



www.cardiol.br

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

www.arquivosonline.com.br

Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 103, Nº 2, Supl. 4, Agosto 2014

RESUMO DAS COMUNICAÇÕES

XXIV CONGRESSO DA SOCIEDADE MINEIRA DE CARDIOLOGIA

BELO HORIZONTE - MG



www.cardiol.br

www.arquivosonline.com.br

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - Publicada desde 1948

DIRETORA CIENTÍFICA

MARIA DA CONSOLAÇÃO VIEIRA MOREIRA

EDITOR-CHEFE

LUIZ FELIPE P. MOREIRA

EDITORES ASSOCIADOS

CARDIOLOGIA CLÍNICA

JOSÉ AUGUSTO BARRETO-FILHO

CARDIOLOGIA CIRÚRGICA

PAULO ROBERTO B. EVORA

CARDIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA

PEDRO A. LEMOS

CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA/CONGÊNITAS

ANTONIO AUGUSTO LOPES

ARRITMIAS/MARCAPASSO

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 Prêcoma (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)
Emílio 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)
Maria da Consolação Moreira (MG)
Mario S. S. de Azeredo Coutinho (SC)
Maurício I. Scanavacca (SP)
Max Grinberg (SP)
Michel Batlouni (SP)
Murilo Foppa (RS)
Nadine O. Clausell (RS)
Orlando Campos Filho (SP)
Otávio Rizzi Coelho (SP)
Otoni Moreira Gomes (MG)
Paulo Andrade Lotufo (SP)

Paulo Cesar B. V. Jardim (GO)
Paulo J. F. Tucci (SP)
Paulo R. A. Caramori (RS)
Paulo Roberto B. Évora (SP)
Paulo Roberto S. Brofman (PR)
Pedro A. Lemos (SP)
Protásio Lemos da Luz (SP)
Reinaldo B. Bestetti (SP)
Renato A. K. Kalil (RS)
Ricardo Stein (RS)
Salvador Rassi (GO)
Sandra da Silva Mattos (PE)
Sandra Fuchs (RS)
Sergio Timerman (SP)
Silvio Henrique Barberato (PR)
Tales de Carvalho (SC)
Vera D. Aiello (SP)
Walter José Gomes (SP)
Weimar K. S. B. de Souza (GO)
William Azem Chalela (SP)
Wilson Mathias Junior (SP)

Exterior

Adelino F. Leite-Moreira (Portugal)
Alan Maisel (Estados Unidos)
Aldo P. Maggioni (Itália)
Cândida Fonseca (Portugal)
Fausto Pinto (Portugal)
Hugo Grancelli (Argentina)
James de Lemos (Estados Unidos) João A. Lima (Estados Unidos)
John G. F. Cleland (Inglaterra)
Maria Pilar Tornos (Espanha)
Pedro Brugada (Bélgica)
Peter A. McCullough (Estados Unidos)
Peter Libby (Estados Unidos)
Piero Anversa (Itália)

Sociedade Brasileira de Cardiologia

Presidente

Angelo Amato V. de Paola

Vice-Presidente

Sergio Tavares Montenegro

Diretor Financeiro

Jacob Atié

Diretora Científica

Maria da Consolação Vieira Moreira

Diretor Administrativo

Emilio Cesar Zilli

Diretor de Qualidade Assistencial

Pedro Ferreira de Albuquerque

Diretor de Comunicação

Maurício Batista Nunes

Diretor de Tecnologia da Informação

José Carlos Moura Jorge

Diretor de Relações Governamentais

Luiz César Nazário Scala

Diretor de Relações com Estaduais e Regionais

Abrahão Afiune Neto

Diretor de Promoção de Saúde Cardiovascular – SBC/Funcor

Carlos Costa Magalhães

Diretor de Departamentos Especializados

Jorge Eduardo Assef

Diretora de Pesquisa

Fernanda Marciano Consolim Colombo

Editor-Chefe dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Luiz Felipe P. Moreira

Assessoria Especial da Presidência

Fábio Sândoli de Brito

Coordenadorias Adjuntas

Editoria do Jornal SBC

Nabil Ghorayeb e Fernando Antonio Lucchese

Coordenadoria de Educação Continuada

Estêvão Lanna Figueiredo

Coordenadoria de Normatizações e Diretrizes

Luiz Carlos Bodanese

Coordenadoria de Integração Governamental

Edna Maria Marques de Oliveira

Coordenadoria de Integração Regional

José Luis Aziz

Presidentes das Soc. Estaduais e Regionais

SBC/AL - Carlos Alberto Ramos Macias

SBC/AM - Simão Gonçalves Maduro

SBC/BA - Mario de Seixas Rocha

SBC/CE - Ana Lucia de Sá Leitão Ramos

SBC/CO - Frederico Somaio Neto

SBC/DF - Wagner Pires de Oliveira Junior

SBC/ES - Marcio Augusto Silva

SBC/GO - Thiago de Souza Veiga Jardim

SBC/MA - Nilton Santana de Oliveira

SBC/MG - Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas

SBC/MS - Mércule Pedro Paulista Cavalcante

SBC/MT - Julio César De Oliveira

SBC/NNE - Jose Itamar Abreu Costa

SBC/PA - Luiz Alberto Rolla Maneschky

SBC/PB - Catarina Vasconcelos Cavalcanti

SBC/PE - Helman Campos Martins

SBC/PI - João Francisco de Sousa

SBC/PR - Osni Moreira Filho

SBC/RJ - Olga Ferreira de Souza

SBC/RN - Rui Alberto de Faria Filho

SBC/RS - Carisi Anne Polanczyk

SBC/SC - Marcos Venício Garcia Joaquim

SBC/SE - Fabio Serra Silveira

SBC/SP - Francisco Antonio Helfenstein Fonseca

SBC/TO - Hueverson Junqueira Neves

Presidentes dos Departamentos Especializados e Grupos de Estudos

SBC/DA - José Rocha Faria Neto

SBC/DECAGE - Josmar de Castro Alves

SBC/DCC - José Carlos Nicolau

SBC/DCM - Maria Alayde Mendonça da Silva

SBC/DCC/CP - Isabel Cristina Britto Guimarães

SBC/DIC - Arnaldo Rabischoffsky

SBC/DERC - Nabil Ghorayeb

SBC/DFCVR - Ricardo Adala Benfati

SBC/DHA - Luiz Aparecido Bortolotto

SOBRAC - Luiz Pereira de Magalhães

SBCCV - Marcelo Matos Cascado

SBHCI - Helio Roque Figueira

SBC/DEIC - Dirceu Rodrigues Almeida

GERTC - Clerio Francisco de Azevedo Filho

GAPO - Danielle Menosi Gualandro

GEECG - Joel Alves Pinho Filho

GEECABE - Mario Sergio S. de Azeredo Coutinho

GECETI - Gilson Soares Feitosa Filho

GEMCA - Alvaro Avezum Junior

GECC - Mauricio Wanjgarten

GEPREC - Glaucia Maria Moraes de Oliveira

Grupo de Estudos de Cardiologia Hospitalar - Evandro Tinoco Mesquita

Grupo de Estudos de Cardio-Oncologia - Roberto Kalil Filho

GEEC - Cláudio José Fuganti

GECIP - Gisela Martina Bohns Meyer

GECESP - Ricardo Stein

GECCN - Ronaldo de Souza Leão Lima

GERCPM - Artur Haddad Herdy

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Volume 103, Nº 2, Suplemento 4, Agosto 2014

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



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

Tel.: (21) 3478-2700

E-mail: arquivos@cardiol.br

www.arquivosonline.com.br

SciELO: www.scielo.br

Departamento Comercial

Telefone: (11) 3411-5500

e-mail: comercialsp@cardiol.br

Produção Editorial

SBC - Tecnologia da Informação e

Comunicação

Núcleo Interno de Publicações

Produção Gráfica e Diagramação

SBC - Tecnologia da Informação e

Comunicação

Núcleo Interno de Design

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

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

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



Filiada à Associação
Médica Brasileira

APOIO



Ministério da
Educação

Ministério da
Ciência e Tecnologia





Resumo das Comunicações

***XXIV CONGRESSO DA SOCIEDADE
MINEIRA DE CARDIOLOGIA***

BELO HORIZONTE - MG



XXIV Congresso da Sociedade Mineira de Cardiologia

7 a 9 de agosto
MINASCENTRO
BELO HORIZONTE

2014

PRESIDENTE DA SBC/MG

Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas

DIRETOR ADMINISTRATIVO

Epotamenides Maria Good God

DIRETOR QUALIDADE ASSISTENCIAL

Eduardo Dias Chula

ASSESSOR RELAÇÕES INSTITUCIONAIS

Eustáquio Guerino

PRESIDENTES COMITÊ HIPERTENSÃO ARTERIAL

Murilo Carvalho de Rezende

Marco Antonio Cotta Peralva

PRESIDENTES COMITÊ CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

Maria da Gloria Cruvinel Horta

Taiza de Castro Costa Diamantino

PRESIDENTES COMITÊ DE ECOCARDIOGRAFIA

Barbara Athayde Linhares Martins Vrandecic

Glauro Franco Santana

PRESIDENTES COMITÊ DE ARRITMIA

Rose Mary Ferreira Lisboa da Silva

Hélio Lima de Brito Junior

PRESIDENTES COMITÊ DE HEMODINÂMICA

Marco Tulio Vilaça Castagna

Antonio Fernandino de Castro Bahia Neto

PRESIDENTES COMITÊ ERGOMETRIA E REABILITAÇÃO

Luiz Alberto Bueno Zico

Ezio Guilherme da Silva

PRESIDENTES COMITÊ DE CORONARIOPATIAS

Barbara Campos Abreu Marino

Frank Nunes

PRESIDENTES COMITÊ CARDIOLOGIA NA MULHER

Marildes Luiza de Castro

Renato Enrique Sologuren Acha

PRESIDENTES COMITÊ DE MIOCARDIOPATIAS

Estêvão Lanna Figueiredo

Noasses Neiva Diamantino

PRESIDENTES COMITÊ DE CIRURGIA CARDÍACA

Rodrigo Bernardes

Elmiro Santos Resende

VICE-PRESIDENTE DA SBC/MG

José Carlos da Costa Zanon

DIRETOR FINANCEIRO

Carlos Eduardo de Souza Miranda

DIRETOR DO FUNCOR SBC-MG

Heberth Cesar Miotto

PRESIDENTES COMITÊ DE ATEROSCLEROSE

Artur Peretz Lichter

Carlos Renato Miranda

PRESIDENTES COMITÊ DE CARDIOGERIATRIA

José Maria Peixoto

Almir Fernando Loureiro Fontes

PRESIDENTES COMITÊ CIÊNCIAS BÁSICAS

Rosália Moraes Torres

Elmiro Santos Resende

PRESIDENTES COMITÊ DE VALVULOPATIAS

Lúcia Maria Fenelon

Jose Ronaldo Moreira Junior

GRUPO ESTUDOS CARDIOLOGIA ESPORTE

Haroldo Christo Aleixo

Lennon Leonardo de Oliveira

GRUPO ESTUDOS DE ELETROCARDIOGRAFIA

Sônia Francisca de Souza

Claudia Madeira Miranda

Norberto Sá Neto

GRUPO ESTUDOS DE CARDIOLOGIA NUCLEAR

Ivana Senna Nascimento

Abinar Nunes de Moraes Junior

COMISSÃO DE DEFESA E ÉTICA MÉDICA

Luiz Antonio Alves Abreu

Francisco Rezende da Silveira

Maria da Consolação Vieira Moreira

COMISSÃO DE PREVENÇÃO

Marconi Gomes da Silva

Ricardo Wang

Silamar Breder de Souza

Gustavo de Araujo Assis Júnior

Jose Nicolliello Viotti

PRESIDENTE COMITÊ ASSUNTOS INTERIOR

Rodrigo Penha de Almeida

DIRETOR CIENTÍFICO DA SBC/MG

José Luiz Barros Pena

DIRETOR DE COMUNICAÇÃO

Thiago da Rocha Rodrigues

PRESIDENTE XXIV CONGRESSO

Roberto Luiz Marino

PRESIDENTES COMITÊ REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR

Yorghos Lage Michalaros

Rodrigo Pinheiro Lana

PRESIDENTES COMITÊ DE TERAPIA INTENSIVA

Carlos Henrique Garcez de Carvalho

Patrícia Martins

PRESIDENTES COMITÊ MEDICINA DO TRÁFEGO

Heloisa Borges Figueiredo

Ricardo Alkmim Teixeira

PRESIDENTES COMITÊ CARDIO-ONCOLOGIA

Ariane Vieira Scarlatelli Macedo

Fernando Carvalho Neuenschwander

GRUPO DE ESTUDO DE REABILITAÇÃO

Rosália Antônia Azevedo

Julio Cesar Moraes Lovisi

PRESIDENTES DAS REGIONAIS DA SBC/MG:

• REGIONAL SUL
Giovanni Guarda Garcia

• REGIONAL LESTE
Luiz Antônio Avelar

• REGIONAL LESTE/NORDESTE
Admilson de Oliveira Terra

• REGIONAL CAMPO DAS VERTENTES
José Gabriel Guimarães

• REGIONAL CENTRO/OESTE
Otaviano José Greco Rodrigues

• REGIONAL NORTE
Evânio Rodrigues Cordeiro

• REGIONAL TRIÂNGULO
Rodrigo Penha de Almeida



Sociedade Mineira de Cardiologia - SBC/MG



XXIV Congresso da Sociedade Mineira de Cardiologia

7 a 9 de agosto
MINASCENTRO | 2014
BELO HORIZONTE

Mensagem da SMC

Prezados(as) Colegas,

A Sociedade Mineira de Cardiologia – SBC/MG apresenta, com enorme satisfação, as pesquisas originais do XXIV Congresso da Sociedade Mineira de Cardiologia, realizado no Minascentro, BH / MG.

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

Foram recebidas 159 pesquisas e estas, revisadas / avaliadas por três julgadores da SBC/MG, de maneira cega. O processo decorreu nos prazos estipulados e ao final foram aprovadas 138 pesquisas, das quais, 30 foram para apresentação oral em seis Sessões de Temas Livres Orais e 108 para apresentações em três Sessões de Pôsteres.

Na solenidade de encerramento do Congresso, foram premiados os melhores trabalhos:

TEMA LIVRE CATEGORIA ORAL:

- Primeiro lugar = TL nº: 36802 = Certificado Especial, R\$ 2.000,00 e inscrição gratuita ao primeiro autor para o XXV Congresso da SMC (Inscrição para o Congresso);
- Segundo lugar = TL nº: 37196 = Certificado Especial, R\$ 1.500,00 e Inscrição para o Congresso;
- Terceiro lugar = TL nº: 37177 = Certificado Especial, R\$ 1.000,00 e Inscrição para o Congresso;

TEMA LIVRE CATEGORIA PÔSTER:

- Primeiro lugar = TL nº: 36823 = Certificado Especial, R\$ 1.000,00 e Inscrição para o Congresso;
- Segundo lugar = TL nº: 36997 = Certificado Especial, R\$ 750,00 e Inscrição para o Congresso;
- Terceiro lugar = TL nº: 36775 = Certificado Especial, R\$ 500,00 e Inscrição para o Congresso.

Foram concedidos certificados adicionais de premiação “PRÊMIO JOVEM INVESTIGADOR DA CARDIOLOGIA MINEIRA” aos primeiros autores com até 10 anos de formado e menos de 35 anos, cuja pesquisa foram realizadas integralmente no Brasil, e que obtiveram a melhor classificação entre os Temas Livres: Oral - Dra. Izabella Rodrigues de Araújo; Pôster - Dr. Ricardo Coimbra Garcia.

O Hospital Madre Tereza (Belo Horizonte / Minas Gerais) recebeu certificado de honra ao mérito intitulado “INSTITUIÇÃO INCENTIVADORA DE PESQUISAS EM CARDIOLOGIA” por ser a instituição com maior número de trabalhos aprovados no Congresso.

Agradecemos o empenho de todos e esperamos contar com suas pesquisas no próximo Congresso!



Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas
Presidente da SMC - SBC/MG



José Luiz Barros Pena
Diretor Científico da SMC - SBC/MG



Roberto Luiz Marino
Presidente XXIV Congresso da SMC



Sociedade Mineira de Cardiologia - SBC/MG



TEMAS LIVRES - 07 e 08/08/2014

APRESENTAÇÃO ORAL

34308

PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR, ACHADOS LABORATORIAIS E FRAÇÃO DE EJEÇÃO EM QUASE CENTENÁRIOS E CENTENÁRIOS

LIGIA ARANTES NEVES DE ABREU, BERNARDO ARANTES NEVES DE ABREU, BRUNA FERNANDA GOMES DE MORAIS, LEONARDO ANTUNES MESQUITA, LUIZ ANTÔNIO ALVES DE ABREU, SILAMAR BREDER DE SOUZA, GLAUCO FRANCO SANTANA, JOSE CARLOS DA COSTA ZANON, FRANCISCO DAS CHAGAS LIMA E SILVA, ODILON GARIGLIO ALVARENGA DE FREITAS

MINASCOR CENTRO MÉDICO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: O estudo de indivíduos excepcionalmente longevos pode nos dar informações relevantes sobre os determinantes do envelhecimento bem sucedido. Existem poucos estudos de centenários ou quase centenários avaliando o perfil de risco cardiovascular (RCV) e sua correlação com achados laboratoriais e a fração de ejeção (FE). **Métodos:** estudo coorte, retrospectivo, indivíduos com 95 anos ou mais, atendidos em clínica cardiológica entre 10/2006 a 04/2014. Coleta de dados de prontuários. **Avaliação:** idade, sexo, medicações em uso, fatores RCV, exames laboratoriais incluindo perfil lipídico, glicemia, hemograma, leucograma, e FE. **Análise estatística:** média/desvio-padrão; análise exploratória dos dados, frequências absolutas e relativas, teste t de Student uni e bicaudal, Pearson, análise multivariada. **Pacote estatístico IBM SPSS v19** com $p = 0,05$. **Resultados:** Total 27 indivíduos (16 mulheres = 59,3%), idade média de $97,78 \pm 2,59$ (máx=104). Uso medicações cardiológicas em 24 (88,9%); um sem medicações. Fatores RCV informados: diabetes=11,1%; hipercolesterolemia=37,0%; hipertensão arterial=7,4%; tabagismo=7,4%; hipertensão arterial (HAS)=85,2%; história de cardiopatia=25,9. Tabela 1 apresenta resultados coletados dos exames. Nas mulheres LDL, triglicérides, TSH, T4, potássio, leucócitos totais e plaquetas eram significativamente mais altos que nos homens. Nos homens, HDL, VLDL, glicemia de jejum, ácido úrico, creatinina eram significativamente mais altos. A FE, colesterol total, uréia, hemoglobina e hematócrito não tiveram diferenças significativas. **Discussão:** por ser um estudo retrospectivo alguns dados laboratoriais encontravam-se ausentes nos prontuários (não solicitados). Observado alta prevalência HAS, história de cardiopatia e hipercolesterolemia. As diferenças dos dados laboratoriais entre homens e mulheres não estiveram relacionadas com idade. **Conclusão:** Há necessidade de estudos prospectivos para determinar o impacto desses fatores sobre a morbi-mortalidade nesta faixa etária.

35021

ANÁLISE DA VARIABILIDADE DA FREQUÊNCIA CARDÍACA E DA DISPERSÃO DA ONDA P EM PACIENTES PÓS-INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA, POLLYANA ARDAVICIUS E SILVA E MARCOS CORREIA LIMA

FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BH, BRASIL.

Há relatos na literatura de aumento da dispersão da onda P (Disp) devido à isquemia miocárdica e há evidências de alterações do sistema nervoso autônomo após o infarto agudo do miocárdio (IAM). Assim, este estudo tem como objetivos analisar a duração (D) da onda P e sua Disp em pacientes (pts) com IAM e correlacionar com a variabilidade da frequência cardíaca (VFC) no domínio do tempo e da frequência. **Métodos:** Foram estudados 44 pts (25 no 10º dia pós-IAM 1º evento e 19 sem isquemia, saudáveis), sendo 30 homens, idade média de 44,2 anos. Os pts foram submetidos à avaliação clínica e ao eletrocardiograma (ECG) convencional (aumento de 200%) e ao monitoramento pelo sistema Holter em ortostatismo para VFC (análise espectral pela transformação de Fourier e no domínio do tempo). Os pts pós-IAM foram também submetidos ao ECG de alta resolução (AR), ao ecocardiograma e à coronariografia. Foram utilizados os testes de qui-quadrado e t de Student para análise estatística. **Resultados:** As médias da D e Disp onda P foram de 81,8 e 30,6 ms, respectivamente, sendo o coeficiente de Pearson entre dois observadores de 0,89, $p=0,00$. Comparando-se os grupos (sem isquemia e pós-IAM), as médias de D onda P foram, respectivamente, de 70 e 93,6 ms ($p=0,00$), sua Disp de 17,3 e 44 ms ($p=0,00$) e o componente de baixa frequência (BF) de 1426,4 e 560,5 ms2 ($p=0,02$), sem diferença significativa dos demais componentes do sistema nervoso autônomo, inclusive considerando-se unidades normalizadas (para análise espectral) e SDANN < 50 ms. Entre pts pós-IAM, não houve associação significativa entre sexo, idade, componentes da VFC, localização do IAM (anterior em 15 e inferior em 10), fração de ejeção e medidas da onda P, inclusive pelo ECGAR. **Conclusões:** A D da onda P e sua Disp foram maiores nos pts pós-IAM. Não houve correlação destas medidas com a idade e sexo entre pts pós-IAM ou com a região do IAM. Houve uma atenuação da resposta simpática ao ortostatismo entre os pts pós-IAM sem associação com a dispersão da onda P.

35075

REALIZAÇÃO OU ADIAMENTO DE INTERVENÇÕES CORONÁRIAS PERCUTÂNEAS BASEADOS NA RESERVA DE FLUXO FRACIONADA: REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE

BRUNO R NASCIMENTO, ANA F L BELFORT, FERNANDO A M C MACEDO, GABRIEL T R PEREIRA E ANTONIO L P RIBEIRO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: A reserva de fluxo fracionada (FFR) tem sido proposta como o padrão-ouro para avaliação da gravidade funcional das estenoses coronarianas, e para estratificar quais lesões devem ser submetidas à intervenção percutânea (ICP). **Objetivo:** Avaliar a segurança de se utilizar o FFR como ferramenta de tomada de decisão para a realização ou adiamento da ICP, com base em dados de estudos publicados.

Métodos: Revisão sistemática foi realizada nas bases de dados Pubmed e EMBASE, buscando artigos indexados até 2013, comparativos ou não, que utilizaram o FFR (0,75 ou 0,80) para determinar em quais lesões a ICP deveria ser realizada ou adiada. **Desfechos de interesse:** morte, infarto do miocárdio (IAM) e nova revascularização (RV). O software Comprehensive Meta Analysis foi utilizado para o agrupamento dos resultados (meta-análise) e meta-regressão.

Resultados: Após revisão por pares, restaram 60 resumos, e 19 artigos (12 estudos observacionais e 7 randomizados) foram incluídos, totalizando 3.097 pacientes (3.796 lesões). 9 estudos tinham 2 braços (ICP e adiamento (AD)) e 10 apenas o braço AD; o ponto de corte do FFR era 0,75 em 15 estudos, e 0,80 em 4. A média de seguimento foi de 21,2 meses (6,9 a 53). Pela escala New Castle-Ottawa, a pontuação média dos estudos foi de 7,5 (6 a 9). Em comparações indiretas, grupos ICP e AD tiveram taxas similares de morte: 2,2% (IC95% 0,9–5,1%, I2=72,7) x 2,0% (1,1–3,5%, I2=40,5), $p=0,86$, e IAM: 1,9% (0,8–4,0%, I2=0) x 1,9% (1,1–3,1%, I2=49,8), $p=1,00$. Taxas de RV foram maiores no grupo ICP: 14,0% (8,0–23,2%, I2=87,8) x 4,4% (8,8–6,9%, I2=58,9), $p=0,002$. Comparações diretas (estudos de 2 braços), também não mostraram diferenças nas taxas de morte: OR=1,86 (0,81–4,27, I2=11,5; $p=0,14$) e IAM: OR=0,75 (0,2–2,69, I2=47,1; $p=0,66$); taxas de RV foram novamente mais altas no grupo ICP: OR=3,10 (1,25–7,70, I2=72,2; $p=0,015$). Meta-regressão sugere influência da proporção de homens nas taxas de RV. (B=0,058, $p=0,026$). Nenhum outro cofator influenciou os desfechos. **Conclusão:** O FFR parece ser uma ferramenta segura e útil para determinar as lesões a serem tratadas. Taxas mais altas de RV foram observadas nos grupos ICP, especulativamente relacionadas a reestenose. Estes dados, entretanto, devem ser interpretados com parcimônia, dada a heterogeneidade dos estudos publicados até então, especialmente em relação a RV.

35455

EPIDEMIOLOGIA NOS PACIENTES INTERNADOS NO HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO SES-DF COM SUSPEITA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

GLEYDE ABADIA MARTINS, VANESSA DALVA GUIMARÃES CAMPOS, ISABEL GOMES NOGUEIRA VIEIRA, NABILLA NEVES FROTAS SOUZA, ELAINE MONTEIRO DE SOUSA E MARCELO LOCIO BISPO

HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) apresenta quadro clínico multifacetado, portanto é um diagnóstico difícil de ser realizado. **Objetivos:** Descrever as características clínicas dos pacientes internados no Hospital Regional de Sobradinho (HRS) com suspeita de TEP, no período de 01/01/2012 a 01/05/2013. **Método:** Estudo observacional retrospectivo com análise de prontuário de pacientes internados no HRS com suspeita de TEP submetidos à angiotomografia de tórax (Angio TC de tórax je tomografia de tórax, em um período de 16 meses, analisando 214 prontuários (158 excluídos e 56 incluídos com suspeita de TEP)). **Resultados:** Incidência entre os sexos femininos e masculinos foram iguais, com prevalência em idosos com idade entre 71-80 anos. Os fatores de risco mais significativos foram: fratura, imobilização e neoplasia. Já as manifestações clínicas destacam-se: dispnéia, dor torácica, tosse e taquipnéia, com predomínio de pacientes com baixa probabilidade clínica pelo escore de Geneva. A maioria não realizou D-dímero; ECG a maior porcentagem eram inespecíficos; na gasometria 1/5 eram normais; imagens radiológicas 39% eram inespecíficas; ecocardiograma 12,50% eram normais com apenas 3,75% dos casos com trombo intracavitário e mais de 80% dos pacientes não realizaram Doppler de membros inferiores. Em relação à angio TC de tórax, do total de 56 pacientes, 5 apresentavam TEP submaciço, 2 TEP maciços, 19 normais, 13 inespecíficos e 17 sem resultados. **Discussão:** Múltiplos fatores de risco, como imobilidade e fraturas, esteve presente em um número significativo de pacientes. A idade predominante situou-se entre 71-80 anos, não havendo diferença estatística entre os gêneros. A dispnéia e a dor torácica foram os principais sintomas descritos. As alterações apresentadas tanto ao ECG quanto a angioTC de tórax foram estatisticamente significantes para o diagnóstico de TEP, o que facilitará o diagnóstico nos pacientes internados no HRS, uma vez que estão disponíveis nesse serviço. **Conclusão:** Infelizmente, muitos pacientes recebem alta hospitalar sem resultado definitivo, pois os exames necessários não são realizados no HRS e sim em outros hospitais, retardando tanto o diagnóstico quanto o tratamento, aumentando assim, a taxa de morbi-mortalidade atribuída ao TEP. Portanto, faz-se necessário o estabelecimento de um protocolo para o diagnóstico e tratamento precoce, contribuindo dessa forma, para a redução da mortalidade de pacientes com suspeita de TEP.



36349

AValiação DO IMPACTO DA ASSOCIAÇÃO DE HIPERTENSÃO COM OUTROS FATORES DE RISCO NA OCORRÊNCIA DE DOENÇA CARDIOVASCULAR (DCV) EM PACIENTES DE TERESINA - PIAUÍ

RICARDO FELIPE SILVA SOARES, E ILKA SANTOS BINS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ (UFPI), TERESINA, PI, BRASIL - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG), BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: As doenças cardiovasculares (DCVs) permanecem como uma das principais causas de mortalidade no Brasil. Embora a literatura relate a hipertensão arterial sistêmica (HAS) por si mesma fator desencadeante, são escassos estudos que avaliam o impacto da associação de HAS com outros fatores no aumento do risco pra ocorrência de DCV. **MÉTODOS:** Estudo analítico e retrospectivo utilizando-se dados de pacientes hipertensos cadastrados no SIS-HIPERTENSÃO de janeiro de 2013 a janeiro de 2014 em Teresina-PI. Considerou-se acometidos por DCV pacientes com histórico de infarto agudo do miocárdio, outras coronariopatias ou acidente vascular cerebral. Tabagismo, faixa etária, sexo e sedentarismo foram as variáveis independentes e DCV a variável desfecho. A força de associação foi avaliada pelo teste de Odds ratio (OR) ou razão de chances, apresentada em um intervalo de confiança de 95% (IC 95%) e assumindo como significativo $p < 0,05$. Para os fatores evitáveis (sedentarismo e tabagismo), calculou-se o NNH (número necessário para produzir um evento desfavorável), que mede o impacto da mudança de hábito no risco. **RESULTADOS:** Hipertensos que consumiram 1 cigarro ou mais por dia tiveram 91% mais chances de DCV (OR=1,91; IC 95% 1,32-2,78; $p=0,0008$) e faixa etária acima dos 60 anos de idade aumentou o risco em 105% (OR=2,05; IC 95% 1,47-2,85; $p<0,0001$). Homens hipertensos tiveram 48% mais chances de DCV em relação a mulheres com a mesma doença (OR=1,48; IC 95% 1,06-2,05; $p=0,024$). Sedentarismo, ou seja, não realizar mais de 30 minutos de exercício pelo menos 3 vezes por semana e não fazer esforço em atividades do lar ou trabalho aumentou o risco para DCV em 22% nos pacientes hipertensos, porém essa associação não foi estatisticamente significativa (OR=1,22; IC 95% 0,87-1,70; $p=0,285$). Uma ocorrência a menos de DCV poderia ser evitada com a mudança de hábito de 142 sedentários (NNH=142) ou por um grupo de 36 fumantes que parassem de fumar (NNH=36). **CONCLUSÕES:** O estudo confirmou que para a presente amostra, o impacto da associação da hipertensão com outro fator de risco, aumenta de forma cumulativa porém nem sempre linear o risco para ocorrência de DCV. Dos fatores de risco evitáveis analisados, o tabagismo é o que mais repercutiria na diminuição de DCV caso fosse eliminado. Nesse cenário, a implantação de medidas educativas entre hipertensos é indicada e válida para diminuir a prevalência de fatores de risco e por consequência a ocorrência de doenças cardiovasculares.

36684

CARACTERÍSTICA MORFOLÓGICA DO ANEURISMA APICAL CHAGÁSICO E SUA CORRELAÇÃO COM TROMBO INTRAVENTRICULAR

GLAUCO FRANCO SANTANA, MARCO ANTONIO DE CASTRO FONSECA, JOSE OLINTO NATIVIDADE MILAGRE, GEOVANE NOGUEIRA COELHO, THALLES OLIVEIRA GOMES, SILAS DIAS BRANCO, DALADIÉ RODRIGUES PARREIRA, DANILO C LEITE, ALESSANDRO REIS, SABRINA SILVA DE QUEIROZ E NATHÁLIA DE OLIVEIRA KOLLN

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

OBJETIVO: Avaliar se a prevalência de trombo intraventricular difere conforme o aspecto ecocardiográfico do aneurisma apical chagásico. **MÉTODOS:** Avaliamos 52 estudos ecocardiográficos de chagásicos que apresentavam aneurisma apical e separamos em dois grupos distintos segundo a característica morfológica previamente descrita. No Grupo A foram alocados exames com aneurismas do tipo "mamilar", com invaginação não ultrapassando o plano epicárdico, e "dedo de luva", com invaginação de colo e fundo estreitos ultrapassando o plano epicárdico. No Grupo B encontramos exames com aneurismas do tipo "raquete de tênis", arredondados e com colo mais estreito que o fundo, e "semilunar", arredondados e com colo largo. **RESULTADOS:** No Grupo A foram alocados 31 exames e no Grupo B 21 exames. Não foi encontrado trombo no interior dos aneurismas em nenhum estudo ecocardiográfico do Grupo A, enquanto em 5 (23%) dos exames do Grupo B o ecocardiograma evidenciou este achado ($p = 0,004$). **DISCUSSÃO:** A presença de aneurismas apicais na doença de Chagas tem sido apontada como preditor de risco de acidente vascular encefálico (AVC). Esse risco é maior quando associado à disfunção ventricular esquerda sistólica, alterações da repolarização ventricular e idade maior que 48 anos. Sousa e cols. propuseram um escore de risco para AVC na cardiopatia chagásica que varia de 0 a 5 e sugeriram que pacientes com escore intermediário possam receber varfarina ou AAS (escore = 3) ou AAS ou nada (escore = 2). Porém, esse e os demais estudos que avaliaram o significado clínico dos aneurismas chagásicos não diferenciam se os subtipos de aneurismas seriam responsáveis por graus diferentes de risco. Os achados do nosso grupo sugerem que a informação da característica do aneurisma chagásico possa auxiliar na tomada de conduta nos pacientes quando a necessidade de anticoagulação não esteja clara, bem como alertar para a necessidade de acompanhamento ecocardiográfico mais rigoroso nos indivíduos do grupo B, principalmente quando não apresentarem indicação de anticoagulação. **CONCLUSÃO:** Aneurismas chagásicos do grupo B - "raquete de tênis" e "semilunar" - estão associados com maior prevalência de trombo intraventricular quando comparados aos aneurismas tipo "mamilar" e "dedo de luva". Esse dado pode ser útil na tomada de decisão de anticoagulação.

36798

MANEJO MULTIDISCIPLINAR DO RISCO CARDIOVASCULAR DE PACIENTES VIVENDO COM HIV

EDUARDO DA COSTA MARÇAL, LEOPOLDO DE FREITAS ARAÚJO, TÁBATA RAYSSA ALVES MOTA, STEFANE MAPA, FERNANDA MENDES PINHEIRO COSTA, ANA PAULA ALVES ANDRÉ, GEORGE LUIZ LINS MACHADO COELHO, SONIA MARIA DE FIGUEIREDO E CAROLINA COIMBRA MARINHO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO, OURO PRETO, MG, BRASIL.

Pessoas convivendo com o vírus da imunodeficiência humana (PCHIV) tem maior risco cardiovascular, tanto pelo tratamento antirretroviral quanto pelo agente. Aqui são apresentados dados clínicos de todas as PCHIV atendidas por equipe interdisciplinar do ambulatório escola em funcionamento desde janeiro de 2013, em uma universidade pública de Minas Gerais. O serviço tem banco de dados próprio, com registro médico, nutricional e farmacêutico, utilizados para a análise descritiva e estratificação do risco cardiovascular. O objetivo foi traçar o perfil de risco da população atendida, visando a adoção de medidas preventivas e intervenções que atendam às especificidades do serviço. São 14 mulheres e 18 homens, com 38 $\pm$ 13 anos de idade. O índice de massa corporal à admissão foi $22,7 \pm 4,8$; o atual é $22,5 \pm 5,3$ kg/m², 13(41%) acima do limite de 25. As pressões sistólica e diastólica iniciais foram $119,9 \pm 15$ e $75,1 \pm 10,1$ mmHg e as atuais, $118,7 \pm 15,5$ e $76,8 \pm 10,1$ mmHg, respectivamente. 4 (12,5%) são hipertensos e 2 (6,25%) diabéticos. Os linfócitos T CD4+ e CD8+ iniciais foram $286,7 \pm 227,9$ e $812,3 \pm 472,8$; os atuais $362,3 \pm 217,1$ e $940,7 \pm 461$ mm³ respectivamente. A carga viral de HIV (CV) inicial foi $409,844 \pm 1.140,666$; a atual é $106,866 \pm 314,683$ unidades/mm³; 8(25%) tinham CV indetectável. 19 (59,4%) usam zidovudina (ZDV), lamivudina (3TC) e efavirenz (EFV); 6 (18,8%) tenofovir, 3TC e EFV e 3 (9,3%) ZDV, 3TC e lopinavir/r. Medidas iniciais e atuais de lipídios séricos em mg/dl foram, respectivamente: triglicérides $136,3 \pm 107,7$ e $125,6 \pm 87,9$, LDL $106,6 \pm 42,4$ e $111,7 \pm 39,9$; HDL $44,3 \pm 10,6$ e $45 \pm 11,4$; a glicemia de jejum inicial foi $91,4 \pm 18,5$; atual $99,8 \pm 43,4$ mg/dl; a taxa de filtração glomerular (única medida) foi $108,9 \pm 29$ ml/min. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, 16 (50%) pessoas são dislipidêmicas. 25 (78%) tiveram risco coronariano em 10 anos calculado e os valores pelas escalas de Framingham e American Heart Association (AHA) foram, respectivamente, $8 \pm 5,8$ % e $4,4 \pm 3,2$ %. Ninguém apresenta doença cardiovascular prévia. Segundo a AHA, 3 (9,3%) pessoas se beneficiariam das estatinas. O grupo estudado é heterogêneo quanto ao perfil cardiovascular, encorajando o manejo diferenciado das situações de maior e menor risco. A despeito de não apresentar risco alarmante, a infecção pelo HIV por si só indica atenção permanente aos parâmetros cardiovasculares.

36802

PERFIL DAS CITOCINAS NA ENDOCARDITE INFECCIOSA

IZABELLA RODRIGUES DE ARAÚJO, TERESA CRISTINA DE ABREU FERRARI, LUAN VIEIRA RODRIGUES, THAIS LINS DE SOUZA BARROS, ANA CAROLINA CAMPAZVEDO, ANDREA TEIXEIRA DE CARVALHO, MILTON HENRIQUES GUIMARAES JUNIOR, LUISA FREIRE PEDERNEIRAS BARBOSA E MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES

HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BH, MG, BRASIL - CENTRO DE PESQUISAS RENÉ RACHOU (FIOCRUZ/MINAS), BH, MG, BRASIL.

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) permanece sendo uma doença grave, mantendo altas taxas de mortalidade, apesar de avanços recentes dos métodos diagnósticos e terapêuticos. Citocinas, mediadores séricos da inflamação, podem contribuir para o diagnóstico e manejo da EI. O presente estudo comparou os valores das citocinas séricas em pacientes com EI com os valores em indivíduos saudáveis e pacientes acometidos por outras infecções ativas, com o objetivo de explorar o perfil das citocinas na EI em diferentes processos infecciosos. **Métodos:** Foram incluídos 81 pacientes admitidos no Hospital das Clínicas da UFMG com EI definitiva segundo os critérios de Duke. As amostras de sangue dos pacientes foram colhidas logo após o diagnóstico de EI para dosagem sérica de diversas citocinas. Dois grupos controle foram selecionados para a comparação dos níveis séricos de citocinas. O primeiro grupo foi constituído de 34 indivíduos saudáveis e o segundo grupo foi constituído de 30 pacientes com infecções ativas, diferentes de EI. As amostras séricas obtidas dos pacientes com EI e dos controles foram analisadas por meio da técnica cytometric bead array (CBA) para a dosagem das interleucinas (IL) 1 β , IL-6, IL-8, IL-10, IL-12 e fator de necrose tumoral- α (TNF- α). **Resultados:** A idade dos pacientes com EI foi 47 ± 17 anos, e 40 indivíduos eram homens. A condição predisponente mais comum foi prótese valvar (33,3%), e os microrganismos causadores predominantes foram os estafilococos (19,7%). Exceto por IL-12, os pacientes com EI apresentaram níveis séricos de citocinas significativamente maiores do que os controles saudáveis. Os níveis séricos de IL-1 β , TNF- α e IL-12 foram maiores em pacientes com EI do que em pacientes com outras infecções. Quando o grupo de pacientes com EI foi estratificado de acordo com o agente etiológico, os níveis de TNF- α e IL-12 foram significativamente maiores na EI causada por estafilococos do que na EI não-estafilocócica. **Conclusões:** A dosagem de citocinas apresentou-se elevada na EI em comparação com os controles saudáveis. Os níveis séricos de IL-1 β , TNF- α e IL-12 foram mais altos na EI do que em outras infecções ativas. Concentrações mais baixas de IL-10 foram observadas na EI por estafilococos, quando comparada com EI causada por outros agentes etiológicos. Prevalência elevada de altos produtores de IL-1 β , TNF- α e IL-12 foi observada somente na EI por estafilococos.



36804

FATORES PREDITORES DE SOBREVIVÊNCIA LIVRE DE EVENTOS APÓS VALVOPLASTIA MITRAL PERCUTÂNEA EM PACIENTES COM ESTENOSE MITRAL REUMÁTICA

WILLIAM ANTONIO M. ESTEVES, LUCAS LODI JUNQUEIRA, BRUNO R NASCIMENTO, GUILHERME RAFAEL SANT'ANNA ATHAYDE, JULIANA RODRIGUES SOARES, LUCAS AMORIM CARVALHO, LAURA ALVES DE SOUZA DIAS, LUISA FREIRE PEDERNEIRAS BARBOSA, GABRIELA ASSUNCAO GOEBEL, LIVIA ROCHA DO VALLE E MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES

SETOR DE CARDIOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS/UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - FACULDADE DE MEDICINA/UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: A valvoplastia mitral percutânea (VMP) constitui procedimento de escolha para tratamento de pacientes sintomáticos com estenose mitral (EM) moderada a grave e anatomia valvar favorável. Entretanto, os determinantes da sobrevivência após esse procedimento não se acham bem estabelecidos. O presente estudo visa avaliar os fatores associados a eventos cardíacos adversos em pacientes com EM submetidos à VMP. **Métodos:** 170 pacientes com EM elegíveis para VMP no período de 2000 a 2014 foram incluídos. O ecocardiograma convencional foi realizado antes e 24 horas após o procedimento com medida de vários parâmetros, incluindo a complacência átrio-ventricular. A intervenção percutânea foi feita pela técnica de balão único, com aumento progressivo de volume no balão após cada insuflação, guiada pelo ecocardiograma transtorácico. Definiram-se como sucesso imediato um aumento da área valvar $\geq 1,5 \text{ cm}^2$ ou $> 50\%$ da área inicial, sem aumentar o grau de regurgitação mitral (RM) preexistente ou na ausência de RM moderada a grave pós VMP. O desfecho a longo-prazo foi nova VMP, troca valvar ou morte. **Resultados:** A idade foi de 41 ± 11 anos, 152 mulheres (89%), 29 em fibrilação atrial (17%). Sucesso do procedimento, sem complicações, foi alcançado em 128 pacientes (75%). Abertura inadequada da valva ocorreu em 22 pacientes (13%) e 20 pacientes (12%) evoluíram com RM grave em 7. Durante o seguimento médio de 29 meses, 4 pacientes submeteram-se à nova VMP, 14 à troca valvar e 13 morreram. Na análise multivariada pelo modelo de Cox, os fatores preditores de eventos foram a complacência átrio-ventricular (HR: 0,79; $p=0,035$), a gravidade da regurgitação tricúspide (RT) pré VMP (HR: 1,61; $p=0,017$), o grau de RM após a VMP (HR: 2,44; $p<0,001$) e o gradiente médio pós-procedimento (HR: 1,22; $p<0,001$). **Conclusões:** A sobrevivência livre de eventos após VMP está associada à consequência hemodinâmica da estenose expressa pela complacência, pela RT funcional e pelos resultados imediatos da VMP avaliados pelo gradiente transvalvar e o grau da RM.

