento e confecção do mapa de ativação confirmamos que o circuito era dependente do istmo cavotricuspídeo. Aplicamos (pelo cateter da via arterial) 30W a 43 oC e construímos a linha de bloqueio da anastomose da cava até a valva tricúspide interrompendo a taquicardia. Ambos estão em ritmo sinusal após 6 meses (caso 1) e 2 anos (caso 2) sendo o ultimo em classe funcional I. **Conclusão:** 1) A abordagem invasiva do FLA refratário ao tratamento clínico no POT de Senning pode mudar a evolução, diminuir a mortalidade retirando um fator que conhecidamente piora seu prognóstico por deteriorar a função do VD 2) A abordagem retro aórtica é opção para abordagem dos atrios e do circuito de flutter.

P-192

EXTRASSÍSTOLES VENTRICULARES EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CORAÇÃO ESTRUTURALMENTE NORMAL? 16 ANOS DE ACOMPANHAMENTO

LUISA PIGATTO KALIL, NANA MIURA, SISSY LARA MELO, MAURICIO IBRAHIM SCANAVACCA

INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

Introdução: Extrassístole ventricular (ESV) é a manifestação mais comum dos distúrbios de ritmo cardíaco, inclusive em indivíduos com coração normal, estando presente em 1% dos eletrocardiogramas de 12 derivações e até 80% dos Holter realizados na rotina médica, com aumento de prevalência relacionado à idade. O tratamento de tal arritmia é controverso, ficando reservado para pacientes sintomáticos ou com comprometimento da função contrátil ventricular. Quando indicado, é realizado com fármacos betabloqueadores e/ou antiarrítmicos, e ablação por cateter para casos refratários. **Objetivo:** Descrever a evolução de crianças e adolescentes com coração normal e ESV, acompanhadas no InCor. **Casuística e métodos:** De 2000 a 2016, acompanhamos 20 pacientes com ESV isolada e coração estruturalmente normal. A idade no diagnóstico variou de 2 a 16 anos (média 7,5 ± 3,7 anos) e 60% dos pacientes eram do sexo feminino. Nove dos vinte pacientes (45%) eram assintomáticos no diagnóstico. Dentre os sintomas, o principal foi palpitação (presente em 25%), seguido por cansaço (10%), pré-síncope (5%) e síncope (5%). Todos os pacientes realizaram eletrocardiograma, ecocardiograma e Holter durante o seguimento. A maioria (70%) realizou, também, ressonância nuclear magnética (RNM) e eletrocardiograma de alta resolução. Dezesseis pacientes foram submetidos a tratamento medicamentoso (7 receberam sotalol, 4 propafenona, 4 amiodarona e 1 propranolol). Três pacientes foram submetidos à ablação por radiofrequência. **Resultados:** Foi possível a localização aproximada da ectopia em 13 pacientes: 10 eram de via de saída do VD e 3 do ventrículo esquerdo. Durante o seguimento, houve melhora dos sintomas e diminuição na densidade de ectopia ao holter em todos os pacientes que receberam terapia medicamentosa. Dentre os submetidos à ablação, houve sucesso em 33%. Atualmente, seguimos 18 pacientes, todos em classe funcional I e 67% assintomáticos. **Conclusão:** A ESV em coração estruturalmente normal consiste em arritmia benigna e com boa evolução clínica, sendo o tratamento medicamentoso a primeira linha terapêutica, e ficando,a ablação por cateter reservada para casos refratários.

P-193

PARALISIA DE CORDA VOCAL EM PACIENTES SUBMETIDOS A OXIGENAÇÃO POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO)

GRACE CAROLINE VAN LEEUWEN BICHARA, SARAMIRA BOHADANA, ECRYD ABDALA ELIAS, LARISSA MONTEIRO GONDIM TEIXEIRA, RAFAELLA COELHO GATO, BEATRIZ HELENA SANCHEZ FURLANETTO, NELSON KAZUNOBU HORIGOSHI, DANIEL GARROS

SABARÁ HOSPITAL INFANTIL

Introdução: a paralisia das cordas vocais é uma complicação clínica significativa, mas não é bem descrita na literatura em pacientes que receberam suporte extracorpóreo de vida (ECLS/ECMO). **Métodos:** Revisamos os registros hospitalares de pacientes internados entre agosto/2015 e agosto/2016 que precisaram de ECLS; os dados demográfico, o diagnóstico e os resultados foram registrados. **Resultados:** Cinco crianças foram tratadas com ECLS. A média de idade e peso foi de 34 meses (5-104 meses) e 10,9 Kg (4,6 - 20 kg), respectivamente. ECLS foi iniciada como veno-arterial (VA+V) com cânula jugular (v), carótida (a) cefálica jugular (v). Todos os pacientes foram canulados na região cervical direita. Todos os pacientes foram retirados da ECMO com sucesso após uma média de 140 horas (62 -193) (5,8 dias) e sobreviveram para alta hospitalar. Todos os pacientes foram submetidos a laringoscopia de rotina após a extubação. Dois pacientes (40%) apresentavam paralisia unilateral de corda vocal direita. Nenhum desses 2 pacientes tiveram cirurgia cardíaca prévia ou outros achados normalmente associados à paralisia das cordas vocais. Estes 2 pacientes tiveram acompanhamento por um período de 6 meses pelo otorrinolaringologista e pediatra; não apresentaram problemas de deglutição. A paralisia de corda vocal teve resolução espontânea em um caso e a outra criança não tem sintomas clínicos, aguardando nova avaliação laringoscópica. **Conclusão:** A canulação periférica para ECMO requer a dissecção cirúrgica da artéria carótida e veia jugular interna do lado direito do pescoço, uma área imediatamente adjacente a ambos os nervos vago e laríngeo recorrente. O achado incidental de paralisia das cordas vocais em nossa população serve como um alerta para esta complicação potencial associado a ECMO. Laringoscopia de rotina deve ser considerada em tais pacientes.

P-194

ASSOCIAÇÃO ENTRE HEMORRAGIA PERIINTRAVENTRICULAR, CANAL ARTERIAL PATENTE E TRATAMENTO PRECOCE COM INDOMETACINA EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS

CAROLINA ANDRADE BRAGANCA CAPURUCO, CLEONICE DE CARVALHO COELHO MOTA

UFMG

Introdução: A sobrevida de recém-nascidos prematuros (RNPT) aumenta progressivamente, entretanto graves sequelas ainda são observadas nessa população. A hemorragia periintraventricular(HPIV) cerebral> II é uma complicação grave relacionada à prematuridade. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar a incidência de HPIV > II e sua associação com canal arterial patente e tratamento com indometacina. **Métodos:** Estudo longitudinal, prospectivo, incluindo RNPT com idade gestacional (IG) < 37semanas assistidos em Hospital de Referência, entre 01/02 a 01/08. Análise estatística realizada pelos testes do qui-quadrado, Mann-Whitney e regressão logística multifatorial. **Resultados:** Dos 3043 pacientes selecionados, 95 (3,1%) evoluíram com HPIV > II e 231 (7,6%) apresentaram patência do canal arterial (PCA). Na análise univariada a associação de HPIV > II e PCA foi de 76,8% (73 / 95) com p:0,001 [RR 12,89 (IC 95% 8,8 - 23,4). Notas de Apgar inferiores a 7 no 1º e 5º minutos de vida também relacionaram-se ao maior risco de desenvolver HPIV com valor de p = 0,004 [RR 2,72 (IC 95% 2,1 - 3,6)] e p = 0,001 [RR 4,24 (IC 95% 3,5 - 5,1)], respectivamente. Da mesma forma, houve maior associação com IG < 30semanas(51/95;53,7%)e peso de nascimento (PN) < 1000 g (54/95; 56,8%) ambos com p,0,001. Dentre os RNPT com PCA, o uso de indometacina com menos de 96 h de vida foi fator protetor com p = 0,012 [RR 5,24 (IC 95% 2,1 -6,3)]. Não houve correlação entre gênero, via de parto ou idade materna.As seguintes covariáveis clínicas mantiveram-se no modelo final de regressão logística multivariada como fatores de risco com significância estatística para HPIV > II: a presença de PCA, nota de Apgar 5º minuto < 7 e IG < 30 semanas. Uso de indometacina precoce manteve-se como fator protetor. **Discussão:** A HPIV é importante morbidade relacionada à prematuridade, sobretudo aqueles com IG < 30 semanas e PCA. Entretanto, aqueles com diagnóstico de PCA que receberam indometacina precocemente não evoluíram com hemorragia cerebral grave. **Conclusão:** Uma boa assistência à sala de parto, protocolos específicos multidisciplinares de acompanhamento para RNPT extremos com menor prevalência de PCA e tratamento precoce são essenciais para diminuição de HPIV > II, com consequente melhora na sobrevida e qualidade de vida desses pacientes.

P-195

MODELO CLÍNICO COMO PREDITOR DE LESÃO RENAL AGUDA GRAVE NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA PEDIÁTRICA

CANDICE TORRES DE MELO BEZERRA CAVALCANT, KLEBIA CASTELO BRANCO, ANNA KARINA MARTINS BRITO, ISABEL CRISTINA LEITE MAIA, RONALD GUEDES POMPEU, JEANE ARAUJO BANDEIRA, ANDRÉIA CONSUELO DE OLIVEIRA TELES

HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES

Introdução: A lesão renal aguda (LRA) é uma complicação comum e potencialmente grave após cirurgias para correção de cardiopatias congênitas (CC), com incidência de aproximadamente 3 a 42%. Ocorre devido às alterações intra-operatórias do fluxo sanguíneo renal, síndrome do baixo débito cardíaco (SBDC) pós-operatório (PO) e diminuição da auto-regulação. a presença de injúria renal pode levar a uma série de de complicações, entre eles distúrbios hidro-eletrolíticos, dificuldade de manutenção de nutrição adequada e deseordens do metabolismo de drogas. O diagn´sotico de LRA está associado a taxas elevadas de morttalidade, varinad de 20 a 79 % (de acordo com a classificação utilizada), asssim como maior tempo de ventilação mecânica, internamento em unidade de terapia intensiva (UTI), permanência e custos hospitalares e risco de desenvolvimento de doença renal crônica.Nas crianças submetidas à correção cirúrgica de CC, a presença de LRA grave está associada a desfechos clínicos desfavoráveis, sendo que o reconhecimento e intervenção precoces podem alterar favoravelmente o prognóstico. **Objetivo:** elaborar um modelo clínico para predizer LRA grave no PO de cirurgia cardíaca pediátrica. **Métodos:** elaboração de um modelo clínico com variáveis peri-operatórias, incluíndo o Índice de angina renal (diminuição precoce do clearnace de cretinina estimado em relação aos valores pré-operatórios e acúmulo de líquido, em porcentagem, no primeiro dia de PO em relação à admissão na UTI), através de regressão logística binária e cálculo da área sob curva ROC. A LRA foi definida de acordo com a classificação da Kidney Disease Improvement Global Outcomes (KDIGO), classes 2 e 3 (duplicação dos valores de creatinina sérica ou necessidade de diálise durante o internamento hospitalar). **Resultados:** o modelo clínico apresentou boa capacidade preditora de LRA grave, comárea sob curva ROC de 0,81. **Conclusão:** um modelo clínico com variáveis peri-operatórias pode ser útil no diagnóstico precoce de LRA grave no PO de cirurgia cardíaca pediátrica.

P-196

ASPECTOS MORFOLÓGICOS E COMPLICAÇÕES DA VALVA AÓRTICA QUADRICÚSPIDE

LIVIA DE CASTRO RIBEIRO, ADRIANA FURLETTI MACHADO GUIMARÃES, CAROLINA RIBEIRO COSTA, FÁTIMA DERLENE ROCHA ARAÚJO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

Introdução: A valva aórtica quadricúspide (VAQ) é uma malformação rara, com incidência estimada de 0,003 a 0,043% de todas as cardiopatias congênitas. O diagnóstico é feito pelo exame ecocardiográfico transtorácico (ETT) na maioria das situações. A evolução para a insuficiência valvar é frequente, mas rara antes da idade adulta. Relato de caso de criança com VAQ, objetivando alertar para o diagnóstico dessa cardiopatia, que demanda acompanhamento a longo prazo devido a passibilidade de complicações graves. **Descrição do caso:** Lactente de 9 meses, submetido a correção de canal arterial e comunicações interatrial e interventricular aos 6 meses. O ETT de pós-operatório evidenciou ausência de shunts residuais, câmaras cardíacas de tamanho normal, seio coronário dilatado e valva aórtica quadricúspide sem regurgitação. A valva aórtica apresentava uma cúspide maior, duas de tamanho intermediário e equivalentes e uma cúspide menor, compatível com aorta quadricúspide tipo D. **Comentários:** A VAQ é um achado raro, sobretudo em idade pediátrica, quando a maioria dos pacientes é assintomática e apresenta valvas sem alterações funcionais. Manifesta-se habitualmente como uma anomalia congênita isolada, embora alguns estudos tenham relatado associação com outras malformações cardíacas, principalmente anomalias das artérias coronárias. Um ETT cuidadoso possibilita visibilização, no corte paraesternal eixo curto ao nível da aorta, uma conformação em "X" das comissuras valvulares em diástole e aspecto retangular em sístole. A maioria dos pacientes se enquadra nos tipos A, B ou C de Hurwitz e Roberts. Na maioria dos casos é uma anomalia assintomática, porém há relatos de oclusão aguda de óstio de coronária esquerda por tecido aderido da cúspide. Essa complicação ocorre com mais frequência nos casos em que as cúspide são de tamanhos desiguais. O seguimento dos pacientes é importante para a detecção precoce de disfunção valvar e isquemia miocárdica possibilitando consequente intervenção terapêutica oportuna.

P-197

MALFORMAÇÃO DO LADO ESQUERDO DO CORAÇÃO ASSOCIADA A DOENÇA DE EBSTEIN

LIVIA DE CASTRO RIBEIRO, SANDRA REGINA TOLENTINO CASTILHO, CAROLINA RIBEIRO COSTA, HELOISA CRISTINA GOIS E SANTOS

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

Introdução: A Doença de Ebstein (DE) é uma cardiopatia congênita rara, caracterizada por malformações da valva tricúspide (VT) e do ventriculo direito (VD) que variam em gravidade: 1) aderência dos folhetos da VT ao miocárdio; 2) deslocamento apical do ânulo funcional (septal > posterior > anterior); 3) dilatação da porção "atrialisada" do VD, com hipertrofia ou adelgaçamento de sua parede; 4) redundância, fenestrações ou acolamento do folheto anterior da VT e 5) dilatação da junção atrioventricular direita. A DE pode estar acompanhada por várias outras malformações cardíacas, sendo a Coarctação da Aorta (CoAo) raramente documentada. Relatamos, o caso de um lactente com o diagnóstico de DE e CoAo, objetivando alertar para as raras anomalias do lado esquerdo do coração que podem acompanhar a DE. **Descrição do caso:** Lactente de 9 meses, masculino, hipoxêmico no primeiro dia de vida,iniciada infusão de prostaglandina. Ecocardiografia (ECO): dextrocardia, comunicação interatrial pequena, DE (Tipo B de Carpentier e grau II de Gose/Celemajer), regurgitação moderada da VT, comunicação interventricular (CIV) de 5 mm com shunt no sentido ventrículo esquerdo-átrio direito, straddling de folheto anterior de valva mitral (VM), canal arterial grande, valva aórtica bivalvula re CoAo descendente, logo após emergência da subclávia esquerda, com gradiente local máximo de 27 mmHg.Submetido a correção da CoAo com anastomose término-terminal com 24 dias de vida, sem gradiente residual significativo em local de anastomose. Apresentou taquicardia paroxística supraventricular aos 5 meses, refratária a antiarrítmicos. Submetido a duas ablações percutâneas de via anômala aos 7 e 9 meses de idade, com boa resposta clínica ao procedimento. **Comentáriios:** A DE pode estar acompanhada por anormalidades de função e morfologia do ventrículo esquerdo (VE), da VM e valva aórtica (VA) e displasia miocárdica assemelhando miocárdio não compactado. Não se sabe a real incidência de CoAo em pacientes com DE, mas presume-se que seja muito rara. Attenhofer et al estudouecocardiografia de 106 pacientes com DE enão encontrou associação com CoAo. As principais anomalias do lado esquerdo associadas foram: VE não compactado (17.9%), disfunção sistólica e diastólica do VE (7% e 36%, respectivamente),dilatação do VE (4%), prolapso da VM (15%), VA bicúspide (8%), displasia da VM (4%) e CIV (8%). Castaneda-Zuniga et al também não encontrou CoAo em autópsias de 34 casos de DE.

P-198

TENDÊNCIA TEMPORAL DA FEBRE REUMÁTICA AGUDA EM CRIANÇAS ATÉ 15 ANOS NO BRASIL

ISABELA MOREIRA GARZEDIM SANTOS, MATHEUS VASCONCELOS GOES MENDES, MAGDA LEÃO PINHEIRO, GUSTAVO CASTRO DE QUEIROZ, JESSICA BAHIA MODESTO

FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS

Introdução: a febre reumática (FR) é uma doença de mecanismo auto-imune e pós-infecciosa, caracterizada por reações inflamatórias que podem afetar diversos órgãos e sistemas. A doença é causada pelo Streptococcus β hemolítico do grupo A de Lancefield e ocorre após uma infecção das vias aéreas superiores. Apesar de ter se tornado uma doença rara em países desenvolvidos, a FR permanece prevalente em países em desenvolvimento, em especial no Brasil, onde permanece como a maior causa de doença cardíaca entre crianças e adultos jovens. O tratamento da FR consiste da profilaxia primária e secundária, sendo a primeira realizada com antibióticoterapia específica para a erradicação do estreptococo da orofaringe assim que o diagnóstico for estabelecido, e a segunda realizada com antibióticoterapia de ação prolongada como a penicilina benzatina administrada a cada 21 dias, durante o período com risco de recorrência. **Objetivo:** verificar a existência da tendência temporal da febre reumática aguda em crianças de até 15 anos. **Metodologia:** trata-se de um estudo séries temporais de análise de incidência de internações por FR, por mês, desde jan/2008 ate dez/2015 e por sexo. Para a coleta de dados foi utilizado o DATASUS, pela ferramenta TabNet. Os dados foram processados pelo SAS 9.4, onde testou-se o modelo de regressão linear simples ($Y = \beta0+\beta1X$). Obteve-se o modelo significante quando $p < 0,05$ e a variável mês foi transformada em mês-centralizado, sendo jan/2012 o mês central. **Discussão:** durante o período de 2008 a 2009, houveram 697 pacientes internados de 0 a 15 anos. Destes pacientes 58,82% foram do sexo masculino (n = 180, IC95% 53,08 – 64,39%), considerando que não havia esse dado de 391 pacientes, sendo mais prevalente na cor parda, com 84,31% (n = 258, IC95% 79,75% - 88,20%). Apesar de ser observada tendência temporal de diminuição de aproximadamente 0,05 casos de febre reumática aguda por mês, ou seja, tendência de continuar estável durante anos. O modelo de regressão é equivalente a Y = 7,22-0,05X, e um R2 de apenas 14%. **Conclusão:** o presente estudo mostra que apesar de previsível e com profilaxia bem definida, o Brasil falha em diminuir a incidência de internamentos de crianças no decorrer desse período de tempo, sendo necessárias medidas públicas para inversão do quadro.

P-199

RELATO DE CASO: JANELA AORTOPULMONAR E UMA RARA ASSOCIAÇÃO

ELISANGELA PEREIRA GONÇALVES, CRISLANE BELISARIO AMBROZIM, MARLY AKIKO MIAIRA, MARIA VIRGINIA TAVARES SANTANA

INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

Introdução: Janela aortopulmonar (JAoP) é uma anomalia incomum, com incidência inferior a 1% entre as cardiopatias congênitas. Caracteriza-se por uma comunicação entre a aorta ascendente e o tronco pulmonar, assemelhando-se, hemodinamicamente, a um grande canal arterial ou, ao tronco arterial comum. Pode ocorrer de forma isolada ou associada a outras malformações congênitas. **Descrição do caso:** Paciente 8 meses, auscultado sopro cardíaco com um mês de vida. Admitido na Instituição por cansaço e sudorese às mamadas, baixo ganho ponderal e episódio de pneumonia. Apresentava-se acianótico, taquipneico leve, saturação de oxigênio de 92%, frequência cardíaca (FC) de 104bpm, pressão arterial de 76x48mmHg. Ausculta cardiovascular com frêmito diastólico 2+/4+ no foco mitral (FM), sopro sistólico ejetivo 2+/4+ no foco aórtico (FAo) e FAo acessório irradiando para borda esternal esquerda, ruflar diastólico 3+/4+ no FM irradiando para linha axilar média com 2ª bulha única e hiperfonética 3+/4+. Pulsos periféricos normopalpáveis. Radiografia de tórax em situs solitus, área cardíaca aumentada 2+/4+ com morfologia de átrio e ventrículo esquerdos e hiperfluxo pulmonar. Eletrocardiograma em ritmo sinusal, FC de 140bpm, SÂQRS +60°, sobrecarga de átrio direito e biventricular. Ecocardiograma revelou JAoP ampla, comunicação interventricular (CIV) subaórtica, membrana supravalvar mitral, membrana subvalvar aórtica e sinais indiretos de hipertensão pulmonar. A abordagem cirúrgica foi realizada com correção da JAoP com retalho de patch bovino (PB), ventriculosseptoplastia com PB, miomectomia na via de saída do ventrículo esquerdo onde fora evidenciado estenose muscular (persistência da dobra ventrículo-infundibular) e membrana supravalvar mitral pequena não passível de ressecção. O ecocardiograma pós-operatório demonstrou excelente resultado cirúrgico. A alta hospitalar ocorreu no 9º dia, em uso de captopril, sildenafil e furosemida. **Conclusão:** Em cerca de 50% dos casos de JAoP, ocorre associação com outros defeitos cardíacos, o que dificulta o reconhecimento da anomalia. As associações mais frequentemente encontradas na literatura são: interrupção do arco aórtico (15-20%), canal arterial pérvio (11%), CIV (8%), arco aórtico à direita (7%), anomalia de artérias coronárias (8%), tetralogia de Fallot (5%), estenose subaórtica (3%) e valva aórtica bicúspide (3%). Já a associação com membrana supravalvar mitral é muito rara, o que chamou atenção no caso acima descrito.

P-200

IMPORTÂNCIA DO ECOCARDIOGRAMA NEONATAL PRECOCE NA PREDIÇÃO DO DESFECHO DA HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA

CAMILA PINHO BRASILEIRO NAM, GABRIELA NUNES LEAL, ALESSANDRO CAVALCANTE LIANZA, MARIA ESTHER JURFEST RIVERO CECCON, UENIS TANNURI, WERTHER BRUNOW DE CARVALHO

INSTITUTO DA CRIANÇA DO HC-FMUSP

O manejo da hérnia diafragmática congênita (HDC) representa um grande desafio em neonatologia, com elevada mortalidade mesmo em centros especializados. A maioria dos escores de risco para HDC não incluem parâmetros ecocardiográficos. Uma vez que o eco tem se mostrado uma ferramenta essencial na UTI neonatal, interroga-se sua utilidade em predizer o desfecho na HDC. Objetivos:Comparar sobreviventes e óbitos quanto aos diâmetros diastólicos de VD e VE (DDVD e DDVE), fração de ejeção (FE) de VE, bem como a presença de pressão pulmonar ≥ pressão sistêmica (PAP ≥ PS), no eco de 72hs de vida. Testar a sensibilidade e a especificidade destes parâmetros na predição do óbito em HDC. **Métodos:** Avaliação retrospectiva de 72 RNs atendidos com HDC em nossa UTI, entre janeiro de 2010 e janeiro de 2016. Excluídos: 17 casos com cardiopatia congênita, 8 casos de óbito antes do eco e 6 casos transferidos de outros serviços com>72 hs.Nos 41 pacientes restantes, foram pesquisados: peso, sexo, idade gestacional, Apgar de 1 e 5 min, lado da hérnia, presença de fígado no tórax, local de parto (local ou externo) e SNAPPEII (Score of Neonatal Acute Phisiology with Perinatal extension). DDVD e DDVE foram obtidas ao modo M. A FE do VE foi obtida pelo Teichholz. A pressão sistólica de artéria pulmonar foi estimada pela insuficiência tricúspide (IT) e comparada à pressão sistólica sistêmica. Na ausência de IT, observou-se o padrão de fluxo pelo canal arterial (CA), com diagnóstico PAP ≥ PS sempre que predominou fluxo de AP para AO. Na ausência de IT e de CA, investigou-se a presença de entalhe na curva de Doppler pulmonar como marcador de PAP ≥ PS. Resultados:Ocorreu diferença entre óbitos e sobreviventes apenas quanto ao: peso (2.8±0.4 kg x 3.1± 0.4 kg; p = 0.027), Apgar no 1 min [4(1-7) x 7(1-9); p = 0.0023)], Apgar no 5 min [7(4–9) x 9(4–10); p = 0.0027], SNAPPEII (43.4 ± 19 x 18.2 ± 16.2; p = 0.0005), escore-z do DDVE (-2.2 ± 1.8 x -3.4 ± 1.7; p = 0.04) e FE de VE (75.6 ± 13.5% x 63 ± 18.5%; p = 0.01). Houve associação entre óbitos e: escore-z de DDVE ≤ -3 (p = 0.028) e PAP ≥ PS (p = 0.0046). SNAPPEII >34 identificou os óbitos com 75% de sensibilidade e 88% de especificidade. SNAPPEII >34 e/ou eco de 72 hs alterado (escore-z de DDVE ≤ -3 e PAP≥PS) identificou os óbitos com 80% de sensibilidade e 87% de especificidade.Conclusão:Há associação significativa entre óbito na HDC e: escore-z do DDVE ≤ -3 e PAP ≥ PS. O índice que prediz óbito com maior sensibilidade combina parâmetros clínicos e laboratoriais (SNAPPEII) a parâmetros de eco.