36806

EFEITOS DE ESTRATÉGIA DE TREINAMENTO NA IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DO INFARTO EM BELO HORIZONTE

THAIS RIBEIRO LEMOS, PRISCILLA FORTES DE OLIVEIRA PASSOS, TATI GUERRA PEZZINI ASSIS, BRUNO MALTEZ MIRAGLIA, LUCAS LODI JUNQUEIRA, ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO E MILENA SORIANO MARCOLINO

FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG - REDE DE TELEASSISTÊNCIA DE MINAS GERAIS, BH, MG,

Fundamento: A elevada mortalidade por infarto agudo do miocárdio (IAM) no Brasil é atribuída parcialmente às dificuldades no acesso ao tratamento adequado. A fim de melhorar esse quadro, foi implementada a linha de cuidado do IAM em Belo Horizonte. Para efetivar a implantação da linha é fundamental o envolvimento do profissional e sua capacitação contínua. Com base nisso, foi realizado, em outubro/novembro de 2012, um treinamento teórico-prático. O objetivo deste estudo é avaliar a eficácia de estratégia de treinamento teórico-prático para a capacitação dos profissionais de saúde nas diretrizes que guiam a implementação da linha de cuidado do IAM em Belo Horizonte. **Métodos:** As aulas teóricas e práticas, usando manequins semi-avanzados de simulação, incluíram a abordagem do paciente com dor torácica e síndrome coronariana aguda, de acordo com recomendações do Ministério da Saúde. Foram aplicados pré e pós-teste, cujos resultados foram comparados usando o teste qui-quadrado, sendo considerado significativo o valor $p<0,05$. Uma pesquisa de satisfação foi aplicada no último dia de treinamento presencial. Ocorreu também um treinamento à distância em que não foram ministradas aulas práticas. **Resultados:** No total, 190 profissionais que participaram do treinamento, 153 (80,5%) de forma presencial. No treinamento presencial, 55,6% eram médicos; no treinamento à distância houve um predomínio de enfermeiros (81,1%). Cento e cinquenta e cinco profissionais responderam a ambos os testes (81,6%), 73,3% deles obtiveram melhor desempenho no pós-teste. No treinamento presencial, 79,3% melhoraram o rendimento, vs. 52,9% no curso à distância. A mediana do número de acertos foi 6 no pré-teste (intervalo interquartil [IQR] 5-7) e 7 no pós-teste (IQR 6-9) ($p<0,0001$), e em 6 questões houve aumento significativo do número de acertos ($p<0,05$). Na pesquisa de satisfação, as respostas foram classificadas majoritariamente como "muito bom" e "excelente". **Conclusões:** A partir do estudo, conclui-se que uma estratégia de treinamento pode aumentar o conhecimento de médicos e enfermeiros acerca das diretrizes clínicas na atenção ao IAM, em unidades de emergência do SUS.

36807

FREQUÊNCIA CARDÍACA DE RECUPERAÇÃO EM PACIENTES ASSINTOMÁTICOS COM DOENÇA DE CHAGAS

MARIA CLARA NOLAN DE ALENCAR, MANOEL OTÁVIO DA COSTA ROCHA, MARCIA MARIA OLIVEIRA LIMA, HENRIQUE SILVEIRA COSTA, GABRIELA ASSUNCAO GOEBEL, FERNANDO AUGUSTO MEDEIROS CARRERA MACEDO, VICTÓRIA PEREIRA DE LIMA, ISABELA LOPES BARBOSA E MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: A presença de bloqueio de ramo direito (BRD) na doença de Chagas determina acometimento cardíaco, mas com apresentação clínica e prognóstico variável. A frequência cardíaca (FC) de recuperação após exercício é um marcador de disfunção autonômica, podendo identificar pacientes sob risco de progressão da cardiopatia. Esse estudo foi desenhado para avaliar a FC de recuperação após teste ergométrico sintoma-limitado em pacientes com doença de Chagas e BRD comparados aos pacientes na forma indeterminada (FI) e aos controles saudáveis. **Métodos:** Cento e quarenta e nove indivíduos divididos em 3 grupos foram incluídos. Um grupo controle composto por indivíduos saudáveis; Grupo 1 incluía pacientes na FI; Grupo 2 incluía pacientes com BRD completo com/ou sem hemibloqueio anterior esquerdo associado, e função ventricular sistólica normal. A FC de recuperação foi definida como a diferença entre a FC no pico do exercício e a FC no 1o minuto após exercício, considerado anormal o valor $\leq 12 \text{ bpm/min}$. **Resultados:** Não houve diferenças na resposta da FC durante o exercício entre controles e pacientes na FI, enquanto pacientes com BRD tiveram maior prevalência de incompetência cronotrópica, menor capacidade funcional e menor FC de recuperação se comparados aos pacientes na FI e aos controles. A FC $\leq 12 \text{ bpm/min}$ foi encontrada em 17 pacientes (15%), 9% na FI e 24% com BRD. O retardo na queda da FC de recuperação associou-se à maior idade, pior capacidade funcional, resposta cronotrópica comprometida, e arritmias ventriculares durante exercício e recuperação. Na análise multivariada, os preditores independentes de uma redução demorada na FC de recuperação foram idade (odds ratio [OR] 1, 11; 95% intervalo de confiança [IC] 1,03 a 1, 21; $p=0,010$) e presença de BRD (OR 3, 97; 95% CI 1,05 a 15, 01; $p=0,042$). **Conclusões:** Uma proporção (15%) de pacientes assintomáticos com doença de Chagas apresentou recuperação da FC atenuada após exercício, sendo mais prevalente em pacientes com BRD comparado aos pacientes na FI e aos controles.

36825

AVALIAÇÃO ECONÔMICA DOS NOVOS ANTICOAGULANTES PARA A PREVENÇÃO DE EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS: ANÁLISE DE CUSTO-MINIMIZAÇÃO

MILENA SORIANO MARCOLINO, CARISI ANNE POLANCZYK, ANA CAROLINA C. BOVENDORP, NAIARA SILVEIRA MARQUES, LILIAN AZEVEDO DA SILVA, CINTIA PROVETI BARBOSA TURQUIA E ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO

FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL R. GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, MG, BRASIL - HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: Ensaios clínicos demonstraram que os novos anticoagulantes tem pelo menos impacto semelhante na redução de eventos tromboembólicos quando comparados a varfarina, com melhor perfil de segurança. Existem poucos dados que comparem o custo destas drogas com custos reais de pacientes na prática clínica. O objetivo deste estudo é realizar análise econômica comparando novos anticoagulantes e varfarina na perspectiva do sistema de saúde pública e da sociedade, usando dados reais de uma clínica de anticoagulação.

Métodos: Análise de custo-minimização, utilizando dados de uma coorte de pacientes de uma clínica de anticoagulação de um hospital público de Belo Horizonte. Nesta coorte, os pacientes foram recrutados de agosto a outubro de 2011. Os custos operacionais e não operacionais foram computados. Todos os custos foram corrigidos para 2014 e convertidos em dólares americanos.

Resultados: Este estudo incluiu 633 pacientes (idade mediana 62 anos, intervalo interquartil 49-73 anos, 59% do sexo feminino) e o tempo médio de acompanhamento foi 64 ± 28 dias. O custo médio por paciente por mês foi \$ 73,33. Os custos operacionais foram responsáveis por 32,5% do custo total. Destes, 69,5% foram custos relacionados aos profissionais de saúde, 21,8% aos exames de RNI e 8,7% à varfarina. Em relação aos custos não operacionais (67,5% do total), 52,4% estavam relacionados ao absenteísmo ao trabalho e 47,6% ao transporte até a clínica. Dabigatran e rivaroxaban são vendidos ao Ministério da Saúde a um preço médio de \$ 84,98 por mês. Desta forma, há uma diferença de preço de \$ 11,65 por paciente por mês. Considerando uma população de 198,7 milhões de habitantes e uma prevalência estimada de fibrilação atrial de 1%, cerca de 2 milhões de pacientes necessitam fazer uso de anticoagulantes, então a diferença se torna \$ 280 milhões por ano.

Conclusão: Esta análise de custo-minimização com dados reais da prática clínica observou que no contexto brasileiro, a diferença de preço ainda é significativa. Se houver uma redução no preço dos novos anticoagulantes, esta estratégia pode se tornar viável economicamente.



36831

EPIDEMIOLOGIA DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA DA REGIÃO AMPLIADA NORTE DE MINAS GERAIS

LUCAS RODRIGUES DA SILVA, THIÉRRY VINÍCIUS FLORES SILVA, GEORGIA SANTOS ARCANJO, WANESSA VIEIRA DE MORAIS AGUIAR, MATHEUS DE BARROS ANTUNES, MARIA CRISTINA OLIVEIRA, ANDRÉ PIRES ANTUNES, ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO E MILENA SORIANO MARCOLINO

REDE DE TELEASSISTÊNCIA DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: A doença coronária é a principal causa de mortalidade no Brasil. Destacam-se as síndromes coronarianas agudas (SCA), com enfoque no infarto agudo do miocárdio (IAM), causa comum de internação hospitalar e a primeira causa de morte. O objetivo deste estudo é traçar o perfil epidemiológico da SCA na região Ampliada Norte de Minas Gerais (MG). **Metodologia:** Estudo descritivo e observacional, que incluiu todos os pacientes consecutivos admitidos com diagnóstico de SCA nos serviços de urgência do SUS de Montes Claros, MG, de junho de 2013 a janeiro de 2014. O sistema de saúde é organizado na região de forma que Montes Claros recebe pacientes de outros 88 municípios. Foi implantado um sistema de vigilância nas portas de entrada de urgência de Montes Claros. **Resultados:** Um total de 458 pacientes foram admitidos com SCA, idade média 64 ± 12 anos, 54,4% do sexo masculino. Desses, 41,3% foram admitidos por demanda espontânea; 8,7% pelo serviço pré-hospitalar; 2,2% de ambulatórios de Montes Claros e 47,8% de serviços de outros municípios, sendo 38,4% de hospitais e 9,4% de ambulatórios. A mediana da distância até Montes Claros foi 221 km (intervalo interquartil [IQR] 148-341, mínima 43 e máxima 623 Km). A mediana do tempo transporte foi 3:09 (IQR 1:56-4:50), com tempo máximo de 9:00. Quanto ao diagnóstico final, 53,5% foram classificados como angina instável, 33,8% IAM com supra de ST e 12,7% de IAM sem supra de ST. Hipertensão foi relatada em 80,1% dos casos, diabetes em 26,2%, dislipidemia em 48,2%, história familiar de doença coronariana em 45,9%, tabagismo em 20,4% e tabagismo prévio em 35,6%, insuficiência cardíaca em 20,3%, IAM prévio em 17,4%, Doença de Chagas em 9,9%, acidente vascular cerebral prévio em 6,9%, doença arterial periférica em 4,1% e insuficiência renal dialítica em 2,7%. Oito por cento dos pacientes relataram história de cirurgia de revascularização do miocárdio e 15,4% de angioplastia. Uso de álcool foi referido em 24,3% e drogas ilícitas em 7%. Uso de AAS foi descrito em 46,1%. **Conclusão:** Os resultados obtidos retratam as características epidemiológicas dos pacientes com SCA da Região Ampliada Norte de MG admitidos nos serviços de urgência de Montes Claros. Destaca-se a grande proporção de pacientes provenientes de outros municípios e o longo tempo de transporte. A angina instável correspondeu a 53,5% das SCA.

36832

O ELETROCARDIOGRAMA NA HIPERTENSÃO ARTERIAL: ESTUDO EM GRANDE AMOSTRA DE PACIENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

MILENA SORIANO MARCOLINO, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, MARIA BEATRIZ MOREIRA ALKIM E ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO

FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - REDE DE TELEASSISTÊNCIA DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: As diretrizes de hipertensão arterial recomendam a realização do ECG em hipertensos para melhorar a predição do risco cardiovascular, mas há escassez de dados na literatura, principalmente na literatura nacional, quanto a prevalência de alterações eletrocardiográficas neste grupo. O objetivo deste estudo é avaliar a prevalência de alterações eletrocardiográficas em pacientes com hipertensão arterial atendidos na Atenção Primária.

Método: Trata-se de estudo observacional retrospectivo, que analisou os ECGs de pacientes com hipertensão arterial realizados no ano de 2011 por um serviço público de teleassistência. Na ocasião, este serviço atendia a Atenção Primária de 658 municípios em Minas Gerais. O ECG é realizado no município e transmitido pela internet para ser avaliado por uma equipe de cardiologistas treinados e experientes. **Resultados:** No período do estudo, 82.125 pacientes com hipertensão arterial realizaram ECG (idade média $60,8 \pm 13,5$ anos, 63,7% do sexo feminino). As comorbidades mais comuns nestes pacientes foram diabetes (14,2%), tabagismo (11,4%), dislipidemia (7,0%) e doença de Chagas (5,6%). Em relação à análise do ECG, em 48,3% não havia alterações e o número médio de alterações por paciente foi $0,9 \pm 1,1$ (variação 0-9). A análise do ritmo revelou 2,9% pacientes com fibrilação atrial ou flutter, 3,2% extrassístolia ventricular, 2,4% extrassístolia supraventricular e 0,6% estavam em uso de marcapasso. Bloqueio de ramo esquerdo foi observado em 2,4%, bloqueio incompleto de ramo esquerdo em 1,8%, bloqueio de ramo direito em 4,6% e bloqueio divisional anterossuperior esquerdo em 8,7%. Bloqueio atrioventricular de primeiro grau estava presente em 2,5%, de segundo e terceiro graus em menos de 0,1% cada. Foram observadas evidências de sobrecarga ventricular e atrial esquerdas em 5,2% e 3,2% dos pacientes, respectivamente, ondas Q patológicas em 1,5% e anormalidades inespecíficas da repolarização ventricular em 29,4%. **Conclusão:** Neste estudo, em grande amostra de pacientes com hipertensão da Atenção Primária, as alterações eletrocardiográficas estiveram presentes em mais de 50% dos pacientes. As alterações mais comuns foram alterações inespecíficas da repolarização ventricular, bloqueios de ramo direito e esquerdo, sobrecarga ventricular esquerda, extrassístolia e fibrilação atrial.

36837

CALCIFICAÇÃO ASSIMÉTRICA DAS COMISSURAS DA VALVA MITRAL COMO FATOR DETERMINANTE DE REGURGITAÇÃO MITRAL APÓS VALVOPLASTIA MITRAL

JULIANA RODRIGUES SOARES, LUCAS LODI JUNQUEIRA, LUISA FREIRE PEDERNEIRAS BARBOSA, VITÓRIA EMÍLIA GOMES MARQUES, NAYARA CAROLINA SANTOS DOURADO, DAYANE AMARAL MADUREIRA, NICOLE DE PAULA AARÃO FALEIRO MAIA, BRUNO R NASCIMENTO E MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES

FACULDADE DE MEDICINA/UFMG- SETOR DE CARDIOLOGIA HC/UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

RESUMO: Regurgitação mitral (RM) constitui uma complicação frequente após valvoplastia mitral percutânea (VMP), ocorrendo mesmo em pacientes com anatomia valvar favorável. O padrão de espessamento comissural, especialmente calcificação assimétrica das comissuras, parece influenciar o risco de RM após a VMP. O presente estudo visa avaliar a morfologia das comissuras como marcador de RM após a VMP.

Métodos: 127 pacientes com estenose mitral (EM) elegíveis para VMP no período de 2009 a 2013 foram incluídos. O ecocardiograma convencional foi realizado antes e 24 horas após o procedimento. A assimetria comissural foi quantificada pela relação das áreas das comissuras, medindo-se a margem interna (planimetria) e a externa (ventricular) dos folhetos. Um linha foi traçada na maior dimensão, marcando-se um ponto central para se obter a relação das áreas. Considera-se simétrica quando o valor for próximo de 1. Definuiu-se como desfecho imediato o aumento de um grau na RM preexistente ou RM moderada a grave pós VMP. O desfecho a longo-prazo foi nova VMP, troca valvar ou morte cardíaca.

Resultados: A idade foi de 41 ± 11 anos, 113 mulheres (89%), 20 em fibrilação atrial (16%). Após a VMP, 19 pacientes (15%) evoluíram com RM, grave em 5 (4%). Assimetria comissural foi o único determinante da RM pós-VMP (OR=1,73; IC 1,19-2,51; $p=0,004$). A morfologia dos folhetos avaliada pelo escore de Wilkins não se associou à RM. Durante o seguimento médio de 23 meses, 4 pacientes submeteram à nova VMP, 9 à troca valvar e 2 morreram. O grau de assimetria comissural foi também associado a eventos adversos durante o seguimento (OR=1,41; IC 1,04-1,93; $p=0,029$).

Conclusão: O padrão de remodelamento assimétrico das comissuras, avaliado pela relação das áreas comissurais, foi um preditor independente de RM e de eventos adversos a longo prazo após VMP.

36863

ALTERAÇÕES ELETROCARDIOGRÁFICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA SEGUNDO GÊNERO: ESTUDO DE UM SERVIÇO DE TELECARDIOLOGIA

JULIA PEREIRA AFONSO DOS SANTOS, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, ANA LUIZA SANT'ANA DE CARVALHO, ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO E MILENA SORIANO MARCOLINO

REDE DE TELEASSISTÊNCIA DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: O eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações é um teste não invasivo, de baixo custo e disponível na Atenção Primária para detecção de doença cardíaca. O objetivo deste estudo é analisar a prevalência de alterações eletrocardiográficas em pacientes atendidos na Atenção Primária e avaliar se há diferença na prevalência segundo gênero.

Métodos: Trata-se de um estudo observacional retrospectivo, que analisou os ECGs de um serviço público de teleassistência realizados no ano de 2011, quando o serviço atendia a Atenção Primária de 658 municípios em Minas Gerais.

Resultados: No período do estudo, 264.324 pacientes realizaram ECG. Destes, 58,7% em mulheres. As comorbidades mais frequentemente observadas em mulheres e homens, respectivamente, foram: hipertensão arterial (34,2% vs. 28,9%, $p<0,001$), Doença de Chagas (3,1% vs. 2,6%, $p<0,001$), diabetes mellitus (6,3% vs. 4,1%, $p<0,001$), dislipidemia (3,3% vs. 2,2%, $p<0,001$) e tabagismo (5,3% vs. 9,8%, $p<0,001$). Os ECGs sem alterações corresponderam a 61,2% dos exames de pacientes do sexo feminino e 54,9% dos masculinos ($p<0,001$). As alterações eletrocardiográficas foram mais prevalentes no sexo masculino, com o bloqueio da divisão anterossuperior esquerdo em 8,6% vs. 4,3% ($p<0,001$), sobrecarga ventricular esquerda em 4,5% vs. 2,5% ($p<0,001$), bloqueio de ramo direito em 4,0% vs. 2,5% ($p<0,001$), Extrassístole ventricular em 2,8% vs. 2,0% ($p<0,001$), bloqueio atrioventricular total em 2,6% vs. 1,4% ($p<0,001$) fibrilação atrial em 2,4% vs. 1,3% ($p<0,001$), extrassístole supraventricular em 2,2% vs. 1,5% ($p<0,001$) e o bloqueio de ramo esquerdo em 1,5% vs. 1,6% ($p<0,005$). As alterações inespecíficas da repolarização ventricular foram mais prevalentes no sexo feminino 20,5% vs. 19,3% ($p<0,001$).

Conclusão: Este estudo em grande amostra da Atenção Primária evidenciou que as alterações eletrocardiográficas são, em geral, mais frequentes no sexo masculino.



36870

DOENÇA DE CHAGAS NA INFÂNCIA

VICTOR C O BRAZ, LOURDES F G GOMES, VILMAR J PEREIRA, NEIDE A FARIA, JOÃO R M NETO, JOSE ALFREDO B CUNHA, MARIA P R CARDOSO, BRENNER D M MOURA, YASMIN A P PACHECO E FERNANDA CARVALHO FRANCO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A Doença de Chagas (DC) é causada pelo *Trypanosoma cruzi* e transmitida por insetos hematológicos (hemípteros reduvídeos da subfamília Triatominae). No Brasil, a doença tem impacto ambiental e sociopolítico. Entre os anos de 2001 e 2006 foram notificados 2.319 casos da forma aguda, sendo que destes, 91 casos (4%) eram referentes à faixa etária de interesse deste estudo. A transmissão vetorial continua sendo a mais importante, correspondendo a 64% dos casos notificados, de acordo com dados do DATASUS, no mesmo período.

Na infância, é rara, tem apresentado formas epidemiológicas atípicas e é subnotificada, devido a fatores como: a apresentação clínica / epidemiológica atípica; pouco investigada dentre os diagnósticos diferenciais (fase aguda e nas miocardiopatias).

MÉTODOS: Análise retrospectiva de dados coletados de sete crianças, atendidas e internadas, seguidas por 15 anos, seguimento prospectivo ambulatorial e revisão da literatura médica. Faixa etária: cinco e 15 anos ($\bar{x}$ = 9,8), todos de região endêmica, 43% de zona rural. Exames diagnósticos: gota espessa positiva (+) (agudo); imunofluorescência: IgM + (outro agudo) e IgG + (6); reação de Machado Guerreiro + em seis casos.

RESULTADOS: Há uma dificuldade de correlação dos dados epidemiológicos, clínicos, laboratoriais e evolutivos avaliados nesta série com outros autores, pela escassez de estudos publicados em DC na criança, inclusive no Brasil. Contudo, quando comparados aos estudos em adultos observa-se concordância dos achados com a maioria dos autores pesquisados.

CONCLUSÃO: Pensar na DC foi determinante para o diagnóstico. A investigação se faz necessária, especialmente pelos hábitos urbanos adquiridos pelo barbeiro facilitando a transmissão. Apesar da pouca experiência o tratamento foi benéfico nesta série.

36871

CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE COARCTAÇÃO DE AORTA EM ADULTOS: SÉRIE DE CASOS DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, RENATO AFONSO SALGADO, WALTER RABELO, RODRIGO DE CASTRO BERNARDES E ROBERTO LUIZ MARINO

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: A Coarctação da aorta (CoA) não tratada apresenta mau prognóstico, a maioria dos pacientes morrem antes dos 40 anos. O tratamento cirúrgico é a opção terapêutica de escolha. A correção com balão surgiu como alternativa à cirurgia, mas apresenta altos índices de reestenose e de formação de aneurismas. Os stents endovasculares foram adicionados devido a baixas taxas de reestenose e complicações. O objetivo desse trabalho é avaliar sintomas, pressão arterial, gradiente, sinais e uso de medicações anti-hipertensivas no pós-operatório tardio de correção endovascular da CoA com stents recobertos. **Materiais e Métodos:** Avaliados os pacientes submetidos à correção endovascular de CoA pós ductal no Hospital Madre Teresa no período de agosto 2010 a agosto 2012. Realizada uma revisão dos prontuários e visitas presenciais e analisados os resultados a partir de 6 meses, com média de 14 ± 9 meses após o procedimento. **Resultados:** Selecionados sete paciente, cinco (71,4%) homens, a média de idade de 32 ± 10 anos. Um paciente apresentava correção endovascular prévia sem stent. Os sintomas mais comuns pré-procedimento foram epistaxe e dispnéia grau II, com 57,1% cada, seguidos da claudicação de membros inferiores em 42,8%. Tinham valva aórtica bicuspidé 71,4% e 42,9% hipertrofia ventricular esquerda. A média da pressão sistólica em mmHg pré-procedimento foi de 163 ± 26 no membro de superior direito (MSD) e 155 ± 29 no membro superior esquerdo (MSE) e 100 ± 10 no membro inferior direito (MID) e 100 ± 10 no membro inferior esquerdo (MIE). Pós-procedimento a média de pressão sistólica foi 130 ± 17 MSD, 132 ± 11 no MSE, 110 ± 12 no MID e $114 (\pm 11)$ no MIE. O gradiente pressórico médio (mmHg) pré e pós-procedimento foi de $56,6 \pm 25$ e 20 ± 22 respectivamente. Um paciente manteve gradiente e pressão elevada com nova intervenção seis meses após o procedimento, com bom resultado. Os demais casos evoluíram sem intercorrências. Todos os pacientes usavam pelo menos duas medicações anti-hipertensivas pré-procedimento e após procedimento ocorreu redução da pressão em todos os casos. Houve remissão completa dos sintomas e redução dos anti-hipertensivos, e em dois pacientes ocorreu normalização da pressão. **Conclusão:** A correção endovascular com stent recoberto é segura e indicada como primeira opção no tratamento da CoA em adultos no nosso serviço. A permanência da hipertensão arterial mesmo com a redução do gradiente recomenda a necessidade de permanente controle ambulatorial.

37081

A DISPERSÃO DO INTERVALO QT INDUZIDA POR ESFORÇO NO DIAGNÓSTICO DE DOENÇA ATEROSCLERÓTICA CORONARIANA

JOÃO PAULO MARTINS DE CASTRO, DIOGO ARATAQUE, RENATO SOARES VENTURA, FERNANDA NOBRE TORRES, SAULO AUGUSTO DE LIMA, MICHEL ROSESTOLATO DARUICH P TANNUS, FAUSTINO VENDRAME FILHO, DEBORAMAGALHES DE SOUZA, DANIEL PEREIRA DE ANDRADE, HENRIQUE CANDIDO GONCALVES DE OLIVEIRA E ALANA GOMES NAZARETH

HOSPITAL SÃO JOSE DO AVAI, ITAPERUNA, RJ, BRASIL.

Fundamento: Dispersão do QT(DQT) detecta heterogeneidade da repolarização ventricular diante de um substrato isquêmico.

Objetivo: Analisar a dispersão do intervalo QT como método diagnóstico complementar ao teste de esforço (TE) em pacientes com suspeita de doença arterial coronariana (DAC).

Delineamento: Transversal. Em um intervalo de 1 mês foram selecionados 80 pacientes. Idade: 24 a 83 anos. Todos submetidos a TE e cinecoronariografia por indicação clínica. Excluídos: pacientes com BRE e BRD, DAC conhecida, ECG ilegíveis.

Métodos: A DQT foi calculada no 1º min. da fase de recuperação. A DQT acima de 50 ms era considerada positiva. A sensibilidade (S) e especificidade (E) da DQT foi avaliada usando os resultados da cineangiogramiografia, e comparadas às do TE tradicional.

Resultados: A DQT isoladamente teve S de 47,06% e E de 82,61% ($p=0,0166$); o TE apresentou S de 76,47% e E de 36,96%. O falso-positivo do TE foi de 63,04% (elevado devido a baixa S do critério clínico de dor precordial). Este estudo foi estatisticamente significativo ($p=0,0166$).

Conclusão: Dor precordial durante TE não é um critério confiável de DAC. A DQT menor que 50 ms pode indicar ausência de DAC, sendo assim auxiliar no diagnóstico de DAC no TE, evitando grande número de testes falsos positivos.

37164

ESTUDO DAS DISLIPIDEMIAS EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS E/OU HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA CADASTRADOS NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE IPATINGA-MG

BARROSO, ANDRESSA O, ÁVILA, EDUARDO N, CAMPOS, GISELLA S, BACKER, SAVILLE B T E FURTADO, MARIANA S

INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR, IPATINGA, MG, BRASIL.

RESUMO

Introdução: As doenças provenientes da aterosclerose (infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico) são as principais causas de morbimortalidade em adultos. Essas condições têm como principal fator de risco as dislipidemias. O conhecimento do perfil lipídico das populações e seu manejo correto, possibilita uma intervenção direcionada para o controle e prevenção das doenças secundárias à aterosclerose. Diante disso, o objetivo do estudo foi avaliar o perfil lipídico dos pacientes diabéticos e/ou hipertensos nas Unidades Básicas de Saúde do município de Ipatinga-MG, cadastrados no HIPERDIA, e verificar a adequação do tratamento aos parâmetros recomendados pelas Diretrizes Brasileiras de Dislipidemias. **Método:** Estudo de caráter descritivo e exploratório onde foram analisados dados de 270 pacientes hipertensos e/ou diabéticos. As informações foram coletadas através da aplicação de um formulário, realização de exame físico e avaliação de exames laboratoriais. O Programa SPSS, versão 15.1 foi utilizado para construção de um banco de dados e realização das análises. **Resultados:** Com um total de 270 pacientes analisados, 93% dos pacientes eram hipertensos e 48,8% diabéticos. Desse, 65,6% foram classificados com alto risco cardiovascular. Com relação à avaliação do perfil lipídico, as seguintes médias foram verificadas: LDLc $120,5$ mg/dL; HDLc 46 mg/dL e TG 178 mg/dL. Na análise comparativa entre os grupos de risco, não houve diferença entre as médias de CT, LDLc e TG, exceto a de HDLc que foi mais alta no grupo de baixo risco. Quanto à medicação hipolipemiante, 34,1% estavam em uso, sendo que 84,5% usavam sinvastatina e 7,1% fibratos. Apenas 33,3% dos pacientes de alto risco cardiovascular apresentavam LDLc <100 mg/dL. **Conclusão:** Observamos que as metas de tratamento preconizadas atualmente não estão sendo atingidas de uma forma eficiente no grupo estudado.

Palavras-chave: Prevalência. Qualidade de vida. Risco cardiovascular.



37172

CAUSAS DE ÓBITO EM 30 DIAS EM PACIENTES CONSECUTIVOS SUBMETIDOS À INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA

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

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: A formação de um banco de dados representa uma ferramenta importante na gestão de segurança e riscos dos serviços de saúde, possibilitando obter referências das práticas assistenciais e a melhoria dos resultados. A taxa de mortalidade dos pacientes submetidos à intervenção coronariana percutânea (ICP) constitui um dos indicadores de qualidade da instituição, todavia, é um marcador menos específico na identificação do risco relacionado ao procedimento. Dessa forma, este estudo teve como finalidade avaliar as causas de mortalidade e a incidência de óbitos relacionados e não relacionados à ICP no período de até 30 dias como indicador de desempenho clínico. **Métodos:** Realizamos análise retrospectiva de dados dos pacientes consecutivos submetidos à ICP no período de setembro de 2010 a dezembro de 2013. Durante esse período, todos os pacientes submetidos à ICP eletiva ou de emergência tiveram as informações relacionadas às características clínicas, angiográficas e do procedimento e à evolução clínica intra-hospitalar coletada de maneira prospectiva, com inserção obrigatória, e armazenada em um banco de dados eletrônico dedicado, seguindo protocolo preestabelecido. Todos os óbitos em 30 dias de pacientes tratados em nosso serviço foram incluídos. As causas de morte foram definidas de acordo com o Academic Research Consortium (ARC). As causas de morte foram divididas em cardíacas e não cardíacas e relacionadas e não relacionadas à ICP. **Resultados:** Dos 1679 pacientes submetidos à ICP, ocorreram 26 óbitos (1,54%) no período de 30 dias. No entanto, apenas 15,3% dos óbitos foram atribuídos a complicações da ICP. Pacientes com morte não relacionada à ICP apresentaram incidência elevada de choque cardiogênico. A principal causa de morte relacionada à ICP foi trombose de stent. **Conclusões:** Menos de metade dos óbitos em 30 dias pós-ICP são relacionados ao procedimento. A investigação das causas de óbito e a estratificação em relacionadas ou não à ICP é um indicador mais específico do risco relacionado ao procedimento, e provavelmente é um melhor indicador do desempenho clínico.

37174

AValiação da Qualidade do Tratamento Farmacológico de Pacientes em Hospital Terciário da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio em Belo Horizonte

MARIA LETICIA LEO LANA, LUISA C.C.BRANT, FERNANDO AUGUSTO MEDEIROS CARRERA MACEDO, LUCAS FONSECA RODRIGUES, BRUNO R NASCIMENTO, LUIZ RICARDO DE ATAIDE CASTRO E ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO

Serviço de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular do Hospital, Belo Horizonte, MG, Brasil - Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: No Brasil, a mortalidade absoluta por infarto agudo do miocárdio (IAM) assim como a morbidade secundária a essa doença está em ascensão, apesar dos avanços no tratamento do IAM. Um dos possíveis motivos para esses achados é a não aplicação das orientações preconizadas pelas diretrizes no tratamento dos pacientes infartados. No entanto, dados sobre a utilização das terapias embasadas na literatura em nosso país são escassos. A "American Heart Association" e o "American College of Cardiology" (AHA/ACC) propõem alguns indicadores de qualidade para avaliar o cuidado dos pacientes com IAM. Sendo assim, analisamos a proporção de pacientes internados, em hospital terciário da linha de cuidado do IAM, em Belo Horizonte, que receberam a terapia farmacológica recomendada pelas diretrizes, utilizando os indicadores propostos por essas entidades. **Métodos:** Análise de registro dos dados referentes aos pacientes atendidos devido a IAM, na Unidade Coronariana do Hospital das Clínicas/UFMG (UCO/HC), no período de 01 de junho de 2013 a 31 de janeiro de 2014. As variáveis analisadas foram: proporção de pacientes que receberam ácido acetilsalicílico (AAS) à admissão e à alta; clopidogrel, betabloqueador, estatina e inibidor da enzima conversora de angiotensina/bloqueador do receptor de angiotensina (IECA/BRA) à alta, sendo estes para pacientes com fração de ejeção do ventrículo esquerdo <40% ou disfunção moderada a grave à ventriculografia. A mortalidade também foi avaliada. **Resultados:** Neste período, foram internados 244 pacientes. Desse, 99,2% receberam AAS à admissão. A mortalidade hospitalar foi de 12,8%. Assim, 212 pacientes receberam alta hospitalar. Desse, 98,4% receberam AAS, 98,5% receberam clopidogrel, para 91,4% foi prescrito betabloqueador e 100% foi liberado com estatina. Dos pacientes que receberam alta, 12,8% apresentaram fração de ejeção do ventrículo esquerdo <40% ou disfunção moderada a grave à ventriculografia, desses 100% receberam IECA/ BRA. **Conclusão:** Observa-se uma cobertura adequada em relação ao tratamento farmacológico indicado para o IAM em pacientes atendidos em hospital terciário, utilizando os critérios preconizados pela AHA/ACC. A análise de qualidade da linha de cuidado do IAM, incluindo outras etapas do atendimento, é essencial para diagnosticarmos os pontos que requerem melhorias, visando a redução da morbimortalidade causada por essa doença.

37177

Tratamento da Estenose Aórtica por Implante de Prótese Aórtica Trans-cateter ou Cirurgia Convencional em Pacientes de Alto Risco: Seleção dos Pacientes e Resultados.

FERNANDO ANTONIO ROQUETE REIS FILHO, LUIZ CLAUDIO MOREIRA LIMA, ERNESTO LENTZ DA SILVEIRA MONTEIRO, MARCOS ANTONIO MARINO, ROBERTO LUIZ MARINO, ANTONIO CARLOS NEVES FERREIRA, LUCIANA GONÇALVES MAIA, WALTER RABELO E RODRIGO DE CASTRO BERNARDES

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - HOSPITAL MATER DEI, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A cirurgia de troca valvar aórtica ainda é considerada o padrão ouro de tratamento da estenose aórtica severa sintomática (EAoSS). Pacientes considerados inoperáveis eram mantidos em tratamento medicamentoso, com alta mortalidade. O implante trans-cateter de prótese valvar aórtica (TAVI) emergiu como uma opção terapêutica em pacientes não considerados para a cirurgia convencional. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Entre Outubro de 2011 a Maio de 2014, 30 pacientes, portadores de EAoSS, foram encaminhados para implante de TAVI. Aplicando os critérios do estudo PARTNER e avaliação individualizada por equipe multidisciplinar, 14 pacientes foram encaminhados para TAVI, 11 para a cirurgia convencional (TVAoC) e 3 para tratamento clínico (TTC). **RESULTADOS:** A idade média nos grupos foi de 83,1 anos (TAVI), 78,3 anos (TVAoC) e 84 anos (TTC). O EUROscore II era de 9,97 (TAVI), 8,01 (TVAoC) e 4,65 (TTC). No STS score 34,40 (TAVI), 22,90 (TVAoC) e 24,40 (TTC). O tempo médio de seguimento foi de 8 meses. Ocorreu um óbito no grupo TAVI e 2 óbitos no grupo TVAoC, todos na fase hospitalar. No grupo TTC dois pacientes faleceram. Os pacientes submetidos a TAVI tiveram menor tempo de permanência em CTI (61,5 x 194,5 horas), menor permanência hospitalar (15,1 x 34,6 dias) e menor necessidade de transfusão de hemoderivados (275x645 ml). Não ocorreram óbitos tardios no grupo TVAoC e ocorreram 2 óbitos no grupo TAVI, ambos de causas não cardíacas. O ECO mostrou melhora dos gradientes transvalvares e regressão da massa ventricular em todos os pacientes. No grupo TAVI um paciente apresenta regurgitação aórtica leve e outro moderada. No grupo TVAoC nenhum paciente evoluiu com regurgitação periprotética. O grupo TAVI tem 1 paciente em classe III, dois em classe II, os demais em classe I. No grupo TVAoC todos os pacientes estão em classe I (NYHA). **CONCLUSÕES:** Os pacientes encaminhados para TAVI, a despeito de serem mais graves, tiveram melhor evolução na fase hospitalar. O implante de prótese valvar aórtica transcateter se mostrou um procedimento seguro, com menor tempo de internação e menor necessidade de hemoderivados. Os pacientes submetidos a cirurgia convencional tiveram ótima evolução após a fase hospitalar. A avaliação da equipe multidisciplinar e a seleção adequada dos pacientes foi fundamental para os bons resultados alcançados. A regurgitação periprotética da TAVI e suas consequências a longo prazo, assim como a durabilidade da prótese, são questões a serem respondidas.

37183

Diferença de Perfil e Resultados Hospitalares de Angioplastia Coronária Percutânea entre o Idoso e o Maior Idoso

HENRIQUE AUGUSTO BECHO DE CAMPOS, ANDRE OLIVEIRA NESIO, ROBERTO JOSE DE QUEIROZ CREPALDI, ALEXANDRE J. VON SPERLING VASCONCELLOS, MAURO ISOLANI PENA, MARCOS ANTONIO MARINO, PEDRO ROUSSEFF E ROBERTO LUIZ MARINO

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: O aumento da expectativa e qualidade de vida da população brasileira tem demandado decisões terapêuticas mais agressivas, visando resultados cada vez menos paliativos. Junto a isso, a rápida evolução tecnológica na área de intervenções coronárias percutâneas tem causado avanços impactantes da prática cardiológica.

Métodos: Em um hospital terciário da cidade de Belo Horizonte/MG, entre junho de 2006 e março de 2011 foi realizado um total de 2.189 procedimentos coronarianos consecutivos em 1958 pacientes com idade igual ou maior de 60 anos. Do total de procedimentos, 1861 foram realizados em pacientes com idade entre 60 e 79 anos (Grupo 1) e 328 em pacientes de 80 a 99 anos de idade (Grupo 2). Avaliamos retrospectivamente o perfil dos pacientes e das intervenções, além dos resultados intra-hospitalares. A análise estatística foi realizada por Teste Exato de Fischer, Teste Qui-quadrado (Pearson ou Yates), de acordo com a necessidade. A análise multivariada (Hosmer-Lemeshow) demonstrou força estatística em todos os casos de p<0,25 na análise univariada.

Resultados: Observou-se na comparação entre os Grupos 1 e 2, respectivamente, uma queda no percentual de pacientes do sexo masculino (66,6% vs 45,4%, p<0,001, IC95% 1,9 a 3,1), um aumento na hipertensão arterial (63,9% vs 71,9%, p<0,006, IC95% 1,1 a 1,9), queda na incidência de diabetes (27,7% vs 26,5%, p=0,702, IC95% 0,7 a 1,2), aumento na taxa de procedimentos realizados em caráter de angioplastia primária (4,8% vs 7,0%, p=0,132, IC95% 0,9 a 2,4) e redução no número de procedimentos motivados por reestenose intrastent (4,6% vs 3,3%, p=0,377, IC95% 0,4 a 1,4). A taxa de sucesso caiu (98,5% vs 97,3%, p=0,170, IC95% 0,2 a 1,3), a de óbito aumentou (1,2% vs 2,7%, p=0,045, IC95% 1,01 a 5,2), a de sangramento aumentou (1,5% vs 3,3%, p=0,035, IC95% 1,1 a 4,8), e a de IRA aumentou (0,7% vs 0,9%, p=0,732, IC95% 0,3 a 4,5). Na divisão categórica de períodos (2006 a 2008 vs 2009 a 2011), houve um aumento no percentual de procedimentos realizados em pacientes muito idosos (44,2% vs 55,8%, p=0,010, IC95% 0,1 a 1,8).

Conclusão: Apesar de cada vez mais factível, a partir da oitava década de vida os pacientes inspiram cuidados extras na tomada de conduta, demandado ainda mais cautela na abordagem do cardiologista clínico e do intervencionista.



37186

TESTE ERGOMÉTRICO EM OCTAGENÁRIOS

CLAUDIA MADEIRA MIRANDA, MARILIA DOS SANTOS ANTONIETTO, ROSYMEIRE RODRIGUES COSTA, WALTER RABELO E ROBERTO LUIZ MARINO

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução - A população idosa tem crescido nos últimos anos resultando em alta demanda por exames cardiovasculares. O Teste Ergométrico (TE) é um exame acessível, com boa relação custo-benefício para fins diagnósticos e prognósticos principalmente no controle de doença coronariana.

Objetivo: descrever as variáveis clínicas e hemodinâmicas de pacientes (ptes) idosos octagenários encaminhados para realização de TE, mostrando sua aplicabilidade nesta população. **Material e Métodos:** foram levantados retrospectivamente dados referentes a TE de pacientes octagenários encaminhados para avaliação cardiovascular

Resultados: foram incluídos pacientes 99 (ptes) com idade média de 82,2 anos encaminhados para realização de TE, sendo 52,5% do sexo feminino e 47,5% do sexo masculino. Os motivos para realização de TE foram: 79% para avaliação cardiovascular de rotina e 9% para avaliação de ICo prévia. No grupo, 75,8% eram hipertensos, 17,2% diabéticos, 11,1% portadores de ICo prévia, 36,4% dislipidêmicos, 51,5% sedentários e 79,8% dos ptes apresentaram ECG de repouso normal. Os protocolos de TE aplicados tiveram aumento gradual e individualizado de velocidade e inclinação pelo método de rampa, sendo utilizados 46% de rampa e 41% de Bruce rampa. No pico do esforço, a velocidade média atingida foi de 2,97 +/- 0,52 mph, variando de 2 a 4 mph e a inclinação média foi de 11,8 +/- 1,87 %, variando de 5,5 a 15%. Nos TE realizados, 67,5% alcançaram frequência cardíaca (FC) acima de 85% para idade, 11,1% apresentaram isquemia ao ECG, 6,1% apresentaram angina ao esforço, 30,3% apresentaram arritmia ventricular não complexa, 46,2% apresentaram FC de recuperação de 10 minutos inferior (FCR-1) a -12 bpm em recuperação ativa sendo a média de -13,8 bpm. Não houve complicações cardiovasculares nem queda da esteira durante a realização do TE.

Conclusões: - O teste ergométrico mostrou-se seguro e eficaz na avaliação de idosos octagenários. O protocolo de rampa mostrou-se adequado para avaliação destes ptes. A prevalência de co-morbidades presentes neste grupo exige a avaliação do idoso para atividade física que deve ser incentivada frente a sedentarismo predominante, sendo imprescindível o uso do TE inclusive nos octagenários

37187

HIPERSENSIBILIDADE DO SEIO CAROTÍDEO: O QUE O TILT TEST ACRESCENTA

CLAUDIA MADEIRA MIRANDA, CARLOS EDUARDO DE SOUZA MIRANDA, MITERMAYER REIS BRITO, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, ANDRE OLIVEIRA NESIO, WALTER RABELO E ROBERTO LUIZ MARINO

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: A massagem do seio carotídeo (MSC) realizada em posição inclinada durante o Tilt Test (TT) aumenta a especificidade e sensibilidade para até 100% no diagnóstico da hipersensibilidade do seio carotídeo (HSC). O Tilt Test (TT) possibilita o diagnóstico de outras condições responsáveis por eventos sincopais. **Objetivo:** avaliar a utilidade do TT nos pacientes. **Material e Métodos:** No período de Abril/2009 a Dezembro/2013, dentre 1141 ptes submetidos ao TT, 636 ptes tiveram indicação de realização de MSC sendo obtida resposta positiva em 67 ptes. Foram analisadas as características clínicas e eletrocardiográficas, tipo de resposta na MSC, associação de sintomas e respostas associadas. **Resultados:** Nos 67 ptes analisados a média de idade foi de 69 ± 11 anos, mínima de 40 e máxima de 91, 42 (62,7%) do sexo masculino, 27 (40,3%) não apresentavam fatores de risco, 26 (38,8%) eram hipertensos, três (4,5%) diabéticos, 07 ptes (10,4%) hipertensos e com doença coronariana. Indicação do exame foi síncope em 49 ptes (73,1%), pré-síncope em 09 ptes (13,4%). Resposta tipo cardioinibitória ocorreu em 56 ptes (83,6%), mista em 06 ptes (9%) e vasodressora em 05 ptes (7,5%) casos. Vinte e cinco ptes (37,3%) não reproduziram os sintomas durante a MSC. Resposta associada durante o TT, além da HSC, ocorreu em 29 ptes (43,3%), sendo com 23,9% com resposta pressórica disautônoma, 7,5% com hipotensão postural e 11,9% com resposta vasovagal e 38 (56,7%) não tiveram resposta associada. Dentre os 25 ptes assintomáticos na MSC quanto a resposta associada no TT, 16 ptes (64%) não tiveram esta resposta, 09 ptes (36%) tiveram resposta associada sendo cinco ptes (20%) com disautonomia, hipotensão postural em 12% e vasovagal em um pte (4%), p=0,11. Nos 42 (62,7%) pacientes que reproduziram sintomas na MSC, 22 (52,3%) não tiveram resposta associada no TT, e 20 (47,7%) tiveram resposta associada distribuída em disautonomia em 26,2%, vasovagal em 16,7% e hipotensão postural em 4,8%. **Conclusões:** Nos ptes com HSC nos quais a MSC não reproduz o sintoma o TT acrescentou informações para o diagnóstico, porém sem significância estatística. Nos pacientes com HSC nos quais o TT foi negativo indicam a presença de mecanismos fisiopatológicos distintos na produção síncope, podendo coexistir condições causadoras de eventos sincopais.

37190

RESULTADOS DO USO DO ANEL INTRALUMINAL DE CASTRO BERNARDES NA CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE ANEURISMAS DA AORTA ASCENDENTE E DISSECÇÃO DO TIPO A

MARCELO BRAGA IVO, VICENTE DE PAULO FERREIRA JUNIOR, FERNANDO ALVES PEREIRA JUNIOR, RAVI AZEVEDO BERNARDES, TULIO PINHO NAVARRO, ERNESTO LENTZ DA SILVEIRA MONTEIRO, LUIZ CLAUDIO MOREIRA LIMA, FERNANDO ANTONIO ROQUETE REIS FILHO E RODRIGO DE CASTRO BERNARDES

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - INTERVASCULAR, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

OBJETIVO: Demonstrar os resultados cirúrgicos usando o anel intraluminal de Castro Bernardes em cirurgia da aorta ascendente, ao invés de sutura convencional.

MÉTODOS: 95 pacientes foram submetidos à cirurgia de aorta ascendente entre dezembro de 2008 a abril de 2011, no Hospital Madre Teresa em Belo Horizonte, utilizando o anel intraluminal de Castro Bernardes ao invés de sutura convencional da aorta.

RESULTADOS: Noventa e cinco pacientes foram submetidos a cirurgia da aorta ascendente com anel intraluminal Castro-Bernardes. Trinta pacientes apresentavam dissecção aguda tipo A e 65 pacientes apresentavam aneurisma. A mortalidade pós-operatório geral foi de 15,78% (15/95). Nove destes quinze pacientes (60%) morreram com o diagnóstico de dissecção do tipo A. Na dissecção aguda tipo A, a mortalidade foi de 30% e a mortalidade dos aneurismas foi de 9,23%. O anel intraluminal foi inserido em posição distal em 89 pacientes e na posição proximal e distal em 6 pacientes. O uso do anel intraluminal de Castro Bernardes foi associado às técnicas de Bentall e de Bono e de Cabrol. O tempo médio de circulação extracorpórea foi de 57,4 minutos e o tempo médio de pinçamento aórtico foi de 37 minutos.

CONCLUSÃO: O uso do anel intraluminal de Castro Bernardes em cirurgia da aorta ascendente evitando sutura convencional reduz o tempo de circulação extracorpórea eo tempo de pinçamento aórtico, melhorando os resultados cirúrgicos. Esta abordagem simplifica a cirurgia da aorta ascendente se a doença é dissecção do tipo A ou aneurisma, e pode ser considerado uma boa técnica alternativa.

37196

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DA AORTA ASCENDENTE NA SÍNDROME AÓRTICA AGUDA

VICENTE DE PAULO FERREIRA JUNIOR, FERNANDO ALVES PEREIRA JUNIOR, RAVI AZEVEDO BERNARDES, MARCELO BRAGA IVO, TULIO PINHO NAVARRO, ERNESTO LENTZ DA SILVEIRA MONTEIRO, LUIZ CLAUDIO MOREIRA LIMA, FERNANDO ANTONIO ROQUETE REIS FILHO E RODRIGO DE CASTRO BERNARDES

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - INTERVASCULAR, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

OBJETIVO: Síndromes aórticas agudas da aorta ascendente e suas complicações crônicas são doenças fatais tratadas tradicionalmente pela cirurgia aberta, com altas taxas de mortalidade. Uma abordagem endovascular na aorta ascendente pode reduzir a morbidade e mortalidade associadas a cirurgia aberta. Nosso objetivo foi relatar a experiência inicial no tratamento da patologia da aorta ascendente usando endopróteses convencionais comercialmente disponíveis. **MÉTODOS:** De 2007 a 2012, 69 pacientes se apresentaram no Hospital Madre Teresa, em Belo Horizonte, com síndrome aórtica aguda da aorta ascendente ou suas complicações crônicas. Dos 69 pacientes, 8 pacientes de alto risco tinham anatomia favorável e 7 concordaram em participar deste estudo. **RESULTADOS:** Dos 7 pacientes, 4 apresentaram úlceras penetrantes, 2 deles dissecção aguda, e 1 dissecção crônica com aneurisma. A taxa de sucesso técnico foi de 87%, com uma morte intra-operatória por insuficiência aguda da válvula aórtica. A zona de ancoragem proximal foi, em média, 21 mm acima da válvula aórtica em todos os pacientes. Três pacientes necessitaram de transposição dos vasos da base intra-operatória devido a uma lesão no terço distal da aorta ascendente, comprometendo os ramos supra-aórticos. A zona de ancoragem distal estava na zona 0 em 4 pacientes, zona 2 em 1 paciente, e na zona 4, em 2 pacientes. O tempo médio de acompanhamento foi de 26,3 meses. Os dois casos de dissecção tipo A não apresentaram boa evolução exigindo nova intervenção cirúrgica por via convencional com sucesso após dois meses de acompanhamento, devido a ruptura da aorta na origem do tronco braquicefálico. Depois disso, nenhum paciente apresentou nova síndrome aórtica aguda ou outros sintomas relacionados. **CONCLUSÕES:** O tratamento endovascular da aorta ascendente é viável. Tivemos quatro bons resultados a médio prazo em 7 pacientes que se apresentavam com úlceras penetrantes ou formação de aneurismas. Dissecções agudas parecem ser mais instáveis e pesquisa adicional é necessária. Na literatura atual não se encontram muitos casos descritos com a utilização de endopróteses como tratamento das síndromes aórticas agudas por isso não podemos indicar como primeira opção para todas doenças da aorta ascendente, mas existem boas expectativas para correção de úlceras e pseudoneurismas de aorta ascendente com próteses mais flexíveis e sem free-flow.



37202

CARACTERIZAÇÃO DE UM ÍNDICE DOPPLER ECOCARDIOGRÁFICO MULTIFATORIAL PARA QUANTIFICAÇÃO DA REGURGITAÇÃO VALVAR MITRAL

TELEMACO LUIZ DA SILVA JUNIOR, BENEDITO CARLOS MACIEL, ANTONIO PAZIN FILHO E ANDRE SCHMIDT

FACULDADE DE MEDICINA RIBEIRAO PRETO-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL - CARDIO DIAGNOSIS, UBERLANDIA, MG, CABO VERDE.

A caracterização precisa da magnitude de regurgitações valvares e das repercussões funcionais a elas associadas ainda persiste como um dos grandes desafios da cardiologia clínica contemporânea. A Doppler Ecocardiografia com mapeamento de fluxos a cores é o método de escolha para avaliação de lesões valvares, em se considerando seu maior nível de validação, alta disponibilidade e baixo custo; entretanto ainda não temos um índice que integre todos os parâmetros quantitativos. Devido à sua alta reprodutibilidade, a ressonância pode ser útil no acompanhamento longitudinal de volumes e fração de ejeção em indivíduos portadores de lesões regurgitantes. Um dos pontos fortes da RM na avaliação das valvopatias é a sua habilidade de mensurar de forma precisa o volume e a fração regurgitantes, na insuficiência valvar. Com objetivo de caracterizar um índice Doppler Ecocardiográfico multifatorial para quantificação da regurgitação valvar mitral estudamos 105 pacientes portadores de regurgitação mitral crônica, 52 mulheres (49,5%) e 53 homens (50,5%) com idade variando entre 15 a 83 anos (58 ± 17 anos), que foram submetidos aos estudos de DEC e RMC com intervalo médio entre os exames de 11 ± 13 dias, sendo que utilizamos os volumes regurgitantes pela RMC- como sendo o "gold standard" para as análises comparativas e composição do índice. Elaboramos dois escores levando em consideração a excentricidade do jato, a vena contracta, o orifício regurgitante efetivo e a fração regurgitante obtida pelo ecocardiograma. Os dados obtidos através das análises das curvas ROC obtidas com os valores dos Escores: Regurgitações moderadamente graves ($VR \geq 45$ ml) o Escore 1, uma área sobre a curva de 0,94- com valor de corte de 172 e com o Escore 2, uma área sobre a curva de 0,95- com valor de corte de 4520. Regurgitações graves ($VR \geq 60$ ml) o Escore 1, uma área sobre a curva de 0,93 valor de corte de 180 e com o Escore 2, uma área sobre a curva de 0,93- com valor de corte de 4520. Esse trabalho desenvolveu dois índices ecocardiográficos derivados de quatro variáveis facilmente obtidas e que apresentaram sensibilidade, especificidade e acurácia similares aos do modelo de regressão linear para prever regurgitação mitral moderadamente grave ou grave.

37206

QUANTIFICAÇÃO DA INSUFICIÊNCIA MITRAL PELA DOPPLERECOCARDIOGRAFIA. QUAL MÉTODO MELHOR CARACTERIZA A GRAVIDADE? ESTUDO COMPARATIVO COM A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CARDÍACA

TELEMACO LUIZ DA SILVA JUNIOR, BENEDITO CARLOS MACIEL e ANTONIO PAZIN FILHO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL - CARDIO DIAGNOSIS, UBERLANDIA, MG, BRASIL.

A gravidade da insuficiência mitral (IM) tem relação direta com o prognóstico e a Dopplerecociografia (DEC) é amplamente utilizada na sua estimativa. Contudo, as técnicas existentes apresentam distintas capacidades discriminativas. Especialmente o grupo com regurgitação mitral moderada é de difícil distinção pela DEC. A Ressonância Magnética Cardíaca (RMC) é reconhecida como padrão para a quantificação não-invasiva de volume regurgitante (VR), mas foi pouco cotejada frente à DEC. Este estudo teve por objetivo comparar diversas técnicas Dopplerecociográficas para avaliação da regurgitação mitral com a medida do VR obtida com a RMC.

Foram avaliados 82 pacientes de ambos os sexos com IM pura pela DEC e RMC. Área do jato regurgitante isolada (AJ) ou corrigida para o tamanho do átrio esquerdo (AJ/AE), PISA, Vena contracta e orifício regurgitante efetivo (ORE) foram cotejados com o VR obtido com a RMC pela técnica direta. ANOVA com pós-teste foi realizado para comparar os valores da DEC com a intensidade da insuficiência mitral obtida com a RMC.

Resultados: 58 pacientes apresentavam VR leve, 17 moderado e 7 acentuado na RMC. AJ ($7,6 \pm 4,2$ vs $15,0 \pm 4,6$ vs $15,7 \pm 4,9$ cm²), PISA ($0,59 \pm 0,35$ vs $1,06 \pm 0,24$ vs $1,33 \pm 0,27$ cm²) e Vena Contracta ($0,35 \pm 0,18$ vs $0,76 \pm 0,17$ vs $0,88 \pm 0,32$ cm) não diferenciavam IM moderada de acentuada ($p > 0,05$). Apenas o ORE foi capaz de separar de modo estatisticamente significativo os três grupos ($0,11 \pm 0,14$ vs $0,31 \pm 0,15$ vs $0,54 \pm 0,24$ cm²; $p < 0,05$).

Na comparação com o VR mitral obtido com a RMC, apenas o ORE foi capaz de identificar de modo preciso o grau de insuficiência mitral. Desse modo, em casos duvidosos, a medida do ORE pode ser adequada para a distinção de uma regurgitação moderada de uma acentuada.



34290

SÍNDROME DE BLAND-WHITE-GARLAND: SUSPEITA ATRAVÉS DO ECOCARDIOGRAMA COM DOPPLER

MAIRA FERNANDES DE ALMEIDA, ERNESTO JOSÉ DE SOUZA SALLES, PRISCILA MAROCO CRUZEIRO, CAROLINA SÁ NASCIMENTO DE PAULA DONDICI, THAIZ RUBERTI SCHMAL E JOSÉ DONDICI FILHO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.

Introdução: Síndrome de Bland-White-Garland (SBWG) representa 0,5% das cardiopatias congênitas. Caracteriza-se pela origem anômala da artéria coronária esquerda a partir da artéria pulmonar. Após o nascimento, a queda da pressão na circulação pulmonar leva a uma síndrome de "roubo coronário" no qual o fluxo de sangue corre preferencialmente para a circulação pulmonar em vez da circulação miocárdica de alta resistência. Desta forma, o fluxo da artéria coronária esquerda se torna retrógrado e a perfusão coronariana distal passa a ser dependente de uma circulação colateral bem desenvolvida entre a coronária direita e esquerda. Relato de caso: sexo feminino, 14 anos, assintomática. Ao ecocardiograma exibiu turbulência do fluxo em cores no interior do septo interventricular. Exame físico sem alterações. A angiotomografia de coronárias mostrou tronco da coronária esquerda originando-se do tronco da artéria pulmonar dando origem à descendente anterior (DA) e circunflexa. A coronária direita mostrava-se ectasiada e tortuosa, emitindo circulação colateral para a DA. Foi submetida ao reimplante do tronco da coronária esquerda no seio de valsalva. Discussão: Na SBWG, o mapeamento do fluxo em cores pode demonstrar turbulência do fluxo no interior do septo interventricular, correspondendo a dilatação dos vasos e circulação colateral bem desenvolvida. Além disso, o estudo com o Doppler pulsado com o volume da amostra colocado distal do óstio coronariano ou nas áreas de turbulência intramurais pode revelar velocidades de fluxo maior em sístole do que em diástole, o que sugere a existência de shunt esquerda-direita. Este padrão permite distinguir a SBWG de outras anomalias coronarianas. Graus variáveis de regurgitação mitral, disfunção ventricular esquerda e alterações de motilidade podem ser identificados. Conclusões: Ecocardiograma representa exame acessível e de baixo custo, e embora não seja método com boa especificidade para diagnóstico de doenças das artérias coronárias, sugere anormalidades em pacientes assintomáticos ou com sintomas inespecíficos.

34637

DOSE ÚNICA SEMANAL DE ESTATINA

JOSÉ DONDICI FILHO, MAIRA FERNANDES DE ALMEIDA, RODRIGO POMARICO DE OLIVEIRA, FABIO LOURES PERALVA E CAROLINA SÁ NASCIMENTO DE PAULA DONDICI

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.

Introdução: As estatinas constituem medicação fundamental no tratamento da dislipidemia e doença aterosclerótica. Nos casos de intolerância, a falta de alternativas constitui desafio à manutenção da terapêutica. **Objetivo:** Utilizado doses elevadas semanais, na tentativa de obter o mesmo efeito do uso diário. **Método:** Avaliados 21 pacientes com hipercolesterolemia isolada ou dislipidemia mista. Excluído pacientes com indicação formal ao uso de estatinas e diabéticos há < 5 anos em uso de metformina/inibidores da DPP4. Dosados níveis basais de colesterol total, HDL, triglicérides, TGO, TGP, TSH e CPK. O LDL colesterol foi obtido pela equação de Friedewald. As dosagens foram repetidas 3 a 4 meses depois. Utilizou-se rosuvastatina na dose única semanal de 40mg. **Resultados:** 70%(15) sexo feminino. A idade de 45-68 anos (52,6±7). 8 hipertensos, 4 diabéticos e 3 portadores de hipotireoidismo. Todos sob controle farmacológico satisfatório. Nenhum tabagista. Variáveis laboratoriais base x controle: CT 278,7±11,2x192,3±9,8; LDL 178,9±6,2x127,3±4,2; HDL 42,2±3,4x43,6 ± 5,2; TG 198,4±46,5x143,6±22,1; CPK 165,4±12,2x171,7±7,2; TGO 24,3±3,1x25,2±5,6; TGP 27,5±5,3x29,1±4,2; TSH 4,1±3,3x4,6±2,1. **Conclusão:** Embora não se possa inferir que os efeitos pleiotrópicos estejam mantidos, o uso de estatina potente em dose única semanal pode constituir alternativa válida para pacientes de baixo risco ou com intolerância ao medicamento.

34710

ORIGEM ANÔMALA DA ARTÉRIA CORONÁRIA ESQUERDA NO SEIO DE VALSAVA DIREITO EM UM PACIENTE OCTOGENÁRIO

AGUIAR, JAIME O, LUCCA, LUCIANO L, HERNANDES, LUIZ G Z, PETRILLO, HENRIQUE H, SOUZA, GEORGIA X M, MAIA, RENZO A L, MELLO, RICARDO N B, MOREIRA, GUILHERME H, DANIELLE CHAVES PADILHA DA COSTA E NAYANNE AVILA TEIXEIRA

HOSPITAL VILA DA SERRA, NOVA LIMA, MG, BRASIL - FELUMA(INSTITUTO EDUCACIONAL LUCAS MACHADO), BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

As anomalias de artérias coronárias (AC) são achados angiográficos nos quais número, origem, curso e terminações destas são raramente encontradas na população geral, podendo ocorrer de 1-5% dos pacientes submetidos à arteriografia. O principal objetivo em identificar e classificar estas anomalias é determinar sua propensão ao desenvolvimento de isquemia miocárdica fixa ou risco de morte súbita cardíaca, particularmente em indivíduos jovens e saudáveis, onde constitui a terceira causa de morte súbita. A confirmação de isquemia destas anomalias por métodos não invasivos apresentam baixa especificidade e sensibilidade. A origem anômala da AC esquerda (OACE) no seio de valsalva direito é rara, com uma incidência estimada de 0,09 a 0,11%, sendo o trajeto interarterial o mais comum. Está frequentemente associada à morte súbita, sobretudo durante o esforço físico e em adolescentes ou jovens adultos, metade deles assintomáticos. A angiotomografia cardíaca é um meio complementar de diagnóstico para avaliação das AC já que apresenta uma elevada resolução espacial, permitindo uma avaliação tridimensional, com melhor definição da origem e porção proximal destes vasos, bem como do seu trajeto e relação com restantes estruturas cardíacas. Relato octogenário, M.B.A., feminino, com limitações leves para atividades diárias, sem déficit cognição, portadora de Hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, tabagista, doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrilação atrial permanente e insuficiência renal crônica não dialítica. Estava evoluindo com quadro de dor precordial aos leves esforços, sem irradiação, com duração de 15 minutos, que aliviava em repouso, nega outros sintomas. Exames: Cintilografia de perfusão miocárdica discreta isquemia estresse-induzida de pequena extensão no segmento apical da parede infero-lateral, CATE OACE em óstio único da AC direita (ACD). Discussão: Embora seja um tema ainda controverso, existem algumas orientações que preconizam a cirurgia de revascularização (CRM) coronária na OACE no seio de valsalva direito, quando esta tem um trajeto interarterial. No entanto, este caso clínico apresenta particularidades onde a paciente ultrapassou a faixa etária mais afetada, possui comorbidades que limitam uma CRM e apresenta limitações leves para atividades diárias. Consideramos que a relação risco-benefício era favorável a uma atitude conservadora. Não realizado angiotomografia (nefropatia).

34778

COMPREENSÃO DE MÉDICOS CARDIOLOGISTAS SOBRE A POSSIBILIDADE DA MORTE DE SEUS PACIENTES

TEREZINHA DE CASSIA MAIELLO FONSECA,

UNIP – UNIVERSIDADE PAULISTA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

RESUMO: O nosso objetivo é investigar como se dá a disposição dos profissionais de saúde em aproximar-se do tema "morte", intencionamos, especificamente a partir dos pressupostos fenomenológicos existenciais, elucidar a maneira como esses profissionais lidam com a angústia de se perceber finito em seu processo de ser.

A pesquisa fenomenológica não se limita aos dados coletados, mas vai além, buscando os significados referidos a pela pessoa que está sendo entrevistada e observada.

Para isto optamos por uma pesquisa qualitativa, que tem como objetivo, descrever o que se passa efetivamente na vida dos sujeitos, do ponto de vista daquele que vive situações concretas, visando compreender como os sujeitos vivem, percebem, pensam e sentem estas vivências, tomando como ponto de partida a expressão pessoal de tais processos.

Participaram da pesquisa seis profissionais da saúde, mais especificamente, três médicos cardiologistas clínicos e três cardiologistas cirúrgicos, os quais são responsáveis diretos no atendimento aos pacientes. As entrevistas realizadas foram compostas por perguntas reflexivas que proporcionaram uma aproximação das vivências dos médicos em relação ao falecimento de seus pacientes e isto possibilitou uma ampliação de nossa compreensão a respeito desta temática. Concluímos que apesar de os médicos conseguirem falar sobre a morte, eles se distanciam, demonstrando certa dificuldade em entrar em contato com os aspectos emocionais de seus paciente e com os seus próprios sentimentos.

Pode-se afirmar que o objetivo do presente estudo foi alcançado, ainda que não em sua totalidade, tendo em vista que os entrevistados utilizaram-se de respostas técnicas e profissionais, de modo a evitar o contato mais intenso com seu universo afetivo.

PALAVRA – CHAVE: MORTE, ANGÚSTIA, FENOMENOLOGIA, PROFISSIONAIS MÉDICOS, CARDIOLOGIA



34913

UM CASO RARO DE ORIGEM ANÔMALA DA ARTÉRIA CORONÁRIA DIREITA E ESQUERDA DA AORTA COM TRAJETO INTERARTERIAL NO PACIENTE ADULTO JOVEM

AGUIAR, JAIME O, SOUZA, GEORGIA X M, PETRILLO, HENRIQUE H, HERNANDES, LUIZ G Z, COSTA, DANIELLE C P, TEIXEIRA, NAYANNE A, VAZ, JULIANA C, MAIA, RENZO A L, OLIVEIRA, BRIANE M, LUCÇA, LUCIANO L, MELLO, RICARDO N B, MOREIRA, GUILHERME H E ALVES, HERIVELTON J S

HOSPITAL VILA DA SERRA, NOVA LIMA, MG, BRASIL - INSTITUIÇÃO DE ENSINO LUCAS MACHADO(FELUMA), BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

As anomalias de artérias coronárias (AC) são achados angiográficos nos quais número, origem, curso e terminações destas são raramente encontradas na população geral, podendo ocorrer de 1-5% dos pacientes submetidos à arteriografia. A origem anômala da artéria coronária direita e esquerda da aorta (OACDEA) com trajeto interarterial é rara com incidência de 0,2%. O principal objetivo em identificar e classificar estas anomalias é determinar sua propensão ao desenvolvimento de isquemia miocárdica fixa ou risco de morte súbita cardíaca, particularmente em indivíduos jovens, saudáveis e assintomáticos, onde constitui a terceira causa de morte súbita. A confirmação de isquemia destas anomalias por métodos não invasivos apresentam baixa especificidade e sensibilidade. A angiotomografia (Angio-TC) cardíaca é um meio complementar de diagnóstico para avaliação das AC já que apresenta uma elevada resolução espacial, permitindo uma avaliação tridimensional, com melhor definição da origem e porção proximal destes vasos, bem como do seu trajeto e relação com restantes das estruturas cardíacas. Relato K.B.P, 46 anos, feminino, previamente hígida, que apresentou quadro de palpitação e dor precordial aos moderados esforços, sem irradiação, com duração conforme o esforço físico, que aliviava em repouso, nega outros sintomas. Exame de ergometria isquêmica, CATE OACDEA com provável trajeto interarterial, Angio-TC confirma OACDEA com trajeto interarterial. Discussão A terapêutica OACDEA é objeto de constante discussão, por não existir consenso na literatura para o manejo dos portadores assintomáticos desta anomalia. Nos indivíduos sintomáticos, deve-se optar pelo tratamento cirúrgico. No caso apresentado definimos por tratamento cirúrgico (Ponte Mamária coronária-esquerda e Safena-Coronária direita)

35020

DIAGNÓSTICO INICIAL POR MÉTODO CLÍNICO EM PACIENTES COM ROUBO DA SUBCLÁVIA: PERFIL CLÍNICO E DESFECHOS DE UMA SÉRIE DE CASOS.

ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA, MARCOS CORREIA LIMA E POLLYANA ARDAVICIUS E SILVA

FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BH, MG, BRASIL.

No quadro de roubo da subclávia (RS) há uma lesão oclusiva na artéria subclávia, proximal à origem da artéria vertebral com fluxo retrógrado, resultando em hipoperfusão cerebral e/ou isquemia do membro superior. Devido à sua raridade, são necessários alto índice de suspeição para seu diagnóstico e realização do método clínico com proficiência. Objetivos: descrever o perfil clínico e desfechos de uma série de casos de pacientes (pts) com RS. Métodos: Entre 574 pts consecutivos atendidos no ambulatório, foram constatados diferença anormal da pressão arterial (PA) entre os membros superiores e/ou sopro infraclavicular em sete pts. Estes foram submetidos à avaliação clínica e complementar e ao tratamento. Resultados: Foi confirmado o diagnóstico de RS em cinco pts. A idade média foi de $68,0 \pm 12,6$ anos, quatro homens, com média de PA de $146/72$ mmHg à direita e de $122/68,5$ mmHg à esquerda, frequência cardíaca de $78,0 \pm 15,2$ bpm. A média da diferença da PA entre os membros foi de $65,6/6,0$ mmHg. Quatro pts apresentavam sopro infraclavicular e dois pts sintomas como síncope, parestesia de membro superior, nos quais foi detectada estenose crítica de carótida comum ipsilateral. Todos apresentavam hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, três doença arterial coronariana e dois história de acidente vascular cerebral. Foi confirmada lesão crítica da subclávia por arteriografia (quatro à esquerda e um à direita). A fração de ejeção média foi de 59,8%. Todos os pts receberam tratamento clínico; angioplastia ou implante de stent em subclávia foram feitos em três pts, cirurgia de revascularização do miocárdio em dois e stent em carótida comum em três, com insucesso em um. Conclusões: Nesta casuística, a incidência do RS foi de 0,87% com predomínio do gênero masculino e do acometimento da subclávia esquerda, além da presença de fatores de risco para aterosclerose. Houve controle do quadro com tratamento clínico e/ou endovascular.

35046

DIAGNÓSTICO DE ISQUEMIA POR ANÁLISE DE MULTIVARIÁVEIS NO TESTE ERGOMÉTRICO

JULIANA DE CASSIA VAZ, RICARDO NEGRI BANDEIRA DE MELLO, GEORGIA XAVIER MENDES DE SOUZA, HERIVELTON JOSE DE SOUZA ALVES, JAIME OLIVEIRA AGUIAR, GUILHERME HONORIO MOREIRA, LUIZ GUSTAVO ZAGATI HERNANDES, RENZO ANTÔNIO DE LARA MAIA, COSTA, ESTELA M M, NAYANNE AVILA TEIXEIRA E DANIELLE CHAVES PADILHA DA COSTA

HOSPITAL VILA DA SERRA, NOVA LIMA, MG, BRASIL - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS (FELUMA), BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Paciente MRP, 57 anos, sexo masculino, tabagista e sedentário procurou UBS no dia 22/05/2013 com queixa de dor precordial de forte intensidade, em aperto, com duração maior que vinte minutos, sem irradiação, associada à dispnéia. Não alocado em protocolo de síndrome coronariana aguda, foi administrado diazepam e encaminhado para casa. No dia 12/06/2013 realizado teste ergométrico no qual o ECG basal mostrava ritmo sinusal com inversão de onda T em V6, V3R, V4R, V7, V8, D2, D3 e AVF. Na realização do exame, durante o esforço atingiu 91% da frequência cardíaca máxima prevista para idade. Paciente não preencheu critérios do segmento ST para isquemia, no entanto, pela análise de multivariáveis, apresentou critérios para resposta isquêmica miocárdica. Foi, então, realizado ecocardiograma que demonstrou acinesia médio basal posterior e hipocinesia basal inferior. Submetido ao cateterismo no dia 21/06/2013, observado coronária direita (CD) com placa severa no segmento proximal, descendente anterior (DA) com placa severa no segmento médio, ramo marginal ocluído. Angioplastia de CD e DA com sucesso. De acordo com a III Diretriz Brasileira de Teste Ergométrico, o escore de Atenas já foi validado como critério para avaliação de isquemia através da análise das amplitudes das ondas Q, R, S no ECG basal e no pico de esforço, que quando associado à análise de dispersão do QT corrigido, aumenta a sensibilidade da avaliação. Nesse caso, a análise de multivariáveis mostrou-se superior à análise do segmento ST.

35071

DISSECÇÃO ESPONTÂNEA DAS ARTÉRIAS CORONÁRIAS NO PERÍODO PUERPERAL

JAIME OLIVEIRA AGUIAR, LUIZ GUSTAVO ZAGATI HERNANDES, HENRIQUE HORTA PETRILLO, JOAO CARLOS BELO LISBOA DIAS, GEORGIA XAVIER MENDES DE SOUZA, NAYANNE AVILA TEIXEIRA, DANIELLE CHAVES PADILHA DA COSTA, JULIANA DE CASSIA VAZ, RICARDO NEGRI BANDEIRA DE MELLO, GUILHERME HONORIO MOREIRA E RENZO ANTÔNIO DE LARA MAIA

HOSPITAL VILA DA SERRA, NOVA LIMA, MG, BRASIL - INSTITUIÇÃO DE ENSINO LUCAS MACHADO(FELUMA), BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

A dissecção espontânea das artérias coronárias (DEAC) é uma condição rara, que acomete com maior frequência as mulheres e possui uma incidência de 0,07% a 1,11%, o risco é mais elevado em mulheres no período periparto, principalmente no pós-parto, que corresponde a 30% da manifestação clínica mais frequente é a síndrome coronariana aguda (SCA) sendo o infarto agudo do miocárdio o mais prevalente, e manifestar-se com morte súbita (MS). A etiopatogenia não é bem esclarecida, pois muitos pacientes não apresentam os fatores de risco clássicos para doença arterial coronária (DAC), a aterosclerose pode estar presente, sendo responsável pela DEAC assim como a gestação. Outras causas podem ser observadas, tais como: doença do tecido conjuntivo, vasculites, exercício extenuante, uso de contraceptivos orais e idiopática. Não está claro o motivo pelo qual há associação entre gravidez e DEAC, mas parece que o aumento do estresse hemodinâmico ou os efeitos das alterações hormonais na parede dos vasos possam ter algum efeito. A DEAC deve ser considerada em qualquer paciente jovem, especialmente em mulheres em idade fértil, sem os fatores de risco clássicos para DAC, que se apresentam com MS ou SCA. A cinecoronariografia (CATE) é o exame de eleição para o diagnóstico e em alguns casos de dúvida diagnóstica pode-se lançar mão do ultrassom intracoronário. O melhor tratamento para os casos de DEAC não está bem estabelecido, por haver poucos estudos na literatura. Os trabalhos indicam que o CATE de emergência seguida de angioplastia ou CRVM em casos selecionados parecem conferir a melhor sobrevida, além do manejo clínico sem terapia de reperfusão ou revascularização. A terapia fibrinolítica pode trazer sucesso, podendo haver também extensão da dissecção. HMAJRA, 35 anos, terceira semana de puerpério, admitida no Hospital Vila da Serra, com quadro de dor torácica típica. Exames: ECG infra desnivelamento de ST em V5 e V6 e troponina elevada. Iniciado protocolo para SCA e solicitado CATE que evidenciou lesão moderada em terço médio da artéria circunflexa, com extensão para o ramo obtuso marginal e suboclusão no terço distal observou ainda imagem sugestiva de dissecção coronária e ventrículo esquerdo com hipocinesia lateral. A paciente manteve-se clinicamente estável, recebeu alta hospitalar em tratamento clínico, sendo reestudada (CATE) após 01 mês, com coronárias isentas de lesões, permanecendo assintomática sob acompanhamento ambulatorial.



36351

DISFUNÇÃO VENTRICULAR AGUDA SECUNDÁRIO A QUIMIOTERÁPICO TRASTUZUMABE

BRUNO ALENCAR FONSECA, MOACYR BARBOSA JUNIOR, GRAZIELA FUMIE NOGATA, ANIELO ITAJUBA LEITE GRECO, ROSÁLIA ANTÔNIA AZEVEDO

HOSPITAL LUXEMBURGO, BELO HORIZONTE, BRASIL.

Fundamento: Com o aperfeiçoamento dos métodos de diagnóstico e tratamento do câncer, a sobrevida desses pacientes tem aumentado consideravelmente, além de contribuir para melhor qualidade de vida. Os pacientes oncológicos estão de fato vivendo mais e com qualidade. Contudo, essa terapia antineoplásica tem como efeito colateral, principalmente, a cardiotoxicidade, mantendo-se clinicamente relevante na prática clínica. Delineamento: trata-se de uma relato de caso de extrema relevância clínica, uma vez que a combinação do trastuzumabe com antraciclina potencializa os efeitos cardiotoxícos, podendo chegar à taxa de 28% de pacientes que apresentaram disfunção cardíaca, conduzindo à interrupção do medicamento em alguns casos. Objetivo: alertar para gravidade deste evento adverso pelo quimioterápico, assim como a necessidade de monitoramento cardíaco e de conhecimento sobre os fatores de risco associados ao surgimento desta cardiotoxicidade. Resultados: Descrevemos uma paciente de 60 anos, portadora de neoplasia maligna da mama, com expressão HER2+, já submetida a cirurgia conservadora em 2009, FAC adjuvante (doxorrubicina, ciclofosfamida e fluoracil) e radioterapia. Apresentou recidiva (implantes cutâneos), tendo sido instituído tratamento com quimioterápicos, dentre eles Taxol, MVP (Mitomicina, Vimblastina e Cisplatina) e Herceptin (Trastuzumabe). Porém apresentou quadro clínico sugestivo de insuficiência cardíaca congestiva aguda (dispneia em repouso, taquicardia sinusal, edema de MML e congestão pulmonar). Radiografia de tórax mostrava aumento da área cardíaca e o ecocardiograma transtorácico de urgência (15/01/2014) evidenciava uma queda de fração de ejeção para 32% (ECO prévio 55%), com comprometimento sistólico global com hipocineticidade difusa grave, insuficiência mitral grave, insuficiência tricúspide em grau leve e hipertensão pulmonar. Iniciado medidas congestivas iniciais com diuréticos e controle pressórico, com ajuste gradual com beta-bloqueador e bloqueador dos receptores de angiotensina (relato de tosse e prurido com uso de IECA), evoluindo posteriormente a classe funcional I NYHA, estável e assintomática do sistema cardiovascular. Conclusão: A cardiotoxicidade por quimioterápico não é tão rara quanto se espera, portanto é preciso que se tenha em mente os efeitos cardiológicos adversos que os mesmos possam apresentar, a fim de que se possa diagnosticar de forma precoce e iniciar o tratamento de forma rápida e efetiva.

36352

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO SECUNDÁRIO A QUIMIOTERÁPICO BLEOMICINA

BRUNO ALENCAR FONSECA, MOACYR BARBOSA JUNIOR, GRAZIELA FUMIE NOGATA, ANIELO ITAJUBA LEITE GRECO, ROSÁLIA ANTÔNIA AZEVEDO

HOSPITAL LUXEMBURGO, BELO HORIZONTE, BRASIL.

Introdução: Cardiotoxicidade induzida por quimioterápico pode incluir principalmente disfunção ventricular levando a insuficiência cardíaca, tromboembolismo venoso e hipertensão arterial, porém temos também em menor taxa de incidência o prolongamento de QT, arritmias, isquemia miocárdica e, no caso específico deste artigo, o infarto agudo do miocárdio. Relato de caso: Descrevemos o caso de um homem brasileiro, com 37 anos de idade, tabagista prévio, portador de tumor de testículo (seminoma), apresentando volumosa lesão, sem possibilidade de ressecção cirúrgica antes do início do tratamento quimioterápico, porém com proposta de ressecção testicular. Devido a massa muito extensa, iniciou quimioterapia para redução desse tumor. Em 21/10/13, iniciou 1º ciclo de BEP (Bleomicina, Etoposídeo e Cisplatina), com término em 25/10/13. Porém, na madrugada de 26/10/13 apresentou episódio de angina típica, diagnosticado infarto agudo do miocárdio. Foi realizado estudo de coronárias, sendo visualizado trajeto intra-miocárdico em trajeto de artéria descendente anterior. Em novembro de 2013, paciente retorna para 2º ciclo de PEB. Novamente, transcorreu sem intercorrências durante realização do ciclo. Porém, em 23/11/13 paciente foi atendido novamente com quadro de dor anginosa aguda. ECG agora apresentava elevação do segmento ST em V5-V6 e evoluiu com parada cardiorrespiratória em fibrilação ventricular, feito manobras de ressuscitação cardiopulmonar e desfibrilação, com retorno ao ritmo regular no primeiro ciclo de ressuscitação. Submetido a nova cineangiogramografia no mesmo dia, que evidenciou tronco de coronária esquerda com grande imagem sugestiva de trombo com embolização distal de artéria descendente anterior, artéria circumflexa com lesão obstrutiva de 70% e com imagem sugestiva de trombo, coronária direita com lesão obstrutiva de 70% e também com imagem sugestiva de trombo. Ambos infartos foram atribuídos aos PEB. A cardiotoxicidade é um evento adverso raro secundário à bleomicina. Eventos cardiológicos maiores aparecem em menos de 1% dos casos, principalmente em pacientes com fatores de risco cardiovasculares adicionais. Conclusão: Complicações cardiovasculares maiores secundárias a bleomicina são raras porém potencialmente fatais. Portanto, a equipe médica assistente deve estar preparada tanto para antever o surgimento desses eventos adversos, quanto conduzir rapidamente o caso clínico no que diz respeito à propedêutica e à terapêutica.

36409

AValiação CARDIOLOGICA DO ATLETA DE ALTO NÍVEL

ELIZABETH NETTO,

UNIMED, BH, MG, BRASIL.

Fundamento: O treinamento aeróbico intensivo e prolongado induz adaptações cardiovasculares que permitem ao coração do atleta desempenho físico excepcional; entretanto, essas adaptações incluem alterações funcionais e anatómicas, e podem situar-se fora dos limites de normalidade, devendo serem seguidas com avaliações periódicas e propedêutica cardiológica.

Objetivo: Discutir quando a vagotonia do atleta gera bradiarritmias que o impeça de esporte de competição. Material e método: BAF 31 anos, jogador de volei, assintomático, encaminhado para avaliação de bradiarritmias.

ECG basal: Bloqueio atrio-ventricular de segundo grau Mobitz tipo I

TESTE ERGOMÉTRICO: Inconclusivo para avaliação de isquemia miocárdica por não atingir a FC submáxima prevista para idade, com esforço desfez bloqueio atrioventricular e assumiu o ritmo sinusal, curva pressórica fisiológica e cronotropismo deprimido.

HOTER: Ritmo sinusal, bradicardia sinusal, arritmia sinusal, taquicardia sinusal, BAV de primeiro grau, BAV de segundo grau Mobitz tipo I, ESVI, QTC 382 ms a 474 ms e pausas e 2000 MS e alterações do segmento ST

ECOCARDIOGRAMA: Boa função ventricular e sem alterações estruturais

CONCLUSÃO: A bradicardia sinusal ocorre em 70% dos atletas BAV de primeiro grau em 33%, BAV de segundo grau e 10% e BAV avançado em 0,017%. Portanto na maior parte das vezes as bradiarritmias são benignas. Porém aqueles que desenvolvem BAV de segundo grau avançados, BAVT, bloqueios hissianos, infra-hissianos adquiridos, principalmente quando associados com cardiopatia de base tem indicação de MP o que impede esporte de competição

REFERÊNCIAS:

- 1- TRATADO CARDIOLOGIA O EXERCÍCIO E DO ESPORTE
- 2- ERGOMETRIA E REABILITAÇÃO EM CARDIOLOGIA
- 3- DIRETRIZES DO ACSM PARA OS TESTES D ESFORÇO E SUA PRESCRIÇÃO

36550

EPISÓDIO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL PRÉ-EXCITADA EM GESTANTE PORTADORA DE SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE

SISCONETTO, L S, MAGNO, H L M, CRESCÊNCIO, J C e GIOVANI LUIZ DE SANTI,

MÁRIO PALMÉRIO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UNIUBE, UBERABA, MG, BRASIL - CENTRO INTEGRADO DE MEDICINA INVASIVA - CIMI, UBERABA, MG, BRASIL.