P-201

PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS INTERNADOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM HOSPITAL PEDIÁTRICO NO NORDESTE DO BRASIL

LUZIENE ALENCAR BONATES DOS SANTOS, BARBARA YLANA RODRIGUES LOBO, GRACIELLE CARVALHO GOMES, TEREZA ARREAS DE ALENCAR PINHEIRO, ALINE BORGES MACIEL, FERNANDA PESSA VALENTE, CLEUSA CAVALCANTI LAPA SANTOS

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF FERNANDO FIGUEIRA

Introdução: a insuficiência cardíaca na população pediátrica é uma entidade complexa apresentando peculiaridades devido às alterações fisiológicas em decorrência do próprio desenvolvimento cardíaco, múltiplas etiologias e associação com a correção operatória e/ou paliativa nos casos de defeitos cardíacos congênitos.
Objetivos: descrever o perfil clínico das crianças menores de 15 anos internadas com insuficiência cardíaca nas enfermarias de Pediatria geral de um hospital de referência no Nordeste do Brasil.
Métodos: estudo transversal, retrospectivo, em crianças menores de 15 anos internadas no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015 com diagnóstico de insuficiência cardíaca. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade do estudo foi preenchido um formulário com as seguintes variáveis: sexo, idade, procedência, motivo do parecer, tipo de cardiopatia, medidas terapêuticas. Foi construído um banco de dados, com dupla entrada, no programa Epi-Info versão 7.2 e as análises serão realizadas neste mesmo programa. Serão construídas tabelas de distribuição de frequência para as variáveis categóricas e cálculo das respectivas médias e desvio padrão.
Resultados: no período do estudo foram realizadas 2037 avaliações em pacientes pediátricos internados. Os principais motivos dos pareceres foram: sopro cardíaco, cianose, dispneia aos esforços,arritmias e febre prolongada. Do total das avaliações, 1200 (59%) foram por insuficiência cardíaca. Destes, 840 (70%) pacientes eram portadores de cardiopatias congênitas e 360 (30%) de cardiopatias adquiridas (Febre Reumática – 32%, Kawasaki – 7,5%, Arritmia – 11,3%, Cardiomioipatias – 24,4%). No grupo de portadores de cardiopatia congênita houve predomínio de crianças menores de 1 ano de vida, e nas cardiopatias adquiridas predominaram pré-escolares e escolares. O Ecocardiograma foi suficiente para o diagnóstico em todos os casos. As medidas terapêuticas foram individualizadas de acordo com a etiologia da insuficiência cardíaca.
Conclusões: a insuficiência cardíaca é uma importante causa de internamento em crianças, com as cardiopatias congênitas sendo as principais causas em lactentes jovens. Em nossa casuística a Febre Reumática também esteve presente com importante etiologia.

P-202

COMINUICAÇÃO ENTRE VENTRÍCULO ESQUERDO E ÁTRIO DIERITO (DEFEITO DE GERBODE)

GABRIELLA ARAUJO CUNHA LIMA, MÁRIO FÉLIX LUNA PEÑALOZA

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL

Relato: Paciente sexo feminina, 16 anos, acompanhava no serviço entre (200-2007) devido CIA, perdeu seguimento. Retornou este an com piora dos sintomas, dor torácica intermitente, dispneia aos minimos esforços e palpitações, no ecocardiograma transtorácico (ECOTT)que evidenciou CIA do tipo ostium secudum, hipertensão Pulmonar (AP:53) e sobrecarga de câmaras direitas, optado por internação para correção cirúrgica. Realizada Atriosseptoplastia. Patch de pericárdio bovino, apresentando porém, picos febris, e leucocitose no seguimeto. Solicitado hemoculturas e ECOTTe introduzido antibioticoterapia com hipótese diagnostica para endocardite .Foi observado no ECOTT, a valva mitral com um pertuito junto a base do folheto anterior da mitral com moderado fluxo regurgitante originado provavelmente na base do folheto anterior da mitral, hipertensão pulmonar e sobrecarga de camaras direita. realizado ecocardiograma transesofágico que revela defeito de Gerbode (comunicação de VE-AD), de etiologia a definir com Insuficiência mitral de grau moderado a importante, relacionado à pertuito em folheto anterior (Gerbode).Sobrecarga de câmaras direitas e derrame pericardico. Paciente evolui bem com hemoculturas negativas e assintomática. Discutido com equipe da cirurgia, planejamento de intervenção cirúrgica em breve. **Discussão:** O defeito de Gerbode, é um defeito na porção membranosa do septo ventricular, acima do plano valvar tricúspede, o sangue no ventrículo esquerdo passa através da pequena área do septo membranoso onde existe o potencial para um shunt para a direita. A maioria dos casos descritos corresponde a anomalias congénitas, existindo descrições, adquirida no contexto de endocardite infecciosa, traumas, manobras de intervenção cirúrgia cardíacas, ou infarto agudo do miocárdio. O diagnostico é feito através do ecocardiograma com elevado gradiente Doppler entre o ventrículo esquerdo e o átrio direito. Associada a uma sobrecarga de átrio direito. Neste caso o surgimento do defeito de GERBODE, observado após realização de atriosseptoplastia. Além do defeito septal, coexistia a presença de febre diaria , porem em novo ecocardiograma não foram observado vegetações e sim o defeito de Gerbode. sem etiologia definida .A cirurgia é o tratamento de escolha.

P-203

CARDIOPATIA CIANÓTICA COMPLEXA NÃO OPERADA EM ADULTO JOVEM POUCO SINTOMÁTICO

MARIA EULALIA THEBIT PFEIFFER, LIVIA HONORATO COSTA FIRME

INSTITUTO ESTADUAL DE CARDIOLOGIA ALOYSIO DE CASTRO

Objetivo: As cardiopatias congênitas cianóticas complexas necessitam abordagem precoce, paliativa ou corretiva, haja vista a alta morbimortalidade. O objetivo desse relato é mostrar o caso de uma paciente adulta portadora de transposição das Grandes Artérias (TGA) sem nenhum tipo de intervenção. **Descrição:** BCLR, 21a, feminino, RJ. Portadora de cardiopatia congênita cianótica complexa, diagnosticada nos primeiros anos de vida, cujas queixas eram sopro e cianose. Por receio, os familiares recusaram conduta cirúrgica e mantiveram acompanhamento ambulatorial. Aos 18 anos foi encaminhada ao nosso serviço com diagnóstico de TGA com Comunicação interatrial (CIA) e Estenose Pulmonar (EP)., sem intervenção cirúrgica ou hemodinâmica prévias. Se queixava de discreto cansaço aos grandes esforços e cianose. Relatou episódio recente de quadro de abdomen agudo por rutura tubárea com cirurgia de emergência sem intercorrências cardiovasculares. Relatava razoável qualidade de vida, estudava e trabalhava. Ao exame: eupneica, cianótica ++/6, sem edemas, baqueteamento digital. 57 kg. Sat 86% FC 75bpm, PA 110/70mmHg. Precórdio sem frêmito. RCR BNF SSE+++/6 em FP. Htoc 56% Hb 18,8 g%. ECG com sobrecarga direita, ritmo regular sinusal. Ecocardiograma com situs solitus, discordância ventrículo-arterial, hipertrofia do VD, CIA secundum com fluxo bidirecional ao color doppler, estenose subvalvar e valvar pulmonar com gradiente VD-AP de 40 mmHg, função biventricular normal. Conclusão: TGA com CIA e EP. Conduta: indicados ecocardiograma transesofágico e estudo hemodinâmico que foram recusados pela paciente. Iniciado AAS 100 mg VO. **Discussão:** A TGA é a cardiopatia cianótica mais comum no recém nascido e para sobrevida é necessária a presença de uma comunicação para mistura do sangue entre as duas circulações que são em paralelo. A mortalidade em pacientes virgens de intervenção é de 30% na primeira semana, 50% no no primeiro mês e 90% no final do primeiro ano de vida. A maioria dos pacientes que atingiram a idade adulta tiveram alguma cirurgia reparadora, embora aqueles com CIV e HAP sobreviveram com Eisenmenger. É extremamente rara a sobrevida até a idade adulta,como nesse caso relatado, de pacientes virgens de tratamento e com razoável qualidade de vida.

P-204

ORIGEM ANÔMALA DA ARTÉRIA CORONÁRIA ESQUERDA NO TRONCO DA ARTÉRIA PULMONAR (SÍNDROME DE BLAND-WHITE-GARLAND) EM JOVEM ADULTO COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO NORMAL E FORAME OVAL PATENTE

LARISSA MEIRELES BRAGA, VINICIUS TOSTES CARVALHO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO

Introdução: A Origem Anômala da Artéria Coronária Esquerda no Tronco da Artéria Pulmonar (Síndrome de Bland-White-Garland) é uma cardiopatia congênita extremamente rara, afeta 1 a cada 300.000 nascidos vivos. Na maior parte dos casos, está presente de forma isolada, mas pode ocorrer associação com outras cardiopatias, como comunicação interatrial, prolapso da mitral, etc. Prognóstico ruim, somente 15 a 20% das crianças que nascem com a síndrome passam do primeiro ano de vida. Assim, relatos de adultos com essa síndrome são raríssimos. Até 2008, em todo mundo, foram publicados pouco mais de 150 casos da Síndrome de Bland-White-Garland em indíviduos maiores de 18 anos. O tratamento da patologia é feito pela correção cirúrgica, sendo o reimplante direto da coronária na aorta a técnica mais utilizada. **Descrição do caso:** 21 anos, sexo feminino, sem história familiar positiva e fatores de risco para doenças cardiovasculares, procurou serviço de cardiologia por sentir palpitações, e, aos esforços físicos, dispneia e dor precordial do tipo queimação. Exame físico e eletrocardiograma sem alterações. Realizados Ecodopplercardiogramatransesofágico (TEE) que mostrou forame oval patente com “shunt” esquerda/direita. Submetida à cintilografia miocárdica que sugeriu isquemia com fibrose da parede anterior e, à cinecoronariografia, que mostrou a coronária esquerda com origem anômala no tronco da artéria pulmonar,sendo irrigada pela coronária direita, que apresentava grande dilatação. Coronária direita grande, tortuosa e com vários ramos colaterais que enchiam, de maneira retrógrada, a coronária esquerda. O ventrículo esquerdo tinha boa função, com fração de ejeção de 62%. Em 2009, a paciente foi submetida à correção cirúrgica com sucesso e boa evolução, na qual a coronária esquerda foi implantada diretamente na parede lateral da aorta e o forame oval patente corrigido. Sete anos após a cirurgia, encontra-se assintomática, sem evidências de lesões isquêmicas ou cicatriciais no miocárdio do ventrículo esquerdo segundo cintilografia de perfusão miocárdica, e com hipocinesia apical leve da parede anterior do ventrículo esquerdo e função sistodiastólica normal pelo Ecodopplercardiogramatranstorácico. **Comentários:** Bland-White-Garland é uma patologia extremamente grave, sendo raro pacientes atingirem a idade adulta sem correção cirúrgica e com função cardíaca preservada. A rica circulação colateral entre as coronárias explicaria a longa sobrevida da paciente sem a cirurgia.

P-205

ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONARIANA EM PACIENTE COM SINDROME DE PROGERIA

CLARA SILVA FREITAS, ARTHUR CARVALHO DE MACEDO, GRAZIELA SEVERIANO DA COSTA, ANA HELENA SARAIVA MAIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE; HOSPITAL E MATERNIDADE PROMATER; PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS

Introdução: Síndrome de Hutchinson-Gilford (SHG) é uma doença genética autossômica dominante com incidência de 1:8 milhões de nascidos vivos. A mutação de ponto no gene LMNA determina um envelhecimento precoce do portador. Um dos achados mais marcantes, nesses pacientes, é a aterosclerose acelerada de artérias carótidas e coronárias. A aterosclerose de pequenos vasos, além da fibrose da camada adventícia e a deposição de progerina nas artérias coronárias contribuem para a instalação de um quadro de envelhecimento do sistema cardiovascular, sendo esta a principal causa de morte nesses pacientes (75% dos casos). **Relato:** Paciente, 11 anos, masculino, portador da SHG e insuficiência cardíaca (IC) classe III, deu entrada em Urgência Pediátrica com queixa de dor torácica associada a sudorese fria e palpitações. No atendimento inicial: realizados eletrocardiogramas (ECG) e enzimas cardíacas seriados. ECG admissional: taquicardia sinusal, sobrecarga de Ventrículo Esquerdo (VE) e alteração da repolarização ventricular anterolateral com presença de infra de ST. Elevação da mioglobina (93 ng/mL), CK-MB (67U/L) e troponina (1.94 ng/mL). Radiografia de tórax: aumento de área cardíaca às custas do VE. Angiotomografia de coronárias: Lesões coronarianas (ateroscleróticas) graves da artéria circunflexa, interventricular posterior e óstio da interventricular anterior.

P-206

SÍNDROME DE ALCAPA DESCOBERTA NA IDADE ADULTA

ISABELLA DE OLIVEIRA, DANIEL ALEJANDRO HUACO MORALES, LUIZ AUGUSTO GARCIA

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

Mulher, 32 anos, refere síncope, há 4 anos, permanecendo desacordada por alguns minutos, sem sequelas neurológicas. Paciente relata dispneia desde a infância, sem investigação. Evoluiu com dispneia aos pequenos esforços associada a dor retroesternal, de moderada intensidade, em aperto, com duração de 5 minutos, piora com esforço físico. Refere dispneia paroxística noturna, tosse seca, edema de membros inferiores. Nega HAS, DM e é tabagista 6 anos/maço. Presença de sopro sistólico discreto em foco mitral.
A radiografia de tórax apresentou-se normal. O eletrocardiograma apresentou ritmo sinusal, frequência de 100bpm, com eixo no quarto quadrante. Angiografia evidencia dilatação de artéria coronária direita (ACD), anastomoses entre ACD e ACE e quando o contraste é liberado na porção ascendente da aorta, apenas a ACD é evidenciada.
A angiotomografia coronariana mostrou presença de Síndrome de ALCAPA, com o tronco da coronária esquerda se originando a partir da artéria pulmonar, e dando origem as artérias descendente anterior e circunflexa, que encontram-se ectasiadas, mantendo o seu trajeto habitual, com fluxo preservado.
A Síndrome de ALCAPA (Anomalous Left Coronary Artery from the Pulmonary Artery) ou de Bland-White-Garland é uma anomalia congênita rara onde a artéria coronária esquerda tem origem na artéria pulmonar. Tal variação anatômica resulta em falência cardíaca e shunts entre as coronárias.
Para o diagnóstico da Síndrome de ALCAPA, deve-se levar em consideração a história clínica do paciente e abrir mão de exames complementares como ECG, radiografia de tórax, ecocardiograma, angiotomografia computadorizada e cateterismo cardíaco, sendo esse último fundamental.
Existem dois mecanismos de adaptação no caso origem anômala do da ACE: redução da demanda e desenvolvimento de circulação colateral da coronária direita.
O tratamento é cirúrgico, pode-se fazer o reimplante cirúrgico da ACE diretamente na aorta, ou ainda, ligadura da ACE no nível da sua origem na artéria pulmonar ou revascularização com enxerto venoso ou artéria torácica interna.

P-207

UM CASO DE COARCTAÇÃO DE AORTA NÃO ABORDADA QUE EVOLUIU PARA ATRESIA AÓRTICA ADQUIRIDA

BRUNA MARTINS PAIVA, FRANCISCA SIMOES PEREIRA, CRISTIANE NUNES MARTINS, BAYARD GONTIJO FILHO

BIOCOR INSTITUTO

A coarctação de aorta é um estreitamento congênito da aorta ao nível do seu istmo entre a origem da artéria subclávia esquerda e o canal arterial. Sua ocorrência foi descrita primariamente em 1760, por Morgagni e ocupa o sexto lugar entre as cardiopatias congênitas. O caso descrito trata-se de paciente sexo masculino, 16 anos, portador de cardiopatia congênita do tipo isomerismo atrial esquerdo associado a coarctação de aorta crítica a nível do istmo que evoluiu com atresia aórtica. O diagnóstico de Coactação de Aorta foi feito através de ecocardiograma, em 2007, durante investigação de cefaleia, hipertensão e câimbras em membros inferiores. Em 2011 este paciente foi encaminhado para o Hospital Biocor para realização de cateterismo, porém neste exame notou-se estreitamento da região coarctada e constatada evolução para atresia aórtica adquirida de istmo. Houve abandono do acompanhamento cardiológico por questões sociais, sendo este retomado em 2015, quando já apresentava HAS grave. Internado em caráter de urgência em nosso serviço e realizado cateterismo cardíaco que evidenciou atresia adquirida do istmo. Submetido em 25/06/15 a correção cirúrgica de atresia aórtica com bypass de aorta ascendente e aorta abdominal com prótese de Dacron de 16 mm. Em pós-operatório evoluiu sem intercorrências, fez uso de Nitroprussiato de Sódio para controle de pressão arterial, sendo posteriormente iniciado tratamento antihipertensivo com Atenolol e Captopril. Recebeu alta hospitalar em boas condições clínicas, mantendo níveis pressóricos adequados. Atualmente está em acompanhamento cardiológico regular no ambulatório de cardiopediatria do nosso serviço, mantendo níveis normais de pressão arterial, em uso de Captopril e Atenolol.

P-208

PERFIL DE DOADORES PARA TRANSPLANTE CARDÍACO EM CRIANÇAS E ADULTOS COM CARDIOPATIA CONGÊNITA: SITUAÇÃO ATUAL EM HOSPITAL TERCIÁRIO

VANESSA ALVES GUIMARÃES, ANA CRISTINA S. TANAKA, ANA MARIA THOMAZ, ADAILSON WAGNER DA SILVA SIQUEIRA, LEINA ZORZANELLI, CARLA TANAMATI, MARCELO BISCEGLI JATENE, ESTELA AZEKA

INSTITUTO DO CORAÇÃO - HCFMUSP

Introdução: O transplante cardíaco é uma alternativa segura e eficaz no tratamento da insuficiência cardíaca refratária. A fim de assegurar a integridade do órgão captado e reduzir riscos para o receptor, alguns critérios devem ser respeitados. **Objetivo:** Avaliar as características dos doadores aceitos para transplante cardíaco em crianças e adultos com cardiopatia congênita, bem como os critérios de recusa dos doadores inaptos. Métodos: Estudo epidemiológico retrospectivo descritivo, no qual foram avaliados, no período de outubro de 2014 a agosto de 2016, os registros dos potenciais doadores para transplante cardíaco quanto aos fatores antropométricos, clínicos e laboratoriais determinantes do aceite ou recusa do órgão. **Resultados:** Foram incluídos 225 doadores, com idade entre 6 meses e 59 anos, sendo 118 (52%) do gênero masculino. As principais causas de morte encefálica dos doadores foram: AVE hemorrágico em 86 (38%) dos casos, TCE em 76 (34%), encefalopatia pós PCR em 15 (7%), meningite bacteriana em 8 (4%) e acidente por arma de fogo em 8 (4%). Dentre os principais critérios de recusa dos órgãos estão: peso incompatível em 76 (34%) casos, alterações do ecocardiograma e/ou eletrocardiograma em 71 (32%) casos, sepsis em 40 (18%), hipertensão arterial sistêmica em 36 (16%), a não realização de ecocardiograma em 24 (11%) doadores, a ocorrência de PCR em 23 (10%), instabilidade hemodinâmica em 22 (10%) doadores, problemas relacionados à logística (distância entre as cidades, disponibilidade de aeronaves e condições climáticas para pouso e decolagem) em 16 (7%) ocasiões e em 8 (4%) casos devido a crossmatch positivo. Foram realizados 29 transplantes neste período, perfazendo uma taxa de aproveitamento de 13% dos órgãos ofertados. **Conclusão:** A maioria dos doadores foi do gênero masculino, evoluiu ao óbito por doenças do sistema nervoso central, de origem vascular ou traumática e os principais critérios de recusa dos órgãos foram desproporção anatômica, alterações da função cardíaca e sepsis, determinando redução na taxa de aproveitamento dos órgãos ofertados.

P-209

DILATAÇÃO NEOAORTA 13 ANOS APÓS CIRURGIA DE NORWOOD

MARINA PINHEIRO ROCHA FANTINI, FERNANDO ANTONIO FANTINI, ROBERTO MAX LOPES, MARIANA FERREIRA FERNANDES

BIOCOR INSTITUTO

I.K.C.L, 13 anos, portdora de DCC do tipo SHCE, submetida no período neonatal à cirurgia de Norwood-Blalock (PTFE 3,5mm) sob hipotermia profunda e parada circulatória total. Em 11/04/2003, aos 7 meses de vida, foi submetida à cirurgia de Glenn bidirecional que também transcorreu sem eventualidades maiores. Evoluiu com estenose moderada do ramo pulmonar esquerdo e, em Agosto/2005, foi implantado STENT nesta lesão. Paciente apresentou episódios de TV não sustentada em Setembro/2005, quando foi iniciado amiodarona, sem recorrência do quadro. Em Outubro/2006 foi submetida à cirurgia de Fontan (conduto extracardíaco, PTFE 18 mm, fenestrado), procedimento este, sem intercorrências. Em Junho/2016 apresentou episódios esporádicos de dor torácica, seguida de síncope e crise convulsiva. TCC não evidenciou qualquer alteração; Holter normal; AngioTC de torax evidenciou dilatação difusa da aorta ascendente e de sua raiz (com dilatação máxima de 4,9 cm) e compressão da coronária esquerda. Em 28/0/2016 foi submtida à cirugia de aneurismectomia da aorta ascendente, atoplstia com reconstrução do arco aórtico e troca valvar aórtica (interposição de conduto valvado mecânico n 25 com reimplante dos vasos cervicais). Procedimento longo, 294 min de CEC. Extubada no 1 DPO, fez uso de suporte inotrópico por 48 horas e recebeu alta do CTI no 3 DPO; não apresentou intercorrências maiores. Enquanto esteve internada não apresentou recorrência do quadro de dor torácica / síncope. Evolui de forma assintomática. Usa amiodarona e varfarin.

P-210

DIAGNÓSTICO DE ORIGEM ANÔMALA DE ARTÉRIA CORONÁRIA ESQUERDA DO TRONCO DA PULMONAR EM MENINA DE 11 ANOS OLIGOSSINTOMÁTICA

CARLA MOTTA DEL CARO, KARLA LOUREIRO LOSS, RAFAEL AON MOYSÉS, ARIANE BINOTI PACHECO

HOSPITAL ESTADUAL INFANTIL E MATERNIDADE DR ALZIR BERNARDINO

INTRODUÇÃO: A incidência de origem anômala de artéria coronária esquerda do tronco da pulmonar (OACE) é bastante rara (1 em 300.000 nascidos vivos), representando apenas 0,4% das cardiopatias congênitas. A apresentação clinica, em geral, ocorre com 2 meses de vida, mas pode aparecer na vida adulta com sintomas que variam desde intolerância ao exercício físico e cansaço aos grandes esforços até sinais de insuficiência mitral grave e arritmia. **Relato:** Menina de 11 anos procurou atendimento cardiológico para avaliação pré-operatória para correção de escoliose. Apresentava cansaço aos grandes esforços e dor torácica eventual. Exame físico com sopro cardíaco em foco aórtico acessório e foco mitral. Radiografia de tórax evidenciava discreto aumento de área cardíaca. O ecocardiograma com Doppler mostrou aumento de câmaras esquerdas, disfunção segmentar do ventrículo esquerdo (área da CE), insuficiência mitral moderada, e sugeria OACE. Realizou angiotomografia de vasos torácicos que confirmou o diagnóstico. Em seguida foi encaminhada para ressonância de coração que observou dilatação moderada do ventrículo esquerdo (IVDFVE = 117ml/m^2; IVSFVE = 64 ml/m^2), disfunção sistólica discreta, aneurisma anterior médio apical e área de infarto subendocárdico anterior com viabilidade preservada. O cateterismo cardíaco mostrou a ACE originando-se do TP e intenso roubo de fluxo da circulação coronariana. Submetida a cirurgia cardíaca, realizada dupla ligadura e clipagem do tronco da artéria coronária esquerda junto ao tronco pulmonar e anastomose da artéria mamaria esquerda na descendente anterior. Não teve intercorrências no pós-operatório e recebeu alta sexto dia após o procedimento. **Discussão:** A apresentação tardia, em adolescentes ou adultos, da OACE é bastante rara. Em geral, quando a manifestação clínica aparece nessa faixa etária, a circulação coronariana tem abundante rede de colaterais entre as artérias coronárias direita e esquerda, com foi o caso da nossa paciente. O tratamento de escolha é sempre cirúrgico e deve ser feito o mais rápido possível. A ressonância magnética é uma grande aliada na avaliação da função e viabilidade miocárdica. Quando a isquemia subendocárdica é extensa a correção cirúrgica deve ser realizada. O tratamento cirúrgico deve ser feito através do reimplante da ACE na aorta ou da realização de ponte venosa da aorta para a coronária esquerda ou da conexão da artéria mamária esquerda na ACE.