Introdução: As arritmias cardíacas no período gestacional podem surgir como primeira manifestação de um distúrbio do ritmo ou ser exacerbada pelo próprio estado gravídico. Há relatos de que na síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) a frequência de taquiarritmias é maior durante o período da gravidez. O aparecimento de fibrilação atrial (FA) com resposta ventricular aumentada pode comprometer a integridade do binômio materno-fetal. Descrição do caso: O relato de caso em questão tem como objetivo descrever a ocorrência de um episódio de taquicardia por macrorreentrada atrioventricular, com condução antidrômica, em gestante portadora de síndrome de WPW. Trata-se de paciente de 31 anos com gestação em curso de 25 semanas e 01 dia que procurou o pronto-atendimento da ginecologia após aproximadamente 30 minutos do aparecimento súbito de palpitações taquicárdicas acompanhadas de dispnéia, tontura e náuseas. Ao exame físico, observou-se ritmo cardíaco irregular, FC = 180 bpm e PA = 100/50 mmHg. Realizou-se o ECG que evidenciou ausência de onda P e presença de taquicardia irregular com QRS variável sugestivo de FA pré-excitada. A paciente foi encaminhada à unidade de terapia intensiva e optou-se por abordagem inicial através da identificação de via acessória lateral esquerda de condução bidirecional. Foi realizada ablação por radiofrequência da via acessória lateral esquerda com sucesso e sem intercorrências. Conclusões: Arritmias cardíacas em gestantes portadoras de síndrome de WPW devem ser rapidamente abordadas com a perspectiva de reversão imediata devido à possibilidade de comprometimento hemodinâmico do binômio materno-fetal. A ocorrência de FA pré-excitada define a necessidade de estudo eletrofisiológico e ablação por radiofrequência, durante a gestação ou no puerpério, devido ao risco de episódios subsequentes com degeneração para fibrilação ventricular.



36592

QUEDA DA FREQUÊNCIA CARDÍACA DURANTE TESTE ERGOMÉTRICO – RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

GLAUCO FRANCO SANTANA, JOSE OLINTO NATIVIDADE MILAGRE, GEOVANE NOGUEIRA COELHO, THALLES OLIVEIRA GOMES, SILAS DIAS BRANCO, DALADIÉ RODRIGUES PARREIRA, ALESSANDRO REIS, SABRINA SILVA DE QUEIROZ E NATHÁLIA DE OLIVEIRA KOLLN

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

Introdução: A queda da frequência cardíaca durante o esforço no teste ergométrico é uma alteração rara cujo significado não está bem elucidado. **Relato de caso:** Mulher de 56 anos, consulta para pré-operatório de artroscopia de joelho, assintomática, hipotireoideia. Ao exame: PA 120x80 mmHg, FC 70 bpm, sem alterações dignas de nota. Exames laboratoriais e ECG normais. Submetida a teste ergométrico, apresentava FC em repouso de 75 bpm, manteve FC entre 91 a 99 bpm do segundo ao sexto minuto tendo apresentado queda da FC no sétimo minuto, atingindo até 59 bpm, o que motivou a interrupção do exame. Houve elevação da FC a partir do primeiro minuto de recuperação. Sem alterações do segmento ST. Ecocardiograma com FE de 65% e disfunção diastólica do VE grau I. Cintilografia miocárdica com dipiridamol sem déficits perfusionais. Liberada para cirurgia, mantendo livre de eventos cardiovasculares há 22 meses. **Discussão:** A III Diretriz da SBC sobre Teste Ergométrico considera que a queda da FC com o esforço apresenta alta correlação com doença isquêmica, porém não há citação da fonte dessa recomendação. As diretrizes americanas sequer citam tal alteração. Em pesquisa através do Pubmed, encontramos 1 artigo original e 6 relatos de caso de desaceleração da FC durante o TE. No artigo original, dos 571 pacientes submetidos ao TE, 3 (0,5%) apresentaram queda da FC durante o esforço e à coronariografia apresentaram estenose grave da CD bem como em mais um ou dois vasos. Dos 6 relatos de caso, 3 ocorreram em pacientes com estenose da CD, 1 era portador de estenose da DA e em 2 casos não havia estenose coronariana. Os mecanismos que explicariam essa alteração seriam o reflexo de Bezold-Jarish por isquemia, isquemia do nó sinusal, doença do nó sinusal ou resposta vasodepressora vagal. Devido a baixa probabilidade pré-teste, optou-se em avaliação não-invasiva da paciente, que não mostrou sinais de isquemia miocárdica. O seguimento de 22 meses sem eventos aponta para a benignidade do achado ao TE nesse caso. **Conclusão:** A queda da FC com o esforço é rara e a literatura não apresenta dados conclusivos sob seu significado e conduta. O envolvimento da CD mostra-se mais frequente, apesar de outros vasos coronarianos poderem estar acometidos bem como ocorrer na ausência de lesões graves. Baseando-se nos achados da literatura, consideramos que tal alteração deva levar o cardiologista a prosseguir a investigação de maneira não-invasiva nos pacientes de baixo risco ou invasiva nos demais.

36614

FATORES DE RISCOS ASSOCIADOS À INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA EM PACIENTES INTERNADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ

FELIPE LOPES PRADO, E PAULO SILVEIRA CAMPOS SOARES

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: a insuficiência cardíaca congestiva (ICC) é uma síndrome complexa que envolve inúmeros fatores de risco, tornando difícil a sua prevenção. Ela pode ser considerada como a via final de várias doenças de grande prevalência na população brasileira, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e as coronariopatias. Apesar da grande prevalência da ICC e dos altos custos envolvidos em seu tratamento, ainda não existem estudos que se destinam a abordar os aspectos epidemiológicos e clínicos da doença em Belo Horizonte, o que torna difícil a sua prevenção na cidade. Portanto, este trabalho tem por objetivo traçar os fatores de risco associados à ICC nos pacientes internados em um hospital terciário de Belo Horizonte em 2012, obtendo, assim, dados de extrema importância para a prevenção da doença, como os fatores de riscos e as comorbidades mais frequentes nos pacientes internados. **Métodos:** trata-se de um estudo transversal e observacional. Foram selecionados 86 prontuários em um total de 565, que satisfizeram os critérios de inclusão, que foram: apresentar diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva em qualquer classe funcional e em pacientes de ambos os sexos, sem limites de idade. Os critérios para exclusão foram: prontuários incompletos, prontuários que tenham óbito registrado em 2012 e prontuários como diagnóstico a esclarecer. Os pacientes foram divididos em grupos de acordo com o sexo e a faixa etária a que pertenciam. Foi elaborada uma análise descritiva dos dados coletados para a caracterização da amostra e foram realizadas comparações entre grupos de sexo diferentes. **Resultados:** a análise descritiva permitiu a identificação dos principais fatores de riscos, que são: HAS (62,8%), DM (40,7%), Dislipidemia (19,8%), Valvulopatias (17,4%), doença arterial coronariana (17,4%) e tabagismo (17,4%). A média de permanência de internação foi maior do que a média registrada em outros hospitais de Belo Horizonte em 2012. Não foram observadas diferenças significativas entre grupos diferentes e em relação aos dados da bibliografia escolhida. **Conclusão:** os dados do presente trabalho mostram a importância da prevenção dos fatores de risco para o controle da ICC e para a diminuição dos gastos hospitalares com a doença.

36619

USO DA ERGOESPIROMETRIA NO ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA GRAVE

ELIZABETH NETTO,

UNIMED, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

FUNDAMENTO: A determinação objetiva com a ergoespirometria permite o acompanhamento ideal dos efeitos dos medicamentos, reabilitação cardiopulmonar e momento exato para realização do transplante cardíaco.

OBJETIVO: Discutir o uso da ergoespirometria como método ideal para acompanhamento do paciente com insuficiência cardíaca classe funcional III \ IV da NYHA

MATERIAL E MÉTODO: Quatro pacientes com insuficiência cardíaca classe funcional II/III/IV com múltiplas internações em edema agudo de pulmão e indicação de TX cardíaco.

RITMOS: SINUSAL E FIBRILAÇÃO ATRIAL

FUNÇÃO VENTRICULAR: 26% A 45%

VO2: 11,5 % A 20%

TRATAMENTOS: SUBUTILIZAÇÃO DO CARVEDILOL, DIGITAL E ESPIRONOLACTONA NENHUM ESTAVA EM REABILITAÇÃO CARDIOPULMONAR

RESULTADOS: Com a otimização do tratamento, reabilitação cardiopulmonar houve redução do número de internações, melhora da fração ejeção e Vo2

CONCLUSÃO: A ergoespirometria é o método ideal para o acompanhamento objetivo dos pacientes com insuficiência cardíaca grave, permitindo o ajuste dos medicamentos, indicação da reabilitação cardiopulmonar seus efeitos e momento ideal para o transplante cardíaco

36620

ECOCARDIOGRAFIA PRÉ-OPERATÓRIO NA DOENÇA DE CHAGAS

FORTUNATO FRANCO BORGES JUNIOR, VANESSA DE BRITO VALADARES, DANIEL PEREIRA DE ANDRADE E LEONARDO GRECO MACHADO

HOSPITAL JOÃO XXIII, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - HOSPITAL VERA CRUZ, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO/RELATO DE CASO: Paciente masculino, 56 anos, natural do norte de Minas Gerais já sabidamente portador da forma digestiva da doença de Chagas (DC), cursando com megaesôfago chagásico comparece a consulta ambulatorial para propedêutica pré-operatória.

MÉTODOS: Foi realizado um ecocardiografia transtorácico (ECO TT) como propedêutica pré-operatória como visto na ilustração abaixo. **RESULTADOS:** O paciente apresenta a forma digestiva da DC, cursando com megaesôfago chagásico. O esôfago aumentado corresponde, na imagem, à massa paracardíaca. O derrame pericárdico observado é um achado incomum na DC, especialmente nas que predominam o comprometimento digestivo. O encontro de derrame pericárdico na DC é mais comum na forma aguda, mas ocorre também na forma crônica. Existem poucas evidências sobre realizar uma avaliação pré-operatória em pacientes com cardiomiopatia antes de operações não cardíacas. Sabe-se que a avaliação da função ventricular esquerda de rotina no pré-operatório não é recomendada. Entretanto, em pacientes com história e sinais de insuficiência cardíaca congestiva (ICC), recomenda-se a avaliação da função ventricular esquerda com o objetivo de analisar a gravidade do quadro. Muitos estudos já demonstraram associação direta entre baixa fração de ejeção (FE) do ventrículo esquerdo encontrada no pré-operatório e morbimortalidade pós-operatória. FE do ventrículo esquerdo menor que 40% podem ser relacionadas com as seguintes complicações perioperatórias: infarto agudo do miocárdio (IAM) não fatal, angina instável, ICC, taquicardia ventricular e óbito.

CONCLUSÃO: O derrame pericárdico é um achado incomum na DC, sendo mais comum na forma aguda da doença. Fazer uma avaliação da função ventricular esquerda de rotina no pré-operatório não é recomendado, salvo em pacientes com história e sinais de ICC. Se encontrado FE do ventrículo esquerdo menor que 40%, este resultado está associado com ocorrência de IAM não fatal, angina instável, ICC, taquicardia ventricular perioperatórias e óbito.

36624

SÍNDROME DE TWIDDLER - RELATO DE CASO

HERIVELTON JOSE DE SOUZA ALVES, RICARDO NEGRI BANDEIRA DE MELLO, KARINA CINDY LADEIA DE OLIVEIRA, RICARDO AUGUSTO BAETA SCARPELLI, JULIANA DE CASSIA VAZ, JAIME OLIVEIRA AGUIAR E PAULO SERGIO DE OLIVEIRA CAVALCANTI

HOSPITAL VILA DA SERRA, NOVA LIMA, MG, BRASIL.

Introdução: São descritas várias complicações relacionadas aos dispositivos eletrônicos cardíacos implantáveis (DECI). Entre elas temos a síndrome de Twiddler, onde é definida pela rotação do gerador dentro da própria bolsa subcutânea, o que leva ao enovelamento e posterior deslocamento dos cabos-eletrodos, com consequente disfunção do sistema.

Metodologia: Relato de caso de uma paciente de 78 anos, feminina, portadora de dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, diabetes Mellitus e Síndrome do QT longo. Procurou o serviço +/- 1 mês após o implante do cardioversor/defibrilador (CDI) com queixa de choque do dispositivo. Realizado telemetria sendo identificadas falhas de sensibilidade e de comando ventricular, aumento importante de impedância de choque e de estimulação deste eletrodo, além de descarga desfibrilatória inapropriada do dispositivo, devido a ruído em canal ventricular. Observado também bradiarritmia (BAV 2:1). Parâmetros relacionados ao eletrodo atrial sem alterações. Realizado raio-x torax evidenciando-se deslocamento do cabo-eletrodo ventricular, com enrolamento do mesmo ao redor do gerador do CDI. Definido reabordagem cirúrgica, verificando-se a fratura do eletrodo, sendo realizado a troca e novo posicionamento do mesmo. Novos testes do gerador e eletrodos atriais/ventriculares demonstraram-se normofuncionantes.

Resultados: Raio-X torax:

ECG: Bradicardia sinusal, FC: 40 bpm, com BAV 2:1.

ECOCARDIOGRAMA TRANS-TORACICO: Disfunção diastólica grau 1, FEVE 58%, regurgitação mitral e aórtica leve.

Conclusão: A síndrome de Twiddler é uma causa pouco comum de falhas na sensibilidade e de estimulação de marcapasso, e neste caso específico onde a paciente é portadora de CDI, pode levar a terapias inapropriadas, assim como deixar de tratar arritmias potencialmente fatais. Todas as orientações ao paciente, como a não manipulação do gerador e repouso no pós-operatório de implante de dispositivos eletrônicos devem ser realizadas, afim de se evitar essa situação clínica.

36631

SÍNDROME DE BRUGADA

KARINA CINDY LADEIA DE OLIVEIRA, RICARDO AUGUSTO BAETA SCARPELLI, RICARDO NEGRI BANDEIRA DE MELLO, HERIVELTON JOSE DE SOUZA ALVES E PAULO SERGIO DE OLIVEIRA CAVALCANTI

HOSPITAL VILA DA SERRA, NOVA LIMA, MG, BRASIL.

Introdução: A Síndrome de Brugada é uma forma distinta de fibrilação ventricular idiopática, doença relativamente recente, primeiro relato em 1992. Prevalência de 5 casos/1000 habitantes, sendo comum em jovens no Sudeste Asiático, 40% a 60% de todos os casos de fibrilação ventricular idiopática. O mecanismo não é conhecido, os pacientes têm bloqueio de ramo direito e elevação do segmento ST nas derivações precordiais direitas, cujas alterações são frequentemente dinâmicas e, muitas vezes, identificadas somente com prova farmacológica, ou em alguns estados clínicos específicos. Atualmente, o Cardioversor/Defibrilador Implantável (CDI) representa o único tratamento comprovadamente eficaz. **Objetivo:** Descrever o caso de um paciente com Síndrome de Brugada, com manifestações aos 2 meses de idade. **Delineamento:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente masculino, 19 anos, assintomático, com história de aos 2 meses de idade ter sido atendido em ambiente hospitalar, com quadro febril associado a crise convulsiva tônico clônico generalizada, evoluindo durante atendimento inicial, com pulsos filiformes, cianose central e ECG compatível com Taquicardia Ventricular Polimórfica, sendo realizada cardioversão química com Lidocaína com reversão do quadro para ritmo sinusal. Realizada investigação cardiológica, não sendo identificadas alterações eletrocardiográficas ou reprodução do evento arritmico durante estudo eletrofisiológico. Apresentou novo evento de taquiarritmias (Flutter atrial) aos 2 anos de idade, sendo medicado com antiarrítmicos. Desde então em controle com cardiologista sem novos episódios de TV. Aos 19 anos, realizou novo ECG que mostrou padrão eletrocardiográfico de Síndrome de Brugada (ECG tipo I). Foi então, realizado EEF com indutibilidade de fibrilação ventricular, sendo indicado implante de CDI. **Conclusões:** A Síndrome de Brugada é uma importante causa de morte súbita em adultos jovens e saudáveis, sendo a sua prevalência subestimada, devido as variações eletrocardiográficas e ao grande número de pacientes assintomáticos. Destes, 8% irão apresentar arritmia maligna e morte súbita. Diversos estudos tem surgido ao longo dos anos, para maior compreensão e manejo desta doença.

36636

SÍNDROME DE EISENMENGER SEM RESPOSTA DE VASORREATIVIDADE PULMONAR AO ÓXIDO NÍTRICO

IDALÔ, SAMIR, GRAZIELA C E SILVA, ISABELA V CUNHA, CAROLINA R PARREIRA, YARA B MESQUITA E RAISA R VIEIRA

UNIVERSIDADE DE UBERABA, UBERABA, MG, BRASIL - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, UBERABA, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A síndrome de Eisenmenger (SE) é definida como uma hipertensão pulmonar resultante de uma comunicação intercavitária congênita não reparada na infância. Esta permite a comunicação entre a circulação sistêmica e pulmonar através de um shunt reverso ou bidirecional. Os portadores de SE apresentam uma condição progressiva, irreversível e inoperável, exceto pelo transplante cardíaco e pulmonar combinado, procedimento com altos índices de mortalidade. O objetivo do relato é expor o desenvolvimento da SE consequente ao diagnóstico tardio de uma comunicação intraventricular (CIV) e descrever a clínica e a qualidade de vida de um portador da mesma não responsivo ao óxido nítrico.

MÉTODOS: Trata-se de um paciente do sexo masculino, 49 anos, branco, admitido com história de hemoptise, dispnéia e cianose de extremidades. Ao exame: sopro holossistólico, rude, localizado na extremidade inferior da borda esternal esquerda com hiperfonese de 2ª bulha e baquetamento digital.

RESULTADOS: Foram solicitados exames durante a internação. Cintilografia: baixa probabilidade para tromboembolismo pulmonar agudo. Ecocardiograma: CIV perimembranosa de 17mm com sinais indiretos de importante hipertensão pulmonar (112mmHg). (FIGURA 1) Cateterismo: hipertensão arterial e hiperesistência pulmonar graves, sem resposta ao óxido nítrico e ao ONI+ Oxigênio. Eletrocardiograma: ritmo sinusal com bloqueio de grau não avançado do ramo direito.

CONCLUSÃO: A incidência de Doença cardíaca congênita na população geral é de 1%. Estima-se que nas CIV, a SE ocorra em 20 % dos casos acima de 2 anos, acometendo 50% dos adultos com CIV de grande diâmetro (acima 1 cm). O prognóstico é desfavorável, uma vez que a hipertensão pulmonar é progressiva e fatal. A evolução até o estágio terminal depende da resposta individual às alterações hemodinâmicas. Os esforços no tratamento são direcionados para redução da resistência vascular pulmonar. O tratamento é a base de vasodilatadores e no paciente foi utilizado Sildenafil 20mg 8/8 horas.

36643

TRANSPOSIÇÃO DAS GRANDES ARTÉRIAS CONGENITAMENTE CORRIGIDA

GERSON MIRANDA, GERALDO GUINOMAR ALCANTARA, FERNANDO ROTATORI NOVAES, DANIELA LOPES GOMES, VAGNER VINÍCIUS FERREIRA, ZANDONAI MIRANDA, KENIA EDMUNDA DAMASCENO ROCHA, WILLE DINGSOU SOUZA PEREIRA E IGOR ROCHA BARROS

HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS, MONTES CLAROS, MG, BRASIL.

Introdução: A transposição congenitamente corrigida das grandes artérias corresponde a 1% das cardiopatias congênitas. Este termo descreve corações nos quais existem conexões átrio-ventricular discordantes em combinação com conexões ventriculoarteriais discordantes. Defeitos congênitos associados ocorrem em 95% dos pacientes o que limita a sobrevida.

Objetivo: Relatar o caso de um paciente no qual a apresentação clínica da doença ocorreu apenas na quinta década de vida com disfunção da valva atrioventricular sistêmica (valva tricúspide), sendo submetido a cirurgia de troca valvar.

Materiais e métodos: Homem de 56 anos, hipertenso, admitido no dia 14/05/2013 para investigação de cansaço e dispnéia aos esforços moderados com dois meses de evolução. Ao exame clínico evidenciava-se ictus no 5º espaço intercostal desviado para fora da linha hemiclavicular esquerda, sopro holossistólico 4+/6+ mais evidente em foco "mitral" com irradiação para dorso, bulhas rítmicas com hiperfonese de B2.

Realizado ecocardiograma (figura 1) e ressonância magnética cardíaca (figura 2), sendo diagnosticado transposição das grandes artérias congenitamente corrigida com disfunção importante da valva atrioventricular sistêmica e pequena comunicação interatrial (CIA).

Indicado tratamento cirúrgico, porém o paciente optou por postergar a cirurgia, retornando no dia 20/01/2014, oito meses após a primeira indicação cirúrgica, em classe funcional III, hepatomegalia e em ritmo de fibrilação atrial. Submetido a cirurgia de troca de valva atrioventricular sistêmica (valva tricúspide) e fechamento de CIA pequeno no dia 30/01/2014. Recebeu alta da unidade de terapia intensiva no 4º dia de pós-operatório (DPO) e alta hospitalar no 7º DPO com boa evolução.

Conclusão: A transposição congenitamente corrigida das grandes artérias pode cursar assintomática por vários anos em indivíduos sem cardiopatia associada. Os sintomas de insuficiência cardíaca congestiva em geral estão relacionados com distúrbios do ritmo, regurgitação atrioventricular esquerda e disfunção ventricular direita, em geral associada à regurgitação da valva atrioventricular sistêmica.



36647

AValiação DA PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO MUNICÍPIO DE OURO PRETO, MINAS GERAIS

ROBERTO VELOSO GONTIJO, RENATA CAMPOLINA VELOSO, DEBORA CAMARGOS DE LIMA, WILLIAM CAMARGOS DE LIMA E ERIC BASSETTI SOARES

UFOP, OURO PRETO, MG, BRASIL - FASEH, VESPASIANO, MG, BRASIL - IMES, IPATINGA, MG, BRASIL.

A Organização Mundial da Saúde, (OMS) identificou que nas últimas décadas das 50 milhões de mortes, as Doenças Cardiovasculares (DCV) foram responsáveis por 30% desta mortalidade. Estudos epidemiológicos, têm demonstrado uma visão sobre os fatores de risco envolvidos na etiologia da doença cardiovascular, os quais destacam-se o tabagismo, a Hipertensão arterial sistêmica (HAS), a dislipidemia, o sedentarismo, a história familiar para doenças cardiovasculares (DAC) e o diabetes melitus. Este estudo tem como objetivo avaliar a prevalência dos fatores de risco para doenças cardiovasculares em pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Ouro Preto/MG. Trata-se de um estudo do tipo observacional realizado por alunos do 7º período do curso de Medicina/UFOP-MG, em uma amostra de 100 pacientes. Realizou-se avaliação clínica para preenchimento de formulário e obtenção medidas antropométricas.

Fator de Risco	Sedent.	HAS	HF (DAC)	Tabagismo	Dislipidemia	Diabetes
%	60%	48%	43%	21%	18%	14%

Em relação aos resultados, o teste qui-quadrado evidenciou relação estatística significativa entre HAS e IMC ($p < 0,0001$) e entre dislipidemia e IMC ($p = 0,0360$). O teste t não pareado indicou relação estatística significativa entre circunferência abdominal e HAS ($p < 0,0001$) e entre circunferência abdominal e dislipidemia ($p = 0,0383$). Os resultados foram importantes porque evidenciaram elevada prevalência de HAS, Sedentarismo e História Familiar de DAC precoce em comparação com a população brasileira, subsidiando os gestores de saúde a implementarem mudanças no estilo de vida, tratamento e controle adequado.

36655

CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA: RELATO DE CASO

RODRIGO PINHEIRO LANNA, FRANCISCO REZENDE SILVEIRA, CARLOS HENRIQUE GARCEZ DE CARVALHO, EULARINO CHRISOSTOMO PATARO TEIXEIRA, ANA PAULA CAMPOS ROCHA, HENRIQUE CARNEIRO GONTIJO E FÁBIO RIBEIRO PEDROZO DE PAULA

HOSPITAL SEMPER, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A cardiomiopatia hipertrófica apical (CMHA) é uma variante da cardiomiopatia hipertrófica não obstrutiva na qual a hipertrofia miocárdica se localiza exclusiva ou predominantemente no ápex do ventrículo esquerdo (VE). É uma entidade pouco frequente e a história familiar é fator de risco importante. Em muitos casos é assintomática, sendo diagnosticada por exames complementares. A dor precordial é o sintoma mais comum, seguida de palpitações, dispnéia e fadiga. **MÉTODOS:** Trata-se de estudo de relato de caso, além de revisão bibliográfica sobre o tema. **RELATO DE CASO:** Jovem, masculino, 28 anos, previamente hígido, sem história familiar de doenças cardiovasculares, comparece à consulta com relato de dor torácica em aperto de forte intensidade com duração de 40 minutos, associada a sudorese e mal estar, com melhora espontânea. Ao exame encontrava-se normotenso e bradicárdico. Realizado eletrocardiograma que evidenciou alterações de ondas T nas derivações precordiais e sinais de hipertrofia de VE. Foi solicitada troponina inicial e após 6h - discretamente alteradas, iniciado protocolo para síndrome coronariana (SCA) e optado por monitorização em centro de tratamento intensivo cardiológico. Permaneceu sem dor e recebeu alta para propedêutica na enfermaria 48h após a admissão. O ecocardiograma evidenciou FEVE: 72%; hipertrofia apical do VE e ventrículo direito (VD); disfunção diastólica grau II do VE; função sistólica biventricular preservada ao repouso; regurgitações mitral e tricúspide leves; AE: 44mm. Ressonância magnética mostrou hipertrofia do VE assimétrica com forma apical importante; hipertrofia do VD; realce tardio mesocárdico em paredes septal, infero-lateral e lateral médio apical do VE. Optado por alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial. **CONCLUSÕES:** O relato nos mostra um caso em que observamos o principal sintoma da CMHA. A discreta elevação da troponina foi atribuída à necrose decorrente da doença de base, sendo o paciente, então, retirado do protocolo de SCA. O tratamento clínico é reservado para os sintomáticos e podem ser utilizados beta-bloqueadores e antagonistas do canal de cálcio. A CMHA tem evolução mais benigna quando comparada ao tipo assimétrico. Entretanto, podemos encontrar casos com arritmias ou deterioração da cardiomiopatia e tais pacientes têm risco aumentado de morte súbita. O reconhecimento da CMHA é importante para proporcionar aos doentes e familiares o adequado acompanhamento e estratificação de risco.

36656

REFLEXO DE BEZOLD-JARISCH COMO PREDITOR DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA - RELATO DE CASO

SACCONE, M, LEAL, M G, ARRUDA, F T, JUNIOR, J F F E FONSECA, A O

SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DO HOSPITAL SANTA CASA, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

Introdução: O mecanismo do reflexo cardio-inibidor parece se originar nos receptores sensoriais cardíacos e recebe o nome de reflexo de Bezold-Jarisch. É desencadeado por estímulos adrenérgicos ou isquemia dos mecanorreceptores intramiocárdicos ou fibras C, o último observado em infarto agudo do miocárdio de parede inferior e em casos de angina com menor frequência. **Relato de caso:** Paciente de 53 anos, sexo feminino, apresentando desconforto torácico, dispnéia, vertigem, astenia intensa e bradicardia há 3 horas, eletrocardiograma com bloqueio atrioventricular (BAV) de 2º grau do tipo 2:1 na admissão, em investigação de coronariopatia há cerca de 4 meses. Diante da instabilidade clínica optou-se por passagem de marcapasso endovenoso provisório, entretanto, devido manutenção das queixas, encaminhou-se para estudo hemodinâmico que revelou ramo ventricular posterior com lesão obstrutiva severa de 90% segmentar em 1/3 médio e optou-se por angioplastia transluminal percutânea com implante Stent Multi-Link Vision 2.5x23mm e 14 atm. No terceiro dia pós-estudo hemodinâmico houve reversão total do BAV para ritmo sinusal e ausência de alteração de enzimas cardíacas. Realizado Holter de 24hs que mostrou ritmo sinusal em todo o registro, sem pausas ou arritmias. **Discussão:** O reflexo de Bezold-Jarisch é um reflexo vagal, inicialmente observado, experimentalmente, no coração. O início do reflexo se dá a partir de quimiorreceptores, que tem via aferente e eferente com o nervo vago, e como resultado pode produzir bradicardia sinusal, hipotensão arterial, vasodilatação periférica, sialorréia, náuseas e broncoespasmo. Pode ser abolido com atropina e encontra-se presente nos infartos agudos que envolvam a parede inferior ou posterior do ventrículo esquerdo. No presente caso foi realizada reperfusão coronariana oportuna do ramo o qual supre a artéria do nó sinusal o que demonstra, na prática clínica, que as respostas do reflexo de Bezold-Jarisch são observadas em pacientes com isquemia inferior em associação a bradiarritmias, sendo revertido após reversão completa do espasmo coronariano. Muitos estudos experimentais vêm sendo realizados a respeito deste reflexo vagal, de extrema importância nos casos de isquemia do miocárdio.

36667

DISSECÇÃO CORONARIANA EM PUÉRPERA EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DO SUL DE MINAS

KALIL YUNES NADUR, CRISTIANO DA SILVA SIMOES, MATHEUS PEREIRA SALGADO, NADIME LASMAR RIBEIRO, MARINA BRAS NORONHA E NICHOLAS OLIVEIRA DUARTE

FACULDADE DE MEDICINA DE POUSO ALEGRE, POUSO ALEGRE, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO A dissecação coronária espontânea é uma entidade rara, que geralmente acomete pacientes jovens do sexo feminino, sendo 1/3 dos casos no período gestacional ou puerperal. Espera-se que este relato de caso contribua com mais informações sobre esta tão rara doença. **RELATO:** MAVF, sexo feminino, 46 anos, puérpera há 2 semanas, admitida no Hospital das Clínicas Samuel Libânio com história de dor torácica atípica, com irradiação para dorso, iniciada no pós-parto, com episódios esporádicos de 30-40 minutos de duração. Queixava-se também de palpitações ocasionais. Negou diabetes e hipertensão, sem uso de medicação prévia. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, com quadro alérgico precordial leve. Aparelho cardiopulmonar sem alterações. Frequência cardíaca de 88 bpm, pressão arterial de 140 x 70 mmHg e frequência respiratória de 18 irpm. Raio X de tórax sem alterações; Eletrocardiograma com inversão de onda T em parede anterior (V2-V3), evoluindo para inversão em ântero-septal (V2-V5); Troponina T 469; CPK 877, CKMB 76. Foi internada com hipótese diagnóstica de síndrome coronariana aguda (SCA) e após cateterismo, que mostrou lesão obstrutiva de 90% em 1/3 médio de ramo Descendente Anterior (DA) e fração de ejeção de 60%, foi confirmado diagnóstico de dissecação coronariana da DA. Foi feito tratamento conservador com Selozok 50mg 3 vezes ao dia, Rosuvastatina 10 mg 1 vez ao dia, Enalapril 10 mg 2 vezes ao dia e Ácido acetil salicílico 100mg 1 vez ao dia. Paciente foi internada um mês depois, com exame físico sem alterações, para a realização de um novo cateterismo cardíaco, que evidenciou lesão obstrutiva moderada de 50% em 1/3 médio de DA e fração de ejeção 80%. Recebeu alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial. **DISCUSSÃO:** Dissecação espontânea de coronárias é rara, mais prevalente no ciclo gravídico-puerperal. A etiologia pode estar relacionada a alteração e delaminação da camada média do endotélio, secundárias ao aumento de progesterona. Apresenta-se desde SCA até morte súbita. Afeta principalmente Descendente Anterior (41%), Múltiplos vasos (35%) e Coronária Direita (11%). Para lesões proximais de artéria única opta-se por tratamento percutâneo, em lesões múltiplas ou de tronco de coronária esquerda prefere-se cirurgia e para lesões distais, tratamento conservador. Mortalidade é de 50% na apresentação e 15% após a fase aguda. Nas sobreviventes o prognóstico é bom e a recorrência é rara.

36681

RELATO DE CASO: INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM UM PACIENTE IDOSO PROVOCADO POR TROMBOSE DE ANEURISMA DE ARTÉRIA CORONÁRIA

ESTEVES, P F C, RAMOS, B L E SOUZA, S A S

HOSPITAL SANTA MÔNICA, DIVINÓPOLIS, MG, BRASIL - UNIVERSIDADE DE ITAÚNA, ITAÚNA, MG, BRASIL.

Introdução: O aneurisma de artéria coronária (AAC) é definido como dilatação coronariana que excede o diâmetro normal adjacente ou o diâmetro da maior coronária do paciente em uma vez e meia. É incomum, geralmente descoberto de forma acidental, post-mortem ou durante a coronariografia (CATE), cuja incidência varia de 1,5 a 5%. É mais frequente no sexo masculino e acomete mais a ACD. A aterosclerose é responsável por 50% dos AAC. Devido à obscuridade do prognóstico, há controvérsias quanto ao tratamento. O objetivo deste trabalho é relatar um raro caso de infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST (IAMCST) com AAC, em que foi optado por tratamento conservador. **Métodos:** Apresentaremos um caso de um paciente internado em um hospital de Divinópolis-MG com IAMCST que após CATE, foi diagnosticado AAC trivascular, optando-se por abordagem clínica com boa evolução. **Resultados:** Paciente A.C.R., masculino, 61 anos, ex tabagista, hipertenso, história familiar positiva para coronariopatia que apresentou na madrugada de 20/04/14, uma dor precordial intensa e típica, acompanhada de dispnéia, náuseas e sudorese. Levado ao pronto-atendimento local e encaminhado à Santa Casa de Paraty-RJ. Realizado ECG que apresentava supradesnívelamento de segmento ST em DII, DIII, aVF e infradesnívelamento de segmento ST em VI, VII e VIII; e marcadores de necrose miocárdica, CK-MB: 111 e Troponina negativa. Realizado trombolise com delta T de 4 horas, com relato de critérios de reperfusão. Transferido para um hospital terciário, encontrava-se estável hemodinamicamente, assintomático, Killip I e ECG de chegada com zona elétrica inativa inferior. Ecocardiograma evidenciou acinesia inferior com função sistólica preservada. Realizado CATE que mostrou ACD dominante; ACD, ADA e ACX exibindo aneurismas fusiformes de até 8mm nos seus terços proximal e médio; ACD com trombose no seu 1/3 distal com comprometimento moderado do seu lúmen, VP da ACD ocluído na origem; VE exibiu disfunção sistólica global leve às custas de acinesia inferior. Evoluiu estável, sendo o caso discutido e optado pela associação anticoagulante e aspirina, baseado nas dimensões dos aneurismas. **Conclusão:** Os autores apresentam um caso raro de AAC trivascular. A literatura mostra que a AAC é de evolução variável e sua principal etiologia é a aterosclerose. Ainda que a maioria permaneça assintomática, complicações podem ocorrer, como: IAM secundário a trombose do AAC, mais comum, relatada no presente caso.

36689

ARTERITE DE TAKAYASU E HIPERTENSÃO RENOVASCULAR: UMA CAUSA RARA DE HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA:RELATO DE CASO

ITAMAR TADEU GONCALVES CARDOSO, FLAVIO ANTONIO DE OLIVEIRA SANTOS, LUCIANA GONÇALVES MAIA, LUANA DA CUNHA TAVARES AMARAL E DANIEL ARAUJO MAROTTA

HOSPITAL MATER DEI, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - FELUMA - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: A Arterite de Takayasu (AT) é uma vasculite granulomatosa sistêmica, que acomete a aorta e seus ramos, cursando geralmente com estenose, dilatação ou formação de aneurismas nas artérias envolvidas. É uma doença rara, que acomete principalmente mulheres em idade reprodutiva. Apresenta manifestações sistêmicas iniciais inespecíficas dificultando seu diagnóstico em fase inicial. Dentre as manifestações, inclui hipertensão arterial sistêmica (HAS) secundária resistente e refratária que ocorre em 50% dos casos. Por este motivo, quando descoberta, na maioria das vezes já se encontra em fases avançadas, sendo indicada intervenção imediata. **Objetivo:** Relatar caso clínico de uma paciente com diagnóstico de AT, alertando para a investigação dessa doença em mulheres jovens com hipertensão arterial refratária. **Caso Clínico:** Paciente de 24 anos, com histórico de HAS de início recente, evoluindo com dor abdominal, com piora após alimentação, além de níveis pressóricos elevados e refratários apesar de doses elevadas e otimizadas de anti-hipertensivos. Ao exame físico apresentava-se hipocorada, estado geral regular. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Pressão arterial 180x110 em ambos os membros. Abdomen normotenso, difusamente doloroso. Exames laboratoriais evidenciavam anemia normocítica, normocromica e plaquetose. Tomografia de abdome evidenciou espessamento parietal de toda a aorta abdominal, principalmente de artéria mesentérica superior, sugestivo de AT. Iniciado corticoterapia e associado Metotrexate. Como manteve dor abdominal e HAS refratária, encaminhada para arteriografia confirmou lesão de 80% na origem de artéria mesentérica superior; lesão de 85% em artéria renal (AR) direita e 70% em AR esquerda. Submetida a angioplastia das lesões sem intercorrências. Após o procedimento apresentou melhor controle pressórico, sendo possível a redução dos anti-hipertensivos. **Conclusão:** O caso em questão nos alerta para a investigação e diagnóstico precoces da AT e HAS secundária em adultos jovens. O início do tratamento nas fases iniciais da doença retarda sua evolução, complicações, evitando a ocorrência de lesões secundárias.

36701

RELATO DE CASO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PACIENTE COM ANEURISMA GIGANTE DE ARTÉRIA CORONÁRIA DESCENDENTE ANTERIOR.

ROCHA, E A V, MOREIRA, T C E PARRA, C A

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - FACULDADE DE SAÚDE E ECOLOGIA HUMANA, VESPASIANO, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO:

O aneurisma de artéria coronária (AAC) é uma dilatação do segmento da árvore arterial coronária cujo diâmetro se encontra aumentado por 1,5 – 2 vezes em relação ao seu tamanho normal. Apresenta incidência de 1,4% - 4,9% e sua principal etiologia é a aterosclerose, mas existem outras etiologias como a Doença de Kawasaki ou congênito. Pode acometer qualquer coronária com preferência pela coronária direita.

MATERIAIS E MÉTODOS:

Paciente R.C.S. masculino, 42 anos, hipertenso, tabagista, portador de aneurisma no terço médio da artéria descendente anterior com cerca de 4 cm de diâmetro e com precordialgia típica e diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, internado no Hospital Universitário São José e submetido ao estudo hemodinâmico e à ecodopplercardiografia.

CASO CLÍNICO:

Paciente foi submetido a rafia do aneurisma e de toda descendente anterior proximal e revascularização distal da mesma, com artéria torácica interna esquerda, sob circulação extra-corpórea.

RESULTADOS:

Paciente evoluiu bem, recebeu alta 15 dias após à cirurgia.

CONCLUSÃO:

A rafia do aneurisma com ligadura proximal e distal associado a cirurgia de revascularização miocárdica se mostra como uma forma eficaz de tratamento para o ACC.

36742

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM CHOQUE CARDIOGÊNICO EM PACIENTE COM CATETERISMO PRÉVIO SEM ANORMALIDADES

NORBERTO DE SÁ NETO, PATRICIA MENEZES MOREIRA, JOÃO PAULO SILVA ANDRADE, HEREK D A SANTANA, GABRIELE CRISTINE TEIXEIRA BITENCOURT, IGOR CARDOSO VECCHI E LAIS CAMPANA AVELINO

INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR, IPATINGA, MG, BRASIL.

Introdução: O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma das afecções mais frequentes do mundo, sendo importante causa de morbimortalidade. Em relação à etiologia, sabe-se que a principal causa de IAM em pacientes com doença cardíaca coronária é a ruptura da placa. Entretanto, alguns dos pacientes com IAM têm artérias coronárias angiograficamente normais, levando à investigação de outras etiologias. **Métodos – Relato de caso:** Paciente masculino, 63 anos, sem história de diabetes, hipertensão ou dislipidemia, ex-tabagista, admitido no pronto atendimento em janeiro de 2014, apresentando dor torácica típica e dispnéia com 48 horas de evolução. Cateterismo eletivo prévio demonstrava lesão leve em artéria circunflexa. O eletrocardiograma (ECG) de admissão evidenciava Bloqueio Completo de Ramo Esquerdo (BCRE) e não havia alterações na dosagem de enzimas cardíacas. O paciente evoluiu com parada cardiorrespiratória em fibrilação ventricular. Após estabilização, o paciente foi encaminhado para realização de cineangiografiografia, que evidenciou: artéria descendente anterior com lesão em torno de 60-70%, artéria circunflexa ocluída e artéria coronária direita com lesão em torno de 50%. Realizada angioplastia da artéria circunflexa com colocação de stent após uso de Tirofiban, devido à permanência da obstrução em 95%. O paciente recebeu alta no 11º de internação, com seguimento ambulatorial cardiológico. **Resultados:** O caso é de um paciente com IAM sem fatores de risco para doença aterosclerótica, excetuando-se o ex-tabagismo. Possuía cateterismo prévio com lesão leve, realizado há 5 meses do infarto, e apresentou BCRE no ECG de admissão. Além disso, com 48 horas de evolução era para as enzimas cardíacas alterarem. A prevalência de IAM com artérias coronárias normais varia de 6 a 12%. Quando isto ocorre deve-se pensar em outras causas, como vasoespasmo coronariano, estado de hipercoagulabilidade, embolia coronária e uso de cocaína. É complexo definir uma atribuição para a evolução rápida de uma lesão leve para uma oclusão completa, pois é conhecido que a aterosclerose é uma doença multifatorial, lenta e progressiva. **Conclusões:** Embora não represente a maioria dos casos, o IAM pode ocorrer na ausência de aterosclerose, ou na presença de doença leve, e na ausência de fatores de risco. Essa hipótese diagnóstica não deve ser afastada diante de um quadro de dor torácica típica, principalmente se associado à presença de BCRE.



36746

HEMORRAGIA SUBARACNOIDE ESPONTÂNEA NÃO-ANEURISMÁTICA EM MULHER JOVEM

NORBERTO DE SÁ NETO, PATRICIA MENEZES MOREIRA, JOÃO PAULO SILVA ANDRADE, HEREDIA SANTANA, GABRIELE CRISTINE TEIXEIRA BITENCOURT, IGOR CARDOSO VECCHI E LAIS CAMPANA AVELINO

INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR, IPATINGA, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: As hemorragias subaracnoides espontâneas (HSAE) são responsáveis por 5% de todos os acidentes vasculares cerebrais, sendo mais comuns em mulheres com idades entre 40 a 60 anos. A etiologia aneurismática destes eventos corresponde a 80% dos casos. **MÉTODOS-RELATO DE CASO:** Paciente feminino, 42 anos, hipertensa, tabagista, admitida em unidade de pronto atendimento com quadro súbito de cefaleia intensa, cervicalgia e vômitos. Apresentou-se com Escala de Coma de Glasgow (ECG) 13/15, pressão arterial de 190/100mmHg, sem déficits motores e alterações pupilares. A tomografia de crânio evidenciou HSAE. A paciente foi classificada diante de parâmetros clínicos e radiológicos como Hunt-Hess II e Fisher IV. Durante as primeiras 24 horas da admissão foi realizada angiografia cerebral que não identificou aneurismas e/ou malformações arteriovenosas. Devido a sinais de hipertensão intracraniana, foi monitorizada a pressão intracraniana (PIC) e instalada derivação ventricular externa (DVE), mantendo pressão de perfusão cerebral adequada. Evoluiu satisfatoriamente, sem déficits motores ou cognitivos, recebendo alta da unidade de terapia intensiva (UTI) em ECG 15/15. **RESULTADOS:** O caso relatado trata-se de uma mulher que desenvolveu sintomas típicos e altamente sensíveis para HSAE que foi confirmada pela tomografia de crânio. Aneurismas saculares e malformações arteriovenosas, as principais etiologias deste tipo de acidente vascular cerebral não foram identificadas na angiografia cerebral. Nestes pacientes com exame angiográfico sem anormalidades, torna-se imperativo a realização de outra angiografia após 1-2 semanas, pois vasoespasmo, trombose local e uma técnica deficiente podem acarretar em resultados não satisfatórios. **CONCLUSÃO:** A hemorragia subaracnoide é uma condição que apresenta alta morbimortalidade, sendo que 20% dos pacientes tratados em centros de atenção terciária sobrevivem até a alta e dentre os sobreviventes, 60 a 80% são acometidos por algum tipo de incapacidade neurológica. Diante de HSA com exame angiográfico sem achados patológicos, torna-se fundamental optar por uma modalidade terapêutica possa reduzir complicações desta doença e ao mesmo tempo, por uma intervenção com baixo risco de danos ao paciente, priorizando abordagem precoce e invasiva, com monitorização contínua de PIC. No caso em questão, a boa evolução clínica deve ser atribuída a manutenção de PPC adequada.

36774

ECOCARDIOGRAFIA INTRAOPERATÓRIA NO TRATAMENTO PERCUTÂNEO DA CARDIOMIOPATIA HIPERTROFICA - RELATO DE CASO

FREITAS, HELDER P. SANTANA, ALEXANDRE H C. LEITE, SAULO R O. SALGADO, RENATO A. ALMEIDA, MARIA E. PERES, SUSANA D. MARTINS, RENATA T. JUNIOR, EMILSON G V E DIAS, EBERTHE F M

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - FELUMA - FUNDAÇÃO LUCAS MACHADO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: Desde de sua descrição inicial por Sigwart em 1995, a ablação alcoólica septal percutânea, por ser relativamente simples e menos invasiva que a miectomia cirúrgica, tem sido cada vez mais utilizada para reduzir a obstrução da via de saída do ventrículo esquerdo (VSVE) em pacientes com cardiomiopatia hipertrofica obstrutiva (CMHO). **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 48 anos, com diagnóstico de CMHO. Nos últimos meses, apresentando dispnéia aos moderados esforços, a despeito de tratamento clínico otimizado. Submetido no dia 11/02/2014, neste hospital, a ablação alcoólica percutânea de ramo septal orientada por ecocardiografia transesofágica (ETE) intraoperatória, com injeção de contraste radiopaco para identificação ecocardiográfica do seu território de irrigação. Houve redução dos gradientes em VSVE, desaparecimento do movimento sistólico anterior da valva mitral (SAM) e redução no grau da regurgitação mitral (RM). Após 72 horas, o paciente recebeu alta hospitalar, assintomático. **Ecocardiograma (10/02/14):** FEVE: 69%. SIV: 19 mm. PP: 14 mm. AE: 55 mm. VE com dimensões internas normais. Importante hipertrofia miocárdica concêntrica assimétrica com predomínio do SIV e extensão para parede lateral. Angustiamiento em VSVE gerando gradiente de 36 mmHg em repouso e 79 mmHg durante Valsalva. Padrão pseudonormal de relaxamento ventricular. Presença de SAM, gerando RM leve em repouso e moderada durante Valsalva. **Ecocardiograma (14/02/14):** Acinesia sem sinais de fibrose na porção basal da parede antero-septal. Resolução do SAM, bem como do gradiente de obstrução dinâmica em repouso e durante Valsalva. Presença de leve RM em repouso, que não aumenta durante Valsalva. **Discussão:** O uso da ETE intraoperatória foi uma das mais importantes modificações introduzidas na técnica de ablação septal e tornou-se primordial para o sucesso do procedimento. Devido às variações individuais no território de irrigação dos ramos septais, sua identificação por meio de contraste ecocardiográfico, tornou o procedimento mais rápido e principalmente mais seguro. Apesar de haver no mercado agente de contraste específico, contraste radiopaco também pode ser usado, sem comprometer a eficácia e a segurança do procedimento. **Conclusão:** Além de ser um método pouco invasivo, a ETE intraoperatória tem baixo custo e está amplamente disponível. Assim, seu uso deve ser estimulado em todos os procedimentos de ablação septal percutânea.

36775

TRATAMENTO DA CARDIOMIOPATIA HIPERTROFICA SEPTAL ASSIMÉTRICA POR ABLAÇÃO ALCOÓLICA SEPTAL: RELATO DE CASO

RICARDO COIMBRA GARCIA, BEATRIZ CARVALHO MARTINS BRANDÃO LEITE, CAMILA DAIBERT DIONÍSIO, VICTOR CHAVES REIS, VIRGÍNIA CARVALHO MARTINS BRANDÃO LEITE, VINÍCIUS PEREIRA DOURADO, THIAGO SPINOLA RODRIGUES, LUANA ISAIAS E MARIO LUCIO FRANCO PEREZ

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A Cardiomiopatia Hipertrofica (CMH) é uma doença genética, autossômica dominante, de prevalência estimada em 0,2%, comumente encontrada na forma assimétrica, sendo importante causa de morte súbita. O tratamento com ablação alcoólica septal percutânea (AASP), criado em 1994, consiste na injeção de álcool absoluto em ramo septal. Esta técnica surgiu como alternativa ao tratamento cirúrgico (miectomia) e promove, após infarto, cicatrização e consequente redução na espessura do septo interventricular, aliviando os sintomas da CMH.

DESCRIÇÃO DO CASO: Trata-se de paciente feminina de 53 anos, diagnosticada em outubro/2013 com CMH septal assimétrica em nosso serviço de cardiologia. **Ecocardiograma (ECO)** mostrava obstrução dinâmica da via de saída do ventrículo esquerdo (VSVE), movimento sistólico anterior (SAM) da valva mitral, com gradiente de 80mmHg e regurgitação mitral importante. Manometria mostrou ausência de obstrução da VSVE e gradiente de 35mmHg. Foi optado inicialmente pelo tratamento clínico. Durante acompanhamento ambulatorial houve piora dos sintomas de dispnéia e dor torácica. Paciente foi internada e submetida à AASP do 1º ramo septal. Manometria realizada após AASP mostrou redução do gradiente da VSVE para 10mmHg. Algumas horas após, a paciente apresentou parada cardiorrespiratória em fibrilação ventricular sendo revertida após manobras de ressuscitação. Houve elevação enzimática de troponina (>40), eletrocardiograma com discreto supra do segmento ST em parede inferior e distúrbio de condução do ramo direito transitório. ECO pós procedimento mostrou função sistólica preservada, hipocinesia basal do septo, regurgitação mitral leve e ausência de gradiente significativo na VSVE. Durante recuperação na enfermaria paciente relatou melhora dos sintomas, recebendo alta para acompanhamento ambulatorial.

CONCLUSÃO: A AASP é uma técnica alternativa a miectomia, podendo apresentar complicações como: bloqueio atrioventricular total, bloqueio de ramo direito, dissecação da artéria descendente anterior, arritmias, infarto agudo do miocárdio e mesmo o óbito. Mesmo não sendo isenta de complicações, a AASP, é uma alternativa promissora no tratamento da CMH, aliviando em aproximadamente 90% dos casos seus sintomas e tendo resultados comparáveis aos da miectomia, porém em um procedimento menos invasivo.

36779

REESTENOSE DE STENT DE ARTÉRIA RENAL EM PACIENTE PORTADORA DE ARTERITE DE TAKAYASU: RELATO DE CASO

LUCIANA GONÇALVES MAIA, ITAMAR TADEU GONÇALVES CARDOSO, FLAVIO ANTONIO DE OLIVEIRA SANTOS, ANDRE GUALBERTO JAFETH ALVES E DANIELARAJO MAROTTA

HOSPITAL MATER DEI, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - FELUMA - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG.

Introdução: A Arterite de Takayasu (AT) é uma vasculite idiopática de grandes vasos que acomete pacientes jovens, comprometendo a aorta e seus principais ramos. Dependendo dos sintomas e do comprometimento vascular, muitas vezes além do tratamento clínico, é necessário intervenção percutânea e realização de Angioplastia, muito embora não impeça a progressão da doença e o surgimento de complicações vasculares.

Objetivo: Relatar uma complicação vascular de uma paciente com diagnóstico de AT, já submetida a abordagem terapêutica percutânea, alertando para a possibilidade de progressão da doença e necessidade de otimização do tratamento.

Caso Clínico: Paciente do sexo feminino, diagnóstico prévio de Arterite de Takayasu, já submetida a angioplastia bilateral de artérias renais, admitida com quadro de dispnéia aos esforços, dor torácica não ventilatório dependente, dor abdominal pós alimentar e elevação importante dos níveis pressóricos. Relatava também emagrecimento de 30 kg nos últimos 6 meses. Estava em uso de Atenolol, Losartana e Hidroclorotiazida em doses máximas.

Ao exame encontrava-se em regular estado geral, emagrecida, hipocorada e afebril. Ritmo cardíaco regular em dois tempos, pressão arterial 190x110 na admissão. Tomografia abdominal mostrou importante espessamento parietal da Aorta Abdominal principalmente em topografia de artéria mesentérica superior. Ultrassom Doppler das Artérias Renais mostrou Estenose Intrastent bilateral. Submetida a nova arteriografia e realizada angioplastia para artérias renais em 26/12/2013 devido a reestenose intrastent bilateral com recuperação do fluxo renal normal após procedimento e posteriormente evoluiu com melhor controle dos níveis pressóricos. Mantido acompanhamento reumatológico sendo otimizados imunossupressores.

Conclusão: O manejo terapêutico após diagnóstico de doença inflamatória vascular como a AT pode se tornar um desafio, alertando para o seguimento contínuo e multidisciplinar do paciente, que muitas vezes necessitará de novas abordagens percutâneas e controle agressivo da inflamação com corticóides e imunossupressores.

36787

DOR TÍPICA X ATÍPICA NO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: MUDANÇA DE PARADIGMA

ITAMAR TADEU GONCALVES CARDOSO, FLAVIO ANTONIO DE OLIVEIRA SANTOS, DANIEL ARAUJO MAROTTA, LUANA DA CUNHA TAVARES AMARAL E ANDRE GUALBERTO JAFETH ALVES

HOSPITAL MATER DEI, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - FELUMA - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: o infarto agudo do miocárdio apresenta-se comumente como dor tipo opressiva, constritiva, em aperto ou queimação, apresentação esta dita como típica. Existem indivíduos que esta apresentação ocorre de forma atípica, e essa população geralmente é representada por idosos, diabéticos e pacientes do sexo feminino. aqui relatamos um caso onde paciente, masculino de meia idade e não diabético teve uma apresentação clínica e eletrocardiográfica de forma atípica levando a uma hipótese diagnóstica de lesão miocárdica de etiologia inflamatória e atrasando desta forma o diagnóstico definitivo.

Paciente M.L.R, masculino, 49 anos, ex tabagista, procurou o PS de um hospital particular de BH no dia 10/02/14, com queixa de queimação escapular, de início há 2 dias sem fatores atenuantes ou agravantes, foi examinado pela clínica médica e liberado com paracetamol e codeína. no dia seguinte a queimação continuava procurando médica da empresa. foi avaliado e liberado com solicitação de exames laboratoriais. após dois dias retornou com os resultados. apresentava alteração de troponina e foi encaminhado ao mesmo hospital. desta vez foi atendido pelo cardiologista de plantão. ECG apresentou alteração da repolarização ventricular (t plus minus) em V5 e V6. troponina com curva positiva. pela suspeita de miocardite foi solicitado ressonância magnética que evidenciou realce tardio sub endocárdico lateral. cateterismo cardíaco revelou artéria diagonal (dg) com lesão sub oclusiva de 99%. implante de stent convencional em (dg) sem intercorrências. alta hospitalar com dupla antiagregação, beta bloqueador e atorvastatina.

Conclusão: a apresentação atípica clínica e eletrocardiográfica nas síndromes coronarianas na maioria das vezes leva ao atraso no diagnóstico e tratamento dos pacientes, sugerindo que uma nova abordagem ou protocolo de triagem muitas vezes é necessária para evitar um desfecho desfavorável em situações potencialmente tratáveis.

36789

EFEITO DA IDADE SOBRE A MODULAÇÃO AUTONÔMICA CARDÍACA EM HOMENS SADIOS E COM FATORES DE RISCO PARA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

LÍLIAN PEREIRA VERARDO, DORO, J E SILVA, L P

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.

Introdução: A variabilidade da frequência cardíaca (VFC) é um método não invasivo empregado para avaliação da modulação autonômica cardíaca. Mudanças nos padrões da VFC fornecem um indicador sensível e preditor de comprometimentos da saúde. O presente estudo objetiva comparar as medidas de VFC em indivíduos saudáveis e com fatores de risco para doença arterial coronariana (DAC), divididos em três faixas etárias (Jovens, Meia-idade e Idosos), a fim de se investigar os efeitos da idade e da presença de fatores de risco para DAC sobre a modulação autonômica cardíaca.

Métodos: Foram estudados 31 homens saudáveis e 31 homens com fatores de risco para DAC (hipertensão arterial, diabetes e obesidade), com idades entre 20 e 71 anos. Os batimentos cardíacos foram coletados em repouso por um monitor de frequência cardíaca (Polar®, S810i) durante 5 minutos. Foram calculadas medidas de VFC nos domínios do tempo (MNN, SDNN, RMSSD e pNN50) e da frequência (análise espectral: bandas de baixa (LF) e alta frequência (HF) e razão LF/HF). Os dados foram comparados por meio da análise de variância de duas entradas (nível de significância = 0,05).

Resultados: As medidas de VFC, tanto no domínio do tempo como no domínio da frequência, apresentaram valores significativamente menores a partir da faixa etária de meia-idade em comparação a faixa etária de jovem em ambos os grupos (sadio e fator de risco), sem diferenças quanto aos grupos.

Conclusão: As medidas de VFC mostram-se reduzidas com o aumento da idade, porém sem prejuízos do balanço simpato-vagal e sem interferência da presença de fatores de risco para DAC.

PALAVRAS-CHAVES: Variabilidade da Frequência Cardíaca; Fatores de Risco para Doença Arterial Coronariana; Jovens; Meia idade; Idosos.

36791

ESTUDO SOBRE A CORRELAÇÃO ENTRE A DOR TORÁCICA E O INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO PERÍODO DE INVERNO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE CONTAGEM

LEANDRO AUGUSTO DE BARROS SILVA, E FRANCISCO RODRIGUES DE SALES

HOSPITAL MUNICIPAL DE CONTAGEM, CONTAGEM, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: Infarto agudo do miocárdio (IAM) é um processo de necrose de parte do músculo cardíaco por falta de aporte adequado de nutrientes e oxigênio. A causa habitual da morte celular é uma isquemia no músculo cardíaco, por oclusão de uma artéria coronária. A dor torácica é um sintoma encontrado em variadas condições e geralmente considerada uma emergência médica. Quando a dor torácica é atribuída a doenças cardíacas, é nomeada dor anginosa. A angina é caracterizada por uma dor torácica subesternal ou precordial de caráter tipo pressão, aperto ou queimação com possível irradiação para mandíbula, membros superiores, ombros e dorso. As quedas de temperatura ocorridas em virtude da estação mais fria do ano podem desencadear momentos de diminuição da circulação sanguínea ao músculo cardíaco, podendo ocasionar angina ou até mesmo um infarto agudo do miocárdio. Dados da Associação Americana do Coração mostram que o inverno aumenta em até 25% a incidência de doenças cardiovasculares. **MÉTODOS:** Realizado um estudo transversal, observacional e descritivo no qual foram avaliadas 5573 formulários de pacientes que foram atendidos no hospital no período entre 21 de março de 2010 e 20 de março de 2012. **RESULTADOS:** No presente estudo houve um predomínio de IAM e dor torácica no sexo masculino, sendo a faixa etária entre 51-60 anos mais acometida, seguida pelos pacientes com idade entre 41-50 anos. Diferentemente do que se esperava houve uma maior prevalência dos episódios cardiovasculares nos períodos de primavera-verão. Os episódios de dor torácica foram superiores ao IAM mais de duas vezes, seguindo o mesmo padrão no inverno. **CONCLUSÕES:** No estudo realizado não houve correlação estatisticamente significativa entre a ocorrência de dor torácica e/ou IAM nas datas correspondentes ao inverno oficial brasileiro em relação as demais estações do ano.

36794

COMUNICAÇÃO AORTOCAMERAL - RELATO DE CASO

SAULO RODRIGUES DE OLIVEIRA LEITE, ALEXANDRE ANDRADE LEITE, ALEXANDRE HENRIQUE COBUCCI SANTANA, HELDER PEREIRA DE FREITAS, SUSANA DRUMOND PERES, EMILSON GERALDO VILARINO JUNIOR, EBERTE FERNANDO MEDEIROS DIAS, RENATA TEIXEIRA MARTINS E RENATO AFONSO SALGADO

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - FUNDAÇÃO LUCAS MACHADO - FELUMA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: As comunicações aortocamerais são, em sua maior parte, de etiologia congênita. São anomalias incomuns e podem ser confundidas com defeitos septais, tais como comunicação interatrial e interventricular. **Relato de Caso:** Paciente, sexo feminino, 30 anos de idade, com quadro de dispnéia classe funcional II e palpitações, de 1 ano de evolução. Em atendimento médico foi auscultado sopro sistólico em borda esternal direita e identificado sobrecarga bialtrial ao ECG. Propedêutica evidenciou CIV de pequeno tamanho à ecocardiografia transtorácica. Contudo, ecocardiograma transesofágico demonstrou a presença de fluxo turbulento, sistólico e diastólico ao nível do Seio de Valsalva (SV), compatível com fistula aorta-átrio direito. Paciente foi internada e submetida à correção cirúrgica dessa fistula. Recebeu alta hospitalar em boas condições, com ecocardiograma transtorácico demonstrando mínimo shunt residual. **Discussão:** Comunicações aortocamerais são mais comumente de etiologia congênita e geralmente entre o SV e o VD ou SV e AD. Estas comunicações podem estar associadas a processos adquiridos, tais como endocardite de valva protética, após reparo de raiz aórtica ou fechamento percutâneo de defeitos septais. A maior parte dos pacientes é assintomática, contudo podem ocorrer palpitações, infecções recorrentes do trato respiratório e dispnéia leve. As fistulas aortocamerais podem ser identificadas pelo ecocardiograma, porém a realização de aortografia pode ser essencial para a demonstração de seu trajeto e dos óstios coronários. O tratamento envolve o fechamento dessas fistulas e é mandatório quando existem sintomas. Todavia, com o avanço de técnicas endovasculares e pelo seu baixo risco ao paciente, tem-se recomendado o fechamento por essa via mesmo em casos assintomáticos, evitando sobrecarga de ventrículos, endocardite bacteriana, doença vascular pulmonar, formação de aneurisma e até mesmo ruptura espontânea. A melhor via é definida de acordo com tipo de fistula, calibre, tortuosidade, calcificação, curso e relação dos óstios coronários com o orifício aórtico da fistula. **Conclusão:** O diagnóstico, a história natural e o tratamento das comunicações aortocamerais ainda são aspectos obscuros. Por isso, atenção especial deve ser dada ao exame físico e aos exames de imagem, que devem ser realizados por profissionais experientes. O tratamento deve ser individualizado.



36796

ENDOMIOCARDIOFIBROSE UNICAMERAL: RELATO DE CASO

LEONARDO GRECO MACHADO, ISABELA LOPES TIAGO, HENRIQUE AUGUSTO BECHO DE CAMPOS, GUSTAVO FIDELIS DA CRUZ CAMPOS, DANIEL PEREIRA DE ANDRADE, SAULO AUGUSTO DE LIMA, AUGUSTO LIMA FILHO, UBIRAJARA LIMA FILHO E MANOEL AUGUSTO BAPTISTA ESTEVES

HOSPITAL VERA CRUZ, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - ANGITECH, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Paciente masculino, JRC 41 anos, atendido no Hospital Vera Cruz, com queixa dispneia progressiva com dois anos de evolução e piora recente. ECG mostrava ritmo sinusal e supra de ST de 1,5mm com onda T invertida (padrão) de V1-V4. Ecocardiograma com fração de ejeção limitrofe, acinesia apical, com presença de trombo e calcificações em parede apical. Realizado cateterismo que mostrou coronárias saudáveis e presença de defeito de enchimento em região apical apenas do VE, sugestivo de endomiocardiopatia (EMF), mas surpreendentemente poupando VD. Realizada RNM cardíaca que confirmou os achados.

A EMF é definida por ser uma cardiomiopatia restritiva (CMR) que apresenta redução principalmente do enchimento ventricular apical devido à presença de tecido fibrótico associado a trombo e/ou calcificação, habitualmente acometendo ambas as câmaras. É a principal causa de CMR, principalmente em países tropicais onde sua incidência é marcadamente maior que nos desenvolvidos. Nos estágios iniciais, a função sistólica pode ser normal. Com a deterioração da doença, iniciam as manifestações clínicas, principalmente a intolerância ao esforço físico e, posteriormente outros sinais e sintomas clássicos de insuficiência cardíaca. Todos os exames de imagem, radiografia de tórax, ecocardiograma, medicina nuclear, ressonância magnética e estudo hemodinâmico identificam as mudanças ventriculares e permitem o reconhecimento da câmara acometida. As alterações encontradas na ressonância miocárdica são rigidez das paredes ventriculares, função sistólica relativamente normal, dilatação batrial e ventrículo esquerdo com tamanho normal. Pode-se delimitar a extensão da fibrose, principalmente no ventrículo direito definindo também o tecido normal adjacente. O estudo hemodinâmico com ventriculografia é atualmente considerado o padrão-ouro para o diagnóstico da EMF, além da importância prognóstica de acordo com o grau de comprometimento cardíaco. Caracteriza-se por amputação da ponta e via de entrada dos ventrículos. As curvas de pressão ventricular apresentam padrão de "raiz quadrada" e identificam a restrição cardíaca. Não é necessária biópsia da lesão para o diagnóstico. A importância do diagnóstico decorre do fato de a CMR sintomática ter mau prognóstico. A cirurgia modifica a história natural da EMF, reduzindo os sintomas e a mortalidade. Os pacientes assintomáticos devem manter acompanhamento clínico.

36801

PERFIL ELETROCARDIOGRÁFICO E DAS COMORBIDADES DOS PACIENTES ACIMA DE 90 ANOS ATENDIDOS NA SALA DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DE CONTAGEM.

MATEUS FELIX DA SILVA, MARINA TRAJANO MASCARENHAS E FRANCISCO RODRIGUES DE SALES

HOSPITAL MUNICIPAL DE CONTAGEM, CONTAGEM, MG, BRASIL.

Introdução - A proporção de indivíduos idosos no Brasil vem aumentando a cada ano, e com este envelhecimento da população a incidência, morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares também. O envelhecimento é o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares devido às alterações anatômico-funcionais cardíacas. Por exemplo, o enrijecimento arterial que decorre do desgaste ao longo dos anos, levando à ruptura das fibras de elastina e sua substituição por colágeno, assim amplificando a pressão arterial sistólica e levando ao aparecimento de hipertensão arterial sistêmica, hipertrofia ventricular e aumento atrial. Objetivo - O objetivo do presente trabalho é verificar o perfil eletrocardiográfico e as patologias dos pacientes com 90 anos ou mais, admitidos na sala de emergência de um Hospital na Região Metropolitana de Belo Horizonte. Metodologia - Realizou-se um estudo transversal retrospectivo. Os pacientes do presente estudo foram atendidos no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2010. Os ECG's dos pacientes acima de 90 anos (63 exames), foram separados e laudados pelo mesmo examinador e, posteriormente as comorbidades e alterações encontradas foram catalogadas. Resultados - Foram analisados 63 exames de pacientes acima de 90 anos que foram admitidos na sala de emergência. Destes, 41 (65,08%) eram pacientes do gênero feminino e 22 (34,92%) eram masculinos. Dentre as comorbidades, a mais prevalente foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), apresentada por 28 (44,44%) pacientes, seguida de Pneumonia em 16 (25,40%) dos casos. Quanto às alterações eletrocardiográficas, as mais prevalentes foram a Fibrilação Atrial (FA) em 15 (23,81%) pacientes e, Bloqueio de Ramo Direito (BRD) em 12 (19,05%) pacientes. Conclusões - (A) Dos 63 ECG's examinados 82,44% apresentaram pelo menos uma alteração; (B) Das alterações encontradas, a FA foi a mais prevalente; (C) BRD, Hemibloqueio Anterior à Esquerda (HBAE) e Bloqueio de Ramo Esquerdo (BRE) ocorreram em proporções equivalentes. (D) HAS foi a comorbidade mais prevalente, seguida de Pneumonia e Acidente Vascular encefálico.

36803

RELATO DE CASO: PACIENTE COM ENDOCARDITE INFECCIOSA COMPLICANDO COM ESTENOSE SUBAÓRTICA MEMBRANOSA E REGURGITAÇÃO AÓRTICA IMPORTANTE

FABIANA JARJOUR, MAURO SOARES MOTTA, FABRICIO LUCAS DIPE PRATES, DIEGO DUTRA DORNELES, MARCELL ROCHA PEIXOTO TEMPONI, HEITOR HENRIQUE DA SILVA JUNIOR, DEBORAH ARRAES CASTELO BRANCO, GUILHERME FERRAZ MESSINA PADUA ANDRADE E FÁBIO MORATO CASTILHO

HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: A membrana subaórtica é uma membrana fibrosa situada na via de saída do ventrículo esquerdo abaixo da válvula aórtica causando a estenose subaórtica. Como complicações podem ocorrer o agravamento da estenose assim como lesão da válvula aórtica pelo jato causado pela obstrução subaórtica, levando a regurgitação aórtica. A endocardite é uma complicação no curso da doença facilitada pela lesão do jato sobre a membrana e sobre a válvula aórtica.

Relato de caso: L.J., 18 anos, feminina, com história de parto em 11/01/2014 com morte do recém-nascido. Atendida no dia 01/02/2014 com queixa de febre há 6 meses e dispnéia aos médios esforços há 2 anos, com piora há 3 meses. Ao exame estava com sinais de choque, sopro sistólico rude e diastólico grau III/IV. Iniciado tratamento para choque séptico, mas a ginecologia descartou infecção de foco uterino. Encaminhada para outro serviço no dia 04/02 e submetida ao ecocardiograma que mostrou massa móvel (vegetação?) abaixo da inserção dos folhetos valvulares ligada a membrana subaórtica, provocando estenose e regurgitação aórtica importante. VE com hipertrofia concêntrica leve, com função sistólica normal e regurgitação mitral leve. Iniciado vancomicina e gentamicina e depois modificado para ceftriaxone, oxacilina e gentamicina em 06/02 para tratamento de endocardite e transferida para o hospital já com relato de melhora do estado geral. No dia 08/02 fez novo ecocardiograma mostrando estenose subaórtica membranosa com estenose importante, com válvula aórtica espessada e vegetações acometendo a membrana e a válvula aórtica, com regurgitação aórtica severa. Presença de regurgitação mitral moderada. Mantida mesma medicação. No dia 10/02 evoluiu com quadro de edema agudo de pulmão e encaminhada ao CTI. Necessitou de intubação orotraqueal e aminas e encaminhada a cirurgia no dia 11/02. Visualizado a válvula aórtica com folheto coronariano esquerdo roto com vegetações e membrana subaórtica também com vegetações. Retirada a valva e a membrana e implantado a prótese biológica bovina. Procedimento sem intercorrências.

Conclusão: A estenose subaórtica membranosa é uma doença congênita na qual a indicação cirúrgica ocorre pela gravidade da estenose. A cirurgia pode também ser indicada pela lesão em válvula aórtica pelo jato da estenose subaórtica. Pode também intercorrer com endocardite e lesões em válvula aórtica nativa como no caso da paciente.

36812

PACIENTE ADULTO JOVEM, PORTADOR DE ENDOCARDITE INFECCIOSA GRAVE COM INDICAÇÃO CIRÚRGICA, APRESENTA BOA RESPOSTA AO TRATAMENTO CLÍNICO

LUCIANA SILVEIRA R BRITO, CINTIA TATIANA ARAUJO GONTIJO, LUANNA CARLA CARVALHO MARTINS, CAMILA BERNARDES MENDES DE OLIVEIRA, MARCELLA DE FONTGALAND SILVEIRA MATA, BRUNA MAIA RODRIGUES, ELIAS ABDALLA SANTOS HOSNI E MOACIR ANDRADE GONCALVES

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: A Endocardite Infeciosa (EI) corresponde a uma infecção do endotélio cardíaco, levando a uma lesão característica, a vegetação. Esta vegetação pode estar localizada em qualquer sítio do endotélio, mas frequentemente ocorre nas superfícies endoteliais das válvulas cardíacas e próteses valvares. Acomete mais comumente a válvula mitral ou aórtica, seguida pelo acometimento simultâneo de ambas. O seu prognóstico depende de um diagnóstico rápido, tratamento (tto) efetivo e um pronto reconhecimento de suas complicações. Caso clínico: Paciente (pte) W.F.R., masculino, 34 anos, portador de Doença de Devic (neuromielite óptica) após duas internações para pulsoterapia com metilprednisolona, iniciou quadro de prostração, taquicardia, hipotensão e febre. Ao exame físico apresentava vários focos de flebite, nódulos de Osler nos dedos das mãos, mancha de Janeway em região plantar direita, além de sopro holossistólico tipo regurgitação mitral, grau II/VI. Realizado ECO TE com presença de massa (23,6mm), móvel, ligada ao folheto anterior da válvula mitral, compatível com vegetação, regurgitação moderada e três hemoculturas positivas para *Staphylococcus aureus*. Iniciado antimicrobiano e orientado pte quanto necessidade de procedimento cirúrgico devido ao tamanho da vegetação e risco iminente de embolização, porém pte recusou a submeter-se a tto cirúrgico, decidindo apenas pelo tto clínico. Após seis semanas de tto com oxacilina, gentamicina por 14 dias e rifampicina por 21 dias, realizado novo ECO TT que evidenciou redução significativa da massa medindo cerca de 11 mm com regurgitação mitral em grau leve. Paciente evoluiu com melhora do quadro, sem sequelas, e segue em acompanhamento ambulatorial. Discussão: Diante do caso clínico apresentado a indicação para intervenção cirúrgica é de caráter de urgência, devido à vegetação ter um diâmetro maior que 10mm, com hiper mobilidade e regurgitação mitral importante. No entanto, mesmo com esta indicação o pte apresentou redução da vegetação somente com tto clínico sem apresentar complicações. Conclusão: Apesar deste paciente apresentar um caso raro, com boa resposta ao tto medicamentoso, a rápida identificação do pte com alto risco de morte pode mudar o curso da doença, melhorar seu prognóstico, além de identificar os pte que podem se beneficiar do tto cirúrgico como o caso descrito.



36813

COMPARATIVO DE ESCORES DE RISCO DE MORTALIDADE EM CIRURGIA CARDÍACA

KENIA EDMUNDA DAMASCENO ROCHA, HENDERSON BARBOSA PIMENTA, DANIELA LOPES GOMES, DANIEL SILVA MORAES, VICENTE PEREIRA FONSECA J, ZANDONAI MIRANDA, IGOR ROCHA BARROS E WILLE D S PEREIRA

IRMANDADE NOSSA SENHORA DAS MERCÊS - SANTA CASA, MONTES CLAROS, BRASIL.

Fundamentos: Buscar escores de risco com maior capacidade de predição de risco operatório é fundamental para se obter melhores resultados na cirurgia cardíaca.

Objetivo: Validar a capacidade do InsCor, método proposto pela equipe do InCor- HCFMUSP, para avaliação de riscos em cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM) e/ou troca valvar e comparar sua capacidade como preditor de mortalidade com o EuroSCORE, um método consagrado para avaliação pré-operatória em cirurgia cardíaca.

Métodos: Entre janeiro a dezembro de 2013, foram operados 153 pacientes de doença coronariana e/ou valvar na Irmandade Nossa Senhora das Mercês em Montes Claros - Minas Gerais. As 10 variáveis de risco do InsCor: Idade ≥ 70 anos, sexo feminino, CRVM + valvar, infarto do miocárdio < 90 dias, reoperação, tratamento cirúrgico de valva aórtica, tratamento cirúrgico de valva tricúspide, creatinina $> 2\text{mg/dL}$, fração de ejeção $< 30\%$ e eventos foram avaliados em cada paciente. Os grupos foram selecionados com baixo, médio e alto risco e a mortalidade real comparada com a predita pelo método InsCor.

Resultado: A mortalidade real nos grupos de alto, médio e baixo risco pelo EuroSCORE foi respectivamente 19,56%, 7,81% e 2,32%, sendo estes valores próximos dos valores preditos pelo EuroSCORE que é de 24,79%, 5,79% e 2,40%. A mortalidade real nos grupos de alto, médio e baixo risco pelo InsCor foi respectivamente 50,00%, 16,67% e 4,04%, enquanto a mortalidade predita pelo InsCor era de 26,02%, 8,83% e 4,35%.

Conclusão: Este novo modelo é mais simples e objetivo, porém devido ao número reduzido de variáveis apresentou menor capacidade de avaliação, sendo observado maior número de pacientes no grupo de baixo risco que quando avaliados pelo EuroSCORE seriam considerados como de risco moderado.

Assim sendo, o Euroscore apresentou melhor desempenho em prever a mortalidade em nosso serviço do que o InsCor.

36814

UTILIZAÇÃO DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CARDÍACA NA CONDUTA PERANTE PACIENTE PORTADOR DE COMUNICAÇÃO INTERATRIAL SINTOMÁTICA

GERSON MIRANDA, VAGNER VINÍCIUS FERREIRA, ZANDONAI MIRANDA, WILLE DINGSOR SOUZA PEREIRA, DANIELA LOPES GOMES, IGOR ROCHA BARROS E KENIA EDMUNDA DAMASCENO ROCHA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, MONTES CLAROS, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO - A comunicação interatrial (CIA) é uma cardiopatia congênita por defeito no processo de septação dos átrios resultando numa comunicação entre eles. Devido à diferença de pressão entre os dois átrios ocorre um shunt esquerdo-direito trata-se por isso de uma cardiopatia acianogênica. Geralmente são assintomáticos na infância, os sintomas manifestam-se por volta da terceira década de vida. OBJETIVO - Este trabalho tem como objetivo relatar a conduta realizada perante o diagnóstico de CIA tipo ostium secundum em um paciente acompanhado na Santa Casa de Montes Claros. MATERIAIS E MÉTODOS - Homem, 52 anos, hipertensão, portador de insuficiência renal crônica, rins policísticos, dialítico com história de nefrectomia esquerda. Apresentava há 15 dias dispnéia aos esforços associado à fadiga e palpitações. Após suspeita clínica foi detectado CIA tipo ostium secundum através de ecocardiograma transtorácico. ECG: BRD 3º grau, alterações de repolarização, sobrecarga de átrio esquerdo; Radiografia de tórax mostra área cardíaca aumentada e congestão pulmonar. Paciente submetido a cateterismo cardíaco e implantado prótese Amplatzer. Em outro acesso venoso foi utilizado cateter para medir as pressões de átrio esquerdo, átrio direito e artéria pulmonar após oclusão do CIA com balão. O procedimento foi acompanhado por ECO transesofágico que evidenciou implante adequado e ausência de fluxo esquerda-direita significativo. No seguimento do paciente após 48 horas do fechamento percutâneo de CIA realizou-se ressonância magnética cardíaca (RMC): via de saída do ventrículo direito sem obstrução; artefato metálico correspondendo a prótese de Amplatzer implantada no septo interatrial. CONCLUSÃO - A consequência hemodinâmica do CIA dependerá da complacência das câmaras direitas e do tamanho do defeito e, quando o shunt for significativo, o resultado será uma dilatação do átrio direito e ventrículo direito e hiperfluxo pulmonar. A RMC é capaz de auxiliar nos dados funcionais das cavidades cardíacas, o contraste raramente apresenta contra-indicação e não contém iodo. Conforme as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre RMC, a mesma possui grande valor na identificação de defeitos do septo interatrial, o que permite quantificar o shunt sistêmico-pulmonar, de forma bem precisa e reprodutível, tornando essa técnica um método de escolha tanto a avaliação inicial do defeito congênito quanto no seguimento pós correção.

36819

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO DE PROVÁVEL ETIOLOGIA EMBOLICA EM PORTADORA DE PRÓTESES VALVARES METÁLICAS MITRO-AÓRTICA: RELATO DE CASO

MARCO ANTONIO TEIXEIRA, FABIANO BIANCHI, ANTONIO CARLOS BOTELHO DA SILVA, ALINE DOS SANTOS NOGUEIRA, CLISTENES DAROCHA PEÇANHA, ALICE DE PAULA FALCAO, CAMILA KELLY PEREIRA, LUCAS CARVALHO DIAS E HUGO WANDERLEY ALVES

HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ, ITAPERUNA, RJ, BRASIL.

Introdução: Relato de IAM de provável etiologia embólica em jovem de 23 anos portadora de próteses valvares metálicas mitro-aórtica sem adequada anticoagulação.

Métodos: Mulher, 23 anos, com passado de febre reumática e troca valvar mitro-aórtica (metálicas) aos 8 anos de idade, admitida na UPA com dor torácica ventilatório-dependente, náuseas e vômitos, medicada com sintomáticos e liberada. Após 24 horas, atendida em consultório, com dor precordial e ECG evidenciando inatividade elétrica anterior com elevação ST com onda T negativa sugestiva de fase subaguda de IAM. Encaminhada à UTI, em Killip I. Realizado INR: 1,71, sendo prescritos 200mg de ácido acetil-salicílico, 300mg de clopidogrel e levada ao laboratório de Hemodinâmica, já assintomática. Cinecoronariografia evidenciou trombo em porção inicial de ACDA, fluxo TIMI 3 e ventriculografia com déficit segmentar ântero-septo-apical do VE. Iniciado anticoagulação plena com heparina não-fractionada e proposta de reestudo angiográfico. ECG mostrou normalização de segmento ST com onda T negativa. Ecocardiograma transtorácico evidenciou acinesia apical e hipocinesia ântero-septal, próteses valvares metálicas normofuncionantes e ausência de trombo. Após 24 horas, apresentou recorrência de dor e supradesnívelamento ST anterior extenso. Nova angiografia coronária mostrou oclusão total de ACDA em porção média. Realizada tromboaspiração, sem restauração do fluxo. Após dilatações com cateter-balão, foram observados fluxo TIMI 3 e perfuração coronária tipo II (classificação de Ellis modificada). Procedido insuflação prolongada com cateter-balão com completa hemostasia. Apresentou dor precordial 5 dias após, levada à sala de hemodinâmica. Evidenciado fistula coronário-cavitária, inseridos 2 stents MGuard. Evolução foi satisfatória com alta 1 semana após. Resultados: O IAM por tromboembolismo por prótese metálica é um evento raro, nesse caso tratado por intervenção coronária, complicando com fistula e tendo boa evolução com o tratamento. Conclusões: O risco de fenômenos tromboembólicos por prótese valvar metálica é de 3% nos que fazem acompanhamento e tratamento adequado da valvopatia e da anticoagulação. A localização mitral é a de maior risco de tromboembolismo, seguido da posição aórtica e tricúspide, sendo consideravelmente mais frequente nos pacientes com anticoagulação inadequada.

36823

PROJETO MINAS TELECARDIO 2: IMPLANTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DO INFARTO NA REGIÃO AMPLIADA NORTE DE MINAS GERAIS- ANÁLISE DOS INDICADORES NA LINHA DE BASE

BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, ISABELA GONÇALVES NOBRE, CRISTIANE FERREIRA MENDES, ANDREY DE BARROS ANTUNES, MARIANA OLIVEIRA BICALHO, CAMILA GONÇALVES FERREIRA, DÉBORA LORENA VASCONCELOS GONÇALVES, VIRGINIA DE SÁ RODRIGUES, ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO E MILENA SORIANO MARCOLINO

REDE DE TELEASSISTÊNCIA DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: A doença coronária é a principal causa de mortalidade no Brasil. No sistema público de saúde a mortalidade hospitalar por infarto agudo do miocárdio (IAM) é elevada e maior que a dos países desenvolvidos. O Projeto Minas Telecardio 2 tem o objetivo de implantar a linha de cuidado do IAM na região Ampliada Norte de Minas Gerais (MG). Sua primeira etapa consiste no registro dos casos de síndrome coronariana aguda (SCA) atendidos no período que precede a implantação. O objetivo deste estudo é descrever aspectos importantes relacionados ao tratamento do infarto com elevação do segmento ST (IAMCEST) na região, observados nesta primeira etapa. Material e Métodos: Estudo prospectivo observacional dos pacientes com SCA admitidos nas 6 portas de entrada de urgência de Montes Claros de junho de 2013 a 31 janeiro de 2014. Estes pacientes foram acompanhados até a alta hospitalar. Resultados: No período, 458 pacientes foram admitidos com SCA, sendo 155 (33,8%) casos de IAMCEST. Destes, a média de idade foi de 63 ± 12 anos, 69,7% eram do sexo masculino. Em relação à procedência, 32,9% eram de Montes Claros e os demais estavam distribuídos nos 88 municípios da região. A mediana da distância até Montes Claros foi de 221 Km (148-341) e do tempo de transporte foi de 3:09 (1:56-4:50). À admissão, 63,7% foram classificados como Killip I, 20% Killip II, 3,7% Killip III e 8,1% Killip IV. Todos pacientes realizaram ECG na admissão, a hora estava registrada em 85,5% e o tempo médio de realização do ECG foi de 0:30 $\pm$ 6:37. Os medicamentos administrados nas 24 horas foram aspirina em 98,7%, clopidogrel em 81,8%, heparina não fractionada em 42,7%, enoxaparina em 37,7%, estatina em 87,8% e betabloqueador em 71,2%. Receberam terapia de reperfusão 72,9% dos pacientes, 70,3% realizaram angioplastia primária e quatro (2,6%) fibrinólise, sendo que dois destes necessitaram de angioplastia de resgate. Não foi possível mensurar o tempo porta balão, pois ele não estava aferido em mais de 40% dos procedimentos. A mortalidade intra-hospitalar no IAMCEST foi de 16,1% e nos pacientes submetidos à angioplastia primária a mortalidade foi de 15,8%. Conclusão Apesar do acesso da maior parte dos pacientes com IAMCEST à angioplastia primária, a mortalidade intra-hospitalar ainda se encontra elevada na Região Ampliada Norte de MG, mostrando que os indicadores de qualidade na região precisam ser aprimorados.



36826

ENDOCARDITE INFECCIOSA CAUSADA POR GRANULICATELLA ELEGANS: RELATO DE CASO

MARCO ANTONIO TEIXEIRA, FABIANO BIANCHI, RODRIGO DA COSTA CARNEIRO, ALICE DE PAULA FALCAO, CAMILA KELLY PEREIRA, LUCAS CARVALHO DIAS, DARIO ANTUNES SANTUCHI FILHO, EVERALDO FRAGA CAMPOS E HUDSON DUTRA REZENDE

HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAL, ITAPERUNA, RJ, BRASIL.