P-211

SÍNDROME DO CORAÇÃO ESQUERDO HIPOPLÁSICO ASSOCIADO À JANELA AORTOPULMONAR

BIANCA LACERDA DEMUNER, LUCILLA DO ESPRITO SANTO BRANDAO, ADRIANA MELLO RODRIGUES DOS SANTOS, ROBERTO MAX LOPES

BIOCOR INSTITUTO

Introdução: A síndrome do coração esquerdo hipoplásico consiste de malformações congênitas com hipodesenvolvimento das estruturas esquerdas. É a quarta cardiopatia mais frequente na idade neonatal, com incidência de 7% a 9%, e alta mortalidade, sendo 25% na primeira semana de vida. E se não tratado, 95% de óbito no primeiro ano de vida. A apresentação clínica depende do equilíbrio entre os fluxos sistêmico e pulmonar e, portanto das resistências pulmonares e sistêmicas, além das malformações cardíacas associadas. A janela aortopulmonar é uma anomalia rara, caracteriza-se por uma comunicação entre a artéria pulmonar e a aorta ascendente, seu impacto hemodinâmico dependente da extensão do defeito. O presente trabalho tem por objetivo relatar um caso de hipoplasia do coração esquerdo associado à janela aortopulmonar e interrupção do arco aórtico. **Descrição do caso:** Trata-se de uma criança, sexo feminino, nascida termo, de parto vaginal, com peso de nascimento adequado para a idade gestacional, encaminhada à unidade de terapia intensiva, devido ecocardiograma fetal com sinais de cardiopatia. O ecocardiograma pós natal confirmou a síndrome de hipoplasia do coração esquerdo (SHCE), com atresia das valvas aórtica e mitral e interrupção do arco aórtico e evidenciou a presença de janela aortopulmonar, a propedêutica foi complementada com angiotomografia de tórax e cateterismo cardíaco. Foi submetida a implante de stent em canal arterial, atriosseptostomia, e posterior cerclagem dos ramos pulmonares. Segue em acompanhamento regular no ambulatório, clinicamente estável, até nova abordagem cirúrgica. **Comentários:** A SHCE é uma cardiopatia cianogênica complexa, com apresentação clínica ao nascimento, sendo cerca de 40% diagnosticada até o segundo dia de vida. De tratamento desafiador, tem como opções, atualmente, a conduta cirúrgica, híbrida e o transplante cardíaco. Porém os resultados obtidos ainda são bastante heterogêneos, principalmente devido ao difícil manuseio no pós-operatório. A janela aortopulmonar, em cerca de 50% dos casos, está associada com outro defeito, dentre eles a interrupção do arco aórtico é frequentemente encontrado, mas não a SHCE. O tratamento cirúrgico da janela aortopulmonar é orientado a fim de evitar o desenvolvimento de doença vascular pulmonar, e tem seu prognóstico pior quando associada a anomalias como a interrupção do arco aórtico.

P-212

AVALIAÇÃO O PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA DE JATENE NO HOSPITAL ESTADUAL INFANTIL E MATERNIDADE DR ALZIR BERNARDINO ALVES

DANIELLE LOPES ROCHA, KARLA LOUREIRO LOSS, RAFAEL AON MOYSÉS, CARLA MOTTA DEL CARO, SÔNIA MARIA ALVES ANDRADE RABELLO, ROBERTO DE S. THIAGO PEREIRA, VINICIUS FRAGA MAURO, LUIZ RENATO DAROZ

HOSPITAL ESTADUAL INFANTIL E MATERNIDADE DR ALZIR BERNARDINO

Introdução: Transposição das grandes artérias (TGA) representa de 5-7% das cardiopatias congênitas. Desde a década de 70, quando Jatene desenvolveu a técnica de troca das grandes artérias com translocação dos óstios coronarianos, esse é o tratamento de escolha para os pacientes com TGA. **Objetivo:** Avaliar o perfil dos pacientes submetidos a cirurgia de Jatene, de janeiro de 2015 a junho de 2016 no Hospital Estadual Infantil e Maternidade Dr Alzir Bernardino Alves, de acordo com dados clínicos, achados intra operatórios, evolução pós-operatória, escore de Aristotle e mortalidade. **Resultados:** Dez pacientes apresentaram diagnóstico de TGA nesse período. A media de idade foi 11,1 dias de vida, a media de peso foi de 3,1 Kg, 3 pacientes eram do sexo feminino, 3 pacientes tinham anomalia de coronária, a artéria circunflexa saia da coronária direita, 5 pacientes apesentavam comunicação interventricular, sendo que 1 paciente apresentava coarctação de aorta associada e 1 apresentava situs inversus. O escore de Aristotle abrangente médio foi de 12,65. A técnica cirúrgica utilizada foi a habitual. A duração média do tempo de circulação extracorpórea foi de 165min. O tempo médio de ventilação mecânica invasiva foi de 6 dias. Três pacientes, apresentaram tempo de ventilação mecânica acima dessa média, todos esses tiveram tempo de CEC igual ou superior a 3 horas. Outra complicação foi insuficiência renal aguda dialítica (4 pacientes). Dos portadores de TGA com comunicação interventricular, 2 evoluíram com bloqueio atrioventricular total sendo necessário o implante de marcapasso definitivo. Não tivemos mortalidade precoce e nem durante o seguimento ambulatorial desses pacientes. **Discussão:** Nosso levantamento confirma que a cirurgia de Jatene pode ser feita com segurança em pacientes com transposição de grandes artérias como já foi demonstrado em outras séries publicadas. E a nossa sobrevida de 100% dos casos é muito gratificante sendo comparável aos grandes centros de excelência. **Conclusão:** A cirurgia de Jatene é o tratamento de escolha para os pacientes com transposição das grandes artérias. Importantes desafios ainda permanecem, não só em relação a técnica cirúrgica, mas também no que diz respeito ao acompanhamento a longo prazo. Assim, devemos manter o acompanhamento rigoroso desses pacientes para avaliar as complicações tardias dessa cirurgia.

P-213

O COMPONENTE DINÂMICO DA RESISTÊNCIA VASCULAR PULMONAR COMO ELEMENTO COMPLICADOR NO PÔS OPERATÓRIO DOS DEFEITOS SENTAIS CARDÍACOS

VIVIANE FABIANA DOS SANTOS, THAYSSA POLARY BRAGA, ANA MARIA THOMAZ, ANTONIO AUGUSTO BARBOSA LOPES

INSTITUTO DO CORAÇÃO

Introdução: O componente dinâmico da resistência vascular pulmonar(RVP) sempre foi admitido como um achado favorável à indicação cirúrgica em defeitos septais cardíacos com hipertensão pulmonar. Hoje se sabe que a ocorrência de vasodilatacão ou vasoconstrição pulmonar acentuada pode trazer dificuldades importantes no manejo pós operatório. **Relato do caso1:** Feminino,1ano e 1 mês; diagnóstico de janela aortopulmonar com comunicação interatrial e comunicação interventricular; congestão pulmonar discreta;déficit pondo-estatural presente;síndrome de Down ausente; SatO2: 88%; direção do fluxo pelas comunicações: bidirecional;cateterismo: IRVP(Uxm2): 5,6 -> 5,4(NO). **Relato do caso 2:** Masculino, 1 ano e 6 meses;diagnóstico:defeito do septo atrioventricular total; congestão pulmonar discreta, com déficit pondo-estaturas presente;SatO2:88%;direção do fluxo pelas comunicações: bidirecional; cateterismo: IRVP (Uxm2): 4,3 -> 2,5(NO). **Comentário:** No caso1, vasodilatação acentuada e não esperada diante da gravidade acarretou intensa congestão, quase edema pulmonar. No caso 2, caracterizou-se por crise vasoconstritiva pulmonar pós operatória próxima ao desfecho fatal. Situações como estas colocam sob nova perspectiva (gravidade) a condição dinâmica da circulação pulmonar, que já pode ser prevista antes mesmo da operação.

P-214

ASSISTÊNCIA VENTRICULAR EM CRIANÇA COM DISFUNÇÃO DE ENXERTO GRAVE

KLEBIA CASTELO BRANCO, VALDESTER CAVALCANTE PINTO JUNIOR, JOAO VICTOR CABRAL CORREIA FERRER, CANDICE TORRES DE MELO BEZERRA CAVALCANT

HOSPITAL DE MESSEJANADR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES

Introdução: o transplante cardíaco (TXC) é uma opção terapêutica bem estabelecida em crianças portadoras de cardiopatias congênitas ou cardiomiopatias refratárias ao tratamento clínico, com resultados satisfatórios. Entretanto, ainda existem diversas dificuldades no manejo destes pacientes que podem comprometer o resultado ao longo prazo, entre eles os processos de rejeição, agudos ou crônicos. As rejeições agudas mediadas por anticorpos (AMR), são geralmente mais graves, podendo levar a disfunção ventricular importante e perda do enxerto. Apesar dos avanços no tratamento das complicações após o transplante, o manejo da AMR persiste um desafio. **Descrição do caso:** paciente feminina, 7 anos, submetida ao TXC em julho de 2012, evoluindo com disfunção do enxerto no pós-operatório imediato. Colocada em oxigenação por membrana extracorpórea por 72 horas, com melhora da função ventricular, sem novas complicações. Admitida em fevereiro de 2016 com quadro de dor abdominal, vômitos, palidez, diurese reduzida e sinais de insuficiência cardíaca congestiva descompensada, evoluindo com choque cardiogênico. Ecocardiograma (ECO) mostrou DBV importante, sendo levantado hipótese diagnostica de AMR, não podendo ser confirmada por biopsia endomiocárdica por problemas técnicos. Optado por tratar como rejeição grave , baseado no quadro clinico e pela estória de suspensão da imunossupressão na semana anterior. Iniciado terapia imunossupressora com pulsoterapia, soro anti-timócito, imunoglobulina humana e rituximabe, associados a plasmaférese e hemodiálise por insuficiência renal aguda (IRA), não foram utilizados inibidores da calcineurina pela presença de IRA e suporte inotrópico e vasopressor, porém sem controle do quadro de choque, sendo então implantado dispositivo de assistência biventricular (Bi-VAD; Centrimag®). Apresentou melhora progressiva da função cardíaca e foi retirada de assistência circulatória após 11 dias, com ECO evidenciando disfunção leve biventricular. Criança mantem-se com boa função do enxerto até o momento. **Comentários:** a assistência circulatória mostrou-se uma opção terapêutica viável para casos de rejeição mediada por anticorpos em crianças refratárias ao tratamento clínico, permitindo recuperação da função ventricular e estabilização clínica do paciente.

P-215

ANOMALIA DE EBSTEIN - RELATO DE CASO

ALESSANDRO GONCALVES DA SILVA, BIANCA FARIA OLIVEIRA, ALINE DUMONT BRAGA, MIRELLA TABOSA PRATES

UNIVERSIDADE DE CUIABÁ; HOSPITAL GERAL UNIVERSITARIO

Introdução: Anomalia de Ebstein é uma cardiopatia congênita rara, caracterizada por deslocamento apical do folheto da valva tricúspide resultando em atrialização do ventrículo direito, sem predomínio de sexo, com elevada mortalidade no período neonatal. Encontra-se associada à gemelaridade, histórico familiar positivo para cardiopatia congênita e exposição intraútero à benzodiazepínicos. Clinicamente, apresenta-se com arritmias, cardiomegalia e insuficiência ventricular direita, sendo que os sintomas variam em intensidade, dependendo da gravidade, da variação anatômica e o grau do shunt direita-esquerda. Algumas das indicações cirúrgicas são: pacientes sintomáticos, índice cardiotorácico (ICT) maior ou igual a 0,65 e arritmias. O ecocardiograma (ECO) confirma o diagnóstico. **Descrição do caso:** Recém-nascido pré-termo tardio, de 35 semanas e 6 dias por ultrassonografia gestacional precoce, com peso de nascimento de 3.480 grama, sendo Grande para a Idade Gestacional, sexo feminino, nascido de parto cesárea indicado por eminência de eclâmpsia materna, com apgar de 7 e 8 no primeiro e quinto minuto de vida. Apresentou Distress respiratório cuja investigação excluiu processo infeccioso. Ao segundo dia de vida detectou-se sopro cardíaco de intensidade 2+/6+, em foco aórtico acessório, tendo ao nascimento isoenzima MB da creatina quinase (CKMB) de 138U/L, ICT de 0,63 e gasometria normal evoluindo nas primeiras 48 horas para ar ambiente. Ao ECO foi evidenciado válvula tricúspede com baixa inserção de seus folhetos septal e posterior, com atrialização de ventrículo direito e insuficiência leve a moderada da valva, com gradiente máximo de refluxo de 35,5 mmgh. Septo atrial com aneurisma, sem shunt evidente. Sem outras alterações estruturais. Criança permaneceu assintomática, no 9º dia de vida o valor da CKMB reduziu para 30 U/L, sem medicação para insuficiência cardíaca congestiva (ICC). **Comentários:** No presente relato, a anomalia de Ebstein detectada na investigação de Distress respiratório neonatal esteve associada à doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) sem outros fatores de risco prévios. Pela elevada morbimortalidade, faz-se necessário medidas educativas familiares quando a identificação precoce de sinais de alerta para ICC, e aderência ao segmento ambulatorial cardiopediátrico, com vistas a manejo clínico adequado, e indicação cirúrgica oportuna.

P-216

HEMATOMA SUBDURAL EXTENSO PÓS TRAUMA EM CRIANÇA ANTICOAGULADA POR PRÓTESE METÁLICA

LIVIA HONORATO COSTA FIRME, CLAUDIA IRENE GUERRA, LILIAN STEWART D´IMPÉRIO TEIXEIRA, MARIA EULALIA THEBIT PFEIFFER

INSTITUTO ESTADUAL DE CARDIOLOGIA ALOYSIO DE CASTRO

O uso de anticoagulantes na Pediatria é um enorme fator de risco para complicações, haja vista a possibilidade de traumas durante atividades recreativas, esportivas, ou mesmo habituais da rotina infantil, além das dificuldades no manuseio e controle do INR. E.H.S.D., feminino, 13 anos, residente em São João de Meriti – RJ. Portadora de insuficiência mitral (IM) congênita em acompanhamento ambulatorial, apresentou quadro de pneumonia com derrame pleural, sendo internada e indicado troca valvar mitral após recuperação. Evoluiu com descompensação cardíaca, sendo reinternada no CTI de nossa instituição. Ao exame, apresentava taquipneia e taquicardia, sopro sistólico 4+/6+ em foco mitral, estertores em bases pulmonares, hepatomegalia e membros edemaciados. Apresentou alteração de todas as provas inflamatórias, sendo cogitada a hipótese diagnóstica de Cardite Reumática. Observados cardiomegalia na radiografia de tórax, sobrecarga esquerda ao eletrocardiograma e IM grave com características reumáticas ao ecocardiograma. Foi então submetida à corticoterapia e pulsoterapia; evoluiu com trombose venosa axilar, jugular e basílica e trombo filamentar em valva tricúspide, sendo submetida à heparinização e, posteriormente, encaminhada à cirurgia de troca valvar mitral metálica e retirada do trombo tricuspídeo, com ótimo resultado. Introduzida a anticoagulação oral na enfermaria, quando apresentou convulsões após trauma craniano causado por queda, levando à extensa hemorragia subdural, sendo necessário cirurgia. Após procedimento, foi questionada a conduta anticoagulante face a manutenção da hemorragia sob uso de heparina. Atualmente bem, em uso de varfarina. Uma das piores complicações do uso de anticoagulante em qualquer faixa etária é a hemorragia intracraniana, por causa traumática ou espontânea, devido à alta morbimortalidade, sendo a intensidade da anticoagulação o maior preditor de sangramento. É importante atentar-se aos sinais e sintomas neurológicos, como tonteira, cefaleia, convulsões, dormências e fraqueza muscular, principalmente nas crianças menores, para que se possa intervir precocemente e avaliar com cautela o manejo da anticoagulação exigida pela prótese metálica nesses pacientes.

P-217

IMPORTÂNCIA DAS ALTERAÇÕES HEMATOLÓGICAS NA AVALIAÇÃO PROGNÓSTICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CARDIOMIOPATIA DILATADA

CAMILLA ANDRADE LIMA, VANESSA TAVARES DE OLIVEIRA REZENDE, GUILHERME GOMES DUARTE, THYARA JAQUELINE LEITE, ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA, ZILDA MARIA ALVES MEIRA, HENRIQUE DE ASSIS FONSECA TONELLI, FÁTIMA DERLENE ROCHA ARAÚJO

HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFMG; DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG

Introdução: A cardiomiopatia dilatada (CMD) é o tipo mais comum de cardiomiopatia na infância e frequentemente cursa com insuficiência cardíaca (IC). As relações neutrófilo-linfócito (RNL) e plaqueta-linfócito (RPL) estão sendo consideradas como novos biomarcadores inflamatórios e usadas no estadiamento prognóstico de várias doenças crônicas como na IC de diversas etiologias. A inflamação crônica é comum nesses pacientes. A linfopenia é comum em condições de estresse, como a IC, devido à ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal que estimula a secreção de cortisol. Este, em níveis elevados, é capaz de reduzir a concentração relativa de linfócitos. **Objetivos:** Avaliar dados hematológicos e as relações RNL e RPL de pacientes com CMD, e correlacioná-las com evolução para óbito ou transplante cardíaco. **Métodos:** Estudo observacional, longitudinal, realizado entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2015, incluindo pacientes de 0 a 18 anos com diagnostico de CMD. Foram analisados dados hematológicos (dosagem de hemoglobina, leucócitos totais, neutrófilos, linfócitos e plaquetas) coletados após estabilização clinica e terapêutica otimizada. Os pacientes foram alocados em dois grupos de acordo com evolução: grupo 1– classe funcional I-II (NYHA); grupo 2 – classe funcional III-IV (NYHA), óbito ou transplante cardíaco.Foram analisadas as médias dos dados hematológicos e das relações RNL e RPL por meio do teste de ANOVA com nível de significância < 0,05. Foram construídas curvas de sobrevida Kaplan Meier tendo como base os valores de corte da RNL de 3,0 em relação a evolução e comparadas pelo teste de Log Rank. **Resultados:** Foram acompanhados 57 pacientes, 60% feminino, com idade variando de 1 mês a 16,7 anos (media de 48 meses). O tempo de acompanhamento foi de 6 meses a 17,4 anos (média de 64 meses). As medias de hemoglobina, leucócito total, linfócitos, plaquetas e RPL foram semelhantes nos dois grupos. A média da dosagem de neutrófilos foi maior no grupo 2 do que no grupo 1 (7026 versus 3903) com significância estatística (p = 0,011), assim como a média da RNL (5,5 versus 1,9) com significância estatística (p = 0,034). As curvas de Kaplan Meier mostraram maior sobrevida nos pacientes com RNL menor que 3,0 (p = 0,015). **Conclusão:** Os dados hematológicos mostraram boa correlação da RNL com prognóstico da CMD no grupo de crianças e adolescentes. Recomenda-se valorizar esta relação no acompanhamento evolutivo destes pacientes.

P-218

ARRITMIA VENTRICULAR DE DIFÍCIL CONTROLE EM PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE VENTRICULOSSEPTOPLASTIA: RELATO DE CASO

VIVIANE CARRETA MONTEIRO, DANIELLE LILIA DANTAS DE LIMA, CAMILA CAETANO CARDOSO, CARLOS HENRIQUE DE MARCHI

HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE/FAMERP

Introdução: As arritmias supraventriculares são as mais prevalentes nas crianças. Nas submetidas a cirurgias cardíacas, a presença de patch e/ou cicatriz funciona como substrato arritmogênico para o desenvolvimento de arritmias mais graves como taquicardia ventricular. Lesões residuais e disfunção pioram o prognóstico. **Descrição do caso:** Masculino, 11 anos, 29 kg, antecedente de ventriculosseptoplastia e comissurotomia valvar pulmonar há 10 anos, apresentou precordialgia atípica. ECG no PS:taquicardia de QRS largo, FC 150 bpm, discretamente irregular, com padrão sustentado. Transferido para nosso serviço mantendo taquicardia sustentada, Fc 150, clinicamente bem tolerada. Iniciada infusão de amiodarona endovenosa, com resposta inadequada, mantendo curtos periodos de ritmo sinusal. Substituída medicação por verapamil, pela suspeita de origem fascicular, mantendo ritmo ventricular de caráter incessante. Exames complementares: ECG: bloqueio de ramo direito. Ecocardiograma: discreta dilatação ventricular esquerda com função contrátil limítrofe. RM cardíaca: cavidades cardíacas de tamanho normal, função sistólica global biventricular preservadas Imagem sugestiva de "patch" no septo interventricular. Holter: taquicardia ventricular incessante. Indicado estudo eletrofisiológico (EEF), com ausência de ectopias durante procedimento, mesmo após tentativas de indução, sendo impossível terapêutica adequada. Recebeu alta em uso de metoprolol, porém com retornos frequentes à emergência pela queixa de precordialgia. Em todas as ocasiões, ECG com bloqueio de ramo direito e ectopias ventriculares isoladas. Substituída medicação por sotalol, porém paciente apresentou síncope mal caracterizada, sendo reinternado. Teste ergométrico: resposta de FC deprimida, ectopias ventriculares monomórficas isoladas e frequentes no início do exercício com uma pareada, foram atenuadas no pico do esforço sendo pouco frequentes na recuperação. Holter com extrassístoles ventriculares monomórficas isoladas e 7 taquicardias ventriculares de 3 batimentos. Optado pelo uso de amiodarona. **Comentário:** O manejo clínico das arritmias nas crianças submetidas a cirurgia cardíaca pode ser difícil, pela resposta variável a medicações, dificuldades na realização do EEF e particularidades de cada cardiopatia. A terapia com b-bloqueadores visa primordialmente agir na situação deflagradora evitando os episódios malignos, porém existem casos de difícil controle em que o manejo usual nem sempre se mostra suficiente.

P-219

HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR ASSOCIADA À CARDIOPATIA CONGÊNITA: TROMBOSE NA CIRCULAÇÃO PULMONAR COMO COMPLICAÇÃO POSSÍVEL NA FAIXA ETÁRIA PEDIÁTRICA? ALERTA DIAGNÓSTICO

THAYSSA POLARY BRAGA, VIVIANE FABIANA DOS SANTOS, ANA MARIA THOMAZ, ANTONIO AUGUSTO BARBOSA LOPES

INSTITUTO DO CORAÇÃO HC-FMUSP

Introdução: A síndrome de Eisenmenger é definida como hipertensão arterial pulmonar (HAP) acentuada, associada à cardiopatias congênitas. Pacientes portadores dessa condição apresentam modificações que predispõem a ocorrência de trombose in situ em pequenos e grandes vasos pulmonares. A trombose arterial pulmonar tem diagnóstico difícil, uma vez que a clínica é inespecífica e todos os testes tem limitações práticas. A angiotomografia de artérias pulmonares apresenta excelentes resultados na detecção de trombos nas artérias pulmonares e em seus ramos lobares e segmentares, contudo, sensibilidade reduzida em relação a trombos mais periféricos. **Descrição do caso:** Paciente de 10 anos, com diagnostico prévio de HAP em consequência de comunicação interventricular (CIV) diagnosticada aos 5 anos de idade, acompanhado neste serviço, com entrada no pronto socorro com queixa de dor torácica em pontada/aperto. Negava quaisquer outras queixas, uso de medicações habituais e episódios semelhantes anteriormente. Ao exame físico, apresentava-se dispneico e com saturação em ar ambiente menor em relação à medidas anteriores. Foi submetido à investigação com exames laboratoriais e angiotomografia de tórax. Apresentava níveis séricos do D-dímero aumentados, apesar da não evidência de lesões obstrutivas ao exame de imagem. Dados a apresentação clínica e D-dímero em níveis elevados, optou-se então em trata-lo para tromboembolismo pulmonar, tendo o paciente apresentado melhora clínica e laboratorial com o tratamento com heparina de baixo peso molecular. **Comentarios:** Dados presentes na literatura, assim como observações nesta Instituição, mostram prevalência de trombose arterial pulmonar de cerca de 30% nos pacientes adultos. A suspeita ocorre a partir de informações clínicas e Dimero-D plasmático elevado, sendo confirmada mediante tomografia helicoidal. Em geral são pacientes adultos (>30 anos). Admite-se, entretanto, que antes do aparecimento das lesões oclusivas em grandes artérias pulmonares, pequenos vasos mais periféricos já sejam sítio de trombose in situ. O presente relato ressalta essa possibilidade, em paciente jovem, trazendo a tona a discussão a respeito dos riscos e benefícios da anticoagulação crônica na síndrome de Eisenmenger, e sobretudo quanto a idade em que a intervenção terapêutica (profilática?) deveria ser iniciada.