Introdução: A Endocardite infecciosa (EI) é uma afecção causada por aderência e invasão de microorganismos que atingem a corrente sanguínea, levando à infecção endocárdica. Neste relato, apresentamos um caso de EI causada por uma bactéria extremamente fastidiosa e rara, a *Granulicatella elegans* (G.elegans). **Métodos:** Masculino, 75 anos, com HAS, IM importante e FA permanente, relatando febre vespertina e inapetência. Apresentava sopro sistólico em foco mitral (++++/6+). Alterações laboratoriais: Hematócrito 25, creatinina 1,4, uréia 87, sódio 129, VHS 60, PCR 2,6, hemocultura e urocultura negativas, sorologia para CMV IgM negativa/IgG positiva, para EBV negativa e VDRL não reator. Nova hemocultura detectou G.elegans, por método automatizado (VITEK 2), sensível à vancomicina e levofloxacino e resistente às cefalosporinas, ampicilina, ampicilina, entromicina, gentamicina, oxacilina e rifampicina, sendo feitos vancomicina, penicilina e avalex, substituídos, posteriormente, por ampicilina, meronem e linezolida por piora clínica. Ecocardiograma transtorácico mostrou vegetação aderida ao folheto anterior da mitral, sugestivo de vegetação de endocardite infecciosa. Apresentou IC refratária, derrame pleural volumoso, IRpA e choque cardiogênico. Submetido à drenagem torácica em selo d'água e implante de cateter para hemodiálise, por piora progressiva da função renal. Não houve tempo hábil para tratamento cirúrgico, evoluindo para óbito. **Resultados:** Das três espécies de *Granulicatella* que emergiram, em 1995, G.elegans é nutricionalmente deficiente, de isolamento difícil, com culturas negativas inicialmente, a exemplo de nosso paciente. São raras as manifestações típicas da EI; tem evolução indolente e patologias valvares de base, sendo mais comuns na aórtica e na mitral. A G.elegans é mais resistente aos antimicrobianos. Apesar dos resultados animadores in vitro, a falha de tratamento ocorre em torno de 41% dos casos. Trabalhos defendem tratamento inicial com penicilina e aminoglicosídeos. Mas, recidiva e morte giram em torno de 27% dos casos com ele e, mesmo os com vancomicina, para cepas multiresistentes, possuem meritorias taxas de mortalidade. **Conclusões:** É importante suspeitar de G.elegans como causa de EI, quando hemocultura inicialmente é negativa e não há resposta aos antibióticos habituais, devido à sua peculiar forma de apresentação.

36828

A RELAÇÃO ENTRE O USO DE DROGAS INJETÁVEIS E A ENDOCARDITE INFECCIOSA - RELATO DE CASO

VINICIUS PEREIRA DOURADO, RICARDO COIMBRA GARCIA, ALICE MUSSI, MARIO LUCIO FRANCO PEREZ, THIAGO SPINOLA RODRIGUES, SAMELA DE MORAIS SEGÓVIA, FERNANDA ELEUTERIA OLIVEIRA, LINES FERREIRA PERIGOLO, CAMILA FREITAS DE SOUZA, SHEILA PEDROSO PARREIRA E MARCOS HENRIQUE BORGES

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

A endocardite infecciosa é uma doença de apresentação clínica variada e inespecífica, de fisiopatogenia complexa, abrangendo a infecção do endotélio das válvulas ou câmaras cardíacas como consequência de bacteremia ou fungemia persistente. Seu diagnóstico pode representar um grande desafio em função da multiplicitude de apresentações clínicas iniciais e da ampla possibilidade de diagnósticos diferenciais. Assim, chega ao serviço de cardiologia paciente de 21 anos, masculino, história de uso de drogas injetáveis para melhora de desempenho em academia, em tratamento de pneumonia sem melhora clínica, febril, dispneico e hipotenso. Veia jugular externa ingurgitada e sopro sistólico grau III/VI em borda externa e 5° espaço intercostal esquerdo. Apresentou piora evoluindo para choque séptico e agranulocitose. Transferido em estado grave ao Centro de Terapia Intensiva em uso de aminas em altas doses. Recebeu tratamento empírico para choque neutropênico séptico. Posteriormente, um ecocardiograma transtorácico evidenciou imagem hiperecogênica medindo 1,1 x 0,7 cm em folheto anterior da válvula tricúspide sugestiva de vegetação, e aumento de câmaras direitas (moderado do átrio direito e leve do ventrículo direito). Neste momento o esquema de antibióticos antes prescrito (Ceftriaxona e Claritromicina), foi trocado por Oxacilina e Gentamicina. Realizado também hemoculturas, as quais foram negativas. Após 20 dias do novo esquema antibiótico apresentou melhora. Posteriormente recorreu com nova piora do quadro, desenvolveu insuficiência hepática grave, insuficiência renal oligúrica com necessidade de hemodiálise, e necrose isquêmica de extremidades. Após estabilização do quadro e melhora da função renal, realizado tomografia de tórax que apresentou resolução dos abscessos pulmonares. Ecocardiograma transtorácico não mostrou redução de vegetação em válvula tricúspide. Após melhora clínica, transferido a enfermaria onde foi avaliado pela cirurgia plástica para abordagem das necroses de extremidades e definiu-se pelas amputações distais. Recebeu alta e foi encaminhado para o ambulatório de valvulopatias. Posteriormente readmitido para realização de valvuloplastia tricúspide com resultado satisfatório.

36829

TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO: FATORES QUE INFLUENCIAM A NÃO ADESAO

LUCAS EMMEL MALAQUIAS, TÂNIA MARIA GONÇALVES QUINTÃO, ANA CLAUDIA RICARTE DE CASTRO, EDUARDO PEREIRA BUENO, FABRICIO LAFETA COSTA E LARISSA RICARTE ALVES

FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA, BARBACENA, MG, BRASIL.

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica caracterizada pelo aumento persistente da pressão arterial acima de 140x90 mmHg. Esta sofre influência de uma série de fatores e é um dos principais determinantes de morbidade e mortalidade, pois é fator de risco para doenças cardíacas, renais e vasculares. A HAS afeta 20% da população mundial sendo que, em 2004, 35% da população brasileira acima de 40 anos estava hipertensa. Devido ao grande número de pessoas que não aderem ao tratamento anti-hipertensivo e sabendo-se da gravidade desta doença, é de extrema importância saber o que leva milhares de hipertensos a não seguir as orientações medicamentosas e não medicamentosas, para evitar o aparecimento de complicações tardias. **Objetivo:** Avaliar os aspectos subjetivos relacionados ao tratamento anti-hipertensivo relatados por hipertensos. **Materiais e Métodos:** Foi realizada uma pesquisa qualitativa com entrevistas semiestruturadas com 20 pacientes, presumivelmente não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo referenciados no Núcleo de Atendimento ao Hipertenso - NAAH de Barbacena. Foram incluídos pacientes adultos hipertensos de ambos os sexos, de diferentes raças e variados níveis de formação educacional, crenças religiosas e situação conjugal, com diagnóstico médico prévio de Hipertensão Arterial Sistêmica segundo a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão, excetuando-se menores de 18 anos ou com dificuldade de comunicação oral. **Resultados:** Foi constatado que o principal motivo da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo foi a falta de conhecimento da doença por parte dos pacientes. Contribuíram também fatores como nível sócio econômico, crenças sobre a doença e falta de motivação para lidar com a doença crônica. **Conclusão:** Foram obtidos resultados relevantes e coerentes com os encontrados na literatura, isto é, a grande maioria dos pacientes hipertensos não adere ao tratamento anti-hipertensivo devido ao déficit de entendimento por parte do paciente a respeito de sua doença, a falta de orientação quanto aos benefícios e vantagens do tratamento e negligência por parte do paciente, que acaba se esquecendo de fazer uso do(s) medicamento(s) pela sua rotina agitada e conturbada.

36833

PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES ELETROCARDIOGRÁFICAS EM IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

MILENA SORIANO MARCOLINO, ANA MACIEL RIBEIRO, TATI GUERRA PEZZINI ASSIS, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO E ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO

FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - REDE DE TELEASSISTÊNCIA DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: A população brasileira está processo de envelhecimento e é importante que o sistema de saúde esteja preparado para esta mudança. Atualmente, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte. O eletrocardiograma (ECG) é uma ferramenta útil para verificar o impacto da doença cardiovascular no contexto populacional. O objetivo deste estudo é analisar a prevalência de alterações eletrocardiográficas em pacientes idosos atendidos na Atenção Primária.

Métodos: Trata-se de estudo observacional retrospectivo, que analisou os ECGs de pacientes idosos (>60 anos) realizados no ano de 2011 por um serviço público de tele-saúde. Na ocasião, este serviço atendia a Atenção Primária de 658 municípios em Minas Gerais. O ECG era realizado no município e transmitido pela internet para ser avaliado por uma equipe de cardiologistas treinados e experientes.

Resultados: No período do estudo, 264.324 exames foram realizados; destes, 87.804 (33,2%) em idosos (idade mediana 69,9 anos; intervalo interquartil 64,6-76,4; 57,0% mulheres). Hipertensão arterial foi relatada em 48,7% dos casos, diabetes em 9,1%, tabagismo em 6,4% e doença de Chagas em 3,5%. Apenas 41,6% dos exames não apresentavam alterações e esta proporção foi significativamente menor em octogenários (27,7%, p<0,0001). O número médio de alterações foi 1,13±1,29. Fibrilação ou flutter atrial estava presente em 4,2% dos casos, sendo 8,4% em octogenários; extrasístolia supraventricular em 3,8% e ventricular em 4,7%; bloqueio do ramo esquerdo em 3,6% e direito em 5,5%; bloqueio divisional anterosuperior esquerdo em 11,7%; sobrecarga de ventrículo esquerdo em 6,2% e de átrio esquerdo em 4,5%; e alterações inespecíficas de repolarização ventricular em 30,4%. O motivo da realização do exame foi investigação de dor torácica em 64.322 pacientes (73,2%). Destes, 8,9% apresentaram alterações sugestivas de isquemia, sendo 3,0% isquemia aguda.

Conclusão: Este estudo em grande amostra de idosos na Atenção Primária evidenciou que a presença de alterações eletrocardiográficas é comum. A prevalência de fibrilação atrial, importante para guiar implementação de estratégias de anticoagulação, foi muito relevante.



36838

ASSOCIAÇÃO DA DOENÇA VASCULAR ATÉROESCLERÓTICA PERIFÉRICA COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA EM INDIVÍDUOS ACIMA DE 60 ANOS

RAFAEL BARBOSA ALcantara, PAULA DE ANDRADE OLIVEIRA, ANNA ELISA MELO, JOAO VITOR DE JESUS ALVES, RUBENS DE LUCANETO, IVAN FERREIRA DE FREITAS, CARLOS AUGUSTO FORMIGA AREAS, RICARDO SIMOES E JOSE MARCIO RIBEIRO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS, MG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: Existem evidências indicando a relação entre a doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) e outros acometimentos cardiovasculares, especialmente a doença arterial coronariana (DAC). O Índice Tornozelo Braquial (ITB) utilizado na detecção de DAOP tem se tornado um método atraente, por ser não invasivo, confiável e de fácil execução. Considerando a frequente associação entre DAOP e DAC, este estudo foi desenvolvido para avaliar a relação entre o ITB e DAC em pacientes encaminhados para cinecoronariografia eletiva.

MÉTODOS: Estudo transversal, descritivo, avaliando 72 pacientes com idade ≥ 60 anos, de ambos os gêneros e suspeita de DAC encaminhados para realização de estudo cinecoronariográfico. Foi aplicado questionário para avaliação dos principais fatores de risco (diabetes mellitus, hipertensão arterial, tabagismo, dislipidemia) para doença cardiovascular (DCV). A medida da pressão arterial foi obtida no quarto membro utilizando-se esfigmomanômetro automático da marca Omron HEM-742int. Foram considerados ITB $\leq 0,9$ ou ITB $\geq 1,4$ como positivos para DAOP. A cinecoronariografia foi avaliada por 2 hemodinamistas considerando como significativas as lesões obstrutivas $\geq 50\%$ em pelo menos um vaso principal. **RESULTADOS:** Dos 72 indivíduos avaliados, 45 (62,5%) foram homens. O ITB $< 0,9$ foi encontrado em 15 (20,8%) indivíduos sendo uma mulher (6,7%) e 14 (93,3%) homens. Neste grupo as lesões coronarianas significativas foram observadas em 1 mulher (6,7%) e em 9 (64,2%) homens. O grupo com ITB $> 0,9$, foi constituído por 57 (79,2%) pacientes, sendo 26 (45,7%) mulheres; destes 14 (53,8%) mulheres e 13 (41,9%) tinham acometimento coronariano. Utilizou-se uma análise descritiva dos dados, apresentado para as variáveis categóricas as frequências e proporções, e para as variáveis contínuas o mínimo, máximo, quartis, média e desvio padrão. A correlação entre acometimento coronariano e ITB foi verificada a partir do coeficiente de Spearman. Para analisar associações entre os grupos foi utilizado o teste de Qui-Quadrado e para comparar as médias foi utilizado o teste t de Student. Considerou-se um nível de significância de 5%. **CONCLUSÃO:** O ITB mostrou uma relação positiva com a presença de DAC avaliada por meio da cinecoronariografia eletiva, constituindo, portanto, em método de baixo custo e aplicável em regime ambulatorial, em pacientes com suspeita de DAC.

36840

VALVOPLASTIA PERCUTÂNEA DE PRÓTESE MITRAL BIOLÓGICA EM PORTADOR DE CARDIOMIOPATIA ISQUÊMICA

GISELLE SILVA BAIÃO, MARIA DE FATIMA MARTINS GIL DIAS, PAULO SILVA BAIÃO, GABRIELA DEL ROSARIO MARQUEZ SOSA, FELIPE HODGE CAPRIOTTI, ARIEL BUENO DA FONSECA, RENATO QUINTAO LOSCHI, CARMEN OLIVEIRA DE CARVALHO, FABIO RODRIGUES DE ANDRADE E ADELLE CRISTINE LIMA CARDOSO

CURSO INTENSIVO DE REVISÃO EM CARDIOLOGIA CLÍNICA - CIRCC, RJ, RJ, BRASIL - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UFJF, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL - HOSPITAL BALBINO, RJ, RJ, BRASIL.

HPS, masculino, 62 anos, hipertenso, diabético, dislipidêmico, doença pulmonar obstrutiva crônica, portador de insuficiência renal moderada (Clearance creatinina 36), cirurgia de revascularização miocárdica há 13 anos, angioplastia coronariana prévia com stent e troca valvar mitral com implante de prótese biológica há 7 anos, deu entrada com queixa de dispnéia aos pequenos esforços que progrediu para dispnéia em repouso (CF IV - NYHA). Ao exame físico, o paciente encontrava-se algo confuso, hipocorado, bastante emagrecido, dispnéico e com notável desconforto respiratório. Sinais vitais: PA 100x60mmHg, FC 85bpm, SO₂ 85%, FR 35 lpm. Ritmo cardíaco regular em 3 tempos com B3 e sopro diastólico em foco mitral. Internado em UTI e iniciada infusão de dobutamina e diuréticos com melhora clínica relativa em 24h. Realizou ecocardiograma que evidenciou disfunção do ventrículo esquerdo (VE) com fração de ejeção de 33%, aumento átrio esquerdo (AE 49mm), prótese mitral biológica espessada com pouca mobilidade gerando estenose mitral (EM) moderada a grave com área valvar 0,8cm², gradiente médio AE-VE de 18mmHg, pressão de artéria pulmonar (PSAP) 55mmHg (Fig. 1). Devido às comorbidades e escore de risco (EUROSCORE II 59%) extramente elevado, indicou-se realização de valvoplastia de prótese biológica em posição mitral. Procedimento realizado com cateter balão pela técnica de Inoue, procedendo-se a insuflação do mesmo com 26mm, obtendo-se como resultado gradiente diastólico de 3mmHg, área valvar de 1,5cm² (Fig. 2) e melhora clínica exuberante (CF II). Recebeu alta 2 dias após o procedimento e na evolução ambulatorial, 1 mês após o procedimento, encontra-se estável do ponto de vista funcional (CF II).

Conclusão: No caso em questão a indicação do procedimento percutâneo de valvoplastia foi a modalidade terapêutica de escolha devido ao alto risco cirúrgico, a despeito da pouca experiência da literatura médica no com tange a dilatação de próteses biológicas em posição mitral. Vale ressaltar e significativa melhora clínica obtida com o procedimento.

36841

REPERCUSSÕES RARAS DA DOENÇA DE KAWASAKI

FERNANDA C FRANCO, LOURDES F G GOMES, VILMAR J PEREIRA, NEIDE A FARIA, JOÃO R M NETO, MARIA P R CARDOSO, VICTOR C O BRAZ, BRENNER D M MOURA E YASMIN A P PACHECO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL.

Introdução: A Doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite aguda e multisistêmica, de etiologia desconhecida. Atinge vasos de médio calibre, comprometendo significativamente o coração, com a formação de aneurismas coronarianos. É mais comum em crianças com menos de cinco anos (85% dos casos), do sexo masculino e de descendência asiática. Seus critérios diagnósticos são essencialmente clínicos. O presente caso apresenta sequelas multisistêmicas, o que é raro na evolução clínica da DK.

Métodos: DSAR, sexo masculino, pardo, 15 anos, internado aos três anos e nove meses de idade devido à febre persistente, associada à lesões linfonodocutâneas com intensa atividade inflamatória, com raio X de tórax, eletrocardiograma e ecocardiograma normais. Hemoglobina = 10,6g%, Leucócitos = 21,1 mil/mm³, bastonetes = 7%, segmentados = 55%, VHS = 118mm, PCR = 130mg/dl. Diagnosticou-se DK; usou-se: imunoglobulina humana endovenosa, ácido acetilsalicílico e pulsoterapia com metilprednisolona, após uso da imunoglobulina, sem melhora clínica. Paciente evoluiu, ao longo de 11 anos, com formação de aneurisma gigante no tronco da artéria coronária esquerda (TCE) com posterior calcificação; aneurisma na aorta abdominal pré-bifurcação, nas ilíacas, nas axilares, sendo a direita trombosada, e na subclávia direita, com trombose; estenose bilateral de subclávias e de tronco pulmonar; e lesão triarterial. Seguimento: crescimento e desenvolvimento normais. Paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial. Resultados: Neste caso, destacou-se a associação não usual de complicações graves e com sequelas permanentes (aneurisma gigante de TCE (1-4%), aorta abdominal pré-bifurcação, nas ilíacas e nas axilares, deficiência auditiva e recorrência da doença). A recorrência é complicação rara e neste caso evoluiu também com sequelas graves e repercussão hemodinâmica significativa. Conclusão: A avaliação multisistêmica seriada buscando detectar precocemente as complicações da DK orienta o tratamento devendo ser o foco central no seguimento pediátrico.

36842

PERICARDITE TURBECULOSA: ASPECTOS PELA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CARDÍACA

MARIA HELENA ALBERNAZ SIQUEIRA, NATÁLIA DELAGE GOMES, PATRICIA DELAGE GOMES, MÁRCIO VINÍCIUS LINS DE BARROS, RAFAELA PEREIRA AMORIM, MARCO PAULO TOMAZ BARBOSA, ROCHELLE COPPO MILITÃO, PATRICIA TAVARES FELIPE E MARCOS ALMEIDA MAGALHÃES ANDRADE JUNIOR

HOSPITAL MATERDEI, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

A pericardite é uma patologia caracterizada por um espessamento do pericárdio. A sua etiologia é desconhecida na maioria dos casos (42%), sendo atribuída a uma pericardite viral que passou clinicamente despercebida. Embora a prevalência da tuberculose tenha vindo a diminuir nos últimos anos nos países desenvolvidos, associada aos avanços na terapêutica antibacteriana, continua a ser a principal causa de pericardite nos países em vias de desenvolvimento. No presente estudo, os autores apresentam o caso clínico de uma paciente de 55 anos de idade, leucoderma, obesa, previamente hipertensa e diabética, internada para esclarecimento de um quadro de dispnéia de início recente associado a tosse seca e febre diária com evolução há cerca de 20 dias. Foi realizada propedêutica com exames laboratoriais. Realizou também ecocardiograma, ressonância magnética cardíaca (RM) e tomografia computadorizada do tórax que evidenciaram pericardite. Os achados da RM - pericárdio espessado, derrame pericárdio pequeno e realce tardio em toda a extensão do pericárdio - foram fundamentais para o diagnóstico diferencial de tuberculose (Fig 1 e 2). A paciente foi então submetida a biópsia do pericárdio que revelou tratar-se de pericardite de etiologia tuberculosa. Dessa forma, o presente estudo visa abordar os principais aspectos clínicos e radiológicos desta entidade clínica, que podem ter apresentação clínica atípica.



36845

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUEMICO NO PUERPÉRIO DE UMA PACIENTE PORTADORA DE VÁLVULA CARDÍACA MECÂNICA ADEQUADAMENTE ANTICOAGULADA: RELATO DE CASO

CLAUDIA MARIA VILAS FREIRE, LUISA FREIRE PEDERNEIRAS BARBOSA, DANIELE CARVALHAIS FRANÇA, LUANA LOPES DE TOLEDO, LUCIANA CAMPOZINI CALAZANS E CEZAR ALENCAR DE LIMA REZENDE

UFMG, BELO HORIZONTE, BRASIL.

GSS, de 37 anos, gestante tabagista pesada foi atendida no pré-natal de gravidez de alto risco da UFMG, devido a ser portadora de prótese mecânica mitral e marca-passo, em uso de anticoagulação oral. No seu passado obstétrico tinha seis gestações e partos vaginais sem intercorrências, todos antes da cirurgia valvar. Seu exame clínico não apresentava anormalidades e o ecocardiograma mostrou boa função sistólica biventricular, regurgitação tricúspide leve com pressão sistólica da artéria pulmonar de 28 mmHg, presença de cabo marca-passo em câmaras direitas e prótese mitral mecânica duplo disco com gradiente médio de 6,6 mmHg, normofuncionante.

A paciente foi internada na 36ª semana para a substituição da varfarina por heparina não fracionada EV, e, posteriormente, interrupção da gravidez. As doses foram ajustadas de acordo com o TTPA: alvo de 2,5-3,0 vezes controle.

Após 11 dias de suspensão da varfarina, foi iniciada a indução do parto. Três dias depois, a paciente evoluiu para parto vaginal sem complicações. A heparina foi suspensa seis horas antes do parto e reiniciada 6 horas após. A varfarina foi reintroduzida no dia seguinte e mantida sob rigoroso controle do TTPA e RNI.

No sétimo dia de puerpério, ainda sem RNI adequado, paciente apresentou déficit focal sutil (hemiparesia esquerda) e a tomografia cerebral mostrou extensa área isquêmica no território da artéria cerebral média direita. Foi iniciada imediatamente trombolise com rTPA, cerca de 1 hora e 10 minutos do início dos sintomas. A paciente evoluiu com recuperação quase completa nos dois meses seguintes, com cuidados multidisciplinares.

Comentário: Não há consenso sobre o melhor esquema de anticoagulação na gestação, entretanto mesmo com um regime adequado de anticoagulação, ainda há risco de complicações. Considerando os riscos envolvidos nessas gestações, nosso caso enfatiza a importância do aconselhamento pré-concepcional adequado, cuidados de pré-natal e puerpério com equipe multidisciplinar e em hospitais de atenção terciária.

36846

REATIVAÇÃO DE DOENÇA DE CHAGAS NO TRANSPLANTE CARDÍACO: UM CASO DE DISFUNÇÃO ISOLADA DO VENTRÍCULO DIREITO

EVERTON ARANTES MELO, NADIR PRISCILA SILVA DA CRUZ, PEDRO FERNANDES DE OLIVEIRA CAMPOS E LIVIA ARAUJO PEREIRA

HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: O transplante(TX) cardíaco em pacientes chagásicos tem 2 peculiaridades importantes: a possibilidade de reativação da doença e a maior incidência de determinadas neoplasias. A reativação da doença pode ocorrer em 27 a 90% dos pacientes pós-transplante e tem caráter repetitivo, sendo sua maior incidência no primeiro ano pela maior imunossupressão. O diagnóstico é firmado com a identificação do parasita por biópsia endomiocárdica ou isolamento do parasita em outros tecidos ou no sangue na presença de sintomas sugestivos. A identificação precoce da reativação e a rápida instituição do tratamento(benzonidazol e/ou alopurinol) geralmente tem boa resposta com remissão em poucas semanas e melhora da função cardíaca global sem deixar sequelas.

RELATO DE CASO: E.S.B., 45 anos, sexo masculino, mecânico, natural de Divinópolis-MG, portador de miocardiopatia dilatada chagásica grave, sem outras comorbidades, mantendo-se em classe funcional(NYHA) III-IV apesar de terapêutica otimizada para insuficiência cardíaca(IC). Foi submetido à TX cardíaco em 20/12/2013. Recebeu alta em 10/01/2014 em boas condições. Todas as biópsias endomiocárdicas com grau 0 de rejeição. Em 24/03/2014 foi internado novamente com sinais e sintomas de IC aguda importante predominantemente direita. O ecocardiograma demonstrou função sisto-diastólica do ventrículo esquerdo(VE) preservada, com disfunção sistólica importante de ventrículo direito(VD), além de Insuficiência tricúspide importante com má coaptação dos folhetos, sem hipertensão pulmonar significativa. Biópsia endomiocárdica de 09/04/2014 com presença de grande quantidade de amastigotas de Trypanosoma cruzi. Foi iniciado tratamento com alopurinol e benzonidazol, além do tratamento para IC e reduzidas as doses de micofenolato e prednisona. Paciente evoluiu com piora progressiva da função do VD e apesar do tratamento em terapia intensiva, evoluiu para óbito.

CONCLUSÃO: A reativação da Doença de Chagas pós TX cardíaco apesar de frequente possui bom prognóstico com identificação e tratamento precoces. Na maior parte dos casos o acometimento miocárdico é difuso. Já no caso relatado houve acometimento funcional isolado do VD, com a função do VE completamente preservada. Além disso, mesmo com a terapia correta o paciente evoluiu para óbito, contrariando as estatísticas.

36848

RUPTURA CORDA TENDÍNEA EM VALVA TRICÚSPIDE - RELATO DE CASO E REVISÃO NA LITERATURA

SALGADO, R A, LEITE, S R O, FREITAS, H P, CABRAL, F M, JUNIOR, E G V, DIAS, E F M, PERES, S D, MARTINS, R T, MACHADO, F P, F B REIS E SANTANA, A H C

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - FUNDAÇÃO LUCAS MACHADO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: A ruptura de corda tendínea em valva tricúspide é uma lesão rara, sendo o trauma torácico a principal causa. Os pacientes em sua maioria permanecem assintomáticos por um longo período, evoluindo com dilatação de câmaras direitas. A necessidade de avaliação ecocardiográfica após trauma torácico e o melhor momento para o tratamento cirúrgico da lesão merecem discussão. **Métodos:** Caso de um paciente assintomático encaminhado para avaliação de sopro cardíaco. Submetido a avaliação ecocardiográfica por via transtorácica e transesofágica, que se evidenciou lesão de corda tendínea em valva tricúspide. Realizada revisão não sistemática sobre ruptura de corda tendínea tricúspide. **Resultados:** Paciente de 31 anos, sem relato de trauma torácico, encaminhado para avaliação ecocardiográfica de sopro cardíaco holossistólico em foco tricúspide e bloqueio incompleto de ramo direito. O ecocardiograma transtorácico evidenciou regurgitação tricúspide importante com aparente comprometimento de aparato subvalvar da valva tricúspide e dilatação de câmaras direitas. A via transesofágica mostrou ruptura de corda tendínea de folheto septal da valva em questão. As principais causas desse tipo de lesão são as cardiopatias congênitas, endocardite e trauma torácico, estando a última em destaque na literatura. Relatos de lesões em valva tricúspide vem sendo realizados desde 1889, sendo o terceiro tipo mais comum nos traumas torácicos contusos, ficando atrás das lesões de aorta e mitral. Acredita-se que a compressão súbita durante a telediástole ou contração isovolumétrica tenha relação com a causa da lesão. A ruptura de músculo papilar sugere pior prognóstico em relação a lesão de cordoalha. A valvoplastia é o método de escolha, sendo a bicuspidação a principal técnica. A substituição valvar por próteses está relacionada a maior incidência de trombose. Alguns cirurgiões sugerem que evitar a valvoplastia precoce possibilita a melhor fixação, mas a correção tardia predispõe ao aumento de câmaras cardíacas e disfunção das mesmas. O ecocardiograma é um método não invasivo essencial para a detecção da lesão e grau de acometimento cardíaco. **Conclusões:** A ruptura de corda tendínea da valva tricúspide é um evento raro e em sua maioria é causada por trauma torácico. Por cursar em sua maioria sem sintomatologia é importante a avaliação ecocardiográfica de pacientes vítimas de tal trauma. A melhor técnica e momento para abordagem da lesão devem ser discutidos caso a caso

36852

DIVERTÍCULO DE KOMMERELL: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

MARIA HELENA ALBERNAZ SIQUEIRA, CHRISTIANE PIRES MAROTA, ANDRE RICARDO VALE RODRIGUES E D ROBERTO ALVIM

INSTITUTO HERMES PARDINI, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

O divertículo de Kommerell é uma condição rara que ocorre mais comumente com arco aórtico à esquerda (AAE) e origem anômala de artéria subclávia direita (ASD) (0,5%-2,0%), sendo menos comum ocorrer com arco aórtico à direita (AAD) e origem anômala de artéria subclávia esquerda (ASE) (0,05%-0,1%).

A causa da origem anômala da artéria subclávia pode ser a regressão anormal do quarto arco aórtico primitivo, durante o desenvolvimento embriológico. O quarto arco aórtico esquerdo persiste como arco aórtico, ao passo que o quarto arco aórtico direito permanece como a ASD e artéria inominada.

Os exames de imagem - particularmente a angiografia por ressonância magnética (angio-RM) com a técnica GE TOF 3D durante a administração de gadolínio - e a possibilidade das reconstruções em múltiplas projeções (MIP), despenham papel fundamental no diagnóstico e na programação pré-operatória, devido à complexidade do tratamento cirúrgico. O objetivo deste trabalho é relatar os aspectos da angiorressonância magnética em um paciente com divertículo de Kommerell em arco aórtico à direita, com artéria subclávia esquerda aberrante.

Relato do caso

Paciente do sexo masculino, de 51 anos, que referia disfagia e dor em queimação retroesternal. Foi indicada uma radiografia do tórax. Realizado o exame, que evidenciou alargamento do mediastino de provável origem vascular, sendo o paciente encaminhado ao serviço de diagnóstico por imagem para realização de angio-RM (Figuras 1 e 2). A angio-RM com a técnica GE 3D com gadolínio pode identificar o arco aórtico à direita com o colo do divertículo e a origem da artéria subclávia esquerda. Foi facilmente identificado que a traqueia e o esôfago estavam em posição anterior em relação às estruturas vasculares.

O estudo com reconstruções em 3D da aorta torácica mostrou melhor o arco aórtico à direita, bem como a artéria subclávia esquerda aberrante com origem no divertículo de Kommerell.



36855

STENT FARMACOLÓGICO VERSUS STENT CONVENCIONAL NA REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

CABRAL, G G, ABREU, A B P, ABREU, E P, MURAD, L S, SOUZA, T G P, RABELLO, M O, MOTA, C R, MENDONÇA, C C E ABREU, A C

SUPREMA/FCMS-JF, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS - FCMG, BH, MG, BRASIL - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG, BH, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A intervenção coronária percutânea tem demonstrado notável avanço desde seu procedimento inaugural trazendo inovações que contribuíram para se tornar o método preferencial de tratamento de grande parcela de pacientes. Os stents farmacológicos (SF), liberados para uso clínico nos últimos anos, foram desenvolvidos para contornar as limitações dos stents metálicos convencionais (SMC), notadamente a reestenose coronária, reduzida à cifra de um dígito na atualidade. Apesar da reconhecida eficácia na redução da reestenose coronária, estudos recentes têm sugerido que os SF trazem risco maior de trombose tardia da prótese, quando comparados aos SMC, levando a questionamentos quanto a sua segurança. **MÉTODOS:** Foram pesquisadas as bases de dados Pubmed, Scielo e EMBASE para selecionar revisões sistemáticas com metanálise de ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais para analisar os desfechos clínicos e a segurança das intervenções, bem como os desfechos de custo-efetividade entre SMC e SF. **RESULTADOS:** Não houve diferença estatisticamente significativa entre os pacientes que receberam SF ou SMC nas dez revisões sistemáticas que avaliaram a mortalidade em qualquer que fosse o tempo de seguimento - que variou entre seis meses e cinco anos. De uma forma geral, não houve diferença estatisticamente significativa entre os pacientes que receberam SF ou SMC em dez revisões que avaliaram a incidência de IAM em até cinco anos de acompanhamento. Com relação à taxa de reintervenção, em geral, houve benefício do uso de SF em detrimento de SMC. Em pacientes diabéticos, na comparação entre SF e SMC, pacientes que utilizaram SF apresentaram menor taxa de reintervenção, porém não houve diferença entre os grupos para os desfechos de morte, morte ou IAM, IAM e trombose intra-stent. **CONCLUSÃO:** Apesar de haver inúmeros estudos sobre os stents convencionais e os stents farmacológicos, ainda existem dúvidas sobre qual stent deve ser utilizado em determinado paciente. Isso dependerá das características dos angiográficos e do organismo do indivíduo. Mesmo com a maior tecnologia dos stents farmacológicos, alguns stents metálicos podem ser melhores para determinados pacientes. Em fim, a investigação continua em desenvolvimento de melhores plataformas de stents relacionados aos polímeros biocompatíveis com a cinética de liberação dos fármacos e melhores agente anti-proliferativos

36856

FISTULA MAMÁRIA-DESCENDENTE ANTERIO APÓS CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA

GISELLE SILVA BAIÃO, MARIA DE FATIMA MARTINS GIL DIAS, FABIO RODRIGUES DE ANDRADE, GABRIELA DEL ROSARIO MARQUEZ SOSA, PAULO SILVA BAIÃO, RENATO QUINTAOLOSCHI, CARMEN OLIVEIRA DE CARVALHO, FELIPE HODGE CAPRIOTTI, RAFAEL NEIVA FERNANDES, ADELLE CRISTINE LIMA CARDOSO E ARIEL BUENO DA FONSECA

CURSO INTENSIVO DE REVISÃO EM CARDIOLOGIA CLÍNICA, RJ, RJ, BRASIL - HOSPITAL BALBINO, RJ, RJ, BRASIL - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFJF, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.

Paciente do sexo masculino, 62 anos, hipertenso, dislipidêmico, com infarto agudo do miocárdio e cirurgia de revascularização miocárdica (CRVM) há 5 anos. Internado com quadro de dispnéia aos pequenos esforços e em repouso e dor torácica. O eletrocardiograma da admissão era ritmo sinusal com alterações inespecíficas da repolarização. Os exames laboratoriais não apresentavam grandes alterações tampouco alterações de enzimas miocárdicas. Ecocardiograma com disfunção moderada do ventrículo esquerdo (VE), com hipocinesia apical. Foi encaminhada à coronariografia para estudo de pontes e foi evidenciado disfunção leve a moderada do VE, hipocinesia apical, coronária direita ocluída na origem, tronco de coronária esquerda sem lesões, descendente anterior (DA) contornando o ápex com lesão grave (90%) no segmento médio que comprometia origem de importante ramo diagonal, ponte safena para marginal e safena para coronária direita prévias, anastomose mamária para DA ocluída com fistula de moderado débito para ramo superior da artéria pulmonar. Submetido a angioplastia com implante de stent farmacológico em artéria DA e ramo diagonal (técnica de bifurcação) sob controle ultrassonográfico com sucesso e sem intercorrências. Discussão: As fistulas mamária-pulmonar após revascularização miocárdica são raras, porém constituem uma condição que pode evoluir com isquemia por subtração de fluxo da mamária devido a fistula ou pode acarretar baixo fluxo nessa artéria que evolui com oclusão de enxerto. A opção pelo tratamento percutâneo foi resolutive para o caso e o paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial e permanece há 3 meses após procedimento totalmente assintomático.

36857

FÍSTULA CORONARIANA PARA A VEIA CAVA SUPERIOR: DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

MARIA HELENA ALBERNAZ SIQUEIRA, CHRISTIANE PIRES MAROTA, ANDRE RICARDO VALE RODRIGUES E DIEERE ROBERTO ALVIM

INSTITUTO HERMES PARDINI, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

As fistulas coronárias são caracterizadas por comunicações anômalas entre um ou mais ramos das artérias coronárias, seio coronário das câmaras cardíacas, veia cava superior e a artéria pulmonar.

As anomalias coronárias são ocasionais e geralmente são achados incidentais durante a cineangiografiografia, com uma incidência estimada de 0,6 a 1,5%. A maior parte das fistulas coronárias são congênitas. Mais frequentemente, elas se originam na ACD (55%).

Relato de Caso

A paciente era uma mulher de 41 anos, dor precordial atípica, com sopros cardíacos identificados após um exame de rotina. A paciente estava em boas condições para ser submetida a exames diagnósticos e não relatou nenhuma doença significante no passado. O eletrocardiograma de superfície e o RX do tórax foram normais.

O ecocardiograma transtorácico (ETT) mostrou função global normal, com as dimensões cardíacas e pressão sistólica da artéria pulmonar dentro dos padrões de normalidade. A ACE apresentava trajeto tortuoso com fluxo turbulento, não sendo possível acompanhar todo o seu trajeto.

A angiografiografia coronária revelou ramo arterial anômalo com dilatação e tortuosidade localizado posteriormente à artéria pulmonar com origem na Descendente Anterior, comunicando-se com a Veia Cava Superior. (Figura 1, 2 e 3).

Um consenso referente ao tratamento ideal da fistula não existe, especialmente quando tratamos fistulas moderadas e assintomáticas. A maioria dos autores recomenda cirurgia, temendo um possível risco de eventos adversos. Outros, entretanto, descrevem tratamento conservador bem sucedido em pacientes selecionados.

36858

POLIÚRIA COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA INICIAL DA FIBRILAÇÃO ATRIAL

MONICA HERMONT FALEIROS, ANA LUIZA RUSSO PIUZANA, JOS LUCAS NETO, RAISSA MARIA CANTARELLI CUNHA E RITA DE CÁSSIA LACERDA DE PAULA

HOSPITAL MATER DEI, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Fibrilação atrial (F.A.) é uma arritmia freqüente em idosos e nos portadores de insuficiência cardíaca. A F.A. classifica-se em inicial, paroxística, persistente e permanente, de acordo com sua ocorrência. Paroxística é aquela que termina espontaneamente, sem necessidade de cardioversão química ou elétrica. A primeira apresentação de um episódio de F.A. pode ser uma complicação embólica ou exacerbação de insuficiência cardíaca, mas a maioria dos pacientes referem palpitações, dor torácica, dispnéia, fadiga, tontura ou síncope. Alguns indivíduos relatam poliúria no início do episódio ou por ocasião do término, em decorrência da liberação do peptídeo natriurético do tipo B (BNP). O BNP funciona como marcador da distensão miocárdica, correlacionando-se seguramente com a pressão diastólica final do ventrículo esquerdo. Durante os episódios de paroxismos das arritmias atriais há um aumento na liberação de BNP, o que acarreta um aumento reflexo da diurese levando à poliúria. Paciente S.C.A., 72 anos, masculino, leucodérmico, portador de hipertensão arterial sistêmica, hipertrofia ventricular esquerda, hiperplasia prostática benigna vinha apresentando nos últimos meses, F.A. paroxística, cuja principal manifestação clínica era poliúria, com grande impacto na sua qualidade de vida. Por esse motivo, foi optado pela tentativa de cardioversão apesar do aumento batrial moderado ao ecocardiograma. Fazia uso domiciliar de enalapril, diltiazem e rivaroxabano. Quando em ritmo sinusal (R.S.), apresentava BNP de 299 mg/dl, mas durante o período de F.A. atingia valores de 848 mg/dl. Foi admitido em nosso serviço eletivamente para estudo eletrofisiológico e realização de ablação de circuito arritmogênico por cateter de radiofrequência. Procedimento realizado sem intercorrências e com retorno ao R.S. Apresentou recorrência da F.A. nas 1ªs 24h, atribuída à processo inflamatório local pós ablação e não teve sucesso inicial na tentativa de cardioversão química com antiarrítmico. Entretanto após 48h apresentou reversão espontânea para R.S. e recebeu alta hospitalar em uso de rivaroxabano, amiodarona e bisoprolol. Não apresentou recorrência ambulatorial da arritmia, poliúria ou nova elevação do BNP. O caso descrito torna-se interessante pois descreve uma apresentação clínica não usual da F.A. e sua relação direta com os níveis sanguíneos de BNP.



36860

RELATO DE CASO: CORONARIOPATIA E ARTERITE DE TAKAYASU

ADRIANE BOTREL BARATTI, DEBORA MAGALHES DE SOUZA, DANIELA BARRETO LINARES, CELSA MARIA MOREIRA, MARLA SOARES GAZIRE, DANIEL PEREIRA DE ANDRADE, SAULO AUGUSTO DE LIMA, ALANA GOMES NAZARETH, ISABELA LOPES TIAGO, MICHEL ROSESTOLATO DARUICH P TANNUS E FILLIPE CAMPOS LOPES

HOSPITAL VERA CRUZ, BELO HORIZONTE, BRASIL.

INTRODUÇÃO/ FUNDAMENTOS: A Arterite de Takayasu é uma vasculite crônica que afeta especialmente a aorta e seus ramos principais. As mulheres jovens são mais acometidas. O diagnóstico precoce requer alto índice de suspeição, já que os sintomas são inespecíficos. O objetivo deste caso é chamar a atenção para a possibilidade diagnóstica de Arterite de Takayasu em pessoas jovens, em destaque mulheres, com quadro típico de coronariopatia, uma vez que é uma doença rara e com acometimento atípico.

MÉTODOS: Relatamos o caso da paciente MMAS, 35 anos, previamente hígida, que iniciou há cerca de 6 meses quadro de precordialgia típica, com limitação progressiva das atividades físicas. Procurou atendimento em vários serviços, tendo recebido o diagnóstico de transtorno somatiforme. Realizou ambulatorialmente teste ergométrico, ecocardiograma de estresse com dobutamina e cintilografia de perfusão miocárdica, todos sugestivos de isquemia. Solicitado, então, cineangiogramografia (CATE). Entretanto, paciente intercorreu com recorrência de precordialgia importante, sendo internada e iniciado protocolo de síndrome coronariana aguda. Realizado CATE, que evidenciou lesão suboclusiva em tronco coronariano esquerdo. Discutido caso com as equipes de cardiologia e cirurgia cardiovascular (Heart time) e optado por realização de cirurgia de revascularização miocárdica (CRVM) de urgência. O procedimento foi realizado mesmo em vigência da ação de clopidogrel, com confecção de bypass da mamária- descendente anterior e safena- diagonal e realizado biópsia da aorta, que se encontrava espessada. Paciente evoluiu bem no pós-operatório imediato, sem intercorrências. Manteve-se estável na enfermaria e recebeu alta hospitalar com boas condições clínicas.

RESULTADOS: O anatomopatológico evidenciou alterações sugestivas de arterite de Takayasu.

CONCLUSÕES: É vital que os pacientes com diagnóstico etiológico de coronariopatia por Takayasu recebam o tratamento adequado e específico. A paciente foi tratada também com corticosteróides e manteve-se bem clinicamente.

36861

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM ISQUEMIA CRÍTICA DE MEMBROS INFERIORES ADMITIDOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE

ALESSANDRA ROCHA LUZ, ISABELA CATA PRETA SOUZA E SALETE MARIA DE FÁTIMA SILQUEIRA

ESCOLA DE ENFERMAGEM UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - HOSPITAL DAS CLÍNICAS UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: A Doença Arterial Periférica (DAP) é uma preocupação para saúde pública no mundo e refere-se à estenose/obstrução do lúmen arterial resultando em "déficit de fluxo sanguíneo aos tecidos tendo como principal consequência a presença de sinais e sintomas característicos de isquemia". Os principais sintomas na isquemia crítica são: dor em repouso e feridas ou gangrenas. A Sistematização da Assistência de Enfermagem direciona ações de enfermagem para as necessidades bio-psico-sociais. Nos Diagnósticos da NANDA, os sinais e sintomas identificados na anamnese e exame físico estabelecem as características definidoras, certificando a existência de um diagnóstico de enfermagem. Os diagnósticos direcionam os cuidados de enfermagem, contribuindo com a comunicação entre enfermeiro e equipe, visando assistência interdisciplinar, possibilitando recuperação mais rápida e menor tempo de internação. **Objetivo:** Identificar os sinais e sintomas de pacientes com isquemia crítica de membros inferiores visando inferir os diagnósticos de enfermagem (DE) prioritários. **Métodos:** Estudo retrospectivo, transversal realizado em um hospital universitário. Os dados foram coletados por enfermeiras especialistas em saúde cardiovascular e registrados em planilhas. Foram incluídos pacientes com diagnóstico na admissão de isquemia crítica de membros inferiores admitidos entre 01 de janeiro e 30 de março de 2014. **Resultados:** Foram avaliados 50 pacientes, com média de idade de 60,3 anos, 60% eram homens, 42% apresentaram três ou mais comorbidades e fatores de risco associados. No momento da admissão os principais sinais e sintomas foram: deambular com dificuldades (38%), feridas infectadas (34%), emagrecimento (32%), dor em repouso (30%), pulsos alterados ou ausentes (30%) e hipocorado (28%). A partir dos sinais e sintomas levantados, que se constituíram no conjunto de fatos relevantes e consistentes como indicadores para um DE, foi possível identificar pelo menos um diagnóstico em cada Domínio, com exceção do domínio 13. Sendo os DE: Dor crônica, Integridade da pele prejudicada, Integridade tissular prejudicada, Deambulação prejudicada como prioritários para a população estudada. **Conclusões:** Diante destas informações inferimos que essa clientela apresentou acentuada necessidade de cuidados, demonstrando a complexidade desses pacientes e a preconização de intervenções personalizadas e multidisciplinares.

36864

DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA E ARTRITE REUMATÓIDE

GISELLE SILVA BAIÃO, MARIA DE FATIMA MARTINS GIL DIAS, FABIO RODRIGUES DE ANDRADE, GABRIELA DEL ROSARIO MARQUEZ SOSA, PAULO SILVA BAIÃO, RENATO QUINTAO LOSCHI, CARMEN OLIVEIRA DE CARVALHO, FELIPE HODGE CAPRIOTTI, RAFAEL NEIVA FERNANDES, ADELLE CRISTINE LIMA CARDOSO E ARIEL BUENO DA FONSECA

CURSO INTENSIVO DE REVISÃO EM CARDIOLOGIA CLÍNICA _ CIRCC, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL - HOSPITAL BALBINO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFJF, JUIZ DE FORA, RJ, BRASIL.

Paciente, MMB, feminina, 71 anos, dislipidêmica, portadora de artrite reumatóide há 25 anos, interna com quadro de angina instável. Ao eletrocardiograma de admissão apresentava bloqueio de ramo esquerdo completo, com frequência cardíaca de 100bpm. Realizou ecocardiograma que mostrava função sistólica do ventrículo esquerdo preservada com hipocinesia lateral e déficit de relaxamento. Não apresentou alteração de marcadores de necrose miocárdica. Foi à coronariografia que evidenciou descendente anterior com lesão obstrutiva grave de 80% no terço proximal. Foi então realizado angioplastia com 1 stent farmacológico. Para melhor avaliação do resultado foi passado ultrassom intracoronariano que mostrou uma expansão das hastes do stent com área luminal final de 6,53mm. **Discussão:** A artrite reumatóide (AR) é uma doença inflamatória crônica que acomete 0,2 a 2% da população, principalmente mulheres, com pico entre os 30 e 50 anos. O risco de mortalidade por doença arterial coronariana (DAC) é 59% maior em pacientes portadores de AR comparado com a população geral. Há crescente evidência, por estudos clínicos controlados, de que pacientes com AR apresentam aterosclerose e calcificação coronária mais extensa em relação a indivíduos sem AR, sugerindo que este aumento de eventos cardiovasculares seria reflexo de maior e mais precoce atividade aterosclerótica. Os fatores de risco clássicos, como tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e dislipidemia atuam na gênese da doença aterosclerótica em pacientes portadores de AR, porém, é o estado de inflamação crônica com aumento de citocinas e auto-anticorpos que levará à instabilização da placa aterosclerótica aumentando seu risco de ruptura.

36865

ENDOCARDITE FÚNGICA: TRATAMENTO CLÍNICO X CIRÚRGICO

NADIR PRISCILA SILVA DA CRUZ, LIVIA ARAUJO PEREIRA, PEDRO FERNANDES DE OLIVEIRA CAMPOS, EVERTON ARANTES MELO E EDUARDO BELISÁRIO FALQUETO

HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Endocardite fúngica (EI) é uma doença rara, de difícil diagnóstico e alta mortalidade. Fatores predisponentes (FP): doença valvar, uso de drogas injetáveis, imunossuprimidos, etc. Os agentes mais comuns são *Candida spp* e *Aspergillus*.

Mulher, 54 anos, portadora de prolapso leve da valva mitral. Admitida em 27/08/13 com cefaleia temporal esquerda, pulsátil, sem melhora com analgésicos. Negava déficits motor ou cognitivo. Queixava dispnéia NYHA III, hiporexia e emagrecimento e ortopnéia. Negava febre. Ao exame sopro holossistólico III/VI em ápice irradiando para axila, estalido mesossistólico. Tomografia e ressonância magnética do encéfalo (RM) - hemorragia subaracnóidea em lobo parietal esquerdo. Ecocardiograma transtorácico (ECO TT) - insuficiência mitral importante e ruptura parcial de cordoalha com prolapso da valva mitral. Solicitadas culturas e iniciado ceftriaxona. Ecocardiograma transesofágico - vegetações aderidas em face atrial da valva mitral medindo 1,4 e 1,3 cm, ruptura parcial da cordoalha. Alterado antibiótico (ATB) para oxacilina + gentamicina. Paciente evoluiu com sonolência e disartria. Aparecimento de lesões de Janeway. Nova RM - acidente vascular cerebral cardioembólico em hemisfério esquerdo. Alterado ATB para ceftazidima + daptomicina. Optado aguardar 3 semanas para o tratamento cirúrgico. Em 18/09 evoluiu com edema pulmonar cardiogênico. ECO TT - vegetações aderidas na face atrial da valva mitral e na cordoalha com aumento de suas dimensões. Submetida à troca mitral biológica, visualizado grande vegetação. Evoluiu com isquemia de membro inferior direito, realizada tromboembolotomia arterial femoral comum, profunda e superficial, sem sucesso. Optado por bypass distal, sem sucesso. Submetida à amputação na coxa direita. Anatomopatológico sugeriu endocardite fúngica. Hemoculturas negativas. Prescrita anfotericina B lipossomal. Paciente com piora clínica, evoluiu para óbito em 01/10/13.

A presença de sintomas inespecíficos e a ausência de FP dificultaram o diagnóstico. Na EI a maioria dos casos apresenta ao menos um evento embólico, seu risco é maior durante as 2 primeiras semanas de ATB e está relacionado com o tamanho e mobilidade da vegetação. O tratamento cirúrgico é usado em cerca de metade dos pacientes devido as suas complicações, mas o momento certo ainda é controverso.



36866

LEVANTAMENTO E ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES CAUSADAS PELO INFARTO DO MIOCÁRDIO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE.

ISABELA CATA PRETA SOUZA, ALESSANDRA ROCHA LUZ E SALETE MARIA DE FÁTIMA SILQUEIRA

ESCOLA DE ENFERMAGEM UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - HOSPITAL DAS CLÍNICAS UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: As doenças cardiovasculares representam as principais causas de morte e hospitalização, sendo considerada a doença com maior gasto por internações. Segundo o sistema de informações hospitalares do SUS sobre morbidade hospitalar por local de internação, só na capital entre os meses de janeiro a março desse ano, foram internadas aproximadamente 700 pessoas com diagnóstico de IAM. As comorbidades vasculares possuem causas e abordagens semelhantes que objetivam a reversão dos fatores de riscos como as principais formas de tratamento, sendo esses fatores de risco a obesidade, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes, Síndrome metabólica, Tabagismo e a hipercolesterolemia. Dentre as doenças cardiovasculares que são causadas pela alteração e/ou obstrução da parede dos vasos e artérias, está o Infarto do Miocárdio (IM) devido ao acometimento arterial e venoso de forma sistêmica. O IM pode ser diagnosticado através da mensuração de enzimas cardíacas como a Troponina, alterações eletrocardiográficas, como também por exames de imagens que podem evidenciar a perda de áreas do miocárdio pelo processo de isquemia coronariana. A partir da percepção do elevado número de internações por IM na instituição que surgiu o interesse pelo estudo. **OBJETIVO:** Analisar a incidência e o perfil de internações por IM em pacientes atendidos na instituição. **MÉTODOS:** Estudo retrospectivo, transversal realizado em hospital universitário. Os dados foram coletados por enfermeiras especialistas em saúde cardiovascular e registrados em uma ficha contendo itens de identificação, variáveis demográficas e clínicas. Como critérios de inclusão foram elencados pacientes com diagnóstico na admissão de IM no período de 01 de janeiro a 13 de maio de 2014. **RESULTADO:** Percebeu-se que 109 pacientes foram atendidos na instituição, dentre os IM: o Infarto agudo do miocárdio (IAM) com 82%, o transmural com 15% e o subendocárdico com 3%. De acordo com o gênero aproximadamente 42% eram do sexo feminino e 59% eram do sexo masculino. A faixa etária predominante foi entre 50 a 60 anos com 34% dos pacientes. **CONCLUSÃO:** Este estudo confirmou as percepções das autoras, um número elevado de IM e inferiu-se a necessidade de inserir a educação em saúde em todos os setores e níveis de atenção à saúde, na criação de planos terapêuticos e alta programada para tentativa de minimizar riscos, agravos, reinternações e óbitos, como também gastos gerados

36867

ANÁLISE DE CASOS DE INFARTO COM ELEVÇÃO DO SEGMENTO ST E LESÕES MULTIARTERIAIS

BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, HENRIQUE DE MATOS BALMANT BERBERT, WALTER RABELO, JOSÉ FERNANDO PORTUGAL HORTA, SERGIO LAGES MURTA, MARCOS ANTONIO MARINO E ROBERTO LUIZ MARINO

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG.

Introdução: A doença arterial coronariana multiarterial está presente em 40% a 65% dos pacientes com infarto com elevação do segmento ST (IAMCEST) submetidos à angioplastia primária (AP) e está associada a um pior prognóstico. A abordagem dos vasos não culpados após a AP dos pacientes estáveis apresenta controvérsias. **Material e Métodos:** Selecionados 100 pacientes admitidos consecutivamente no Hospital Madre Teresa em Belo Horizonte com IAMCEST tipo I, no período de 01 janeiro 2011 a 31 março 2013. Analisados a artéria relacionada ao infarto (ARI), a presença de lesões adicionais significativas ($\geq 50\%$), as lesões adicionais passíveis de revascularização (lesões $\geq 70\%$ e vasos $\geq 2\text{mm}$), sua forma de tratamento e a evolução intra-hospitalar. Excluídos 23 casos: pacientes não aterotrombóticos, cirurgia de revascularização (CRVM) prévia e pós fibrinólise. A amostra final constituiu-se de 77 pacientes. **Resultados:** O sexo masculino ocorreu em 64 (83,1%), a média de idade foi de 63 anos: 12, mínima 39 e máxima 93. Em relação à ARI tivemos um predomínio da coronária direita (44,2%), seguida da descendente anterior (42,9%), circunflexa (10,4%) e diagonal (2,5%). O infarto (IAM) inferior ocorreu em 54,6% dos casos e o anterior em 46,4%. Óbito ocorreu em sete (9,1%), após exclusão sua exclusão analisamos 70 pacientes. Nesses pacientes 39 (55,7%) tinham lesões adicionais $\geq 50\%$ e essas lesões foram passíveis de revascularização em 22 (31,5%) casos. As lesões, além da ARI, eram uniarterial em dez pacientes, biarterial em 11 e um caso de lesão em troco de coronária esquerda. A forma de tratamento realizada foi à angioplastia em 19 casos, com um caso realizado no mesmo procedimento, cinco casos antes da alta devido à angina, isquemia recorrente ou gravidade da lesão e 13 casos estadiados após a alta. A CRVM foi realizada em três casos. Permaneceram em tratamento clínico 68,4% dos pacientes por não apresentarem lesões adicionais significativas (44,2%) ou lesões passíveis de revascularização (24,2%). **Conclusão:** Nos pacientes com IAMCEST a presença de lesões adicionais significativas além da ARI foi frequente (57,1%), no entanto as lesões passíveis de revascularização ($\geq 70\%$, $\geq 2\text{mm}$) ocorreram em 31,5%. A abordagem estadiada pode ser realizada após a alta na maioria desses casos, por angioplastia.

36868

SINDROME DE HEYDE E DOENÇA CORONARIANA: DESAFIO TERAPÊUTICO

BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, JUAN DOMINGUES CESÁRIO, RONALD DE SOUZA, WALTER RABELO, FERNANDO ANTONIO ROQUETE REIS FILHO, ROBERTO LUIZ MARINO E MARCOS ANTONIO MARINO

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: A síndrome de Heyde é a associação entre estenose aórtica (EA), coagulopatia adquirida e anemia devido ao sangramento gastrointestinal (SGI) por angiodisplasia. Sua frequência é maior em idosos. A resolução da anemia, usualmente, ocorre após a troca valvar. Nesses pacientes a intervenção cirúrgica convencional apresenta alto risco e o implante de prótese aórtica percutânea (TAVI) pode ser uma alternativa.

Relato de Caso: Paciente do sexo masculino, 84 anos, hipertenso, dislipidêmico, diabético, portador de anemia ferropriva com história prévia de hemorragia digestiva alta e EA grave com indicação cirúrgica. Ecocardiograma transtóraco (ECOTT): EA, área valvar 0,65cm² gradiente médio de 34 mmHg e máximo de 56mmHg, fração de ejeção (FEVE) de 66%. Coronariografia mostrou lesões graves em descendente anterior (DA) e em circunflexa (CX). O heart time optou por realizar angioplastia de DA e CX com duplo stent farmacológico e posteriormente TAVI. Evoluiu com episódios de melena no pré-operatório sem repercussão e sem necessidade de hemotransfusão, a endoscopia digestiva alta (EDA) não apresentou sinais de sangramento ativo e evidenciou angiodisplasia gástrica. Submetido à angioplastia com implante de duplo stent farmacológico de terceira geração, após o procedimento, apresentou episódio de melena com repercussão hemodinâmica e necessidade de hemotransfusão. Após três semanas de internação foi submetido à TAVI (COREVALVE n° 29) com boa evolução intra-hospitalar, r sem novos episódios de sangramento, e recebeu alta com AAS, clopidogrel e pantoprazol por três meses. Apresenta-se estável com boa evolução ambulatorial.

Conclusão: A síndrome de Heyde deve ser suspeitada nos pacientes com sangramento gastrointestinal e estenose aórtica grave. A intervenção cirúrgica é o tratamento de escolha. Na atualidade a TAVI apresenta-se como uma alternativa para esses pacientes devido ao alto risco para cirurgia convencional.

36869

AUDITORIA CLÍNICA: FERRAMENTA NA BUSCA DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA

ALESSANDRA ROCHA LUZ, POLLYANNA CASSIA SILVA E SALETE MARIA DE FÁTIMA SILQUEIRA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: A gestão clínica visa qualidade na assistência. Esta possui uma complexidade de conceitos e ações que permeiam dimensões da excelência clínica: Segurança; Efetividade e Centralidade na pessoa; Pontualidade; Eficiência e Equidade. Assim, Gestão Clínica (GC) significa tomar decisões e agir usando todos os meios para atingir a qualidade clínica, e todos envolvidos nesse objetivo. Pensando na efetividade das ações, foram criadas linhas de cuidado, estratégias para o cuidado integral e holístico com base em diretrizes. Através da gestão de casos com plano interdisciplinar para quem demandam mais e com maior complexidade. Precisa-se medir o desempenho, sabendo como atendemos, conseguiremos planejar, pactuar recursos e articular com a rede, para atingirmos o padrão desejado. E para tal, a GC utiliza a Auditoria Clínica, não como instrumento de fiscalização, mas recurso onde será disponibilizado o feedback fortalecendo os agentes e aprimorando a qualidade. **Objetivo:** avaliar o número de consultas realizadas por profissionais da Atenção Básica (AB) conforme o preconizado pelas diretrizes da instituição. **Metodologia:** Estudo observacional e retrospectivo. Foram incluídos pacientes com diagnóstico clínico de insuficiência cardíaca (IC) em acompanhamento pela equipe de saúde da família (ESF) na periferia de Belo Horizonte. **Resultados:** Foram avaliados onze registros, nota-se maioria mulheres 72,7%, todos os casos classificados no estágio C e 72,7% na Classe Funcional NYHA II. Em relação à adesão ao tratamento, registros com 27,2% sobre o uso incorreto das medicações. Três casos com doença de chagas não havia registros de prescrições de betabloqueador, conforme recomendado pela instituição. O município preconiza pelo menos uma consulta por ano, na linha de cuidado à IC, de acordo com categorias profissionais, além de outras ações, assim, o médico da ES atendeu 81,8% no último ano, cardiologista 63,6%, enfermeira da ESF 18,1%, farmacologista 36,3%, odontologia 18,1%, outros profissionais (serviço social, endocrinologista e oftalmologista) 63,6% e todos os pacientes foram acompanhados por enfermeiro e fisioterapeuta residentes em saúde cardiovascular. **Conclusões:** A complexidade do cuidado ao paciente com IC ainda é um desafio para os profissionais e instituições de saúde. A auditoria clínica como ferramenta na verificação dos casos pode indicar a necessidade na melhoria no cuidado e atenção criteriosa para acompanhamento adequado.



36872

ANOMALIA CONGÊNITA DE ORIGEM DA ARTÉRIA CORONÁRIA DIREITA: UM RELATO DE CASO

CARD VALLE, P V ZORZO, C S OLIVEIRA, L C FERNANDES, E R ALVES, J G SAZEVEDO, B L PEREIRA, L M MACHADO E D J PEREIRA

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.

Introdução: A origem anômala das artérias coronárias é uma causa rara de anomalia congênita. A apresentação clínica é variável e inespecífica, podendo apresentar desde formas assintomáticas até a morte súbita, principalmente, em lactentes e atletas. O objetivo do presente estudo é exibir informações sobre a origem anômala da coronária direita (CD) e apresentar um relato de caso do mesmo. **Métodos:** Paciente de 65 anos, assintomático, que descobriu ter origem anômala da CD no decorrer da avaliação cardiológica de risco cirúrgico para realização de uma operação no ligamento do joelho esquerdo. **Resultados:** Devido à anormalidades encontradas no teste ergométrico e ECG de repouso foi indicado a realização da angiotomografia multi slice coronária, que revelou discreta placa obstrutiva mista no terço médio da descendente anterior, entretanto, sem obstrução. Além disso, a angiotomografia multi slice coronária também detectou origem anômala da CD inter-arterial com redução importante da luz do vaso. Em seguida, o paciente realizou uma cintilografia, que revelou isquemia em parede inferior do coração. **Conclusões:** Paciente foi tratado ambulatorialmente com fármaco bloqueador beta-1 seletivo (SeloZok®) e acompanhado. Não obstante, a cirurgia de reimplante da origem anômala de coronária é outra possibilidade terapêutica a ser considerada dependendo da evolução clínica do paciente.

PALAVRAS CHAVE: Origem anômala da coronária direita; Angiotomografia multi slice coronária; cintilografia; Bloqueador beta-1 seletivo.

36873

ANÁLISE DE CASOS APÓS ABLAÇÃO ALCOÓLICA NA MIOCARDIOPATIA HIPERTROFICA: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO TERCIÁRIO

BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, ERICA LEITE AVELINO PEREIRA, HENRIQUE DE MATOS BALMANT BERBERT, JUAN DOMINGUES CESARIO, ERISON COSTA MACHADO, ROBERTA DE ALVARENGA BATISTA, WALTER RABELO, MARCOS ANTONIO MARINO E ROBERTO LUIZ MARINO

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: A ablação septal alcoólica (ASA) introduzida em 1994 é uma alternativa a miectomia em centros experientes, para os pacientes com miocardiopatia hipertrófica obstrutiva (MCPHO) com sintomas refratários ao tratamento medicamentoso.

Objetivo: Relatar três casos de MCPHO refratários ao tratamento clínico, submetidos à ASA e descrever os dados pré e pós-procedimento, as complicações intra-hospitalar e os desfechos em três e seis meses.

Resultados: Os pacientes encaminhados para o procedimento se encontravam em otimização terapêutica e queixavam de sintomas anginosos e dispnéia grau II e III. Todos realizaram cateterismo prévio para avaliar possibilidade de terapia com ablação alcoólica e apresentavam 1º ramo septal de grande calibre. O procedimento foi realizado com ecocardiograma transesofágico transoperatório, passado um fio-guia no primeiro ramo septal de maior calibre, sobre o qual foi aplicado um cateter-balão e foi passado fio de marcapasso temporário que permaneceu por 48 horas no caso de ausência de complicações. Todos os pacientes foram encaminhados para unidade coronariana onde foram realizados ECG seriados e curva de marcadores de necrose. A média de idade dos pacientes foi de 54 anos, em relação aos gradientes ao ecocardiograma, a média do gradiente de obstrução da via de saída pré-procedimento foi de 48 mmHg e pós 3 mmHg. Ao cateterismo tivemos uma média de gradiente pré-procedimento de 28 mmHg e pós de 5 mmHg. A média da troponina I após o procedimento foi de 121, valor mínimo de 29 e máximo > 300. Ocorreu bloqueio de ramo direito em todos os pacientes. Todos pacientes foram reavaliados pelo médico assistente e realizado contato telefônico, e se encontram assintomáticos. Não ocorreram reinternações.

Conclusão: Estudos mostram que a sobrevida em longo prazo após ASA é semelhante à população geral pareada por sexo e idade, sem evidência de aumento do risco de morte súbita. Dessa forma, a ablação alcoólica na MCPHO é uma alternativa a miectomia em centros experientes com pacientes selecionados adequadamente.

36876

FIBRILAÇÃO ATRIAL PERSISTENTE EM PACIENTE COM MIXOMA ATRIAL - RELATO DE CASO

AMANDA PEREIRA LIMA, E RAIMUNDO LELIS FILHO

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL - HOSPITAL E MATERNIDADE MONTE SINAI, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: Tumores primários do coração são raros na maioria dos centros de cirurgia cardíaca. Apesar de o mixoma atrial (MA) ser raro, é o tumor cardíaco mais comum. O presente estudo tem por objetivo descrever um caso de uma paciente com MA. **MÉTODO:** Foram realizadas revisão de prontuário da paciente e uma breve revisão de literatura na base de dados indexadora PubMed. **RESULTADOS:** Dos tumores benignos, o mixoma é o mais comum e representa cerca de 50-70% dos casos. Eles têm maior prevalência em mulheres de meia idade. Cerca de 80% deles localizam-se o átrio esquerdo e 18% no átrio direito. O diagnóstico é baseado na história clínica e por confirmação ecocardiográfica. O tratamento de escolha é cirúrgico e se o tumor é completamente ressecado, a taxa de recidiva é baixa. **RELATO DE CASO:** Paciente sexo feminino, 49 anos, procura atendimento médico com dispnéia, enterorragia há uma semana e dois episódios de hematêmese. Apresenta FA, em uso de Warfarina há quinze dias (RNI>10), Furosemda e Losartana; Foi admitida na UTI com hipotensão e insuficiência respiratória aguda e evoluiu com edema agudo pulmonar após reposição volêmica. O ecocardiograma evidenciou MA esquerdo e estenose mitral reumática moderada, hipertensão pulmonar de grau leve (PSAP estimada em 45mmHg) e com função sistólica do ventrículo esquerdo preservada. Três dias após a admissão, a paciente evoluiu com hemiparesia à direita e disartria. A Tomografia Computadorizada de Crânio mostrou hemorragia intraparenquimatosa, sem perda da complacência cerebral com pequeno desvio da linha média, sulcos preservados, fissura silviana presente, além das cisternas de base. Não houve indicação de intervenção cirúrgica. A paciente evoluiu com melhora neurológica significativa e recebeu alta hospitalar. Após a alta, a paciente foi readmitida na UTI, pois evoluiu com rebaixamento do nível de consciência e dispnéia, com quadro de insuficiência renal aguda e AVE isquêmico acometendo a artéria cerebral média. A paciente permaneceu hemodinamicamente estável mantida por suporte intensivo. Foi realizada a cirurgia para a excisão do mixoma. No pós-operatório imediato, apresentou ritmo sinusal ao eletrocardiograma, recorrendo a FA persistente. No momento, a paciente encontra-se em ventilação mecânica, comatosa e mantida por suporte intensivo. **CONCLUSÃO:** Apesar da paciente do caso descrito ter sido submetida ao tratamento preconizado para FA e para o MA, houve várias complicações.

36877

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM MULHERES: SÉRIE DE CASOS DE UM SERVIÇO TERCIÁRIO

BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, RENATA TEIXEIRA MARTINS, LUIS AUGUSTO LINDEMBERG BALTAZAR, WALTER RABELO, MARCOS ANTONIO MARINO E ROBERTO LUIZ MARINO

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG

Introdução: O infarto (IAM) nas mulheres apresenta uma proporção substancial de casos sem lesões obstrutivas ≥ 50% em comparação com os homens. O objetivo desse trabalho é avaliar as características clínicas e angiográficas, a forma de tratamento e a evolução intra-hospitalar das mulheres com IAM admitidas em nosso serviço.

Material e Métodos: Análise descritiva dos casos de IAM tipo I em mulheres, e que foram submetidas a coronariografia, admitidas no Hospital Madre Teresa no período de julho de 2009 a 31 de dezembro de 2012.

Resultados: Selecionados 55 casos com média de idade de 67 anos ±12, mínima de 49 e máxima de 92 anos. O infarto sem elevação ST (IAMSEST) ocorreu em 60% dos casos e com elevação do ST (IAMCEST) em 40%. Em relação às características clínicas, 78,2% hipertensas, 25,5% história familiar positiva para DAC, 52,7% dislipidemia, 23,6% sedentárias, 14,5% tinham IAM prévio, 36,4% faziam uso prévio de aspirina, 38,2% diabéticas com 7,3% em uso de insulina, 27,3% tinham depressão, 3,6% portadoras de doença autoimune e 5,5% apresentavam neoplasia. A mediana da frequência cardíaca na admissão foi 78 bpm (72-85) e da pressão sistólica foi 130 mmHg (120-150). Em relação aos marcadores de necrose, na admissão a troponina I apresentou uma mediana de 0,39ng/ml (0,09-2,5) e CKmassa mediana 3ng/ml (4-40), no pico as medianas foram 1,31 (0,32-8,09) e da CKmassa 17 (4-40), a média da fração de ejeção foi 52% ± 14. O Killip I ocorreu em 72,7% dos casos, Killip II em 18,2%, Killip III 3,6% e Killip IV em 5,5%. Em relação às características angiográficas, 23,7% não apresentavam lesões significativas, sendo 16,4% sem lesões e 7,3% lesões obstrutivas ≤ 50%. As lesões obstrutivas ≥ 70% ocorreram em 76,4%. A principal artéria culpada (ARI) foi a descendente anterior 45,2%, seguida da circunflexa 31%. O TIMI fluxo pré procedimento foi 0 em 38,5%, I em 11,5%, II em 46,2% e III em 3,8%. O tratamento das lesões obstrutivas ≥ 70% foi com angioplastia em 98,2% dos casos e, em um caso com cirurgia de revascularização do miocárdio. A mediana da internação hospitalar foi 6 dias (4-8), ocorreram dois óbitos (3,6%), um em paciente com insuficiência mitral aguda e outro em uma paciente com IAM prévio e disfunção ventricular grave. **Conclusão:** As mulheres com IAM e lesões coronárias não obstrutivas representaram 23,7% e a mortalidade intra-hospitalar foi baixa, 3,6%.

36879

EFICÁCIA DO USO DE TROMBOLÍTICOS NO TRATAMENTO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COM REPERCUSSÕES EM CÂMARA DIREITA

BEATRIZ SANTOS CORDEIRO, JULIANA PAPATELLA ARAUJO E LUCAS NEVITON RODRIGUES DE ABREU

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR, BELO HORIZONTE, MS, BRASIL.

RELATO DO CASO: Paciente 64 anos, sexo masculino, hipertenso, obeso e portador de trombofilia (fator V Leiden), atendido em serviço de emergência com quadro de dispnéia intensa, mal estar, sudorese e desconforto torácico. Apresentou um episódio de síncope durante avaliação. História prévia de trombose venosa profunda (2008) e tromboembolismo pulmonar (2013). Estava em uso de 2,5mg/dia de varfarina. Eletrocardiograma realizado à admissão evidenciou taquicardia sinusal com bloqueio de ramo direito, além de padrão S1Q3T3. Ecocardiograma demonstrando aumento de ventrículo direito (VD), com hipocinesia difusa e disfunção sistólica e pressão sistólica na artéria pulmonar (PSAP) estimada em 50mmHg. Angiotomografia computadorizada de tórax revelou falha de enchimento central na artéria pulmonar sugerindo tromboembolismo pulmonar agudo. Foi administrado alteplase, com boa resposta – ecocardiograma realizado 48 horas após o tratamento sem alterações significativas de VD e redução da PSAP.

DISCUSSÃO: A avaliação inicial do paciente com compatível com risco moderado de embolia pulmonar (score Wells 4,5) e repercussão importante no VD. Em pacientes com TEP, a insuficiência aguda de VD, assim como sua agudização, representam risco iminente de óbito quando não tratados adequadamente. Estudos randomizados demonstraram que a terapia trombolítica é capaz de desobstruir vasos e corrigir o padrão hemodinâmico de pacientes com tromboembolismo rapidamente, sendo o tratamento de primeira linha em casos com apresentação grave. A boa resposta à alteplase, comprovada com a melhora na função do VD e redução de seu volume, além da diminuição da PSAP, logo após o tratamento, demonstram a eficácia do uso de trombolíticos no TEP.

36881

COMPORTAMENTO DAS COMPLACÊNCIAS ATRIAL E ATRIOVENTRICULAR EM PACIENTES COM ESTENOSE MITRAL SUBMETIDOS A VALVOPLASTIA PERCUTÂNEA POR BALÃO

GUILHERMERAFEL SANT'ANNAATHAYDE, BRUNO NASCIMENTO, LUCAS LODI JUNQUEIRA, THIAGO NEVES DA ROCHA REIS, LUISA FREIRE PEDERNEIRAS BARBOSA, VITÓRIA EMÍLIA GOMES MARQUES, NAYARA CAROLINA SANTOS DOURADO, DAYANE AMARAL MADUREIRA, LUCAS AMORIM CARVALHO, LAURA ALVES DE SOUZA DIAS E MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: Na estenose mitral, as complacências atrial esquerda (CA) e atrioventricular (CAV) têm um papel crucial na ocorrência de sintomas e no desenvolvimento de hipertensão pulmonar. Ainda não é totalmente conhecido o efeito da valvoplastia mitral percutânea (VMP), atualmente o tratamento de escolha para pacientes portadores de estenose mitral (EM) sintomáticos, sobre estes parâmetros hemodinâmicos. Este estudo visa avaliar o comportamento das medidas invasivas de complacência em resposta à VMP em pacientes com EM.

Métodos: 61 pacientes com EM elegíveis para VMP no período de 2013 a 2014 foram incluídos. O ecocardiograma convencional foi realizado antes e 24 horas após o procedimento. A intervenção percutânea foi feita pela técnica do balão de Inoue, com aumento progressivo da pressão no balão após cada insuflação, guiada pelo ecocardiograma transtorácico. Foi realizada monitorização hemodinâmica invasiva com registro de traçados em polígrafo durante o procedimento e gasometrias foram colhidas em tronco de artéria pulmonar antes e após a VMP para cálculo de complacências de do débito cardíaco (DC).

Resultados: A idade média dos pacientes foi de 45 ± 12 anos, sendo 48 (84,2%) do sexo feminino. A área valvar mitral média pré procedimento era de $0,96 \pm 0,25$ cm², e a pressão invasiva média da artéria pulmonar (PMAP) de $35,1 \pm 12,4$ mmHg. Com a VMP houve queda significativa da PMAP para $29,6 \pm 9,7$ mmHg ($p < 0,001$) e aumento significativo do DC, de $4,1 \pm 1,3$ L/min para $4,4 \pm 1,3$ L/min ($p < 0,001$). Observou-se aumento significativo da CA, de $6,6$ ($4,5 - 9,2$) para $12,4$ ($6,6 - 22,5$) cm³/mmHg e da CAV de $3,0$ ($2,1 - 4,1$) para $3,2$ ($2,3 - 5,5$) cm³/mmHg ($p = 0,007$). Não houve alteração significativa da complacência ventricular esquerda: $6,1$ ($3,8 - 8,4$) para $5,0$ ($3,4 - 7,6$) cm³/mmHg ($p = 0,08$). A variação da CAV teve correlação significativa com a variação da PMAP: $r = -0,36$, $p = 0,009$.

Conclusão: A VMP parece ter repercussão significativa sobre os parâmetros hemodinâmicos, e resultou em aumento significativo da CA e CAV, assim como do débito cardíaco, em pacientes submetidos a VMP. Não se observou alteração significativa da CV.

36882

DILATAÇÃO IDIOPÁTICA DO ÁTRIO DIREITO: DIAGNÓSTICO FETAL E TRATAMENTO PÓS-NATAL – A IMPORTÂNCIA DA ECOCARDIOGRAFIA

MOURA, BRENNER D M, JOÃO R M NETO, GOMES, LOURDES F G, PEREIRA, VILMAR J, PACHECO, YASMIN A P, FRANCO, FERNANDA C, CARDOSO, MARIA P R E BRAZ, VICTOR C O

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A Dilatação idiopática do átrio direito é uma patologia pouco comum, descrita principalmente em adultos e de causa desconhecida. Seu diagnóstico é feito com base na descrição de um átrio direito desproporcionalmente grande em comparação com as demais câmaras cardíacas e na exclusão sistemática de todas as causas cardíacas e não cardíacas que possam causar crescimento de átrio direito com apresentação clínica variada. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico para enfatizar a importância do Ecocardiograma (ECO) no diagnóstico e seguimento destes pacientes.

MÉTODOS: Paciente do sexo feminino, dois anos, com diagnóstico pré-natal de cardiopatia congênita caracterizada por dilatação importante do átrio direito, feito por ECO fetal de 25 semanas. Sem sinais de comprometimento das demais câmaras, a valva tricúspide era competente e veias pulmonares drenavam para átrio esquerdo. Optou-se por seguimento semanal com ECO fetal até o nascimento, mantendo sempre ritmo sinusal e boa vitalidade.

RESULTADOS: Com cinco horas de vida, encontrava-se estável hemodinamicamente, com sopro contínuo, em maquinaria, sem visceromegalias. ECO pós-natal confirmou dilatação importante do átrio direito, com aparelho valvar tricúspide com morfologia preservada e ausência de refluxo valvar, demais câmaras cardíacas normais e drenagem das veias pulmonares para átrio esquerdo. Estudo hemodinâmico, com sete dias de vida, confirmou achados ecocardiográficos. Recebeu alta após duas semanas de observação clínica. Encontra-se com dois anos, em seguimento ambulatorial, com desenvolvimento adequado, assintomático, sem medicações e mantendo ritmo sinusal. Avaliações seriadas com ecocardiografia e estudo hemodinâmico realizado no segundo ano de vida não mostraram progressão da dilatação e valva tricúspide continua competente.

CONCLUSÃO: Dilatação idiopática do átrio direito, sem outras lesões cardíacas, é uma anomalia rara com patogênese desconhecida e apresentação clínica variável. O ECO foi fundamental para o diagnóstico precoce e seguimento do paciente. Considerando a diversidade de tratamento e seguimento, a abordagem dessa enfermidade deve ser individualizada.

36997

MELODY: UMA INOVAÇÃO TERAPÊUTICA NO ADULTO COM CARDIOPATIA CONGÊNITA

CAROLINE ERIKA PEREIRA NAGANO, LEANDRO OKUMURA E BRUNA MORATORE DE VASCONCELLOS

HOSPITAL DO CORAÇÃO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: Em 2000, Bonhoeffer et al. foram os primeiros a relatar o implante transcater de bioprótese valvar pulmonar (ITVP). Inicialmente desenvolvida para limitar o número de cirurgias necessárias para o tratamento de cardiopatias congênitas. Relatamos um caso de Tetralogia de Fallot (T4F) corrigida, evoluindo com insuficiência pulmonar (IP) total sintomática que, devido às inovações terapêuticas, foi possível realizar uma abordagem menos invasiva, ainda inédita no Brasil. Relato: RB, 31 anos, feminino, com T4F e agenesia de artéria pulmonar direita. Antecedente de correção da comunicação interventricular e ampliação da via de saída do VD (VSD) ao 1 ano de idade e oclusão da comunicação interatrial com prótese Amplatzer aos 16 anos. Queixava-se de cansaço aos esforços e palpitações há 1 ano com piora há 1 mês. Ao exame encontrava-se em bom estado geral, corada, acianótica, eupneica. Ritmo cardíaco irregular, sopro diastólico 3+/6+ em foco pulmonar. Demais sem alterações. PA: 100x70mmHg, FC: 72bpm. Realizou holter que mostrou ritmo sinusal, extrasístoles ventriculares (ESV) polimórficas frequentes, supra-ventriculares e taquicardia ventricular (TV) não sustentadas. Ecocardiograma (ECO) com IP total, sem disfunção biventricular, Amplatzer sem fluxo residual e artéria pulmonar esquerda dilatada com estenose discreta com gradiente sistólico máximo de 10-20mmHg. Ressonância nuclear magnética cardíaca mostrou volume diastólico final de VD de 126ml/m² e fração de regurgitação pulmonar >50%. Realizou tratamento percutâneo da IP com ITVP (Melody®). Com 3 meses, apresentou melhora das palpitações e cansaço. Holter de controle com melhora importante do número das ESV, agora monomórficas, e ausência de TV. O ECO evidenciou dispositivo Melody®, em artéria pulmonar esquerda, bem posicionada, com fluxo livre e gradiente sistólico máximo de 29mmHg com refluxo mínimo. Discussão: Cada vez mais crianças com cardiopatias congênitas estão atingindo a fase adulta. Isto causa uma preocupação com as complicações futuras geradas pela correção de tais patologias. As disfunções na VSD, especialmente a IP, estão associadas a efeitos hemodinâmicos indesejáveis a longo prazo, como disfunção de VD, insuficiência tricúspide, arritmias e morte. As correções cirúrgicas dessas disfunções levam a múltiplas intervenções, aumentando a morbimortalidade. Diante disso a Melody® promete ser uma ótima alternativa terapêutica para tais pacientes.



37086

ADESÃO AO ESTUDO PREVER EM BELO HORIZONTE E SUA RELAÇÃO COM VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS

SILVANA DE ARAUJO SILVA, ANA PAULA RABELO, LAÍS R. RIBEIRO, HANA E. VIEIRA, SARA C. O. GOMES, MARIANA S. G. FERREIRA, ROSÂNGELA M. S. BOTELHO DIAS, ANTONIO L P RIBEIRO, SANDRA C P C FUCHS E MARCOS ROBERTO DE SOUSA

EM NOME DOS INVESTIGADORES DO ESTUDO PREVER, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL - HC, FAC. MEDICINA E PG EM SAÚDE DO ADULTO DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - HC E FAC. MEDICINA DA UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Introdução: PREVER é estudo multicêntrico em pacientes pré-hipertensos (PREVER 1) e hipertensos (PREVER 2) com delineamento publicado na revista TRIALS. Nosso objetivo foi avaliar os fatores socioeconômicos que levaram os participantes a ter ou não adesão aos tratamentos não farmacológico e medicamentoso dentre os incluídos no estudo PREVER no nosso centro (BH). Metodologia: Não adesão foi definida como abandono do estudo com ou sem resgate ou deixar de tomar medicamento por mais de 30 dias. Análises univariadas e multivariadas (regressão logística tendo adesão como variável dependente) foram realizadas, além de entrevista e análise qualitativa. Resultados: 79 incluídos, idade 53,0 (±9,5) anos, 57% de homens, índice de massa corporal (IMC) médio 28,5 (±5,5) Kg/m², renda mediana R\$ 2000,00 (intervalo interquartil: R\$1.017,50 - R\$3.000,00), com distribuição muito assimétrica, por isto foi dividida em faixas. Consistentemente com dados nacionais, na fase de mudanças de estilo de vida, 19% dos pacientes tiveram normalização ou controle da pressão arterial e não foram randomizados. Os participantes foram divididos em grupos "adesão" (n=53) e "não adesão" (n=26). Após resgates, taxas de perdas de seguimento foram menores que 10%. Entraram no modelo de regressão logística da análise multivariada as seguintes variáveis: sexo, consumo abusivo de álcool, tabagismo, IMC, renda em faixa salarial e dificuldade de transporte (a condição de moradia não foi variável significativa na análise univariada). As variáveis que permaneceram no modelo final encontram-se na tabela:

Variável	OR (IC 95%)	p
IMC	1.17 (1.04-1.31)	0.008
Faixa salarial	0.55 (0.34-0.89)	0.014
Sexo masculino	4.02 (1.09-14.9)	0.037

Teste de adequação do modelo (Hosmer-Lemeshow) p=0,65

Conclusão: A não adesão ao estudo PREVER em Belo Horizonte esteve associada de forma significativa ao maior IMC, menor renda e sexo masculino. Aspectos qualitativos da relação médico paciente em relação a medidas antropométricas e contagem de comprimidos podem ter influência na adesão. A análise dos motivos de não adesão a estudos prospectivos de longo prazo pode contribuir para o conhecimento com possíveis implicações em estudos futuros.