P-220

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO SECUNDÁRIO AO USO DE ADRENALINA INALATÓRIO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

RICARDO BASSANI, CAMILA VAZ DE OLIVEIRA NEIVA, ADALBERTO STAPE, GUSTAVO FORONDA

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN

Introdução: A laringite aguda pós-intubação (LPI) é patologia frequente em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), agravando as condições clínicas de pacientes críticos. O uso da adrenalina inalatória (AI) vem sendo utilizada como terapêutica para LPI. Apesar dos benefícios do uso de AI, como inibição do processo inflamatório, redução de secreção e edema da mucosa, possui efeitos colaterais. Taquicardia, hipertensão, arritmias, palidez e raramente eventos isquêmicos, como infarto agudo do miocárdio (IAM), são observados. **Relato de Caso:** Paciente 2a3m, masculino, com sequela neurológica por meningite prévia. Internado UTIP devido choque séptico. Após resolução quadro séptico, sem drogas vasoativas, encontrava-se em Ventilação Pulmonar Mecânica (VPM). Realizado teste de prontidão com TUBO T, sendo extubado. Evoluiu com desconforto respiratório, com estridor laríngeo, recebendo AI (5mg) e corticóide (dexametasona 0,6 mg/kg). Iniciou quadro agitação psicomotora, hipertonia de membros associado a taquicardia importante. Administrada morfina (0,1 mg/kg) com melhora clínica, além de midazolam (0,1 mg/kg) por suspeita de crise convulsiva, não confirmada em eletroencefalograma. Evidenciado alteração da ausculta cardíaca, com presença de sopro de regurgitação em foco mitral. Realizado estudo eletrocardiográfico, que demonstrou supra-desnivelamento de segmento ST (V4 – V6). Optado pela coleta de exames laboratoriais, com enzimas cardíacas elevadas, sugerindo quadro de IAM. Controle ecocardiográfico evidenciou valvas cardíacas normais e presença de refluxo mitral moderado, sem fibrose e retração do aparelho subvalvar, não sendo possível definir o mecanismo da insuficiência mitral. Realizada Angiotomografia para complementação diagnóstica, com suspeita de anomalia de coronárias, que não foi confirmada. **Comentários:** Confirmado diagnóstico de IAM secundário ao uso de AI. O uso de AI como tratamento ajuvante para reduzir falhas de extubação secundário a laringite aguda é considerado seguro em pediatria, porém existem efeitos adversos que podem cursar com aumento da morbidade. Sendo assim devemos conhecer os possíveis efeitos colaterais, para que, uma vez instalados, possam ser prontamente tratados.

P-221

TRATAMENTO PERCUTÂNEO DE LESÕES RESIDUAIS E COMPLICAÇÕES EM PACIENTES SUBMETIDOS A ANASTOMOSE DE GLENN

JULIANA RODRIGUES NEVES, BARBARA FAEIRSTEIN, FERNANDO RIBEIRO DE MORAES NETO, EUCLIDES MARTINS TENÓRIO, WYNDIRA MARHALLE SIMIAO NUNES VENANCIO, FABRICIO LEITE PEREIRA, TEREZA ARREAS DE ALENCAR PINHEIRO, CLEUSA CAVALCANTI LAPA SANTOS

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FENANDO FIGUEIRA

Introdução: A introdução da cirurgia de anastomose de Glenn bidirecional é vista como um importante passo para o preparo de pacientes com cardiopatias complexas não passíveis de reparo biventricular para a fisiologia de Fontan. Porém, é conhecido o desenvolvimento de estenoses em anastomose ou em ramos de artérias pulmonares ou outros fatores complicadores (colaterais sistêmico-pulmonares e fístulas veno-venosas). O presente estudo relata a experiência de um centro terciário no manuseio de complicações da cirurgia de Glenn. **Método:** Entre Setembro/2003 e Setembro/2016, 42 pacientes foram submetidos a cirurgia de Glenn no serviço, destes 26 (62%) realizaram cateterismo cardíaco após a cirurgia. Os pacientes foram divididos em 3 grupos, de acordo com o tempo de pós-operatório: imediato (grupo 1) – até 10 dias após a cirurgia (10 pacientes), ainda no internamento cirúrgico, tardio (grupo 2) – após a alta hospitalar (16 pacientes) e sem avaliação pós-Glenn até o momento (28 pacientes). **Resultados:** A média de idade e desvios-padrão dos pacientes no momento da cirurgia foi de 3,56 (3,60), 2,36 (1,82) e 3,86 (3,07) anos nos grupos 1, 2 e 3, respectivamente. Os pacientes do grupo 1 eram estatisticamente mais velhos se comparados ao grupo 2 (p = 0,016) e não houve diferença em relação ao grupo 3 (p = 0,42). No grupo 1, o tempo médio entre a cirurgia e a intervenção percutânea foi de 8,2 dias. A principal indicação do cateterismo foi síndrome de veia cava superior por obstrução da anastomose (80%) e em um deles não foi realizado angioplastia da anastomose. As angioplastias foram realizadas com implante de stent na anastomose. A única complicação relacionada foi migração de um stent com invasão da artéria pulmonar direita, mantendo-se o fluxo pela malha do stent. Os pacientes evoluíram com melhora clínica após a intervenção. No grupo 2, o tempo médio entre procedimentos foi de 4,22 anos e foi necessário intervenção percutânea em 43,75%, sendo a principal delas realizada a angioplastia de anastomose de Glenn (18,75%). Não houve diferença estatística entre os Índices de Nakata dos grupos 1 e 2 (média 324 vs 298 mm2/m2 p = 0,24). **Conclusão:** Cateterismo intervencionista é importante na avaliação dos pacientes pós-cirurgia de Glenn, tanto no pós-operatório imediato quando há má evolução clínica como no pós-operatório tardio para avaliação pré-operatória para a anastomose de Fontan e tratamento de possíveis fatores complicadores a esta abordagem para corações univentriculares.

P-222

ESTENOSE VALVAR AÓRTICA CRÍTICA: RESULTADOS DE VALVOPLASTIA PERCUTÂNEA EM 17 ANOS DE EXPERIÊNCIA

GIOLANA MASCARENHAS DA CUNHA, LEO AGOSTINHO SOLAREWICZ, NELSON ITIRO MIYAGUE, JOSIANE MAGDA CAMAROTTO D AGOSTINI

HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE

Introdução: Estenose valvar aórtica (EVAo) congênita é o estreitamento do plano valvar que obstrui na via de saída do ventrículo esquerdo e causa insuficiência cardíaca no neonato e lactente. A valvoplastia aórtica por balão (VAB) alivia a estenose e é considerada o tratamento de escolha para EVAo na maioria dos centros de cardiologia pediátrica pelo mundo. **Objetivo:** Descrever uma série de casos de pacientes submetidos à VAB realizada em um hospital terciário de 1997 a 2014 e identificar os fatores de risco para óbito e a necessidade de reintervenção. **Método:** estudo retrospectivo, de uma série de casos de neonatos submetidos ao tratamento percutâneo da estenose valvar aórtica crítica ou severa. Foram analisados prontuários, laudos de ecocardiografia, laudos e filmes do cateterismo cardíaco, e levantados dados referentes ao período de internação e da evolução após a alta. **Resultados:** Em 17 anos de experiência, foram elegíveis para o estudo 38 neonatos submetidos à valvoplastia aórtica percutânea, com média de idade de 9,95 dias (DP +- 0,63; 0-28 dias); apresentavam sinais de insuficiência cardíaca e uso ventilação mecânica 50% deles. A redução do gradiente sistólico foi de 69,44% (p < 0,001). Houve correlação entre ecocardiografia inicial e o gradiente pico-a-pico de 0,60 (p < 0,001). A mortalidade imediata foi 23,86% e identificados como fatores de risco a insuficiência renal (p = 0,013) e a reintervenção precoce (p = 0,022). Observamos que a sobrevida e a probabilidade livre de reintervenção em 10 anos foram ambas em torno de 65%. Conclusão: A VAB é um procedimento seguro e de escolha na EVAo congênita crítica no Hospital Pequeno Príncipe; o risco de óbito não está relacionado ao procedimento, mas provavelmente à disfunção ventricular nessa faixa etária. A necessidade de reintervenção é comum devido à re-estenose ou insuficiência da valva.

P-223

AVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL PULMONAR EM PACIENTES COM SÍNDROME DE DOWN E DEFEITO DO SEPTO ATRIOVENTRICULAR TOTAL ATRAVÉS DE ESTUDO HEMODINÂMICO

LUCAS OLIVEIRA ROCHA, NELSON ITIRO MIYAGUE, LEO AGOSTINHO SOLAREWICZ, BRUNO HIDEO SAIKI, SARAH CASCAES ALVES

HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE

Introdução: O defeito do septo atrioventricular total (DSAVT) é a cardiopatia congênita mais comum em pacientes com síndrome de Down (SD), os quais tendem a progredir mais rapidamente para hipertensão arterial pulmonar. O estudo hemodinâmico é um exame mais acurado para avaliação da pressão arterial pulmonar (PAP) do que o ecocardiograma, além de melhor quantificar o shunt esquerdo-direito e a reversibilidade da resistência arterial pulmonar ao teste de hiperóxia. **Objetivo:** Este estudo foi realizado para avaliar o comportamento da PAP em pacientes com SD e DSAVT. **Métodos:** Estudo retrospectivo de análise de laudos de cateterismo em pacientes com SD e DSAVT submetidos ao estudo hemodinâmico no período e janeiro de 2000 a dezembro de 2015. Foram excluídos os exames de pacientes com associação com estenose pulmonar e tetralogia de Fallot, desbalanceamento ventricular ou outras cardiopatias congênitas, exceto persistência do canal arterial. Foram avaliadas as manometrias e as oximetrias realizadas com o paciente sedado e em uso de oxigênio a 100%. Foram divididos em dois grupos, Grupo I menor ou igual a 6 meses e Grupo II maior que 6 meses. Compararam-se as variáveis entre os dois grupos e entre o exame com e sem oxigênio. **Resultados:** Foram analisados 135 exames de pacientes com idade mediana de 6,5 meses (1,8 a 110,5 m), sendo 79 (58,5%) do sexo masculino. Dividiu-se em dois grupos: Grupo I, composto de 58 exames de pacientes com idade mediana de 4,3 meses (1,8 a 5,9), e o grupo II, 76 exames com idade mediana de 8,7 meses (6,1 a 110,5). A medidas pressóricas do capilar pulmonar (PC), pressão média da artéria pulmonar (PMAP), pressão diastólica da artéria pulmonar (PDAP), gradiente pulmonar (GdP) estavam significativamente maiores em ar ambiente nos pacientes do grupo II, assim como pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP), PMAP, PDAP e GdP em uso de oxigênio a 100%. O uso de oxigênio diminui significativamente PMAP, GdP , relação da pressão sistólica do ventrículo direito em relação ao ventrículo esquerdo (VDs/VEs) e aumentou a PC nos dois grupos. No entanto, o gradiente pulmonar aproximou-se mais da normalidade no grupo I (10,7 ± 4,5 mmHg para 4,4 ± 3,9 mmhg) que no grupo II (14,4 ± 9,0 para 9,3 ± 8,1 mmHg). **Conclusão:** A hipertensão pulmonar é constante em qualquer idade nos pacientes com SD e DSAVT. Em pacientes abaixo de 6 meses, a reatividade da arteríola pulmonar é maior.

P-224

TÚNEL AORTA VENTRICULO ESQUERDO: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CIRÚRGICO

BRUNO HIDEO SAIKI, ISABELA MARTELETO HERMONT, SARAH CASCAES ALVES, LUCAS OLIVEIRA ROCHA

HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE

Introdução: O túnel aortoventricular é uma entidade congênita rara, com incidência de 0,1% em relação a todas as cardiopatias congênitas. É definida como um túnel que conecta a aorta ascendente pela junção sinotubular para cavidade ventricular. Em alguns casos, o túnel pode terminar em ventriculo direito, porém é mais comum a comunicação com o esquerdo. A etiologia é incerta, no entanto a gênese dessa anomalia está associada a lesões valvulares e de artérias coronárias no desenvolvimento anatômico. O ecocardiograma é a principal ferramenta diagnóstica e o cateterismo cardíaco é indicado nos casos de dúvida em relação as coronárias. **Descrição do caso:** N.F.S., masculino, nascido à termo com 3630 g. Auscultado sopro cardiaco na maternidade. Recebeu alta hospitalar com 48 horas de vida e encaminhado para realização de ecocardiograma. Devido a dúvida diagnóstica em ecocardiograma na cidade de origem, foi encaminhado para internação. Ao exame físico, apresentava cansaço às mamadas, taquipneia moderada, ictus à direita, frêmito palpável em borda esternal direita média, sopro diastólico em borda esternal diretia média irradiado para todo hemitórax. Radiografia de tórax apresentando cardiomegalia e dextrocardia. Ecocardiograma com: dextrocardia; ventrículo direito hipoplásico e à direita, com infundíbulo longo; ventriculo esquerdo dominante e à esquerda, com miocárdio não compactado importante; insuficiência aórtica importante e estenose moderada; valva aórtica com mobilidade reduzida; aorta ascendente aneurismática e evidenciando túnel comunicando aorta ao ventrículo esquerdo. Em cirurgia, ligado canal arterial, realizada aortotomia com reparo dos bordas da aorta. Observado túnel aorta-ventrículo esquerdo, o qual foi fechado com remendo de pericardio bovino e sutura contínua. Observado óstio único de coronária no intra-operatório. No seguimento pós-operatório, apresentou insuficiência aórtica moderada. **Comentários:** A correção cirúrgica para o túnel aorta-ventrículo esquerdo é sempre indicada e realizado através fechamento do túnel com remendo de pericárdio bovino. O acompanhamento a longo prazo é de extrema importância e revela como principal complicação a insuficiência valvar aórtica, algumas vezes com necessidade de reabordagem.

P-225

INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES PULMONARES EM CIRURGIAS CARDIOPEDIATRICAS

JESSYCA LANE FAUSTO LIRA, LARISSA DE HOLANDA LESSA, GLAUBER SCHETTINO, MICHELLE SANTA RITA PALMEIRA, ANA CAROLINA DO NASCIMENTO CALLES, RICARDO CESAR CAVALCANTI, JOSE WANDERLEY NETO, ADRIANA SANTOS CUNHA CALADO

HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS; CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES

Introdução: As cardiopatias congênitas são as principais causas de morte em recém-nascidos e afetam 5 a cada 1000 nascidos vivos no Brasil. As crianças que possuem cardiopatias normalmente apresentam alterações da mecânica ventilatória, que juntamente com o tipo de cirurgia e o tempo de circulação extracorpórea, aumentam a predisposição para complicações pulmonares. **Objetivo:** Avaliar a incidência de complicações pulmonares em crianças submetidas à cirúrgica cardíaca. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo retrospectivo descritivo, feito através da analise dos prontuários de crianças que passaram por cirurgia cardíaca em um hospital de Maceió, sendo essas, separadas de acordo com a idade. Foi realizada média e desvio padrão da idade, tempo de circulação extracorpórea (CEC) e tempo de internação e frequência e porcentagem do diagnostico, sexo e das complicações. **Resultados:** Foram avaliadas 13 prontuários com pacientes com idade ≤ 72 meses, com idade média de 56,3 ± 15,78 meses, tempo de CEC 32,69 ± 23,68 minutos e com tempo de internação de 5,92 ± 0,95 dias, ainda, observou que 46% apresentaram infiltrados na imagem radiológica, 15% tiveram pneumotórax, 8% apresentaram congestão pulmonar e 31% não tiveram complicações. E 10 prontuarios de pacientes com idade > 72 meses, com média de idade de 141,6 ± 32,39 meses, tempo de CEC de 33 ± 24,4 minutos, e com tempo de internação de 8,2 ± 3,52 dias, ainda, observou que 30% apresentaram infiltrados, 20% atelectasias e derrame pleural, 10% congestão pulmonar e 40% não apresentaram complicações. **Conclusão:** De acordo com os resultados obtidos, foi observado que as complicações mais comuns são: a presença de infiltrados radiológicos e pneumotórax. Ainda, notou-se que a maioria dos pacientes não apresentaram complicações.

P-226

USO DE ECMO NA CRIANÇA CARDIOPATA EM CENTRO DE REFERÊNCIA

WAGNER SANTOS KNOBLAUCH, MELLYSSA MATOS DE CASTRO LIMA, TATHIANE AQUARONI DAVOGLIO, ANA LUIZA PAULISTA GUERRA, LILY EMILIA MONTALVAN RABANAL, OMAR POZO IBAÑES, PAULO CHACCUR, GLAUCIO FURLANETTO

INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

Introdução: O uso de oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) para suporte circulatório cardiopulmonar é cada vez mais frequente e importante nas unidades de terapia intensiva de cardiologia pediátrica, especialmente no pós-operatório imediato de cardiopatias congênitas. **Objetivo:** Descrever os resultados e avanços no uso de ECMO em uma instituição de referência para crianças cardiopatas. **Métodos:** Análise retrospectiva de diagnóstico, indicação, duração, desmame, complicações e sobrevida dos pacientes pediátricos submetidos à ECMO, desde a sua implantação no serviço. **Resultados:** Ao todo, 27 pacientes foram submetidos à ECMO no período de janeiro de 2013 a julho de 2016, com idade entre 18 dias de vida e 14 anos e peso entre 2,8Kg a 56Kg, a maioria do sexo masculino (66,6%) e proveniente do Estado de São Paulo (92,6%). Os principais diagnósticos encontrados foram: Transposição das Grandes Artérias (14,8%), Tetralogia de Fallot (14,8%), Coarctação da Aorta (11,1%) e Miocardiopatias (11,1%). A falência ventricular esquerda e/ou direita pós-cardiotomia foi a indicação mais frequente de ECMO (59,2%), seguida de falência ventricular a partir do 1° dia de pós-operatório (22,2%), ponte para transplante cardíaco (11,1%) e falência pulmonar (7,4%). A duração da ECMO variou de 1 hora a 34 dias. Todas foram do tipo venoarteriais e na maioria (77,7%) utilizou-se a canulação usual em átrio direito e aorta ascedente. As maiores complicações observadas foram politransfusão (100%), plaquetopenia (100%), injúria renal aguda dialítica (85,1%), sangramento com revisão da hemostasia (66,6%) e coma irreversível (40,7%). Em relação ao desfecho, o desmame da ECMO foi possível em 14 pacientes (51,8%), com 7 altas hospitalares (25,9%), com resultados notadamente mais favoráveis nos últimos 12 meses. Cerca de metade dos óbitos (51,8%), durante ou após a ECMO, ocorreu em decorrência de choque cardiogênico por falência ventricular não recuperada. **Conclusão:** O uso de ECMO configura-se em uma modalidade terapêutica importante no manejo das cardiopatias, sobretudo àquelas submetidas a cirurgias de alta complexidade. Portanto, é notável e necessário o aperfeiçoamento contínuo de profissionais e equipamentos, com impacto direto na indicação e condução dos pacientes, e relevante avanço no desfecho, especialmente no aumento progressivo do desmame e da sobrevida.

P-227

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR DE DIFÍCIL CONTROLE EM RECÉM NASCIDO PROVENIENTE DO ALOJAMENTO CONJUNTO, RELATO DE CASO

ROGÉRIO MARINHO MENDES, PATRICIA DE BARROS, RALPH BITTENCOURT COUTINHO

MATERNIDADE MARIANA BULHOES

Introdução: A taquicardia supraventricular é um termo genérico que descreve qualquer ritmo cardíaco acelerado originando-se acima do tecido ventricular, e se mantida por 6h a 12 horas, desenvolve-se sinais de icc, por essa razão o tratamento adequado deve ser iniciado o mais precocemente. **Descrição do caso:** RN do sexo feminino, a termo, PN: 3200 g, nascido em maternidade municipal da região da Baixada Fluminense, de parto vaginal, sem relato de intercorrências no pré natal. Apresentou boa vitalidade ao nascer e foi encaminhado ao alojamento conjunto onde permaneceu por 40 horas sendo encaminhado à UTI neonatal por apresentar FC de 250 bpm. Apresentava-se estável hemodinamicamente sem sinais de baixo débito cardíaco. Foi realizada a punção venosa colhidos exames laboratoriais de rastreio infeccioso, gasometria e eletrólitos, todos dentro dos parâmetros de normalidade. Realizado ecocardiograma que não evidenciava alterações cardíacas estruturais. ECG: evidenciandoTSV. Foi então iniciada manobra vagal, porém sem resposta, seguindo-se a cardioversão química com Adenosina em três ciclos de 0,1 mg/kg, 0,2 mg/kg e 0,2 mg/kg, tendo a paciente apresentado melhora da FC após a terceira dose. Após algumas horas O rn retornou à fc de 250 bpm sendo iniciado novamente o ciclo com adenosina e posteriormente amiodarona na dose de 5 mg/kg(correr em ½ hora), porém ainda sem resposta. O rn apresentou sinais de comprometimento hemodinâmico com taquipneia importante, perfusão ruim, hipotensão, palidez e pulso fino; optou-se por intubação, sedação, analgesia e cardioversão elétrica sincronizada com 0,5 j/kg, depois 1 j/kg sem resposta, O rn apresentu o resposta ao procedimento apenas com 2 j/kg assumindo frequência cardíaca sinusal de 136 bpm, Rn foi extubada e evoluiu satisfatoriamente com controle do ritmo cardíaco. Permaneceu internada na UTI por 11 dias e recebeu alta em uso de propranolol 2 mg/kg/dia a fim profilático, Atualmente encontra-se assintomática sendo acompanhada ambulatorialmente pela cardiologia. **Comentários:** As arritmias cardíacas no período neonatal constituem uma emergência pediátrica e os protocolos para reversão do quadro devem ser conhecidos por todos da equipe para que instituição da terapia antiarrítmica seja imediata e eficaz. Através deste caso houve a oportunidade de maior divulgação e treinamento da equipe para aplicação do manejo farmacológico e elétrico.

P-228

SÍNDROME DE JERVELL E LANGE-NIELSEN: DIAGNÓSTICO TARDIO APÓS IMPLANTE COCLEAR

CAROLINA RIBEIRO COSTA, ZILDA MARIA ALVES MEIRA, ALEXANDRE RESENDE FRAGA, LIVIA DE CASTRO RIBEIRO

IPSEMG; HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFMG

Introdução: A síndrome de Jervell e Lange-Nielsen, de herança autossômica recessiva, é caracteriazada pela associação entre síndrome do QT longo congênito (SQTLC) e surdez neurossensorial. A SQTLC é caracterizada por defeito congênito da repolarização ventricular, gerando um intervalo QTc prolongado ao eletrocardiograma. Tais pacientes têm risco maior de desenvolver arritmias ventriculares, torsades de pointes e consequente morte súbita. O presente relato tem o objetivo de chamar atenção para o diagnóstico da referida síndrome e a necessidade de avaliação cardiovascular precoce. **Descrição do caso:** Criança de três anos, masculina, portadora de surdez congênita e submetida a implante coclear aos dois anos de idade. Procurou atendimento cardiológico devido a história de um episódio de síncope desencadeada por exercício aos três anos. ECG após episódio evidenciou FC 62 bpm, intervalo QTc de 0,7 seg e presença de ondas T entalhadas em várias derivações. História de outros dois episódios pregressos de pré-síncope desencadeados por exercício. Ecocardiograma normal. **Comentários:** O caso clínico se enquadra na síndrome de Jervell e Lange-Nielsen, de herança autossômica recessiva e caracteriazada pela associação entre SQTLC e surdez neurossensorial. O diagnóstico da SQTLC é feito pelo soma dos pontos do escore de Schwartz, que inclui achados eletrocardiográficos e clínicos. Considerada chance baixa, intermediária ou alta se a soma dos pontos for, respectivamente, ≤ 1, 1.5 a 3 e ≥ 3.5.O paciente em questão tem soma de pelo menos 6.5 e, portanto, alta chance de apresentar SQTLC (3 pontos para QTc ≥ 480 mseg; 1 ponto para onda T entalhada ; 0,5 ponto para FC de repouso abaixo do percentil 2 para idade e 2 pontos para síncope com estresse). Os principais fatores de risco para síncope nos pacientes com SQTLC são surdez congênita, história de síncope, arritmias ventriculares documentadas, sexo feminino e QTc > 0,6 seg. O paciente relatado possui vários desses fatores de risco e, portanto, prognóstico ominoso. O tratamento consiste no uso de beta-bloqueadores, marcapasso e cardioversor-desfibrilador implantável.

P-229

DISFUNÇÃO VENTRICULAR GRAVE POR DISSINCRONIA SECUNDÁRIA AO USO DE MARCAPASSO EM PACIENTE COM TETRALOGIA DE FALLOT

CAMILLA ANDRADE LIMA, GUILHERME GOMES DUARTE, HELOISA CRISTINA GOIS E SANTOS, HENRIQUE DE ASSIS FONSECA TONELLI

HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFMG; DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG; SETOR DE ARRITMIA DO HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFMG

Introdução: Doenças cardíacas congênitas que necessitam de reparo cirúrgico, como a tetralogia de Fallot (T4F), podem evoluir no pós-operatório (PO) com distúrbios de condução, com indicação de implante de marcapasso (MP). Muitos estudos têm demonstrado relação dos distúrbios de condução com disfunção miocárdica secundários a estimulação crônica ventricular. A terapia de ressincronização cardíaca (TRC) é um recurso promissor para reparar essa disfunção. **Descrição de caso:** Adolescente, 12 anos, feminino, com T4F, foi submetida a correção cirúrgica quando lactente. Apresentou bloqueio atrioventricular total (BAVT) no PO imediato, necessitando de implantação de MP apical em ventrículo direito (VD). Permaneceu com boa evolução clínica e assintomática até 2014, até então com exame ecocardiográfico (ECO) normal. Em 2015, começou a apresentar disfunção ventricular progressiva - ECO com fração de ejeção de ventrículo esquerdo (FEVE) de 48%, mas ainda mantinha-se assintomática. Em fevereiro de 2016, foi internada com sintomas de insuficiência cardíaca (IC) – classe funcional IV (NYHA) – após quadro viral, com disfunção sistólica e diastólica de VE. Foi iniciada medicação para tratamento da IC. Novo ECO de 2016, com FEVE de 16%, VE com dimensões acentuadamente aumentadas, assincronia septal e hipocinesia difusa de suas paredes. No Holter foram observadas ectopias ventriculares frequentes polimorfas correlacionadas com sintomas, além de bloqueio de ramo esquerdo (QRS = 160 ms). Indicado implante de MP multissítio com cardiodesfibrilador implantável (CDI). Desde então sem intercorrências, com evidente melhora clínica e ecocardiográfica. **Comentários:** A estimulação elétrica célula a célula do miocárdio provoca contração assincrônica das paredes ventriculares e dissipação do trabalho mecânico do coração, com depressão da função contrátil e remodelamento miocárdico patológico. Estudos demonstram que até 10% de pacientes com estimulação crônica do VD por MP evoluem com IC e cardiomiopatia dilatada. Crianças com BAVT em uso crônico de MP e aquelas em PO de correção de T4F com IC e dissincronia são as que mais se beneficiam com a TRC. Estudos retrospectivos demonstraram tendência a aumento da incidência de taquiarritmias ventriculares e morte súbita cardíaca após TRC. Não é sabido se tal associação reflete efeito causal ou se é decorrente da evolução natural da doença de base. Em nossa paciente, que apresentava ectopia ventricular, foi optado pelo implante concomitante de CDI.

P-230

RESPOSTAS AO TESTE DE INCLINAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM SÍNCOPE VASOVAGAL E VALOR PREDITIVO DO ESCORE DE CALGARY

PAMELA MICHELLE LEITE OLIVEIRA, ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA, HENRIQUE DE ASSIS FONSECA TONELLI, ZILDA MARIA ALVES MEIRA, CLEONICE DE CARVALHO COELHO MOTA

FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG

Na população pediátrica, 15% apresentam pelo menos um episódio de síncope até os 18 anos de idade, sendo a vasovagal a mais frequente (75% dos casos). Há poucos estudos sobre esse sinal e sua caracterização pelo teste de inclinação (TI) em crianças e adolescentes. **Objetivos:** analisar o perfil clínico, o escore de Calgary e sua associação com as respostas ao TI e a variabilidade da frequência cardíaca (VFC) em crianças e adolescentes com síncope. **Métodos:** foram avaliados 48 pacientes (pts), média de idade de 14,2 anos (6 a 18 anos), sendo 32 do gênero feminino. Os pts foram submetidos à avaliação clínica e ao TI, a 70 graus durante 35 min, com monitoramento digital para VFC pela análise espectral na posição supina e durante o TI. Esta foi feita para identificar o componente de alta frequência (AF), o de baixa frequência (BF), que representa principalmente o simpático, e a relação BF/AF. **Resultados:** a média do tempo de evolução da síncope foi de 34,3 meses, com 8,2 episódios e o último com mediana de 35 dias. A média do escore de Calgary foi de 1,7. Pródromos ocorreram em 38 pts e injúria física em 13. O TI foi positivo em 79% dos pts (média de tempo de 15,4 min). A resposta foi vasodepressora em 71%, cardioinibitória em 13,2%, hipotensão postural em 5,3% e taquicardia postural ortostática em 10,5%, sem influência da idade e do gênero. Houve maior proporção de pts com pródromos (85%) e recorrência (70%) entre aqueles com resposta vasodepressora. O escore de Calgary foi maior em pts com resposta cardioinibitória ($p < 0,0001$, ANOVA). Com a inclinação, houve diminuição significante do componente AF (2932 versus 689 ms2; $p = 0,001$, teste pareado) e aumento da relação BF/AF (1,25 versus 3,82; $p < 0,0001$) em todos os pts. Não houve diferença da VFC antes do TI, porém durante o TI, a média LogAF foi menor no gênero feminino (2,94 vs 3,08; $p = 0,002$, teste t de Student) e a relação BF/AF maior no gênero masculino (2,88 vs 2,42; $p = 0,040$). Aplicando-se a curva de operação característica para o escore de Calgary, a área sob a curva foi de 0,68, $p = 0,04$, para o TI positivo. O ponto de corte de -1,0 para o escore de Calgary apresentou valor preditivo negativo de 96,9%. **Conclusões:** a resposta mais frequente ao TI foi a vasodepressora, com maior proporção de pródromos e recorrência. O gênero masculino apresentou menor ativação vagal na posição supina e maior ativação simpático-vagal durante a inclinação. O escore de Calgary permitiu predizer a resposta positiva ao TI.

P-231

IMPLANTE DE MARCA-PASSO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ANÁLISE EVOLUTIVA E EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

LÍCIA CAMPOS VALADARES, ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA, CLEONICE DE CARVALHO COELHO MOTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

O implante de marca-passo é uma opção terapêutica importante no tratamento dos distúrbios da condução atrioventricular na faixa etária pediátrica. Existem poucos estudos registrados sobre o assunto. **Objetivo:** descrever a experiência do Laboratório de Marca-passo de um hospital público com a estimulação cardíaca no paciente pediátrico. **Métodos**: estudo observacional retrospectivo de 50 pacientes, registrados de 1988 a 2013, envolvendo caracterização da amostra, dados clínicos, tipo de marca-passo, técnica de implante, limiar de estimulação, complicações e presença de cardiopatias congênitas estruturais associadas. **Resultados:** dos 50 pacientes, a média de idade foi de 81,7 ± 67,3 meses, mediana 60 meses, sendo 60% do gênero masculino. O tempo médio de seguimento dos pacientes foi de 10,8 ± 4,7 anos. Nos pacientes com bloqueio atrioventricular total (BAVT) congênito, o marca-passo foi implantado em idade mais precoce quando comparado aos implantes realizados por outras causas ($p < 0,001$). As principais causas que levaram ao implante de marca-passo foram BAVT congênito (54%) e BAV no pós-operatório de cirurgias para correção de cardiopatia congênita estrutural (34%). Em 52% dos casos o eletrodo foi posicionado no endocárdio e em 48% no epicárdio sendo que, destes, 75% foram substituídos por eletrodos endocárdicos posteriormente. Cardiopatia congênita associada ocorreu em 50% dos casos. Houve diferença estatisticamente significante dos limiares de estimulação atrial cinco anos após o implante nos pacientes com cardiopatia congênita estrutural, o mesmo não ocorrendo com os limiares de estimulação ventricular. Observou-se tendência à estabilidade da impedância ventricular no período analisado e aumento de impedância atrial 5 anos após o implante do eletrodo ($p = 0,75$, teste de Wilcoxon). Observou-se maior sobrevida livre de eventos nos pacientes com BAV congênito quando comparados ao grupo de BAV pós-operatório, sendo essa diferença estatisticamente significante. Complicações ocorreram em 38% dos pacientes, nelas incluídas a ocorrência de quelóide em 6 pacientes. Em 78,9%, houve complicações relacionadas aos eletrodos. **Conclusão:** é importante considerar as diferenças anatômicas e fisiológicas das crianças ao escolher o sistema de estimulação cardíaca, a técnica de implante, o modo de programação e a forma mais adequada para controle do marca-passo e acompanhamento desses pacientes

P-232

BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR TOTAL CONGÊNITO E FLUTTER ATRIAL EM LACTENTE COM CORAÇÃO ANATOMICAMENTE NORMAL: UMA ASSOCIAÇÃO INCOMUM - RELATO DE CASO

HYGOR DUARTE DE LEMOS, GUSTAVO HENRIQUE BELARMINO DE GOES, JULIANA RODRIGUES NEVES, DARIO CELESTINO SOBRAL FILHO

PRONTO-SOCORRO UNIVERSITÁRIO PROFESSOR LUIZ TAVARES PROCAPE; FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS/UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

Introdução: O flutter atrial é uma arritmia supraventricular por macrorreentrada confinada ao átrio. Há poucos estudos descrevendo sua história natural em crianças. O bloqueio atrioventricular total congênito é considerado uma entidade patológica rara, estimando-se uma incidência de 1/20.000 nascidos viva, cuja etiopatogenia não está completamente esclarecida. A associação desta patologia ao flutter atrial também é bastante incomum. **Relato de caso:** Paciente masculino, 7 meses, nascido a termo. Segundo genitora, em consulta pré-natal foi evidenciada bradicardia fetal importante à ecografia obstétrica. Após parto sem intercorrências, foi diagnosticado BAVT, permanecendo em acompanhamento. Genitora negou dispneia ou sinais de baixo débito. Paciente persistiu com bradicardia, motivo pelo qual foi realizado encaminhamento a um hospital de referência para avaliar implante de marcapasso. Ao exame físico de admissão, apresentava-se em bom estado geral, ativo e reativo, hidratado, eupneico, acianótico e afebril. Ao exame cardiovascular, ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros, bulhas normofonéticas. Aparelho respiratório sem alterações. Abdômen sem visceromegalias palpáveis. Paciente não possui antecedentes familiares de cardiopatias e Lúpus Eritematoso Sistêmico. O Eletrocardiograma por Holter constatou frequência cardíaca média de 48 bpm, padrão de BAVT com resposta ventricular reduzida, flutter atrial e ausência de anormalidades adicionais do segmento ST, da onda T e do intervalo QT. Radiografia de tórax demonstrou aumento da área cardíaca, à custa de átrio e ventrículo esquerdos. O Ecocardiograma Transtorácico evidenciou pequena dilatação das câmaras esquerdas, associadas a refluxo mitral discreto. A função biventricular foi normal. O implante do marcapasso ocorreu sem intercorrências. Paciente foi admitido em Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico, e, posteriormente, em enfermaria, onde evoluiu com melhora do estado geral até a alta. **Conclusão:** O diagnóstico pré-natal do bloqueio atrioventricular total congênito pode ser feito através de ecocardiografia fetal, e o pós-natal através do exame físico e eletrocardiograma. Arritmias associadas, como o flutter atrial, podem ser evidenciadas nessas análises. A presença de BAVT, assintomático, com frequência cardíaca inadequada para a idade, representa indicação Classe I para o implante de marcapasso cardíaco permanente.

P-233

TAQUICARDIA DE COUMEL: RELATO DE UM CASO

CLAYNE VALADAO PINTO, DANIELLE ALVES SOARES, GUSTAVO DE CASTRO LACERDA, CARLA B FARIAS

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

Introdução: A Taquicardia de Coumel é um tipo de taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) mediada por uma via acessória, usualmente localizada em região póstero septal direita, com condução retrógrada decremental. Representa 1 a 6% dos casos de TPSV diagnosticados na faixa etária pediátrica. Este tipo de TPSV é frequentemente subdiagnosticada, pois provoca frequências cardíacas (FC) pouco elevadas em relação à FC normal do recém-nascido. Por ter característica incessante pode levar a taquicardiomiopatia, sendo os sinais de insuficiência cardíaca as primeiras manifestações clínicas. **Relato de caso:** Menina, 8 dias de vida, encaminhada para avaliação cardiológica com diagnóstico de TPSV com FC de 300bpm. ECO demonstrou forame oval patente, sem outras alterações cardíacas estruturais. Ao ECG, presença de taquicardia de QRS estreito, intervalo RR regular com FC de 211bpm, ondas P negativas e profundas em derivações inferiores. Intervalo RP' > P'R, sendo este de 240 ms. A taquicardia foi interrompida após administração de adenosina. Foi medicada com Amiodarona IV, seguida de prescrição oral. Holter de 24 horas demonstrava a persistência de episódios recorrentes de taquicardia de Coumel. Por se tratar de recém-nascida de baixo peso, optou-se por manter tratamento clínico com amiodarona e acompanhamento da função ventricular. Na presença de sinais de taquicardiomiopatia, a ablação da via acessória por radiofrequência estaria indicada. Oito meses após o diagnóstico, lactente apresenta boa função ventricular. Em novo Holter de 24 horas, evidencia-se o desaparecimento da taquicardia, achado compatível com controle medicamentoso ou remissão espontânea da taquicardia de Coumel. **Conclusão:** A taquicardia de Coumel quando incessante e não controlada pode levar à disfunção ventricular. Nestes casos, a ablação da via acessória é o tratamento de escolha e quando feita com sucesso, pode reverter a taquicardiomiopatia e modificar a função ventricular. Nos recém-nascidos e de baixo peso, o tratamento inicial é feito com drogas antiarrítmicas, sendo necessário acompanhamento regular da função ventricular. Um percentual significativo dos pacientes (25%) apresenta resolução espontânea da taquicardia antes do primeiro ano de vida.

P-234

CARDIOESTIMULAÇÃO TRANSESOFÁGICA E ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO INVASIVO COMBINADOS NA AVALIAÇÃO DE PACIENTE COM CIRURGIA TIPO FONTAN E SÍNCOPE: RELATO DE UM CASO EM UMA UNIDADE ESPECIALIZADA EM CARDIOPA

ROGÉRIO ANDALAFT, BRUNO PEREIRA VALDIGEM, RAISSA COSTA BARCELOS LAGARES, BENTO GOMES DE MORAES NETO

INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

Introdução: Pacientes (P) portadores de fisiologia univentricular (UNIV) estão propensos a eventos arrítmicos e síncope. A avaliação invasiva se impõe em casos onde a síncope, bloqueio de ramo e cardiopatia congênita estão presentes. Os procedimentos paliativos de fisiologia UNIV tipo Fontan - cavopulmonar total (CVPT) podem impedir o acesso venoso ao coração. A abordagem por via arterial combinada à cardioestimulação transesofágica (CETE) é alternativa para avaliação dos intervalos, tempo de recuperação e períodos refratários por meio da estimulação atrial e ventricular programada. **Objetivo:** Descrever um caso de P com coração UNIV no pós-operatório tardio de correção tipo CVPT com tubo extracardíaco não fenestrado com síncope e submetido à avaliação eletrofisiológica invasiva. **Descrição:** P masculino de 16 anos com isomerismo atrial esquerdo, dextrocardia, ventrículo único (VU) tipo direito em pós-operatório tardio de CVPT com tubo extracardíaco indicado aos 11 anos. ECG com sobrecarga ventricular direita, ritmo juncional. Ecocardiograma com hipertrofia do VU direito, boa função e sem obstrução no CVPT. Holter com ritmo atrial ectópico e FC média de 77 bpm. Apresentou quadro de síncope, EGSYs > 3. O Teste de inclinação não sensibilizado foi negativo. Optou-se por avaliação eletrofisiológica invasiva. Sob anestesia geral introduzido eletrodo de marcapasso definitivo estéril pelo esôfago, posicionado onde a P esofágica encontrava-se difásica. Acoplado eletrodo esofágico ao estimulador cardíaco esofágico para detecção do limiar de comando do átrio posterior. Para acesso ao VU utilizamos cateter quadripolar deflectível por via retroaórtica. O cateter esofágico foi usado para estimulação atrial, calculo do tempo de recuperação do nó sinusal, estimulação atrial decrementa e programada. O cateter quadripolar deflectível foi utilizado para mapear o feixe de His e estimulação ventricular. Os tempos de recuperação do nó sinusal o ponto de Wenckebach foram normais. O intervalo AH foi 65ms e o HV de 40 ms. A estimulação ventricular não gerou captura de ondas p pelo eletrodo esofágico. A estimulação ventricular programada com 2 extra estímulos em 2 sítios diferentes no VU o não desencadeou arritmias. O P recebeu orientações para síncope. Encontra-se assintomático no seguimento de 12 meses. **Conclusão:** 1) A combinação do estudo eletrofisiológico invasivo e da CETE pode ser de extrema validade na estratificação de P com fisiologia UNIV, cirurgia paliativa e síncope.

P-235

ADOLESCENTE PORTADOR DE WOLF PARKINSON WHITE COM VIA ACESSÓRIA PARAHISSIANA TRATADO COM CRIOABLAÇÃO: A INTRODUÇÃO DO MÉTODO NO PAÍS PARA TRATAMENTO DA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA

ROGÉRIO ANDALAFT, BRUNO PEREIRA VALDIGEM, NILTON JOSÉ CARNEIRO DA SILVA, MARCIA REGINA PINHO MAKDISSE

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN - CENTRO DE ARRITMIA

Introdução: As vias parahissianas (PH) são dramáticas para a ablação por radiofrequência (RF). A proximidade com o sistema de condução e a necessidade de eliminação da via em jovens com vida esportiva ativa ou vias de alto risco para morte súbita se contrapõem a potenciais riscos de complicação. Desenvolvida em 2003 e com chegada ao Brasil, em 2015 a crioablação (CRIO) traz um novo horizonte de tratamento a estes P. Consiste na aplicação de frio com temperaturas de até -80°C para lesão definitiva do tecido. O diferencial vem da possibilidade de crio mapeamento para testar o local da aplicação a -30°C o que permite uma lesão reversível do dano celular imediatamente após a interrupção da aplicação e descongelamento do tecido. **Objetivo:** Descrever um caso de P adolescente no início da puberdade tratado com CRIO devido a presença de via anterosseptal direita parahissiana de alto risco. A ablação por RF não foi possível devido a grande proximidade do sistema de condução. **Relato de Caso:** Adolescente de 14 anos no início da puberdade com WPW (via acessória em região anterosseptal direita de localização PH) foi encaminhado por crises frequentes de taquicardia (apesar de propafenona e atenolol) e desejo de prática esportiva competitiva. Em 2014 foi submetido a ablação por RF com insucesso devido a localização da via. Em março de 2015 após a chegada da CRIO no Brasil realizou-se novo procedimento. Utilizamos um cateter decapolar no seio coronário e um cateter quadripolar para estimulação ventricular. Por um introdutor e posteriormente uma bainha 8F (para aumentar a estabilidade do cateter), devido a grande proximidade entre a via acessória e o His, utilizou-se o cateter de ablação 7 F de 6 mm com crio mapeamento. Durante as aplicações não houve presença de bloqueios o que possibilitou a aplicação de CRIO em dois episódios de 4 min com aumento do intervalo AV avaliado pelo cateter no seio coronário e quebra da pré excitação em 20 s após atingir -80°C. Ao final da aplicação havia intervalo PR normal e BRD. Os intervalo AH e HV estavam normais. **Conclusão:** Em 2015 a introdução da CRIO no Brasil trouxe a possibilidade de tratamento de arritmias diversas, porém para jovens e pacientes com vias acessória próximas ao sistema de condução a técnica trouxe esperança e possibilidade real de tratamento, mesmo em casos onde a via está praticamente sobreposta ao His

P-236

ABLAÇÃO POR CATETER DE FLUTTER ATRIAL EM ADOLESCENTE COM COM ANOMALIA DE EBSTEIN NO PÓS OPERATÓRIO TARDIO DE GLENN E CORRE ÇÃO DE DRENAGEM ANÔMALA DE VEIAS PULMONARES

ROGÉRIO ANDALAFT, BRUNO PEREIRA VALDIGEM, DALMO ANTONIO RIBEIRO MOREIRA, CARLA DE ALMEIDA

INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

Introdução: Os eventos arrítmicos, principalmente as taquicardias, são fatores limitantes importantes da evolução tardia dos pacientes no pós operatório de cardiopatias congênitas. Neste contexto cirurgias com padrão paliativo univentricular tipo cavopulmonar necessitam da manutenção do ritmo sinusal para uma evolução favorável. As taquicardias pioram o desempenho ventricular e aumentam a pressão pulmonar retrogradamente o que limita o débito cardíaco em ultima instancia e predispõe a morte súbita. **Objetivo:** Descrever o tratamento invasivo por cateter de um flutter atrial em falha terapêutica medicamentosa em uma adolescente de 18 anos no pós operatório tardio de um hemi cavopulmonar (Glenn) com fluxo a 1 e meio (via de saída aberta) realizado para tratamento de Anomalia de Ebstein com ventrículo direito hipoplásico e restrição ao fluxo pulmonar. **Descrição do caso:** Adolescente de 18 anos sexo feminino, portadora de anomalia de Ebstein, CIA, drenagem anômala de veias pulmonares, no pós operatório tardio de Glenn com via de saída do VD aberta, redirecionamento de veias pulmonares (CIA seio venoso) e plicatura de VD para redução da insuficiência tricúspide. Apresentou no pós operatório tardio (após 1 ano de cirurgia) episódios recorrentes de taquicardia de QRS estreito por flutter atrial com resposta ventricular alta (FC 300 bpm condução 1:1) de difícil controle das recorrência após reversão elétrica mesmo com associação de fármacos (amiodarona e betabloqueador). Pelo risco de eventos súbitos e pela possibilidade de elevação da pressão arterial pulmonar optou-se por ablação por radiofrequência do circuito de flutter atrial. Sob anestesia geral introduziu-se cateter ablador irrigado, decapolar e duodecapolar (todas vias de acesso pela veia femoral devido ao procedimento cirúrgico) para mapeamento do átrio e com técnica de encarrilhamento observouse dependência do istmo cavo tricuspídeo. Realizou-se a linha de bloqueio com posterior ausência de reindução do evento. Não houve recorrência das palpitações ou taquicardias após o procedimento. **Conclusão:** A indicação da terapia invasiva (em flutter atrial de difícil controle) deve ser prioritária para pacientes com cardiopatia congênita onde o evento arrítmico piora a fisiologia cirúrgica. Mesmo em pacientes com cardiopatia congênita (com grande manipulação cirúrgica do átrio), em casos de flutter atrial, a dependência do istmo cavo-tricuspídeo ainda é frequente.

P-237

CRISES CONVULSIVAS DE DIFÍCIL CONTROLE COMO APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE SÍNDROME DO QT LONGO CONGÊNITO

ROGÉRIO ANDALAFT, BRUNO PEREIRA VALDIGEM, CLAUDIA DA SILVA FRAGATA, DALMO ANTONIO RIBEIRO MOREIRA

INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

Introdução: As síndromes eletrogenéticas são quadros dramáticos que podem se manifestar inicialmente com PCR ou mesmo apresentar prenúncios sincopais ou convulsivos. A intersecção em alguns casos retarda o diagnóstico e o tratamento adequado. São responsáveis por quase 4000 mortes ao ano nos EUA e ainda tem dados pouco conhecidos no Brasil. **Objetivo:** Descrever um caso de portador de síndrome do QT longo congênito tratado inicialmente em um serviço de neurologia como crise convulsiva de difícil controle. **Descrição do caso:** Criança de 7 anos, masculino encaminhado a um ambulatório de eletrofisiologia pediátrica por síncope e crise convulsivas de difícil controle. Apresentava-se utilizando Topiramato 300 mg/dia, clobazam e carbamazepina. Também utilizava risperidona pelo diagnóstico de esquizofrenia. Havia apresentado inúmeros episódios de crise convulsiva e 2 episódios de PCR sem descrição do ritmo de PCR. E uma PCR durante a indução anestésica para amigdalectomia. Na admissão apresentava-se em taquicardia sinusal e realizamos monitorização continua ECG em 12 derivações. Durante manobra vagal (Valsalva) observamos QTc de 567 ms e condução atrioventricular preservada com intervalos normais. O escore de Schwartz era de 5,5 para o diagnóstico de síndrome do QT longo congênito. As medicações utilizadas não prolongavam o intervalo QT exceto a risperidona cuja retirada não foi possível devido ao quadro psiquiátrico e falha terapêutica de outros antipsicóticos. Recebeu cardiodesfibrilador implantável e terapia betabloqueadora com propranolol 2 mg/Kg dia. Apresenta-se assintomático cardiovascular sem terapias do CDI ou novos episódios sincopais.

P-238

USO DO CILOSTAZOL NO TRATAMENTO DE PACIENTE COM BRADICARDIA SINTOMÁTICA E PAUSAS SINUSAIS POR VAGOTONIA NA ADOLESCÊNCIA - DESCRIÇÃO DE UM CASO

ROGÉRIO ANDALAFT, BRUNO PEREIRA VALDIGEM, CLAUDIA DA SILVA FRAGATA, DALMO ANTONIO RIBEIRO MOREIRA

INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

Introdução: As indicações para marcapasso em adolescentes com coração estruturalmente normal são extremamente raras e geralmente secundárias a formas tardias de BAVT congênito ou mesmo disfunção intrínseca do nó sinusal de origem familiar. Entretanto a vagotonia intensa e a desproporção entre tônus simpático e parassimpático podem gerar quadros de bradicardia por vezes sintomáticas. Esta condição muitas vezes transitória pode motivar o implante de dispositivos que em futuro próximo para o paciente podem ser pouco utilizados pela perda da vagotonia da adolescência. Objetivo: Descrever um adolescente com coração estruturalmente normal e quadros de pré sincope e síncope secundárias a intensa vagotonia e consequentemente intensa bradicardia sinusal e pausas tratado farmacologicamente com inibidor de fosfodiesterase III. **Descrição do caso:** Paciente de 12 anos masculino, púbere, 43Kg encaminhado a um serviço especializado devido a pré sincope e sincope associados a bradicardia para implante de marcapasso. O ECG de admissão apresentava bradicardia sinusal FC 59bpm com múltiplas pausas sinusais e bloqueio divisional antero superior direito. O ecocardiograma e a polissonografia não demonstrava alterações. Durante a atividade física havia elevação da FC até 160 bpm com rápida redução após o termino do teste ergométrico. O Holter de 24h evidenciava períodos de ritmo juncional bradicardico (FC mínima 33bpm) e pausas sinusais de até 3,8 segundos (58 episódios). A análise da variabilidade da FC tanto no domínio do tempo como no domínio da frequência demonstrava amplo predomínio vagal (PNN50 39,6 e relação LF/HF menor que 1). Apresentou episódio de flutter atrial associado a bradicardia sinusal revertido espontaneamente. Frente a vagotonia optou-se pela introdução de cilostazol (inibidor da fosfodiesterase III) por via oral inicialmente na dose de 100 mg/dia e posteriormente 150mg ao dia com monitorização da função hepática sem alterações. Após 3 semanas do uso do medicamento houve normalização da FC e redução para 2 pausas de 2,5s no período noturno e completo desaparecimento dos sintomas. A análise da variabilidade da FC após medicação demonstrou PNN50 7,37 e equilíbrio do sistema nervoso autônomo no domínio da frequência. Após 10meses de seguimento encontra-se assintomático. **Conclusão:** O tratamento do desequilíbrio autonômico com cilostazol em casos de bradicardia sintomática em adolescentes púberes pode evitar o implante de dispositivo anti bradicardia.

P-239

EXTRASSÍSTOLES VENTRICULARES EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CORAÇÃO ESTRUTURALMENTE NORMAL? 16 ANOS DE ACOMPANHAMENTO

LUISA PIGATTO KALIL, NANA MIURA, SISSY LARA MELO, MAURICIO IBRAHIM SCANAVACCA

INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

Introdução: Extrassístole ventricular (ESV) é a manifestação mais comum dos distúrbios de ritmo cardíaco, inclusive em indivíduos com coração normal, estando presente em 1% dos eletrocardiogramas de 12 derivações e até 80% dos Holter realizados na rotina médica, com aumento de prevalência relacionado à idade. O tratamento de tal arritmia é controverso, ficando reservado para pacientes sintomáticos ou com comprometimento da função contrátil ventricular. Quando indicado, é realizado com fármacos betabloqueadores e/ou antiarrítmicos, e ablação por cateter para casos refratários. **Objetivo:** Descrever a evolução de crianças e adolescentes com coração normal e ESV, acompanhadas no InCor. **Casuística e métodos:** De 2000 a 2016, acompanhamos 20 pacientes com ESV isolada e coração estruturalmente normal. A idade no diagnóstico variou de 2 a 16 anos (média 7,5 ± 3,7 anos) e 60% dos pacientes eram do sexo feminino. Nove dos vinte pacientes (45%) eram assintomáticos no diagnóstico. Dentre os sintomas, o principal foi palpitação (presente em 25%), seguido por cansaço (10%), pré-síncope (5%) e síncope (5%). Todos os pacientes realizaram eletrocardiograma, ecocardiograma e Holter durante o seguimento. A maioria (70%) realizou, também, ressonância nuclear magnética (RNM) e eletrocardiograma de alta resolução, sendo possível afastar patologias mais complexas, como a displasia arritmogênica do ventrículo direito. Todos os ecocardiogramas foram normais, porém a RNM de 2 pacientes mostrou-se alterada durante o seguimento (uma com disfunção moderada do ventrículo direito (VD) e outra com dilatação moderada do VD). Dezesseis pacientes foram submetidos a tratamento medicamentoso (7 receberam sotalol, 4 propafenona, 4 amiodarona e 1 propranolol). Três pacientes foram submetidos à ablação por radiofrequência. **Resultados:** Foi possível a localização aproximada da ectopia em 13 pacientes: 10 eram de via de saída do VD e 3 do ventrículo esquerdo. Dos pacientes submetidos à terapia medicamentosa, houve melhora dos sintomas e diminuição na densidade de ectopia ao holter em todos dos casos. Dentre os submetidos à ablação, houve sucesso em 33%. Atualmente, seguimos 18 pacientes, todos em classe funcional I e 67% assintomáticos. **Conclusão:** Apesar de bem toleradas por muitos pacientes, as extrassístoles ventriculares, quando frequentes, foram recentemente associadas a aumento na mortalidade cardíaca total na população geral, justificando o investimento na abordagem diagnóstica e terapêutica.

P-240

ABLAÇÃO DE TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES COM VIAS PARAHISSIANAS E TAQUICARDIA POR REENTRADA NODAL EM JOVENS UTILIZANDO CRIOABLAÇÃO: EXPERIÊNCIA INICIAL NO BRASIL

ROGÉRIO ANDALAFT, BRUNO PEREIRA VALDIGEM, NILTON JOSÉ CARNEIRO DA SILVA, MARCIA REGINA PINHO MAKDISSE, MARCELO KATZ, MARCO PERIN, GUILHERME FENELON, MARCELO FRANKEN

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN - CENTRO DE ARRITMIA

Introdução: A prevalência de WPW, varia de 0,04% a 0,31% em crianças e é de 0,15% em adultos.Estudos nacionais estimam a prevalência de 0,1% na população geral com 0,13% em adolescentes. A localização parahissiana (PH) muitas vezes impede a ablação por radiofrequencia (RF) pelo risco de BAVT inflingindo a estes jovens limitações, principalmente no esporte. Assim, a crioablação (CRIO) vem se mostrando segura e eficaz para modificar a historia de vida destes pacientes (p) e tratar estes circuitos arritmogênicos. **Objetivo:** Descrever 7 procedimentos em jovens portadores de vias acessórias parahissianas e uma dupla via nodal tratadas com crioablação focal. **Métodos:** Foram tratados 5 p jovens, 4 masc e 1 fem, (idade média de 15.6 anos, mediana 13 anos). Todos os p possuiam vias acessórias de localização anterosseptal (PH). Um p durante o estudo desencadeou também taquicardia por reentrada nodal. Três p possuiam tentativa prévia de ablação por RF com insucesso devido a localização da via. Três p eram atletas (taekendô, futebol e atletismo). Utilizamos cateter de CRIO de 6 mm associado à cateteres decapolar para mapeamento do anel mitral e quadripolar deflectivel para mapeamento do feixe de His. Os acessos vasculares para os cateteres foram realizados pelas veias femurais com introdutores 6 e 7F. Um p necessitou de uso de baínha não deflectivel para posicionamento do cateter de CRIO. Todos p receberam criomapeamento com desmascaramento do sinal de His na ponta do cateter sem bloqueio e receberam aplicação por 4 min de CRIO a -70 ºC. quatro pacientes receberam reforço sendo dois de 4 min e dois de 2 min. Um p apresentou bradicardia aos 30s de reforço (reflexo vagal). **Resultados:** Todos os p apresentavam após o criomapeamento a presença de sinal do feixe de His no ponto de maior precocidade da pré excitação. O criomapeamento (-30ºC) foi de 2 min e foi seguido da aplicação de CRIO por 4 min a -70ºC com desaparecimento da PE e aumento do intervalo AV. O sucesso em sala foi de 100% e no seguimento clínico (medio de 5,6 meses, maior 10 meses) de 86% (recorrencia de uma pré excitação sem taquicardia tratada em novo proc.). Os reforços conforme descritos foram realizados em 80% dos p, com objetivo de mais 4 min. A interrupção ocorreu por bradicardia ou aumento do intervalo AV. Não houveram complicações durante ou após o procedimento. **Conclusão:** A CRIO é um método eficaz e seguro no tratamento de pacientes jovens com vias acessórias de alto risco para ablação convencional.

P-241

COMPORTAMENTO EVOLUTIVO DAS ECTOPIAS VENTRICULARES FREQUENTES EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: A IMPORTANCIA DO SEGUIMENTO HORIZONTAL

ROGÉRIO ANDALAFT, BRUNO PEREIRA VALDIGEM, NILTON JOSÉ CARNEIRO DA SILVA, CARLA DE ALMEIDA, JENNIFER LOZA, LUIZ FELIPE PLACCO BRETERNITZ, LUISA PIGATTO KALIL, PAULA VARGAS

CPAN CLÍNICA MÉDICA; INSTITUTO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL

Introdução: As ectopias ventriculares quando frequentes mesmo que isoladas na população pediátrica e hebiátrica causam intensa ansiedade em pais, pediatras e cardiologistas pelo medo do risco de morte súbita. Entretanto muitas vezes estas ectopias mesmo que não estejam isoladas tem um comportamento benigno visto que em geral são frutos de focos hiperautomáticos ou de atividade deflagrada. A avaliação ergométrica e o seguimento clínico detalhado com o intuito de afastar cardiopatia estrutural muitas vezes impedem o uso de medicamentos e mesmo procedimentos invasivos precoces. **Objetivo:** Descrever a evolução uma série de 18 casos de pacientes jovens (infância e adolescência) com ectopias ventriculares frequentes associados ou não a taquicardia ventricular em um seguimento clínico horizontal médio de 42 meses. **Resultados:** Foram acompanhados 18 pacientes na infância e adolescência com seguimento horizontal por um período médio de 42 meses (variando entre 1 e 144 meses mediana 26,5 meses). Eram 9 meninos e 9 meninas com idade média de 9 anos (variando entre 1 mês e 18 anos mediana de 8,5 anos). Todos os pacientes não apresentavam cardiopatias com repercussão hemodinâmica e possuíam boa função ventricular (FEVE média de 68%). Não havia alterações hormonais tireoidianas. O Holter evidenciava média de 18865 ectopias ventriculares (mediana de 15331). Apenas 16,6% (3 pacientes) apresentavam taquicardias não sustentadas As localizações eram via de saída do ventrículo direito 55,5% (10 pacientes); ventrículo direito baixo 11,1% (2 pacientes); ventrículo esquerdo - via de saída 11,1% (2 pacientes); ventrículo esquerdo - ponta 11,1% (2 pacientes) e 2 pacientes não possuíam localização no ECG de 12 derivações. Todos os pacientes apresentavam redução ou desaparecimento das arritmias no pico do do esforço. No seguimento médio de 42 meses houve melhora da densidade arrítmica em 88% (16 pacientes) dos casos e resolução espontânea em 50% destes (8 pacientes). Apenas um paciente optou por ablação. **Conclusão:** 1) As ectopias ventriculares mesmo que frequente com exames clínicos e avaliação estrutural do coração normal tem evolução benigna e tendência à remissão espontânea na infância e adolescência. 2) O comportamento da arritmia no esforço, a manutenção da função ventricular são importantes no seguimento e podem ser indicativos da benignidade e possibilidade de esgotamento do foco.

P-242

MORTE SÚBITA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE: RELATO DE CASO

NATALIA SOUZA AONO, DANIELLE LILIA DANTAS DE LIMA, CAMILA CAETANO CARDOSO, NATALIA BUZZO

HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE/FAMERP

Introdução: As taquicardias supraventriculares (TPSV) correspondem às arritmias mais frequentes na infância, sendo o mecanismo mais comum a reentrada atrioventricular através de vias acessórias. A Síndrome de Wolff-Parkinson-White (SWPW) caracteriza-se por pré-excitação ventricular ao ECG, associada à manifestação clínica de TPSV. Nesses pacientes, arritmias tipo fibrilação atrial (FA) pré-excitada culminam com taquicardia e após fibrilação ventricular, podendo ser fatais. É uma forma rara, mas deve ser lembrada na associação morte súbita/síncope e pré-excitação ventricular. **Descrição do caso:** Menina, 11 anos, 40 kg, antecedente de taquicardia não investigada, com mal estar súbito, prostração e vômitos durante atividade recreativa (cama elástica). Apresentou PCR na entrada do pronto socorro, recebendo por 30 minutos manobras de reanimação, inclusive amiodarona e desfibrilação elétrica. Eletrocardiograma na admissão: pré-excitação ventricular. Ecocardiograma: forame oval pérvio e fração de ejeção VE 39%. Iniciada administração contínua de amiodarona e dobutamina. Estudo eletrofisiológico (EEF) 9 dias após evento mostrou extensa via acessória póstero-septal direita, com indução de taquicardia atrioventricular e ablação da mesma. Sem pré-excitação ventricular ao fim do procedimento. Após 24h, ECG mostrou pré-excitação ventricular, com padrão semelhante ao pré-ablação. Recebeu alta em uso de amiodarona. Avaliação ambulatorial em 7 dias, com ausência de pré-excitação ventricular ao Holter e teste ergométrico submáximo e sem arritmias. Nas consultas seguintes, pré-excitação ventricular ao ECG, demonstrando seu caráter intermitente. Paciente mantém acompanhamento, assintomática e sem sequelas neurológicas, realizando nova avaliação não invasiva para provável reabordagem por EEF. **Comentários:** A síncope/morte súbita que ocorre durante o esforço físico é um fator preditor de causa cardíaca, com especificidade de 96%, dentre as causas mais frequentes encontra-se SWPW. A morte súbita é um evento raro em jovens, porém metade dos casos tinha referência a síncopes ou pré-síncopes previamente ao evento fatal. A síncope de origem cardíaca é mais rara (5 a 6%), com risco potencial de morte súbita. A ablação por cateter com radiofrequência constitui o tratamento de escolha nas crianças > 15 kg, com alta taxa de sucesso (90%) e baixa de recorrência (5-10%).

P-243

APRESENTAÇÃO CLÍNICA VARIÁVEL NUM PORTADOR DE SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE

NATALIA SOUZA AONO, DANIELLE LILIA DANTAS DE LIMA, CAMILA CAETANO CARDOSO, NATALIA BUZZO

HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE/FAMERP

Introdução: A Síndrome de Wolff-Parkinson-White (SWPW), principal causa de taquicardia supraventricular (TSV) na infância, pode manifestar-se clinicamente por 3 mecanismos: taquicardia por reentrada AV ortodrômica (TRAVO), taquicardia por reentrada AV antidrômica (TRAVA) e fibrilação atrial (FA) pré-excitada, sendo esta de pior prognóstico pelo risco de fibrilação ventricular. È rara a apresentação inicial como FA pré-excitada ou mesmo a concomitância de mecanismos num mesmo episódio de TSV. **Descrição do caso:** Menino, 7 anos, 23 kg, previamente hígido, procura emergência com quadro de dor abdominal difusa, palpitação e palidez cutânea. Diagnóstico de TSV, evoluiu com sincope, com recuperação do ritmo e consciência após cardioversão química com adenosina, sugerindo reentrada ortodrômica como mecanismo. Enquanto aguardava transferência para nosso serviço, paciente apresentou novo episódio de TSV, com FC alta, R-R irregular e duração variável do QRS compatíveis com FA pré-excitada. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica e necessidade de cardioversão elétrica. Admitido em ritmo sinusal e sem novas crises. ECG basal com pré-excitação ventricular. Ecocardiograma: anatomia e função cardíaca normais. Medicado com amiodarona e programado estudo eletrofisiológico (EEF) ambulatorial. Submetido a EEF, que evidenciou via acessória póstero-septal direita com condução bidirecional durante o exame, radiofrequência da mesma com sucesso. Sem sinais de pré-excitação no ECG em repouso, paciente recebeu alta ambulatorial. **Comentários:** A compreensão do mecanismo envolvido na TSV é de extrema importância na decisão terapêutica e na definição do prognóstico na SWPW. Raramente observa-se coexistência de mecanismos numa mesma crise. Lembrando o risco de fibrilação atrial induzida durante cardioversão química com adenosina. A ablação por radiofrequência permanece como tratamento definitivo de escolha.

P-244

ABLAÇÃO DE FLUTTER ATRIAL NA ADOLESCÊNCIA ASSOCIADO A DISFUNÇÃO IDIOPÁTICA GRAVE DO NÓ SINUSAL

ROGÉRIO ANDALAFT, BRUNO PEREIRA VALDIGEM, DALMO ANTONIO RIBEIRO MOREIRA, REBECA MOTA GONCALVES

INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

Introdução: A presença de flutter atrial (FLA) fora do periodo perinatal em pacientes com coração estruturalmente normal é uma condição rara e que pode estar associado a processos inflamatórios e disfunção do nó sinusal (DNS). O tratamento do FLA com ablação por radiofrequência (RF) associado a profilaxia antitrombótica transitório promove elevada taxa de cura da taquiarritmia mas pode tambem desmascarar a condição bradicárdica que favoreceu o surgimento da mesma. Assim as medidas cautelares de suporte para estimulação cardíaca artificial devem estar prontas para serem iniciadas em caso de bradicardia. **Objetivo:** Descrever um caso de adolescente portadora de FLA associado a DNS sem cardiopatia estrutural. **Descrição do caso:** Adolescente de 13 anos com histórico de síncope e palpitação. Apresentava síncope sem pródromos (4 episódios em 3 anos) e palpitação diária. O ECG evidenciava FLA com ondas F ciclo de 240 ms e relação AV variável com FC de 100 bpm sem uso de medicamentos. Ecocardiograma e ressonância magnética com dilatação discreta do ventrículo esquerdo. Holter pré procedimento demonstrava FLA com condução 1:1 e aberrância de condução e FC 250 bpm. Submetido à avaliação invasiva para ablação durante a internação. Utilizado cateter decapolar para marcar o anel tricuspíodeo e quadripolar e para pace no seio coronário. Utilizamos técnica de encarrilhamento e pace diferencial para estabelecer o circuito arritmogênico. O intervalo pós pace no istmo cavotriscupídeo foi de 0 ms. Realizado linha no istmo cavortricuspideo com aplicação contínua de RF com cateter de 8mm, com estabelecimento de bloqueio bidirecional e interrupção da taquicardia. Após a reversão evoluiu com bradicardia sinusal e pausas sinusais que motivou a passagem de marcapasso provisório. Nos dias subsequentes manteve bradicardia sinusal e pausas sinusais com condução AV preservada durante toda a evolução. Holter após 1 semana do procedimento aprsentava pausas sinusais de 7,3 segundos o que motivou implante demarcapasso definitivo dupla camara para estimulação atrial preferencial. Permanece assintomatica sem taquicardias ou síncope apos o implante. **Conclusão:** 1) A presença de FLA fora do periodo perinatal em pacientes jovens é rara e na ausência de cardiopatia estrutural pode denotar DNS subjacente. 2) A ablação do com RF é altamente eficaz e promove cura do FLA

P-245

EXCLUSÃO DE ARTÉRIA PULMONAR ESQUERDA SEM PNEUMECTOMIA COMO TRATAMENTO DE ANEURISMA MICÓTICO: RELATO DE CASO

SONAYRA BRUSACA ABREU, CHRISTIANE KAWANO, PAULA VIEIRA VINCENZI GAIOLLA

INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

Introdução: Os aneurismas micóticos são extremamente raros e, em sua maioria, encontrados na circulação sistêmica. Quando em artérias pulmonares, geralmente, são complicações de endocardite cardíaca direita com alta taxa de mortalidade (± 80%). **Relato de caso:** SSN, 12 anos, sexo masculino, com história de febre e dispneia há 2 meses. Foi internado com diagnostico de pneumonia, iniciado tratamento com ceftriaxona e oxacilina e instalado cateter venoso central em veia subclávia direita. O ecocardiograma na ocasião não demonstrou anormalidades. Manteve-se febril apesar da melhora do quadro pulmonar e, em novo ecocardiograma, visto imagem hiperecogênica pendunculada no folheto septal da valva tricúspide (VT) de 20x17mm. Frente ao diagnóstico de endocardite, foi mantido a ceftriaxona e substituída a oxacilina por vancomicina. Apesar da mudança não houve redução da vegetação, sendo, então, encaminhado para nossa instituição para tratamento cirúrgico. Deu entrada em regular estado geral, emagrecido, sem lesões cutâneas, articulares ou mucosas, com estertores subcrepitantes a ausculta respiratória e sem alterações a ausculta cardíaca. Apresentou escarros hemoptoicos. Ao ecocardiograma imagem hiperrefringente, móvel, de ± 20 mm, protuindo para o interior da VT. À broncoscopia lesão em óstio de lobo superior esquerdo com oclusão de 100% da luz. Angiotomografia evidenciou dilatações aneurismáticas do segmento distal da artéria pulmonar esquerda (APE), com extensão às artérias lobares superior e inferior ipsilaterais; da artéria do lobo inferior direito, além de sinais de trombose da veia braquiocefálica esquerda. No estudo angiográfico: aneurisma em APE (± 3 cm após bifurcação do tronco pulmonar); presença de outros aneurismas invadindo região hilar, invibializando tratamento com "stent". Optou-se pelo tratamento cirúrgico com retirada da vegetação e oclusão da APE. Anatomopatológico da aorta e artérias pulmonares sem sinais de vasculites e da vegetação com infiltrado inflamatório. Evoluiu bem e atualmente está em acompanhamento ambulatorial com cirurgia torácica, cardiologia pediátrica e reumatologia. **Comentários:** A ressecção cirúrgica é o pilar para o tratamento de aneurismas micóticos de artérias pulmonares, uma vez que sua ruptura é complicação frequente e potencialmente fatal. No presente caso, devido a extensão e gravidade da lesão da APE, a abordagem cirúrgica foi sua exclusão, sem pneumectomia complementar, muitas vezes preconizada nesses casos.

P-246

TERATOMA INTRAPERICÁRDICO EM NEONATO: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CIRÚRGICO

BRUNO HIDEO SAIKI, NELSON ITIRO MIYAGUE, LIVIA FOUANI DE MIRANDA, IZABELA RODRIGUES VILLELA

HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE; PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

Introdução: O teratoma intrapericárdico é um tipo de tumor cardíaco primário, de origem embrionária e raro. O desfecho clínico pode ser fatal, com quadro de insuficiência respiratória, derrame pericárdico e compressão de áreas adjacentes. **Descrição do caso:** Paciente masculino, com diagnóstico pré-natal de tumor cístico intrapericárdico, foi encaminhado a um Serviço terciário de cardiologia pediátrica com oito dias de vida, nascido de parto cesárea, a termo, com 2865 gramas e Apgar 8/8. Na admissão, apresentava derrame pericárdico e sinais de esforço respiratório, com piora progressiva. Foi submetido à cirurgia com ressecção extracapsular de massa intrapericárdica esférica de aproximadamente 5,0 cm de diâmetro, aderida à aorta, átrio direito e nutrida pela artéria coronária direita. O estudo anatomopatológico de amostra de líquido pericárdico não revelou sinais de malignidade. A análise da peça cirúrgica confirmou teratoma sólido cístico maduro e ausência de neoplasia. Evoluiu bem no pós-operatório e recebeu alta em bom estado geral. **Comentários:** O teratoma intrapericárdico é um tumor benigno, porém pode ter uma evolução maligna quando presente no recém-nascido pelo crescimento rápido e compressão de estruturas cardíacas. O diagnóstico pré-natal da massa é de extrema importância para um bom desfecho clínico do caso e o tratamento de escolha é a remoção cirúrgica perinatal do tumor.

P-247

HEMANGIOMA CARDÍACO EM NEONATO

DECIO CAVALET SOARES ABUCHAIM, JULIANA SPENGLER ABUCHAIM, VERA DEMARCHI AIELLO

HOSPITAL SANTA CATARINA

Hemangiomas são tumores cardíacos raros, representando 1% das neoplasias primárias do coração e ainda menos frequentemente no período neonatal. Apesar da possibilidade de regressão espontânea são descritas complicações como a ocorrência de hemorragia por ruptura de vasos, podendo ocasionar aumento súbito do tumor, com consequente obstrução do fluxo sanguíneo e interferência na função valvar, tamponamento cardíaco e trombocitopenia por consumo. **Descrição docas:** Paciente feminina, recebeu diagnóstico pré natal de tumor intracardíaco com 28 semanas de gestação e foi acompanhada sem intercorrências até o parto normal com 38 semanas. Com 1 mês e 9 dias de vida, O ecocardiograma mostrou a presença de massa volumosa no interior do átrio direito (1,60 x 1,77 cm). A cirurgia foi indicada pelo risco de obstrução da valva tricúspide aos 2 meses de idade, com peso de 3,4Kg e estatura de 51 cm. O achado operatório foi de um tumor ovóide intr-agrião, com áreas císticas e cerca de 30x30x30 mm de tamanho. A ressecção da parede atrial foi difícil devido à presença de aderências e fibrose, com resseção completa da lâmina da fossa oval para retirada do pedúnculo do tumor. O tempo de pinçamento anóxico foi de 46 minutos e de circulação extracorpórea de 74 minutos. O exame histológico do tumor revelou tratar-se de neoplasia benigna caracterizada pela presença de canais vasculares de diferentes diâmetros revestidos por células endoteliais sem atipias, positivas à marcação imuno-histoquímica pelo CD31 e CD34. Havia ainda áreas sólidas constituídas pelo mesmo tipo celular, além de áreas de hemorragia, de necrose e micro-calcificações. Este relato mostra a importância do diagnóstico pré natal de uma condição,que apesar de rara e benigna, que sem o encaminhamento para cirurgia, possivelmente,proporcionaria complicações graves ao paciente.

P-248

ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS EM UTI PÓS OPERATÓRIA DE CIRURGIA CARDÍACA PEDIÁTRICA

GISELLE VIANA DE ANDRADE, NAYANA GOMES DE SOUZA, LUCIANA FARIAS BASTOS, SILVANIA BRAGA RIBEIRO, CANDICE TORRES DE MELO BEZERRA CAVALCANT, KLEBIA CASTELO BRANCO, VALDESTER CAVALCANTE PINTO JUNIOR

HOSPITAL DE MESSEJNA DR. CARLOS ALBERTO STUART GOMES

A desnutrição é um fenômeno constante entre crianças portadoras de cardiopatias congênitas, independente da natureza do defeito cardíaco e da presença ou não de cianose. Acrescente-se, ainda, que muitas crianças com cardiopatias congênitas apresentam dificuldades relacionadas à nutrição no primeiro ano de vida, sendo o vômito um dos problemas mais comuns. Sabe-se que pacientes com baixo peso não têm as reservas corporais necessárias para combater os efeitos causados por uma cirurgia de grande porte como essa. **Objetivo:** Avaliar se o estado nutricional interfere no tempo de internação e desfecho clínico de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. **Metodologia:** Foi realizada uma análise retrospectiva dos registros de cirurgias cardiovasculares realizadas no período de janeiro a dezembro de 2014 no Hospital de Messejana, Fortaleza, Brasil. A amostra foi composta por portadores de cardiopatias congênitas ou adquiridas, que foram submetidos a cirurgias cardiovasculares (corretiva ou paliativa), no período estudado. As variáveis independentes foram: idade, gênero, tipo de cirurgia, o tempo de internação e o desfecho clínico. A variável dependente foi a avaliação antropométrica (escala do percentil). **Resultados:** Foram 342 cirurgias, onde foram realizadas as avaliações do estado nutricional de 308 crianças. Os principais procedimentos cirúrgicos realizados foram ventriculosseptoplastia, shunt sistêmico pulmonar, atriosseptoplastia e ligadura de canal arterial. Entre os pacientes 50,9% eram do sexo feminino, com idade e peso com mediana de 300 dias (1d - 20 anos) e 7,2 kg (2 - 89 kg), respectivamente. No sexo feminino 56% dos pacientes apresentaram o percentil idade/peso < 10 (p 0,98) no limiar da normalidade. Em relação ao percentil idade/peso e o desfecho clínico, pacientes com p < 10 apresentaram maior número de óbitos(5,7%), em relação aos que tinham p > 10 (1,75%) p 0,06. Pacientes com p < 10 apresentaram maior tempo de VM e maior tempo de internação hospitalar com mediana de 6,22 e 14 respectivamente. **Conclusão:** De acordo com a classificação (percentil) os valores predominantes neste estudo concentram-se dentro da faixa de normalidade nutricional, porém, em contrapartida, essas crianças apresentaram risco para desenvolver alterações nutricionais no período crítico de recuperação pós-cirurgia, podendo aumentar as complicações pós-operatórias e consequentemente o período de internamento e o risco de mortalidade.

P-249

TRATAMENTO CIRÚRGICO E PERCUTÂNEO DA COARTAÇÃO DA AORTA? EXPERIÊNCIA EM CENTRO DE REFERÊNCIA EM CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

JULIANA RODRIGUES NEVES, FABRICIO LEITE PEREIRA, JESSICA AZEVEDO MELO MARINHO, MARIA CRISTINA VENTURA RIBEIRO, FERNANDO RIBEIRO DE MORAES NETO, EUCLIDES MARTINS TENÓRIO, TEREZA ARREAS DE ALENCAR PINHEIRO, CLEUSA CAVALCANTI LAPA SANTOS

IMIP

Cenário: A coartação da aorta (CoAo) é malformação congênita caracterizada por estenose no istmo aórtico. O tratamento percutâneo tem se tornado o tratamento de eleição desta doença principalmente em casos de re-coartação e em adolescentes e adultos, mas em coartação nativa ou em crianças pequenas ainda há controvérsias. **Objetivos:** Avaliar o resultado imediato e tardio do tratamento da coarctação da aorta nos diversos grupos etários em centro especializado. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, observacional de corte transversal, realizado através de busca ativa em banco de dados e análise de prontuários. **Resultados:** Foram identificados 110 pacientes (pts) submetidos a tratamento de CoAo no período de julho de 2003 a maio de 2015 (64,5% masculinos). 89,1% eram CoAo nativas. Foram divididos em 2 grupos: I – percutâneo, 54 (49,1%) pacientes (Balão (17,3%) e Stent 31,8%)) e II – cirúrgico, 56(50,9%). Houve diferenças estatísticas significativas entre os grupos no que diz respeito a: média de idade (7,7 vs. 2,3 anos), média de peso (24, 3 vs. 11 kg), diâmetro do istmo aórtico (10,84 vs. 4,20 mm), bem como na distribuição entre faixas etárias a saber: de 0 a 3 meses (13% vs. 35,7%), 3-12 m (3,7% vs 12,5%), 1 a 5 anos (27,8% vs 37,5%), 6 a 12 anos (27,8% vs 14,%), e > 12 anos (27,8% vs 0%) p<0,001. Quanto ao tipo, a coartaçao era nativa em 79,6% no grupo I e 98,2% no grupo II (p = 0,002). Houve HAS significativa no PO em 98,2% (p < 0,001) e de hemotransfusão em 16,1% dos (p=0,016) pacientes cirúrgicos e outras complicações também foram mais significativas no grupo cirúrgico (13% vs 34% - p = 0,01), bem como tempo de internamento (3,85 vs 10,21 dias – (p < 0,001). Os tempos de seguimento foram de 27 e 57,7 meses, respectivamente (p < 0,001) Não houve diferenças em relação a taxa de sucesso, redução de gradiente ou mortalidade (5,6% vs 3,6% - p = 0,676). Na evolução o grupo cirúrgico evoluiu com maior necessidade de hipotensores na alta hospitalar (p < 0,001), porém no seguimento os pacientes pecutâneos usaram mais medicações (p = 0,004). **Conclusão:** O tratamento da coarctação da aorta é factível pelos dois métodos em todos os grupos etários, porém o tratamento percutâneo é mais realizado em crianças maiores e adultos. A incidência de complicações imediatas é maior no grupo cirúrgico, mas a grupo percutâneo parece permanecer com necessidade de hipotensores no longo prazo.

P-250

CORREÇÃO CIRÚRGICA DA CORONÁRIA ANÔMALA COM ORIGEM NO TRONCO PULMONAR

GLAUCIO FURLANETTO, PAULO CHACCUR, BEATRIZ HELENA SANCHEZ FURLANETTO, OMAR POZO IBAÑES, ANA LUIZA PAULISTA GUERRA, MARIA VIRGINIA TAVARES SANTANA, LUIZ CARLOS BENTO DE SOUZA

INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA; HOSPITAL BENEFICIENCIA PORTUGUESA

Introdução: a origem anômala da artéria coronária do tronco pulmonar uma anomalia congênita rara, destas, mais frequentemente observada e a emergência da artéria coronária esquerda do tronco pulmonar. O tratamento da doença é estritamente cirúrgico e consiste em reestabelecer o sistema de duas coronárias. Sem tratamento cirúrgico a mortalidade é elevada. Objetivos: relatar a experiência no tratamento cirúrgico da coronária anômala com origem no tronco pulmonar. Tratamento realizado em dois centros de alta complexidade. **Métodos:** Análise descritivo e retrospectivo dos prontuários de 21 pacientes com diagnóstico de origem anomalia de artérias coronárias operados no IDPC e no Hospital Beneficiencia portuguesa de São Paulo entre os anos 1995 e 2015. **Resultados:** foram operados 21 pacientes com idades de 1 mês a 44 anos, sendo 13 pacientes (61%) do sexo feminino. 90% dos casos correspondem a origem anômala da coronária esquerda do tronco pulmonar e 10% (02 pacientes) a origem da coronária direita do tronco pulmonar. No pre operatório 23% dos pacientes estavam com disfunção importante do ventrículo esquerdo e 14% com disfunção moderada assim como 23% dos pacientes estavam com insuficiência mitral importante e 14% com insuficiência mitral moderada. Em referencia a técnica cirúrgica foi realizada o reimplante da tronco da coronária esquerda -trapdoor- na aorta em 71% dos pacientes, a operação de takeuchi em 19% e plastia mitral foi associada em dois pacientes. A média da circulação extracorporea foi de 129.5 minutos (75 a 205 minutos) e a média do tempo de anoxia foi de 80.7 minutos (45 a 120 minutos). No pós operatório imediato as complicações foram: síndrome de baixo débito em 14 % dos pacientes e síndrome de baixo débito com necessidade de suporte circulatório ECMO em 9.5 % (02 pacientes). O tempo médio de permanência na UTI foi de 8.2 dias (2 a 25 dias). A mortalidade hospitalar se apresentou em 9.5% (02 pacientes) sendo que um deles apresentou morte súbita aos 8 dias após o desmame do ECMO. **Conclusões:** os benefícios do tratamento cirúrgico dessa anomalia são inquestionáveis. A importância da cirurgia precoce está bem documentada, tendo como objetivo a interrupção da lesão miocárdica. Atualmente o uso de suporte circulatório favorece o tratamento de pacientes que evoluem com disfunção importante do ventrículo esquerdo

P-251

DERIVAÇÃO DE VEIAS SUPRA-HEPÁTICAS PARA CIRCULAÇÃO DE KAWASHIMA - RELATO DE CASO

KELLY LUISA CINTRA, TARCISIO JOSE DA SILVA JR, WALTER VILLELA ANDRADE VICENTE, PAULO HENRIQUE MANSO

HOSPITAL DAS CLINICAS FMRP - USP

Introdução: O procedimento de Kawashima é um procedimento paliativo para pacientes com ventrículo único com heterotaxia, que possuem a veia cava inferior interrompida, e a conexão das ázigos ou hemiazigos com a veia cava superior. Estima-se que o procedimento desvia 80% a 85% do retorno venoso sistémico para os pulmões, sendo realizado habitualmente na idade escolar. **Resumo do caso:** Paciente do sexo masculino, com diagnóstico de atresia mitral, ventrículo único morfologicamente direito com dupla via de saída, estenose pulmonar, hipoplasia moderada a importante do tronco pulmonar, e hipoplasia leve do ramo esquerdo da artéria pulmonar. Foi submetido a Atriosseptectomia e Blalock Taussing Modificado bilateral (2 tempos) no primeiro mês de vida. Ao redor do primeiro ano de vida evoluiu com piora progressiva da cianose e dispneia aos esforços, sendo realizado cirurgia de Kawashima (conexão da veia cava superior esquerda ao ramo direito da artéria pulmonar), ligadura da veia cava superior esquerda e clipagem com transecção do Blalock bilateral. Apresentou lenta piora da dispnéia, com progressão da cianose. Aos 15 anos, já com clínica exuberante e hipoxemia importante (saturação periférica de oxigênio: 50% em ar ambiente) foi submetido a cirurgia de conexão de veias supra-hepáticas à circulação de Kawashima, sem necessidade de circulação extracorpórea. Após procedimento cirúrgico paciente evoluiu bem, apresentando melhora da saturação (88% em ar ambiente), da cianose e da dispneia aos esforços, recebendo alta hospitalar no 17º pós-operatório. **Conclusão:** Não há consenso na literatura sobre a melhor idade para realização da cirurgia de Kawashima, havendo uma tendência a realiza-lo na idade na qual seria realizada a cirurgia de Fontan. No presente caso o procedimento foi realizado precocemente, com bom resultado. A conexão das veias supra-hepáticas dá-se tardiamente ao procedimento na maioria dos casos (incluindo o relatado) estabelecendo melhora significativa na qualidade de vida e na hipoxemia dos pacientes.

P-252

RESULTADOS EM LONGO PRAZO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ANOMALIA DE EBSTEIN

GUILHERME VIOTTO RODRIGUES DA SILVA, LEONARDO AUGUSTO MIANA, LUIZ FERNANDO CANEO, AÍDA LUIZA RIBEIRO TURQUETTO, CARLA TANAMATI, JULIANO GOMES PENHA, MARCELO BISCEGLI JATENE

INCOR-HCFMUSP

Introdução: A anomalia de Ebstein (EA) é uma cardiopatia congênita cianogênica rara, caracterizada por variáveis graus de inserção anômala dos folhetos septal e posterior da valva tricúspide em direção ao ápice do ventrículo direito (VD). Os objetivos do tratamento cirúrgico são a reconstrução do aparato valvar e a correção da insuficiência tricúspide (IT) e das malformações associadas. O objetivo deste estudo foi avaliar os desfechos em longo prazo de pacientes submetidos à correção cirúrgica da EA. **Métodos:** Estudo retrospectivo, que incluiu 62 pacientes submetidos à correção cirúrgica de EA em nossa instituição no período de Janeiro de 2000 à Julho de 2016. Resultados em longo prazo foram avaliados: sobrevida, necessidade de reoperações, graus de regurgitação tricúspide (IT) e disfunção ventricular pós-operatória. **Resultados:** Foi realizada plastia valvar isolada em 46 (74,2%) pacientes, sendo que destes, em 12 casos foi realizada cirurgia do cone; troca valvar isolada em 12 (19,4%) pacientes, cirurgia de Glenn isolada em 1 (1,6%), cirurgia do cone + Glenn em 1 (1,6%), troca valvar + Glenn em 1 (1,6%) e plastia valvar + revascularização miocárdica em 1 (1,6%) paciente. A média de idade na cirurgia foi de 20,5±14,9 anos, sendo que 46,8% dos pacientes eram do sexo masculino. O tempo médio de seguimento foi de 8,27±4,97 anos. A mortalidade em 30 dias foi 8,3% e a sobrevida em 1 ano e 10 anos foram 93,3% ambas. Onze (17,7%) pacientes necessitaram de reoperação, em um tempo médio de 4,5±4,2 anos após a primeira cirurgia. Quando se comparou presença de IT importante pós-operatória e o tipo de cirurgia realizada, pacientes submetidos à cirurgia do Cone apresentaram menor incidência de IT importante quando comparados àqueles submetidos à plastia valvar (p = 0,011, RR: 6,36%). **Conclusão:** Resultados em longo prazo no tratamento cirúrgico da anomalia de Ebstein demonstram sobrevida aceitável e baixa necessidade de reintervenções, sendo que pacientes submetidos à reconstrução cônica da valva tricúspide apresentaram menor incidência de IT importante pós-operatória.

P-253

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE E O MANEJO DA PERSISTÊNCIA DO CANAL ARTERIAL

ELOÍSA GOMES DO ROSÁRIO MONTEIRO TEIXEIR, MICAELA GOIS DIAS, ALDENILDE REBOUÇAS FALCÃO DE CASTRO, MANOEL REGINALDO ROCHA DE HOLANDA

UNIVERSIDADE POTIGUAR

Introdução: Estudos indicam que o fechamento funcional do canal arterial no recém-nascido (RN) a termo ocorre, em cerca de 50% dos casos, em torno das primeiras 24 horas de vida; em 90%, até 48 horas, e, em praticamente todos os RN em torno de 72 horas de vida. Nos RN pré-termo (RNPT), há uma elevada incidência de persistência do canal arterial (PCA) que pode tornar-se um fator de grande agravo às condições clínicas do RN. O ecocardiograma com Doppler (padrão-ouro) deve ser feito precocemente para o diagnóstico. Depender apenas da sintomatologia pode acarretar atraso na conduta e piorar o prognóstico. **Relato de caso:** Y. V. D. S., sexo feminino, nascida em 22/02/16 por parto vaginal com 25 sem e 3 dias (RN prematuro extremo) e APGAR 5/6. Pesou 820 g, mediu 32 cm de estatura e 24 cm de PC. Devido insuficiência respiratória, recebeu ventilação mecânica desde o nascimento. Foi auscultado sopro cardíaco nos primeiros dias de vida, suspeitando-se de PCA. No entanto, o diagnóstico só foi confirmado pelo ecocardiograma em 02/03/2016. Não respondeu à terapêutica inicial com Ibuprofeno. Realizou o tratamento cirúrgico para ligadura do canal arterial apenas em 06/07/16. Submeteu-se a ventilação mecânica por mais de 5 meses. Cursou também com retinopatia da prematuridade e displasia broncopulmonar. Recebeu alta hospitalar em 12/08/16, em aleitamento materno exclusivo. **Comentários:** O ecocardiograma com doppler precoce permite um tratamento eficiente da PCA porque avalia se o canal arterial tem repercussão clínica significativa. O fechamento do canal arterial pode ser alcançado através do tratamento clínico ou cirúrgico, a depender da gravidade do caso e da falha terapêutica medicamentosa (Paracetamol ou Ibuprofeno). No insucesso medicamentoso, a cirurgia deve ser realizada a céu aberto, por videolaparoscopia ou por abordagens endovasculares. Y.V.D.S. não obteve diagnóstico precoce devido problemas burocráticos e financeiros, mesmo tendo nascido na maior maternidade de referência em saúde materno-infantil do Estado do Rio Grande do Norte. Logo, seu tratamento foi tardio, o que acarretou maiores intercorrências e longa permanência hospitalar. A abordagem adequada a uma PCA requer diagnóstico precoce e intervenção rápida e precisa, levando, assim, a uma melhora do prognóstico e menos consequências.

P-254

ENDOMIOCARDIOFIBROSE EM LACTENTE DE 8 MESES: RELATO DE CASO

MARCELLA LEAL DOS SANTOS MAIA, ANA CRISTINA S. TANAKA, SAMIA MEDEIROS BARBAR, CAMILA GURGEL LOBO

INSTITUTO DO CORAÇÃO - HC - FMUSP

Introdução: A endomiocardiofibrose (EMF) é uma doença caracterizada por espessamento fibroso do endocárdio e do miocárdio, acometendo a região apical e via de entrada ventricular, culminando em disfunção diastólica dos ventrículos do tipo restritiva. Pode acometer ambos os ventrículos ou ocorrer de forma isolada. É mais prevalente em adultos e rara na faixa etária pediátrica. A etiologia não está bem esclarecida e o quadro clínico dependerá do grau de acometimento ventricular, sendo mais comum o de insuficiência cardíaca (IC). **Relato de caso:** B.L.M., masculino, 8 meses, foi admitido no Pronto Socorro com quadro IC descompensada. Apresentava ganho ponderal inadequado e quadros respiratórios de repetição inclusive com internação em UTI e ventilação mecânica. Ao exame físico apresentava dispneia moderada, sibilos pulmonares difusos, pulsos finos e extremidades frias e pálidas. A radiografia de tórax mostrava congestão pulmonar, com padrão venocapilar. O ecocardiograma (ECO) evidenciou miocárdio ventricular com aumento das trabeculações, sugerindo miocárdio não compactado; o septo interventricular apresentava aspecto hiperrefringente sugestivo de fibrose; átrio esquerdo com dilatação importante sugestivo de padrão restritivo. A ressonância magnética confirmou o diagnóstico de EMF isolada do VE pela presença de fibrose miocárdica global do subendocárdio do VE com predomínio apical. Durante a internação, foram otimizadas as medicações para o tratamento da IC com boa resposta. **Discussão:** Os primeiros casos de EMF foram descritos em países africanos com acometimento preferencial da população com baixo nível sócio-econômico. A doença caracteriza-se por fibrose endomiocárdica, dificultando o relaxamento ventricular e simulando síndrome restritiva. A etiologia ainda não está bem esclarecida e o quadro clínico depende do grau de disfunção diastólica do ventrículo acometido e poderá apresentar sinais de IC direita ou esquerda. Pode ocorrer acometimento subvalvar, pela inserção valvar em áreas com tecido fibrótico. O diagnóstico pode ser sugerido pelo ECO e determinado pela ressonância magnética e biópsia endomiocárdica. O tratamento limita-se ao controle da IC. A progressão da doença com desenvolvimento de hipertensão pulmonar pode ocorrer. Sua ressecção cirúrgica é possível, porém com alta taxa de morbimortalidade.

P-255

PREVALÊNCIA DE PORTADORES SÃOS DE ESTREPTOCOCO GRUPO A EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDOS EM MUTIRÃO NO ESTADO DA PARAÍBA

ALEXANDRE TARGINO GOMES FALCAO FILHO, RAIMUNDO FRANCISCO DE AMORIM JÚNIOR, ANA VIRGNIA ABATH ESCOREL BORGES, THAMINE DE PAULA HATEN, FELIPE ALVES MOURATO, SANDRA DA SILVA MATTOS

CÍRCULO DO CORAÇÃO DE PERNAMBUCO

Introdução: O estreptococo beta hemolítico do grupo A (EBGA) é o agente mais associado a amigdalite bacteriana na faixa etária pediátrica e está associado ao desenvolvimento de febre reumática aguda e cardite reumática. A partir da identificação do EBGA na orofaringe, de acordo com a presença ou não de sintomas, podemos definir o paciente como com estreptococcia aguda ou portador assintomático da bactéria (PA). A prevalência de PA está estimada em 0,8-1,6% no Brasil, e pode guardar relação com nível socioeconômico, fatores ambientais e precariedade dos serviços de saúde oferecidos. **Objetivos:** Determinar a prevalência de PA através da aplicação de teste rápido para EBGA em uma população de crianças no interior do estado da Paraíba, no Nordeste Brasileiro durante os anos de 2015 e 2016. **Metodologia:** Os casos foram analisados a partir do banco de dados de 1071 crianças e adolescentes, acima de 4 anos (521 em 2015 e 551 em 2016). Todos foram atendidos na Caravana do Coração - evento que acontece anualmente, passando por 13 cidades paraibanas para triagem e assistência de cardiopatias na infância. Os pacientes realizaram teste rápido para EBGA com o Kit QuickVue+ da Quidel. **Resultados:** Encontrou-se uma prevalência geral de 4,4% de exames positivos em 2015 e 21,9% em 2016. As cidades com maior prevalência de exames positivos em 2016 foram Pombal (59%), Souza (31,25%), Catolé do Rocha (28,8%) e Monteiro (28,5%). A cidade de Itaporanga registrou a menor prevalência no mesmo ano (5,6%). **Conclusão:** Foi encontrada uma alta prevalência de portadores assintomáticos de EBGA na população estudada, sendo observado um grande aumento no número de pacientes com teste rápido positivo entre 2015 e 2016, além de grande variação regional dentro do estado da Paraíba. Tal elevação pode ser explicada pela dificuldade de abastecimento no país de derivados da penicilina durante o ano de 2015 ou a más condições de acesso aos serviços de saúde.

P-256

VEIA CAVA SUPERIOR ESQUERDA PERSISTENTE: UM FATOR DE RISCO PARA TAQUIARRITMIAS

LIVIA DE CASTRO RIBEIRO, ADRIANA FURLETTI MACHADO GUIMARÃES, SONIA FRANCISCA DE SOUZA, SANDRA REGINA TOLENTINO CASTILHO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

Introdução: Veia cava superior esquerda persistente (VCSEP) é uma variedade anatômica encontrada em cerca de 0,4% da população saudável e em 4-10% da população com cardiopatia congênita. Apesar de ser considera benigna, é descrita associação com taquiarritmias supraventriculares. Este trabalho relata um caso de VCSEP em paciente com suspeita de taquicardia supraventricular. **Descrição do caso:** Adolescente de 14 anos de idade, encaminhado para investigação de VCSEP devido a presença de taquicardia supraventricular. Realizado estudo eletrocardiográfico de 24 horas que identificou ritmo atrial baixo intercalado com ritmo sinusal, com raras extra-sístoles ventriculares e supraventriculares, sem taquicardias no período analisado. Estudo ecocardiográfico (ECO) evidenciou seio coronário dilatado, sugestivo de VCSEP. Realizada infusão de solução salina fisiológica agitada em acesso venoso em membro superior esquerdo, com rápida opacificação do seio coronário, que confirmou o diagnóstico. **Comentários:** A VCSEP pode se relacionar a arritmias supraventriculares através de diferentes mecanismos. O estiramento e fibrose do sistema de condução devido à dilatação do seio coronário, assim como a atividade elétrica ectópica gerada por células com potencial de automaticidade remanescentes da VCSE podem ser fatores desencadeantes de arritmia. A ecocardiografia transtorácica convencional apresenta limitações para a identificação da VCSEP, sendo a dilatação do seio coronário sugestiva de sua presença. A confirmação diagnóstica pode ser feita através de injeção de solução salina agitada em veia periférica de antebraço esquerdo, resultando em completa opacificação do seio coronário, seguida do átrio e ventrículo direitos. Raramente, a VCSEP pode drenar diretamente no átrio esquerdo, situação na qual o seio coronário habitualmente está ausente. O caso relatado enfatiza a necessidade de investigação de VCSEP em paciente com taquiarritmias supraventriculares.

P-257

PERFIL ELETROCARDIOGRÁFICO DE PACIENTES COM TETRALOGIA DE FALLOT CORRIGIDA CIRURGICAMENTE EM SERVIÇO DE CIRURGIA CARDÍACA

CAMILLA CANGUSSÚ FERREIRA, RAIMUNDO FRANCISCO DE AMORIM JÚNIOR, CYBELLE LUZA COSTA, ANA HELBANE DE SOUSA JACOME DOS SANTOS, SANDRA DA SILVA MATTOS

CÍRCULO DO CORAÇÃO DE PERNAMBUCO

Introdução: Parâmetros do eletrocardiograma (ECG) tem sido identificados como preditores de arritmias e morte súbita em pacientes com tetralogia de Fallot (T4F) corrigida, como a duração do complexo QRS > 180 ms, bem como o seu aumento ao longo do seguimento, além de intervalo QT longo e presença de ondas U. Alguns estudos demonstram elevada prevalência da fragmentação do QRS na T4F corrigida, associada ao aumento do intervalo QT e do QRS. Todavia, não há consenso sobre o papel do ECG como preditor de mortalidade no seguimento desses pacientes. **Objetivos:** Traçar o perfil das alterações eletrocardiográficas de pacientes no pós-operatório de T4F em um serviço de referência. **Métodos:** Análise retrospectiva de um banco de dados de um serviço de referência em cardiologia pediátrica no estado de Pernambuco. De 169 diagnósticos ecocardiográficos de T4F, foram selecionados 39 pacientes cirurgicamente corrigidos, tendo sido analisado o ECG mais recente de cada um. Os achados eletrocardiográficos foram registrados em banco de dados e dispostos em frequências absolutas e relativas. A análise estatística, quando necessária, foi realizada através do teste de qui-quadrado, considerando-se significante um valor de $p < 0,05$. **Resultados:** A idade média foi de 8,5 anos (DP = ± 4,8). Os ECG foram realizados em média 4,7 anos após a cirurgia (DP = ± 3,9). Ritmo sinusal e atrial ectópico foram encontrados em 36 e 2 pacientes, respectivamente. Sobrecarga atrial esquerda foi vista em 2 pacientes e nenhuma sobrecarga de atrial direita. A média do intervalo QRS na derivação V1 foi de 116 ms (DP = ± 29,3). Apenas 1 paciente teve QRS > 180 ms e 6 pacientes apresentaram QRS > 160 ms. O intervalo QT foi maior que 450 ms em 6 pacientes, sendo maior que 480 ms em 3 pacientes. Foi encontrado presença de ondas U em 7 pacientes e alterações de repolarização em 1 paciente. Critérios para fragmentação do QRS foram preenchidos por 25 pacientes. O QRS fragmentado guardou relação com o aumento do QRS acima de 160 ms e intervalo QT aumentado ($p = 0,054$). **Conclusão:** Houve baixa prevalência de alterações eletrocardiográficas associadas a mau prognóstico com uma maior incidência de aumento do intervalo QT. O achado de fragmentação do QRS guardou relação com o aumento do intervalo QT e do QRS. A busca e acompanhamento de tais alterações devem fazer parte da rotina do cardiopediatra nesta população.

P-258

ANOMALIA DE EBSTEIN MITRAL: RELATO DE UM CASO RARO

CAMILA LINO M R DA SILVA, DANIEL ALVES MASCARENHAS, SOLANGE COPPOLA GIMENEZ, MARCELO BISCEGLI JATENE

HOSPITAL DO CORAÇÃO

Introdução: Em 1866, Wilheem Ebstein descreveu a malformação da valva tricúspide, que é caracterizada por uma implantação anormal dos folhetos posterior e septal na cavidade do ventrículo direito ocorrendo sua atrialização na porção da via de entrada. A anomalia de Ebstein na valva mitral é rara, envolve a displasia do folheto posterior ou mural sem afinamento da porção atrializada do ventrículo esquerdo (VE). **Relato de Caso:** S. A. B. A., 2 anos, portadora de Interrupção do Arco Aórtico, comunicação interventricular (CIV) e má formação da Valva Mitral, submetida a bandagem das artérias pulmonares e colocação de "stent" no canal arterial no período neonatal. Posteriormente, após correção do arco aórtico, optou-se pela realização de atriosseptectomia e bandagem do tronco pulmonar, retirada de bandagens das artérias pulmonares e correção da interrupção. Evoluiu com disfunção ventricular importante e realizou ressonância nuclear magnética que evidenciou valva mitral com único músculo papilar em posição inferior, com cordoalhas tendíneas para ambos os folhetos valvares, insuficiência discreta, disfunção ventricular esquerda e estenose aórtica. Ao ecocardiograma, a valva evidenciou dois papilares, com deslocamento apical de seus folhetos, cordas encurtadas e coaptação central em região apical (Ebstein de valva Mitral), com insuficiência discreta e estenose importante. Foi submetida a vavoplastia por cateter balão da valva aórtica, com recuperação da função ventricular esquerda. Em 11/06/2016 foi submetida a troca valvar mitral por prótese metálica. A descrição cirúrgica corrobora os laudos dos exames de imagem sobre a baixa implantação da valva mitral e porção atrializada do VE. **Discussão:** O caso acima mostra ser de importante relevância, dada à alteração incomum encontrada na valva mitral sugestiva de Anomalia de Ebstein, fato raro ao se tratar da valva atrioventricular esquerda. Vale ressaltar a importância de considerar esta alteração como um diagnóstico diferencial nas malformações da valva mitral.

P-259

PROFILAXIA SECUNDÁRIA EM FEBRE REUMÁTICA

THIAGO REZENDE FERREIRA, VANESSA TAVARES DE OLIVEIRA REZENDE, CAMILLA ANDRADE LIMA, RENATO ALVES DA SILVA, ERIKA CESAR DE OLIVEIRA NALIATO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

Introdução: A febre reumática, complicação imunomediada, não supurativa, da faringoamigdalite estreptocócica tem como aspecto mais importante o envolvimento cardíaco, que pode gerar sequelas e até levar ao óbito. Visto que indivíduos que desenvolveram febre reumática têm predisposição a recorrências, principalmente nos primeiros anos após o evento, e considerando que a recorrência em pacientes com sequelas cardíacas pode ser devastadora, faz-se necessário sua profilaxia secundária. A duração desta depende da idade do paciente quando da ocorrência de febre reumática e da existência/magnitude de sequelas, variando de 5 anos até por período vitalício. A despeito de sua importância, a falta de adesão à profilaxia secundária é frequente e preocupante. Objetivo: Conhecer os motivos de não adesão e as vantagens/desvantagens dos esquemas profiláticos. **Métodos:** Pesquisa na base de dados "US National Library of Midicine" (Pubmed) utilizando o termo "rheumatic fever secondary prophilaxis" e o filtro "clinical trial". **Resultados:** Cinco estudos obedeceram ao critério de inclusão. Os dois primeiros avaliavam taxa de adesão e motivos de adesão/não adesão à profilaxia. Observou-se baixa adesão, associada principalmente ao medo da dor, ao desconhecimento sobre a doença/profilaxia e à dificuldade de ir à unidade de saúde. Gopal comparou a eficácia da profilaxia oral com metilfenoxipenicilina (penicilina V) de 12/12h e com azitromicina semanal, obtendo melhor resultado com a penicilina V (nenhuma infecção estreptocócica). Amir et al em ensaio clínico, duplo cego, randomizado compararam os níveis séricos de penicilina e o nível de dor em pacientes que receberam penicilina benzatina diluída em água destilada versus diluída em lidocaína, concluindo que não houve alteração dos níveis séricos, mas a lidocaína reduziu a dor no momento da injeção. Hung-Chi Lue et al compararam o uso de penicilina benzatina a cada 21 dias e a cada 28 dias, concluindo que não houve diferença significativa de adesão e que o esquema trissemanal foi significativamente mais eficaz. Muitos pacientes que tiveram febre reumática estão expostos ao risco de recidiva devido à não adesão à profilaxia secundária ou a uso de esquemas profiláticos menos eficazes. **Conclusão:** Medidas simples podem minimizar o problema da não adesão à profilaxia secundária da febre reumática, como a educação em febre reumática, uso de lidocaína como diluente da penicilina benzatina e uso e esquema profilático eficaz.

P-260

AVALIAÇÃO PONDERO-ESTRATURAL DE CRIANCAS PORTADORAS DE CARDIOPATIAS CONGENITAS SUBMETIDAS A CIRURGIA EM UM HOSPITAL DE ALAGOAS

ADRIANA SANTOS CUNHA CALADO, RICARDO CESAR CAVALCANTI, JOSE WANDERLEY NETO

HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS

Introdução: Crianças com cardiopatias congênitas (CC) têm alto risco de déficit no crescimento e desenvolvimento. O tipo, forma e gravidade da cardiopatia interferem nas alterações, impondo comprometimento do peso e da estatura. O alto consumo energético e o hipermetabolismo das cardiopatias acianogênicas (CCA) implicam maiores alterações, enquanto a hipóxia celular presente nas cardiopatias cianogênicas (CCC) fazem menor grau de deficiência nutricional e de crescimento. A evolução das cirurgias cardíacas proporcionou um progresso pondero-estatural, porém limitado por fatores inerentes à doença, às complicações pós-operatórias e aos aspectos socioeconômicos. **Objetivo:** Avaliar as alterações no desenvolvimento pondero-estatural de portadores de CC submetidas a correção cirúrgica em um hospital de Alagoas. **Métodos:** Informações das cirurgias de CC foram colhidas, de setembro 2015 a agosto 2016, em um hospital de Alagoas. 53 crianças (pré-operatórios) com CC foram pesadas e medidas. Utilizaram-se as curvas da Organização Mundial de Saúde 2006-2007 e o Índice de Massa Corpórea (IMC). **Resultados:** A idade média foi de 7,1 anos. 23 eram femininos (43,4%) e 30 masculinos (56,6%). Diagnosticam-se 52 CCA, sendo 18 com comunicação interventricular (CIV), 14 com comunicação interatrial (CIA), 11 com permanência do canal arterial (PCA), 1 com defeito do septo atrioventricular (DSAV), 2 com CIA e CIV, 4 CIV e PCA, 1 CIA com DSAV e 1 com estenose pulmonar. A outra com tetralogia de Fallot. Houveram 4 que ainda apresentaram hipertensão pulmonar (HP), 3 associadas com CIV e 1 com CIA. Do exposto 21,15% com CCA e 100% das com CCC, estavam abaixo do peso e 9,61% das com CCA, acima do esperado (sobrepeso). Acerca da estatura, 20,75% cursaram com hipodesenvolvimento, influenciado pela HP. As com CCA sem HP tinham peso normal. O déficit ponderal foi maior com HP. **Conclusão:** De acordo com o exposto, todas as crianças com CCC estavam abaixo do peso ideal para a idade segundo as curvas de crescimento e desenvolvimento da OMS em contrapartida as crianças com CCA as quais apenas 21,15% delas estavam com déficit ponderal. A influência negativa da HP também na redução de estatura ideal mostrou-se muito importante. Portanto, pode-se sugerir que o estado nutricional está sendo negativamente influenciado pelas cardiopatias supracitadas.

P-261

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS COMO MÉTODO DE SCREENING DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA INFÂNCIA

NATÁLIA DIDIER NUNES MOSER, FELIPE ALVES MOURATO, CAROLINA PAIM GOMES DE FREITAS, CYBELLE LUZA COSTA, EDUARDO DE HOLANDA CARVALHO, SANDRA DA SILVA MATTOS

CÍRCULO DO CORAÇÃO DE PERNAMBUCO

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) na faixa etária pediátrica, principalmente na adolescência, tem se tornado um problema grave de saúde pública, uma vez que a incidência de níveis pressóricos elevados nas crianças aumentou em relação a anos anteriores. No entanto, ela ainda é uma doença subdiagnosticada na infância, tanto pelo excesso de pacientes nos Serviços públicos quanto pelo seu reconhecimento difícil, devido ao fato de uma análise detalhada de várias tabelas de percentis ser necessária para o diagnóstico. Com o intuito de otimizar o diagnóstico da HAS na pediatria, estudos recentes têm procurado correlacionar medidas antropométricas da criança à presença da doença. **Objetivos:** Comparar a eficácia de diferentes medidas antropométricas com a presença de distúrbios da pressão arterial sistêmica em escolares e adolescentes. **Métodos:** Estudo transversal retrospectivo envolvendo 457 pacientes provenientes de treze cidades do estado da Paraíba atendidos durante uma missão de busca ativa por cardiopatias congênitas. A pressão arterial (PA) de todos os participantes foi aferida, assim como a circunferência cervical, a circunferência da cintura, a circunferência braquial, a relação cintura/altura e o índice de massa corpórea (IMC). As medidas antropométricas foram comparadas entre si e em relação à presença de distúrbios pressóricos por meio de curvas ROC. Índices pré-teste e pós-teste foram calculados e comparados entre si. **Resultados:** A PA elevada teve uma prevalência de que variou com a faixa etária e o gênero da população estudada. Nos escolares do gênero masculino, a prevalência foi de 10,67%, enquanto que nos do gênero feminino foi de 7,64%. Nos adolescentes do gênero masculino, a prevalência foi de 13,58%, enquanto no gênero feminino foi de 15,85%. As medidas que apresentaram maior sensibilidade nos escolares foi a circunferência braquial (96,3% com IC: 81,03% - 99,91%), enquanto nos adolescentes predominou a relação entre cintura-altura (95,83% com IC: 78,88% - 99,89%). **Conclusão:** O perímetro braquial em escolares e a relação cintura-altura em adolescentes podem ser possíveis marcadores preditivos para o rastreio da HAS nestas faixas etárias.

P-262

MIOCARDITE MIMETIZANDO QUADRO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM PACIENTE JOVEM

JOAO VICTOR CABRAL CORREIA FERRER, KLEBIA CASTELO BRANCO, ISABEL CRISTINA LEITE MAIA, CANDICE TORRES DE MELO BEZERRA CAVALCANT

HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES

A miocardite é uma doença inflamatória do miocárdio, secundária a diferentes agentes etiológicos, afetando predominantemente adultos jovens. Embora a histologia permaneça como diagnóstico padrão, pacientes de baixo risco podem ter um diagnóstico presumido pela apresentação clinica e achados da ressonância magnética cardíaca (RMC). A RMC permite a detecção de achados de miocardite, incluindo hiperemia inflamatória, edema, necrose e cicatrizes miocitárias, mudanças de tamanho e geometria ventricular, anormalidades regionais e globais no movimento das paredes e a presença de efusão pericárdica. As manifestações clínicas são variáveis, desde formas subclínicas até morte súbita, passando por exemplo, por dor torácica, que pode refletir a associação com pericardite ou mimetizar, clínica e eletrocardiograficamente,um quadro de angina e/ou infarto agudo do miocárdio (IAM). **Descrição do caso:** Paciente masculino, 16 anos, admitido em 15/02/2016, com quadro de dor torácica retroesternal de forte intensidade, em repouso, sem irradiação, sem fatores de melhora ou de piora e associada a dispneia e palidez cutânea. Referiu quadro de febre, diarréia e náuseas 72 horas antes do início do quadro. ECG evidenciou supradesnivelamento de segmento ST em derivações frontais inferiores e precordiais laterais esquerdas. Bioquímica demonstrou Troponina I (TnI) igual a 2,85 ng/mLe Creatinoquinase Fração Cardíaca (CK-MB) igual a 58,35 ng/mL. Ecocardiograma com Doppler (ECOD) inicial sem alterações significativas. Exame de Holter evidenciou supradesnivelamento de segmento ST em DII, DIII, aVF e V6 com onda T invertida, ratificando achados deECG.Paciente evoluiu com persistência dos episódios álgicos diários. Repetido ECOD, demonstrando hipocinesia leve da parede inferior. Em razão da faixa etária e antecedentes de quadro viral, levantou-se hipótese diagnóstica de miocardite. RMC evidenciou edema e fibrose mesoepicárdica nas paredes inferior e lateral do ventrículo esquerdo, compatível com miocardiopatia inflamatória. **Considerações:** em quadros de dor torácica similar a IAM em pacientes jovens, é importante o diagnóstico diferencial com miocardite, sendo a RMC uma boa ferramenta diagnostica não invasiva.

P-263

MIOCARDITE COMO COMPLICAÇÃO GRAVE DA FEBRE HEMORRÁGICA DA DENGUE

JOAO VICTOR CABRAL CORREIA FERRER, KLEBIA CASTELO BRANCO, CANDICE TORRES DE MELO BEZERRA CAVALCANT, CAMILA RODRIGUES NEPOMUCENO

HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES

Introdução: A febre hemorrágica da dengue é manifestação pouco frequente e ocorre quase que exclusivamente em pacientes com experiência anterior, sugerindo fisiopatologia associada à hiper-resposta imune mediada por anticorpos heterólogos. O acometimento cardíaco pela dengue é considerado raro e suas manifestações clínicas variam consideravelmente. Existem publicações de relatos de casos isolados de distúrbios de condução atrioventricular (ritmo juncional e bloqueio atrioventricular), arritmias supraventriculares e miocardites. Entretanto, a disfunção ventricular associada à fase aguda da dengue hemorrágica foi descrita por diversos autores, e provavelmente é subdiagnosticada na prática clínica. **Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, 8 anos, natural e procedente de Fortaleza. Em 30/03/15 deu entrada em serviço médico com um quadro de convulsão a esclarecer e febre, com hipótese diagnostica de encefalite viral. Evoluiu com quadro de edema agudo de pulmão e insuficiência renal aguda. Foram iniciados antibióticos, aciclovir e drogas vasoativas (DVA). Ecocardiograma (ECO) evidenciava hipocinesia difusa grave do ventriculo esquerdo (VE), insuficiência mitral moderada, grande dilatação de câmaras cardíacas esquerdas, fração de ejeção (FEj) 27%, fração de encurtamento sistólico ventricular (delta D) 12%. Em 04/04/2015,transferido para segundo serviço por piora do quadro cardíaco, associado a febre e rash. ECO da admissão mostrou FEj de 47% e delta D 23%. Fez uso de Milrinona e Dobutamina, com melhora do quadro e recuperação progressiva da função cardíaca, com posterior suspensão de DVA e associação de Captopril, Carvedilol e Aldactone. Sorologia para dengue positiva em 31/04/15. **Considerações:** As manifestações cardíacas da dengue são raras, porém a depressão da função miocárdica pode ser extremamente grave nos casos de doença hemorrágica ou choque associado.

P-264

INTERRUPÇÃO DE ARCO AÓRTICO TIPO B

LAILA VASCONCELOS SOARES, CAMILA SARTORIO BARBOSA KYBURZ, ADRIANA MACINTYRE INNOCENZI, SANDRA JESUS PEREIRA

HOSPITAL FEDERAL SERVIDORES DO ESTADO; PERINATAL; HOSPITAL FEDERAL SERVIDORES DO ESTADO

Introdução: A interrupção do arco aórtico é uma anomalia congênita rara caracterizada pela descontinuidade do lúmen da aorta toráxica ascendente e descendente, sendo classificada em três tipos principais (A, B, C) de acordo com a posição da interrupção, seja ela após artéria inominada, artéria carótida esquerda ou após artéria subclávia esquerda. Nesse caso há ausência total do lúmen, mas com continuidade aórtica. Sendo assim, a aorta descendente recebe sangue da artéria pulmonar através do canal arterial. **Descrição:** E.M.S., 20 dias de vida, feminino, parto cesário a termo, no HFSE do RJ, com ultrassom fetal mostrando aorta pequena. Ecocardiograma transtorácico evidenciou comunicação interatrial (CIA), comunicação interventricular(CIV), persistênsia do canal arterial e arco aórtico interropido. Iniciado prostin. Angiotomografia mostrando aorta ascendente com calibre preservado, artérias carótidas direita e esquerda com origem no início da aorta transversa e logo após, observa-se interrupção do arco aórtico. Artérias subclávias direita (D) e esquerda (E) com origem na aorta descendente. Arco aórtico a direita da coluna. Na cirurgia, feito ressecção do tecido ductal, reparo das origens das artérias subclávias D-E no início da aorta descendente, correção da interrupção aórtica tipo B com redirecionamento de fluxo com aortoplastia e ampliação do arco aórtico. Fechamento da CIA e CIV. **Comentários:** Cerca de 5 a 8% dos pacientes apresentam esse tipo de cardiopatia congênita, ocorre duas vezes mais em homens do que em mulheres. Associado a Síndrome de Turnner, valva aórtica bicúspide, persistência do canal arterial, comunicação interventricular, síndrome de Di George. A interrupção pode ser divida em Tipo A: todos os vasos do pescoço saem do arco aórtico. Tipo B: subclávia esquerda sai da aorta descendente (nosso caso). Tipo C: entre carótica comum esquerda e tronco braquiocefálico. Os sintomas surgem logo nos primeiros dias de vida, tão logo o canal começa a se fechar. O diagnóstico pode ser feito por ecocardiograma fetal ou após o nascimento com ecocardiograma transtorácico. Por vezes é necessário a realização de outro exame complementar como angiotomografia e cateterismo cardiaco. A cirurgia nesses casos é indicada visando o reestabelecimento da luz do arco aórtico.

P-265

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM ADOLESCENTE

DANIELA JACKSON CARAPIA LADEIA SENA, JOBERTO PINHEIRO SENA, PALOMA DE ARAUJO CASTRO, ROSANA NOVAIS DE CARVALHO, ANABEL GOES COSTA

HOSPITAL SANTA IZABEL

LLLP, 14 anos, masculino, estudante, natural e procedente de Salvador, relato de dor precordial intensa em aperto, súbita, em repouso, associada à sudorese, palidez e náuseas. Chega a serviço de emergência 45 minutos após início de quadro, com precordialgia, apresentou episódio de vômito e foram administrados sintomáticos (dipirona e ondansetrona) com melhora de dor. Negou tabagismo, etilismo e uso de drogas. Referiu diagnóstico de rinite alérgica e uso de Montelucaste há 15 dias. Ao exame físico, estava em bom estado geral, lúcido, eupnéico. PA: 90/62mmHg, pulso: 84 bpm, rítmico, cheio. Sem outras alterações. Exame cardiovascular sem alterações. O eletrocardiograma na chegada demonstrou supradesnivelamento do segmento ST de parede ínfero-látero-dorsal, sendo administrados medicamentos para síndrome coronariana aguda e solicitada transferência para o Hospital Santa Izabel (HSI). Admitido em laboratório de hemodinâmica do HSI aproximadamente 10 horas após início dos sintomas, coronariografia (CATE) revelou oclusão distal do ramo póstero-lateral de artéria circunflexa e grande trombo no segmento médio de artéria descendente anterior - fluxo TIMI III - e no 2º ramo diagonal, além de disfunção segmentar à ventriculografia. Foi optado por administração de inibidor da glicoproteína IIB/IIIA (tirofiban) e manutenção de AAS, clopidogrel e anticoagulação plena com enoxaparina sódica, além do uso de inibidor de enzima conversora de angiotensina e betabloqueador. Foi realizado ecocardiograma transtorácico que corroborou disfunção segmentar evidenciada em ventriculografia, com fração de ejeção (FE) de 48%. Após 5 dias, realizou ecocardiograma transesofágico, que evidenciou forame oval patente, com shunt bidirecional, além de melhora da disfunção segmentar (FE: 59%). O novo CATE evidenciou resolução completa dos achados coronariográficos descritos anteriormente, além de ponte miocárdica em segmento médio de artéria descendente anterior. Paciente evoluiu assintomático. Recebeu alta em uso de succinato de metoprolol, lisinopril, clopidogrel, AAS e marevan. Manteve acompanhamento ambulatorial, com INR em faixa terapêutica neste período. A pesquisa de trombofilias, mutação do fator V de Leyden, mutação do gene da protrombina, antitrombina III, proteína antigênica S livre, proteína C funcional, fator de von Willebrand, auto anticorpos cardiolipina IgG e IgM, FAN e fibrinogênio, revelou resultados normais. Optado por fechamento percutâneo do Forame oval prévio.

P-266

DOR PRECORDIAL NA INFÂNCIA? ARTERITE DE TAKAYASU

CLARISSA DE PAULA FREITAS ROCHA, BRUNA MARTINS PAIVA, MAIRA GUIMARES CORRADI, ROBERTO MAX LOPES

BIOCOR INSTITUTO

A Arterite de Takayasu é uma vasculite crônica granulomatosa, não aterosclerótica, com predomínio no sexo feminino e mais prevalente entre 10 a 40 anos de idade. A etiologia é desconhecida, mas fatores genéticos, autoimunes e infecciosos parecem estar envolvidos. Trata-se de um processo inflamatório que culmina em estenose/obstrução e até trombose dos vasos acometidos. Acomete vasos de grande e médio calibre. Alterações coronarianas são obervadas em 10% dos pacientes. Os pacientes podem ser assintomáticos (10%) ou podem apresentar franca ICC, acidente cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, dissecções ou aneurismas. No presente estudo, relatamos o caso de G.C.P., 46 Kg, 11 anos, masculino, previamente hígido, história familiar sem antecedentes cardiovasculares, que iniciou quadro de cansaço aos esforços, sudorese e palpitações. Em consulta com cardiologista constatado hipertensão arterial sistêmica, sendo então iniciado propedêutica cardiológica. Em 40 dias, evoluiu com dor torácica típica. Exames evidenciaram elevação de troponina e ao ECG, sinais de isquemia subendocárdica antero-lateral (Infra desnivelamento de ST de V3 a V6, DI e AVL). Ecocardiograma normal. Ao exame físico, pulsos reduzidos em membros inferiores. Realizado cateterismo que evidenciou suboclusão do óstio da coronária esquerda e longo segmento de estreitamento da aorta torácica descendente. Provas de atividade inflamatória negativas. Submetido a plastia do óstio coronariano esquerdo com segmento da veia safena. Na mesma internação foi realizado implante de 2 stents em aorta torácica descendente. Evoluiu sem intercorrências maiores. Recebeu alta em uso de AAS e Atenolol. Discussão: A arterite de Takayasu e uma doença inflamatória de alta morbimortalidade e de diagnóstico precoce difícil na infância. No presente caso, o paciente apresentava sinais e sintomas isquêmicos clássicos, sendo diagnosticado em fase mais tardia, com provas de atividade inflamatória negativas e com estenose grave de coronária. Nesta fase, o tratamento se limita a resolução das complicações (cirurgia ou procedimentos percutâneos para dilatação dos vasos acometidos), não sendo mais indicado o uso de corticóides ou imunossupressores.