37098

SÍNDROME CARCINÓIDE CARDÍACA

DANIEL PEREIRA DE ANDRADE, LEONARDO GRECO MACHADO, ADRIANE BOTREL BARATTI, DANIELA BARRETO LINARES, DÉBORA MAGALHÃES RIBEIRO, RENATO SOARES VENTURA, FORTUNATO FRANCO BORGES JUNIOR, MAIRA DUARTE FERREIRA, JOÃO PAULO MARTINS DE CASTRO, REGINA MARIA DOS SANTOS E CELSA MARIA MOREIRA

HOSPITAL VERA CRUZ, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Paciente G.M.S 42 anos, hipertenso, procurou o PS do Hospital Vera Cruz com queixa de dispnéia aos esforços habituais associada a edema de MMII iniciados há cerca de 7 meses e piora progressiva. Ao exame físico evidenciou-se icterícia leve, regurgitamento jugular. Sinal de Cacicó, Desdobramento de B1, sopro sistólico em foco mitral (II/VI) e em foco tricúspide (III/VI), crepitações basais bilaterais. Exames da admissão: Bilirrubina indireta aumentada, troponina e D-Dímero normais, ECG: taquicardia sinusal, FC 110 bpm. Apresentou melhora clínica importante com medidas anticongestivas. Realizado Ecocardiograma que mostrou FE 50%. AE32mm. VE com hipocontratilidade difusa leve, septo com movimentação anômala, relacionada à sobrecarga volumétrica no VD. VD aumentado em grau moderado. Dupla lesão valvar pulmonar, estenose leve e regurgitação importante, valva tricúspide espessada com mobilidade reduzida e falha de coaptação. Diante dos dados clínicos e ecocardiográficos aventou-se a hipótese de Síndrome Carcinóide. Solicitada dosagem de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) urinário que mostrou-se inconclusiva, sendo colhida nova amostra (aguardando resultado) e cromogranina A positiva. TC de Tórax mostrou derrame pleural moderado bilateral e linfadenomegalia mediastinal, ressonância magnética de abdome evidenciou lesão infiltrativa difusa do fígado e imagem sugestiva de nódulo hepático. Cintilografia óssea mostrou lesões osteoblásticas em esterno, manúbrio, gradil costal bilateral, coluna torácica e pelve, compatíveis com lesões metastáticas. Optou-se por biópsia de nódulo hepático guiada por ultra som. Anátomo-patológico confirmou tumor neuroendócrino de baixo grau sendo iniciado tratamento com análogo da Somatostatina e controle ambulatorial. Discussão: Os tumores carcinóides são raros, com incidência entre 1,2 a 2,1 casos por 100.000 habitantes/ano. A Síndrome Carcinóide geralmente resulta de metástases de tumores carcinóides do intestino até o coração. Os sintomas incluem rubor cutâneo, diarreia, broncoconstrição e placas encócrdicas compostas de tecido fibroso. 60% a 90% dos tumores estão localizados no intestino delgado e apêndice, o restante tem origem em outras áreas do trato gastrointestinal e nos brônquios. Em geral, apenas tumores que invadem o fígado resultam em doença carcinóide cardíaca. As lesões cardíacas parecem estar associadas à serotonina e 5-HIAA circulantes. Tratamento: diuréticos, análogos da somatostatina e quimioterapia.

37101

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DA MALÁRIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2008 A 2012

JACYARA ADRIELLE BEZERRA LEITE DE SOUZA, WINNY EMMANUELLE GALVAO M DE ALBUQUERQUE E IRIS ARIANE DE SOUZA CARVALHO

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE, PE, BRASIL - FACULDADE DE ENFERMAGEM NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, RECIFE, PE, BRASIL - LABORATORIO CENTRAL DE ENDEMIAS DE PERNAMBUCO, RECIFE, PE, BRASIL.

Introdução: A malária constitui uma das mais importantes doenças do mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 32% da população das Américas vivem em regiões que possuem condições ecológicas propícias à transmissão. A transmissão natural da malária ao homem se dá quando fêmeas de mosquitos anofelinos (gênero Anopheles), parasitadas com esporozoítos em suas glândulas salivares, inoculam estas formas infectantes durante o repasto sanguíneo. A Malária representa ainda, risco elevado para viajantes, migrantes como casos importados em áreas não endêmicas, especificamente no nordeste. Objetivos: Avaliar o perfil clínico e epidemiológico da malária no Estado de Pernambuco através do banco de dados existente no Laboratório Central de Saúde Pública Dr. Milton Bezerra Sobral - LACEN/LABEND/SES-PE no período de 2008 a 2012. Metodologia: Pesquisa retrospectiva, prospectiva, descritiva e quantitativa, realizado no Laboratório Central de Saúde Pública Dr. Milton Bezerra Sobral - LACEN/LABEND/SES no Estado de Pernambuco. População composta por suspeitos-acometidos por malária provenientes de regiões endêmicas nacionais e internacionais que procuraram ou foram encaminhados ao LACEN/LABEND/PE para diagnóstico e notificados no Sistema de Informações e Agravos de Notificação (SINAN). Resultados: A idade dos pesquisados variou de 1 a 79 anos, numa faixa etária frequente de: 30 a 39 anos (27,4%), sendo o sexo masculino predominante (68,9%). Das infecções causadas, o Plasmodium vivax foi de (39,2%), Plasmodium falciparum (59,3%), com infecções mistas, por associação de P. falciparum e o P. vivax foram (1,5%) e nenhuma dos plasmodium Malariae ou Ovale. Conclusões: A tendência histórica da incidência da malária no Brasil é decrescente, sem dúvida. Porém, há momentos de elevação global ou localizada. Visto que o Estado de Pernambuco é indene para a Malária e vive em constante monitoramento para que não se torne novamente endêmico, observar a relevância do número de casos identificados e tratados no Estado de pacientes locais ou advindos de outros estados e países é de notória necessidade para monitoramento, controle e informação mediante esta situação de risco de contaminação pelo Plasmodio. Achados assim são relevantes por contribuírem para os novos rumos das pesquisas relacionadas ao perfil clínico e epidemiológico da Malária ampliando o conhecimento essencial para especialistas e sociedade.

37108

DIVERTÍCULO DO VENTRÍCULO ESQUERDO: UM ACHADO POR ECOCARDIOGRAMA

EBERTHE FERNANDO MEDEIROS DIAS, EMILSON GERALDO VILARINO JUNIOR, SUSANA DRUMOND PERES, RENATA TEIXEIRA MARTINS, SAULO RODRIGUES DE OLIVEIRA LEITE, HELDER PEREIRA DE FREITAS, RENATO AFONSO SALGADO, ALEXANDRE ANDRADE LEITE E ALEXANDRE HENRIQUE COBUCCI SANTANA

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: Divertículo ventricular (DV) é uma malformação cardíaca rara, de etiologia e história natural incertas e depende de métodos de imagem para seu diagnóstico. Apresentamos o caso em que foi evidenciada uma dilatação em região apical de Ventrículo Esquerdo (VE), sendo primeiramente diagnosticado como aneurisma, mas que, após nova análise, constatou-se ser um DV. Relato de caso: Paciente, homem, 56 anos, assintomático, em consulta fez ECG e detectado alteração de repolarização ântero-septal. Feito ecocardiograma e cineangiogramiografia em outro serviço, diagnosticado aneurisma em região apical e coronárias isentas de lesões. Realizado ecocardiograma em nosso serviço, evidenciado descontinuidade em região apical de VE, possuindo as três camadas cardíacas, conexão estreita e contratilidade sincrônica com o VE, compatível com DV, o que foi confirmado pela RNM. Optou-se por acompanhamento clínico. Discussão: O DV é raro e geralmente assintomático. A localização mais comum é apical do VE, parede posterior do VE e subaórtica. A etiologia é incerta, podendo ser cistos epicárdicos congênitos ou consequência de fraqueza no músculo ventricular. Patologicamente é constituído pelas três camadas cardíacas; e diferenciado em muscular ou fibroso. O muscular frequentemente é acompanhado por anormalidades na linha média (pericárdio, diafragma ou parede abdominal) e por cardiopatia congênita cianótica e é diagnosticado ao nascimento. O tipo fibroso origina-se na posição apical ou subvalvar, ocorre geralmente em negros e africanos e não é associado a defeitos na linha média ou malformações cardíacas. O diagnóstico faz-se pela visualização por ecocardiograma, ventriculografia, TC ou RNM. Pode ser causa de eventos embólicos, insuficiência cardíaca, insuficiência valvar ou morte súbita (por ruptura do divertículo ou por taquiarritmias ventriculares). O diagnóstico diferencial faz-se com aneurismas, sendo que estes são saculares, de tecido fibroso, com conexão larga e movimento paradoxal enquanto o DV possui conexão estreita e contratilidade sincrônica com o ventrículo. A história natural é incerta. O sexo masculino, tipo fibroso e divertículo subaórtico são os três principais fatores de risco independentes para o desenvolvimento de complicações. Nestes casos alguns autores indicam ressecção cirúrgica mesmo em assintomáticos. Conclusão: O DV constitui achado incidental nos métodos de imagem. O ecocardiograma mostrou ser importante ferramenta na definição do diagnóstico.



37119

CANCELAMENTO DE CIRURGIAS CARDÍACAS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM CARDIOLOGIA

RAFAELLA VIANA TEIXEIRA, DENIZE FERREIRA RIBEIRO, RENATA VILARINDO SEABRA, MARCELA PAULINO MOREIRA DA SILVA, NATALY DOS SANTOS SOARES, NATHÁLIA TORRES COSTA SOUZA, KELLY CRISTINA TORRES LEMES, MILCA VALMERICA CASTRO DE OLIVEIRA E IZA CRISTIANE COSTA PAIVA

HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES, RECIFE, PE, BRASIL.

Introdução: A cirurgia quer eletiva, quer de emergência, é um evento complexo e estressante¹. Diante disto, além das repercussões para o paciente, o cancelamento cirúrgico interfere na operacionalização do trabalho, trazendo para a instituição custo operacional e financeiro. **Objetivo:** Identificar a taxa de cancelamento de cirurgias e as causas das suspensões. **Métodos:** Estudo exploratório, descritivo, quantitativo realizado em um hospital de alta complexidade referência em cardiologia no estado de Pernambuco. Realizado em Outubro de 2013. Foram analisadas as cirurgias eletivas no período entre janeiro de 2011 a dezembro 2012. O critério de inclusão foi: cirurgias eletivas suspensas no período proposto e como de exclusão, cirurgias não eletivas suspensas. **Resultados:** No período do estudo, foram agendadas 320 cirurgias eletivas. Em 2011 ocorreram 153 cirurgias eletivas e 25 (16,3%) foram suspensas. Em 2012 foram realizadas 167 cirurgias eletivas e suspensas 13 (8,7%). Do total de cirurgias, foram canceladas 42 (25%). Os principais fatores dos cancelamentos das cirurgias estavam relacionados ao hospital, tais como a alocação de recursos humanos (17,9%), a organização da unidade (23,9%) e a alocação de materiais e equipamentos (32,8%). Os fatores relacionados ao paciente foram: condição clínica desfavorável (13,4%), não comparecimento ou recusa (2,98%), substituídas por outra cirurgia cardíaca (7,46%) e sem justificativa (1,49%); **Conclusão:** O estudo retrata a significância que a suspensão cirúrgica acarreta para as instituições de saúde. Os resultados apontam dados preocupantes, pois os cancelamentos cirúrgicos geram maior custo para os hospitais e risco de complicações para o paciente. Dessa forma, torna-se necessário políticas institucionais que atuem diretamente neste indicador.

37126

MORTE SÚBITA ABORTADA SECUNDÁRIA A USO RECREACIONAL DE CLOROFÓRMIO

LARISSAARAMUNI BAÍA, ELVIO TIAGO AZEVEDO, ANA GABRIELA OLIVEIRA DANTAS, FÁBIO MORATO CASTILHO, GUILHERME FERRAZ MESSINA PADUA ANDRADE, JORDAN VIEIRA DE OLIVEIRA, JULIANA RODRIGUES SOARES, MAURO SOARES MOTTA, IVAN CESAR ABREU LANZA SANTOS, BRUNO MENEZES SANTANA E ANDRÉ ASSIS LOPES DO CARMO

HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: Arritmias cardíacas podem ocorrer após ingestão ou inalação de hidrocarbonetos. Hidrocarbonetos halogenados (HH) são conhecidos por causar arritmias ventriculares fatais, por sensibilizar o miocárdio à ação de catecolaminas endógenas e exógenas. Apesar de ser um evento raro, é imprevisível e pode ocorrer no primeiro uso. HH são substâncias voláteis, lipossolúveis e rapidamente absorvidas pelo leito capilar pulmonar. A inalação recreacional de HH é comum entre adolescentes jovens e frequentemente é a primeira droga usada por crianças e adolescentes. Os registros não mostram diferença entre os sexos no abuso desse tipo de substância. As taxas de abuso de drogas inalatórias têm declinado ao longo do tempo, provavelmente devido à campanhas de educação e prevenção.

Relato do caso: ROJS, 15 anos, previamente hígido, foi encaminhado para pronto atendimento devido a parada cardio-respiratória em via pública, ECG inicial evidenciou fibrilação ventricular, sendo prontamente atendido, realizado reanimação cardio-pulmonar (RCP) e intubação oro-traqueal. Retorno da circulação espontânea após um ciclo de RCP e desfibrilação elétrica. ECG após RCP choque evidenciou supra desnivelamento do segmento ST anterolateral. Encaminhado para CTI e extubado no dia seguinte, evoluindo bem e encaminhado para enfermaria. Paciente e acompanhantes relatam uso recreacional de clorofórmio inalatório no dia do evento. Realizado cineangiogramografia, ecocardiograma transtorácico, ECG e teste ergométrico, todos sem evidências de anormalidades. Encaminhado, então, para seguimento em ambulatório de arritmias.

Conclusão: Descrevemos um caso de inalação recreacional de um HH evoluindo com fibrilação ventricular. Vários registros prévios já associaram o uso inalatório de HH com arritmias ventriculares, alguns estudos já avaliaram, inclusive, os mecanismos iônicos arritmogênicos dessas substâncias, que parecem estarem relacionados com o bloqueio de canais de potássio. Os HH são de fácil acesso e, muitas vezes, o risco não é considerado. Dessa forma, campanhas educativas devem ser incentivadas, evidenciando a predisposição à arritmias fatais relacionada ao uso dessas substâncias.

37132

AValiação DOS CARROS DE EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL CARDIOLÓGICO

RAFAELLA VIANA TEIXEIRA, DENIZE FERREIRA RIBEIRO, RENATA VILARINDO SEABRA, MARCELA PAULINO MOREIRA DA SILVA, NATHÁLIA TORRES COSTA SOUZA, NATALY DOS SANTOS SOARES, KELLY CRISTINA TORRES LEMES E MILCA VALMERICA CASTRO DE OLIVEIRA

HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES, RECIFE, PE, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A parada cardiorrespiratória (PCR) é definida como a interrupção das atividades respiratória e circulatória efetivas. A cada minuto de permanência em PCR ocorre uma redução de 10% na expectativa de sobrevivência do paciente. O Carro de Emergência (CE) é uma estrutura móvel imprescindível na avaliação e diagnóstico de uma PCR. Sua presença e organização são essenciais na abordagem de um doente grave. Diante da necessidade, recomenda-se a padronização dos CE visando à agilidade no atendimento. **METODOLOGIA:** Este estudo é descritivo, exploratório e de abordagem quantitativa. Realizado durante o mês de abril de 2014 nos setores: Unidade Coronária, Enfermarias Cardiológicas, Emergência Cardiológica e Hemodinâmica de um hospital de referência em cardiologia no estado de Pernambuco. Para a coleta de dados o instrumento foi o Procedimento Operacional Padrão (POP) da instituição, cujo escopo é possibilitar assistência livre de danos ao paciente. Esse instrumento é composto por 3 categorias: check list do CE, planilhas de teste de desfibrilador e de registro da abertura do CE. A população do estudo foi composta por 10 CE disponíveis nos setores. O estudo não necessitou da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, por não envolver em nenhuma etapa seres humanos ou informações referentes a estes. **RESULTADOS:** Dos 10 CE, 9 estavam assim distribuídos: dois na Unidade Coronária, um na Hemodinâmica, três na Emergência Cardiológica e três nas enfermarias cardiológicas. Nenhum dos CE apresentou todos os itens necessários. Dentre os itens que compõem o CE, o cloreto de cálcio, o jelo nº 12, ABD ampola de 5ml faltaram em todos CE. A maior deficiência foi encontrada no setor de hemodinâmica, onde há um CE inutilizado por conter insumos vencidos. Com relação ao desfibrilador automático e ao tubo orotraqueal estavam presentes em todos CE. Entretanto, o preenchimento das planilhas não são rotina na maioria dos setores. Quanto ao lacre, estava presente em 50%; das drogas vasoativas, a adrenalina foi observada em todos, o déficit foi a vasopressina, a nitroglicerina e a dobutamina; dos sedativos, o déficit foi encontrado em 75% dos CE, mas, ressalta-se que na emergência e na unidade coronária, essas medicações são especificamente armazenadas. **CONCLUSÃO:** Percebe-se que o CE é um material importante dentro da unidade hospitalar no atendimento de situações que envolvem risco de vida. No presente estudo constatou-se que nenhum dos CE correspondem ao POP da instituição.

37152

PONTE MIOCÁRDICA

ANDRE GUALBERTO JAFETH ALVES, BRUNO VIDAL DE OLIVEIRA, RODRIGO COELHO SOARES, FLAVIO ANTONIO DE OLIVEIRA SANTOS E MARCO PAULO TOMAZ BARBOSA

HOSPITAL MATER DEI, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - FELUMA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: a ponte miocárdica é uma anomalia congênita comum das artérias coronárias. **Relato de caso:** R. A. S., 31 anos, relata que no dia anterior à internação médica apresentou dor em região precordial iniciada durante atividade física com persistência após o repouso. O eletrocardiograma era normal e houve elevação de troponina (1,24). Ecocardiograma com fração de ejeção de 63%, ausência de alterações em ventrículo esquerdo. Realizada angiotomografia que descartou tromboembolismo pulmonar. Iniciado protocolo de síndrome coronariana aguda (SCA). Realizado Ressonância cardíaca que evidenciou imagem sugestiva de infarto transmural em região septal basal. Realizado então, cineangiogramografia que não mostrou lesões ateroscleróticas e constatou presença de ponte miocárdica no 1/3 médio da artéria descendente anterior (DA). Suspenso protocolo de SCA e iniciado bloqueador de canal de cálcio e AAS. Paciente encontra-se sem recorrência dos sintomas no acompanhamento clínico. **Discussão:** ponte miocárdica (PM) acomete geralmente a artéria DA, em que um ou mais feixes de miocárdio cruzam ou envolvem um segmento de artéria coronária epicárdica, a qual atravessa a porção intramural do miocárdio, abaixo da ponte muscular. Sua fisiopatologia ainda é controversa, alguns defendem se formarem no período embrionário, sendo uma variação anatômica, enquanto outros como um defeito na reabsorção dessas fibras de músculo que envolve as coronárias epicárdicas. É assintomática na maioria dos pacientes, porém pode se manifestar como angina pectoris, isquemia miocárdica, infarto agudo do miocárdio (IAM), disfunção ventricular esquerda, bloqueio atrioventricular paroxístico e morte súbita. A intensidade dos sintomas está diretamente relacionada com a quantidade, espessura, comprimento e localização da ponte miocárdica. O eletrocardiograma de repouso pode apresentar sinais inespecíficos de isquemia, a cintilografia pode apresentar defeitos de perfusão, angiotomografia pode visualizar a PM e a cineangiogramografia é o padrão ouro, tendo como achado mais comum a compressão de segmento coronário durante a sístole. Indica-se o uso de betabloqueadores ou antagonistas de canal de cálcio associado a AAS. **Conclusão:** ponte miocárdica, uma das anomalias coronarianas mais comuns, diagnóstico diferencial importante na abordagem da dor torácica, pode se manifestar, inclusive, como IAM.



37153

TROMBOSE DE STENT

BRUNO VIDAL DE OLIVEIRA, ANDRE GUALBERTO JAFETH ALVES, FLAVIO ANTONIO DE OLIVEIRA SANTOS, JOS LUCCA NETO E MARCO PAULO TOMAZ BARBOSA

HOSPITAL MATER DEI, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - FELUMA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: com o aumento progressivo na utilização de stents farmacológicos e a antiagregação plaquetária dupla há uma tendência de aumento das complicações como o sangramento. **CASO CLÍNICO:** 57 anos, hipertenso, com história de tabagismo e etilismo, apresentou infarto do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSTST) no dia 27/02/14, sendo realizados intervenção coronária percutânea com stent farmacológico em artéria coronária descendente anterior (DA) e 1º ramo diagonal em seus dois subramos. Recebeu alta em uso de AAS e clopidogrel. Em 08/03/14, apresentou cefaleia intensa com evolução para paresia em membro inferior direito, incontinência urinária e afasia. Relato de queda da própria altura e crise convulsiva em dezembro de 2013. TC de crânio: evidenciou hematoma subdural bilateral crônico agudizado. Suspenso antiagregação plaquetária dupla por 4 dias. Submetido à drenagem de hematoma devido a piora do quadro neurológico em 15/03/14. No 5º DPO, apresentou dor precordial típica, e supradesnivelamento do segmento ST anterior extenso. Encaminhado à hemodinâmica que constatou trombose de stent definitiva com oclusão total da DA. Realizado trombo aspiração, recanalização e angioplastia com balão sendo conseguido fluxo TIMI III com tempo dor-stent de 30 minutos. Optado por iniciar e manter inibidor da glicoproteína IIb/IIIa por 12 horas associado à dupla antiagregação plaquetária. Paciente evoluiu sem recorrência de dor ou déficits. **DISCUSSÃO:** o mais importante efeito colateral associado à terapia antiplaquetária dupla é o sangramento. O tempo do reinício da terapia antiplaquetária após hematoma intracraniano é basicamente empírico. Há risco elevado de sangramento e de expansão do hematoma nos primeiros dias. As diretrizes da AHA/ASA recomendam que os antiagregantes plaquetário devem ser suspensos por menos uma a duas semanas. Entretanto o risco de ressangramento deve ser contrabalanceado com o elevado risco de morte cardiovascular por trombose de stent. Na maioria dos casos, o IAM com supra é a apresentação clínica. O manejo de pacientes com trombose de stent é semelhante ao dos outros pacientes com SCA. **CONCLUSÃO:** a antiagregação após implante de stent, é necessária, porém, pode ocasionar graves efeitos adversos. Desta forma, o médico deve estar atento, individualizando e pensando com cautela o risco e benefício da suspensão ou manutenção da antiagregação diante de situações desafiadoras e ameaçadoras da vida como as ocorridas neste caso.

37155

ENDOCARDITE AGUDA COM VEGETAÇÃO EM VÁLVULA AORTICA COMPLICADA COM DISSECÇÃO DA CÚSPIDE ANTERIOR DA VÁLVULA MITRAL POR ABSCESSO FISTULIZADO

JOÃO PAULO MARTINS DE CASTRO, DIOGO ARATAQUE, MARLA SOARES GAZIRE, CELSA MARIA MOREIRA, VANESSA MARIA MILAGRES RIGUEIRA, WEDER DE MOURA LIMA, CLAUDIO ALMEIDA PARRA, ADRIANE BOTREL BARATTI, RENATO ROCHA RABELLO E FERNANDA NOBRE TORRES

HOSPITAL VERA CRUZ, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: Endocardite infecciosa (EI) é uma doença grave, com alta mortalidade, em que patógenos invadem as superfícies endocárdicas, produzindo inflamação e danos locais e sistêmicos. Seu diagnóstico precoce é fundamental para o manejo terapêutico e para evitar futuras complicações. O nosso objetivo é relatar o caso de um paciente com diagnóstico de endocardite infecciosa em valva nativa, que evoluiu com insuficiência cardíaca aguda, necessitando de cirurgia de urgência e apresentou um desfecho favorável.

Relato de Caso: Trata-se de um paciente 64 anos, sexo masculino, previamente hipertenso, diabético, dislipidêmico, admitido com quadro de febre intermitente iniciada há cerca de 30 dias associado à queda do estado geral e hiporexia. Relata ainda dispnéia aos esforços menores aos habituais, de início há 15 dias e intensificados nas últimas 24 horas. Exame físico evidenciando paciente prostrado, desidratado (++/+++++) e febril (38,1°C). Ausculta cardíaca com ritmo regular, presença de B3 e B4, sopro regurgitativo protomesossistólico, grau III/VI em foco mitral e protomesodiastólico em foco aórtico, PA de 90x60 mmHg. Aparelho respiratório com estertores bibasais. Após suspeita diagnóstica de endocardite infecciosa, foram colhidas hemoculturas e iniciado antibioticoterapia com ampicilina e gentamicina. Realizou ecocardiograma transesofágico que mostrou vegetação em valva aórtica (folheto coronariano esquerdo) complicada com dissecção da cúspide anterior da valva mitral por abscesso fistulizado. Encaminhado em caráter de urgência para cirurgia. Submetido a dupla troca mitro-aórtica biológica. Encaminhado ao CTI para cuidados pós-operatórios. Resultado de cultura evidenciando estreptococos multisensíveis. Paciente evoluiu com melhora clínica satisfatória. Programado realização de seis semanas de antibioticoterapia.

Conclusão: A EI é uma doença com alta mortalidade. O caso clínico ilustra uma evolução complicada da EI com necessidade de intervenção cirúrgica de urgência. O diagnóstico precoce e conduta terapêutica imediata em casos de complicações viabiliza melhores resultados no desfecho clínico dessa patologia com alta mortalidade.

37159

A IMPORTÂNCIA DO CONTROLE ANGIOGRÁFICO NA DISSECÇÃO ESPONTÂNEA DE CORONÁRIA EM TRATAMENTO CONSERVADOR

ARIANE VIEIRA SCARLATELLI MACEDO, BRUNO VIDAL DE OLIVEIRA, ANDRE GUALBERTO JAFETH ALVES, MONICA HERMONT FALEIROS E RITA DE CÁSSIA LACERDA DE PAULA

HOSPITAL MATER DEI, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO

A dissecção espontânea da artéria coronária (DEAC) é um raro evento coronariano agudo de origem incerta. As características clínicas e prognóstico permanecem insuficientemente caracterizados.

RELATO DE CASO: Paciente feminina, 46 anos, branca, com história prévia de HAS em tratamento, ex-tabagista, com quadro de dor precordial de forte intensidade, tipo em queimação, irradiando para membro superior esquerdo, em repouso, com duração de 10 min que iniciou na parte da manhã do dia 24/12/13. Procurou o Pronto Atendimento às 14 horas, sendo realizado ECG com infra de segmento de ST de V4-V6 e curva enzimática apresentando aumento de troponina (TNI). Realizado protocolo para Síndrome Coronariana Aguda. Encaminhada à Unidade

Coronariana (UCO) do hospital para suporte. No dia 26/12/13, realizado cineangiogramografia apresentando estenose segmentar difusa de terço distal de coronária circunflexa (CX), sugestivo de dissecção espontânea, ausência de lesões em outras artérias. Optado por tratamento clínico e controle de imagem após um mês. Após 1 mês, paciente assintomática, foi submetida eletivamente à nova cineangiogramografia que mostrou CX com irregularidades parietais e sem aspecto de dissecção. Mantida em tratamento clínico com boa evolução.

CONCLUSÃO: A DEAC afeta uma população jovem, predominantemente do sexo feminino, muitas vezes apresentando-se com infarto do miocárdio com supra de ST. Embora a mortalidade hospitalar seja baixa, independentemente do tratamento inicial, a intervenção coronária percutânea está associada com maiores taxas de

complicações. Riscos de recorrência de DEAC e eventos cardíacos adversos maiores no longo prazo enfatizam a necessidade de acompanhamento rigoroso. O controle angiográfico eletivo nos casos de dissecção, em que se opta por tratamento conservador, surge como uma estratégia atrativa que corrobora os dados de literatura, que sugerem a efetividade do tratamento não invasivo nos casos de DEAC.

37161

PLAQUETOPENIA INDUZIDA POR ESTATINA - RELATO DE CASO

JOÃO PAULO MARTINS DE CASTRO, WILLIAM ANTONIO M. ESTEVES, DIOGO ARATAQUE, FERNANDA NOBRE TORRES, HENRIQUE CANDIDO GONCALVES DE OLIVEIRA, DANIEL PEREIRA DE ANDRADE, SAULO AUGUSTO DE LIMA, MICHEL ROSESTOLATO DARUICH P TANNUS, CELSA MARIA MOREIRA, DOUGLAS KIND ELEUTERIO E EMANUELE CRISTINA FERREIRA GUEDES

HOSPITAL VERA CRUZ, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: Sinvastatina é uma droga do grupo das estatinas indicada para controle de hipercolesterolemia. Seu uso ganhou grande importância após evidências na prevenção de doenças cardiovasculares. Vários efeitos colaterais foram relatados com o uso das estatinas, principalmente alterações gastrointestinais, rabdomiólise, disfunção hepática e raramente plaquetopenia. A trombocitopenia induzida por droga pode ser uma reação adversa fatal, sendo assim de fundamental importância seu diagnóstico para a correta indicação terapêutica.

Relato de Caso: Paciente 76 anos, hipertenso, dislipidêmico, submetido a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM) em 2004, admitido para investigação de episódios recorrentes de síncope, sendo submetido a tilt test que confirmou resposta tipo III vasopressora. Fazia uso domiciliar de sinvastatina 40 mg uma vez ao dia, losartana 50 mg duas vezes ao dia e ácido acetilsalicílico 100 mg uma vez ao dia. Medicações essas em uso desde 2004 (após CRVM). Estava em investigação ambulatorial de trombocitopenia, até o momento sem diagnóstico definido, e com programação para realizar mielograma já solicitado. Exames laboratoriais prévios (datados de 2004) mostrando hemoglobina de 11g/dl, hematócrito de 33%, leucócitos de 8750 mm³ e plaquetas de 213000 mm³. Exame admissional evidenciando hemoglobina de 12.9 g/dl, hematócrito de 37.8%, leucócitos de 6700/mm³ e plaquetas de 49000 mm³. Em relação a plaquetopenia, foi revisito as medicações em uso e suscitado a possibilidade da mesma ser de origem medicamentosa, sendo que a mais provável seria a estatina. Realizado substituição de sinvastatina por ezetimiba 10mg/dia, observando nítido aumento da contagem plaquetária a partir do terceiro dia. Paciente recebe alta hospitalar 15 dias após substituição medicamentosa com hemoglobina de 14.1 g/dl, hematócrito de 40.8%, leucócitos de 11700/mm³ e plaquetas de 141000 mm³. Segue em acompanhamento ambulatorial.

Conclusão: O diagnóstico de trombocitopenia induzida por drogas é frequentemente empírico e é reforçado pelo aumento da contagem de plaquetas após suspensão da droga suspeita. O tratamento depende da clínica e sempre envolve a retirada da droga em questão.

37162

"STRAIN" 2D NA AVALIAÇÃO DA MIOCARDIOPATIA HIPERTRÓFICA

BRAULIO MUZZI RIBEIRO OLIVEIRA, FREDERICO PARAGUAI E ROSALIA ANTONIA AZEVEDO

HSPITAL LUXEMBURGO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Fundamento: O diagnóstico da miocardiopatia hipertrófica (MCH) representa um desafio devido à limitação dos métodos e aos diferentes tipos de apresentação da doença. O acometimento isolado do ápice do VE e da parede ântero-lateral são formas mais raras e de diagnóstico mais difícil. O ecocardiograma (ECO) com o emprego do "strain" bidimensional longitudinal (STb) vem firmando-se como técnica útil em seu diagnóstico. Método: Estudo de casos, empregando-se o STb.

Resultados:

1: Paciente de 56 anos, feminina, com história de fibrilação atrial de início recente, nega hipertensão ou diabetes. O ECO demonstrou: aumento importante do átrio esquerdo (AE): 57 ml/M2; VED: 39 mm; VES: 22mm; SIV: 12; PP: 10mm; FE: 76%; hipertrofia importante das paredes anterior e lateral com aspecto miocárdico de "vidro moldo", sem alteração contrátil ou obstrução intracavitária; E/E' =30; STb > -18% nos segmentos médios e basais ântero-septal, anterior e lateral.

2: Paciente de 33 anos, masculino, nega hipertensão ou diabetes, assintomático, eletrocardiograma com alterações isquêmicas em parede anterior. O ECO demonstrou: AO: 23mm; AE: 32mm; VED: 48 mm; VES: 29mm; SIV: 10 mm; PP: 10 mm; FE: 69%; hipertrofia importante do miocárdio apical sem alterações contráteis ou obstrução intracavitária, padrão pseudonormal de função diastólica do VE; STb > -18% nos segmentos apicais.

Conclusão: Os achados do STb demonstraram concordância com a impressão diagnóstica ao exame bidimensional e seu emprego parece se firmar como recurso útil no diagnóstico da MCH.

37168

COARCTAÇÃO DE AORTA ABDOMINAL À AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DE CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

LEANDRO B TICLE, E EDMUNDO C OLIVEIRA

HOSPITAL VAZ MONTEIRO, LAVRAS, MG, BRASIL - ECOMED, LAVRAS, MG, BRASIL.

Introdução: Coarctação de Aorta é um estreitamento da aorta descendente, o qual é tipicamente localizado na inserção do ducto arterioso justa distal à artéria subclávia esquerda. O defeito é a causa de 4 a 6 por cento de todas as cardiopatias congênitas, com prevalência relatada de cerca de 4 por 10000 nascidos vivos, e geralmente resulta em sobrecarga pressórica ao ventrículo esquerdo. Raramente a coarctação de aorta é localizada na aorta abdominal.

Método: Apresentação do caso - Paciente MMV, feminino, 2 anos e 3 meses de idade, trazida para avaliação pré-operatória de cirurgia não cardíaca. Sem histórico prévio de doenças do aparelho cardiovascular. À avaliação clínica apresentava níveis pressóricos elevados nos membros superiores - 120x80mmHg em 4 medidas - e não foi possível medida em membros inferiores. Apresentava sopro sistólico + e diastólico 3+ mais audível na região posterior do tórax. Presença de hemangioma em tórax e dorso. ECG com ritmo sinusal, sinais de sobrecarga do ventrículo esquerdo (VE). Solicitado Ecocardiograma, que demonstrou aumento discreto do VE, sem alterações detectadas na aorta torácica. Segundo Ecocardiograma demonstrou aumento leve e hipertrofia do VE, fração de ejeção do VE de 53%, aorta ascendente, crosse e aorta torácica com calibre normal, aorta abdominal com obstrução e gradiente máximo de 55 mmHg. Paciente foi encaminhada para serviço de Cardiologia pediátrica intervencionista. Cateterismo cardíaco: angiografia demonstrou coarctação segmentar grave da aorta abdominal iniciando abaixo do diafragma e indo até o terço distal da aorta, pressão aorta ascendente 145 mmHg, pressão aorta abdominal 55 mmHg, gradiente 90mmHg.

Conclusões: É importante a avaliação cardiológica pré-operatória de crianças em programação para cirurgia não cardíaca. Achados ao exame clínico devem ser valorizados para orientar sobre necessidade de propedêutica complementar em casos específicos. Coarctação de aorta é sabidamente uma causa de hipertensão arterial e, na suspeita de sua presença sem achados em aorta torácica, deve-se pensar, apesar de rara, na possibilidade de acometimento da aorta abdominal.

37169

PAPEL DA ECOCARDIOGRAFIA NA SELEÇÃO E ORIENTAÇÃO INTRAPROCEDIMENTO NO IMPLANTE PERCUTÂNEO DE PRÓTESE AÓRTICA – EXPERIÊNCIA INICIAL

JOSE LUIZ BARROS PENA, MARIA COSTA NEVES DE OLIVEIRA, BRUNO REZENDE PASSOS, FILIPE REZENDE LOPES DE ALMEIDA, RODRIGO ABBUD ATTUX, IGOR FERREIRA DE SALES, EDUARDO BELISÁRIO FALQUETO, FÁBIO ÁVILA TÓFANI, CHARLES SIMÃO FILHO, ARI MANDIL E JAMIL ABDALLA SAAD

HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: A troca valvar aórtica é o método ouro para o tratamento de estenose valvar aórtica (EAO), que ocorre em 4,5% da população acima de 75 anos. O implante percutâneo entretanto, está mudando este paradigma em pacientes (pcte) com alto risco cirúrgico. Relato de Casos: Caso 1 - Pcte sexo feminino, 85 anos, com estudo ecocardiográfico (ECO) demonstrando EAO grave sintomático com gradientes transvalvares aórticos máximo e médio de 84 e 42 mmHg respectivamente; área valv de 0,7cm² e anatomia favorável (diâmetro do anel valvar aórtico, acesso vascular, diâmetro da aorta) para o procedimento. Submetida a implante de prótese percutânea tipo Edwards SAPIEN guiada por ecocardiografia transesofágica (ETE). A ETE orientou a posição correta, mapeando possíveis complicações. Estudo pós-operatório demonstrou prótese aórtica bem implantada, sem obstrução da via de saída do VE, gradientes máximo e médio de 13 e 8 mmHg, respectivamente. Caso 2: Sexo feminino, 70 anos, portadora de hemocromatose com hipertensão portal e varizes do fundo gástrico. Eco demonstrou EAO grave sintomática, com gradientes transvalvares aórtico máximo e mínimo de 70 e 40 mmHg respectivamente, área valv de 0,9 e anatomia valvar favorável para o procedimento. Submetida a implante de prótese percutânea do tipo Edwards SAPIEN guiada pela ETE. Houve complicações no procedimento com lesão da artéria femoral direita, que teve que ser suturada. Posteriormente, houve deiscência e infecção da ferida operatória. Eco pós-operatório demonstrou prótese aórtica bem implantada, sem obstrução da via de saída do VE e/ou cúspide anterior da valva mitral, gradientes máximo e médio de 26 e 12 mmHg, respectivamente. Conclusão: A avaliação ecocardiográfica, nas formas transtorácicas e ETE é essencial na seleção, momento intraoperatório e momento imediato pós-operatório.

37170

PERSISTÊNCIA DO CANAL ARTERIAL COM EVOLUÇÃO PARA HIPERTENSÃO PULMONAR EM LACTENTE: RELATO DE CASO

IZABEL CRISTINA LIMA SOUTO,

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

Introdução - A persistência do canal arterial (PCA) resulta da manutenção da patência da conexão vascular entre a artéria pulmonar e a aorta, o canal arterial (CA). A apresentação clínica dessa patologia varia desde ausência de sinais e sintomas até insuficiência cardíaca congestiva (ICC) grave, podendo chegar à Síndrome de Eisenmenger. Apresenta-se o caso por evolução incomum da PCA, com desenvolvimento de hipertensão pulmonar nos primeiros meses de vida.

Relato de caso - Paciente masculino, 3 meses e 25 dias, 5 kg, com quadro de sudorese e dispnéia às mamadas, iniciado com 1 mês de vida. Com 3 meses de vida evoluiu com ICC grave sendo encaminhado à internação hospitalar. À admissão apresentava-se taquidispneia moderada, saturando 85%, frequência cardíaca de 150 batimentos por minuto, com sopro contínuo 3+/6+ e pulsos periféricos amplos. Iniciado tratamento clínico para ICC com boa resposta. Exames laboratoriais sem alterações; ecocardiograma evidenciando "canal arterial patente de tamanho grande (6,8mm) com shunt bidirecional: aumento leve de câmaras esquerdas; pressão sistólica na artéria pulmonar (PSAP) estimada em 82 mmHg". Submetido a correção cirúrgica da PCA, sem intercorrências. Realizado novo ecocardiograma no 7º dia de pós-operatório que evidenciou redução da PSAP para 51 mmHg. Paciente recebeu alta hospitalar assintomático, com seguimento ambulatorial.

Discussão - Na vida fetal o CA tem a função de desviar o sangue oxigenado do leito vascular pulmonar para a circulação sistêmica. Após o nascimento a queda da resistência vascular pulmonar e o aumento da resistência sistêmica levam à reversão do fluxo de sangue no CA, quando o shunt torna-se da esquerda para direita. O impacto hemodinâmico da PCA é determinado pela magnitude do shunt, que é dependente do tamanho do canal e da diferença entre a resistência vascular pulmonar e sistêmica. A exposição prolongada da vasculatura pulmonar à sobrecarga de volume e à alta pressão pode levar à hipertensão pulmonar.

Conclusão - Pacientes com CA não corrigidos podem evoluir com hipertensão pulmonar após anos de exposição. A PCA parece ser uma causa relativamente frequente de hipertensão pulmonar de causa desconhecida em adolescentes e adultos, mas infrequente nos primeiros anos de vida, sendo por isso relatado neste caso clínico.



37171

MIOCÁRDIO NÃO-COMPACTADO ISOLADO DO VENTRÍCULO: CARACTERIZAÇÃO E SEGUIMENTO AMBULATORIAL POS ACHADOS NA VIDA ADULTA

NOEMIA DA COSTA, SHEILA P. PARREIRA, ANA CLÁUDIA DE PAULA FARIA, DIOGO C. MARINHO, THIAGO VENUTO, FLAVIANA E C. SILVA, FLÁVIA S. G. MACHADO, MICHELLE M. S. COSTA, RAFAEL M. RAMOS E LUCAS RIBEIRO DE ALMEIDA

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

Resumo: O miocárdio não-compactado (MNC) é uma doença congênita decorrente da não compactação miocárdica durante o período embrionário, levando a persistência de trabeculações endocárdicas que se comunicam com a cavidade ventricular. Normalmente associa-se a outras anomalias cardíacas, sendo raro seu achado isolado. Pode ser um achado acidental, mas frequentemente associa-se a insuficiência cardíaca (IC), eventos arritmicos e episódios de embolização. Relatamos um paciente com MNC focando nos sintomas à admissão e características clínicas e laboratoriais. Relato de Caso: Paciente ROB, masculino, 29 anos, sem relato de patologias prévias, em primeira internação devido a quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito e dispnéia paroxística noturna, sem mais achados. À admissão hospitalar apresentava bulhas arritmicas, sopro sistólico em borda esternal esquerda e ritmo de fibrilação atrial com alterações de repolarização difusa secundárias ao eletrocardiograma; radiografia de tórax demonstrando aumento do índice cardiotorácico, abaulamento do arco médio e aumento da trama vascular peri-hilar, com sinais de cefalização do fluxo. Realizado Ecodopplercardiograma que identificou comunicação inter-atrial associada a trabeculações proeminentes nos ventrículos esquerdo (VE) e direito (VD), fração de ejeção de 35%. Levando-se em consideração a hipótese diagnóstica de MNC, foi realizado Ressonância Magnética Cardíaca, com destacado afinamento da parede lateral do VE ao nível do terço médio/apical e acentuação das trabeculações endocárdicas. Com esses resultados o diagnóstico de MNC foi confirmado. Durante a internação evoluiu com descompensação da IC, submetido a medidas anticongestivas e controle de frequência (diuréticos de alta e poupadores, IECA, beta bloqueadores e Digoxina) além de anticoagulação. Após compensação recebeu alta hospitalar em classe funcional II da NYHA e segue controle ambulatorial. Conclusão: O MNC é causa rara de IC com implicações prognósticas específicas, apesar disso deve ser sempre interrogada quando se pesquisa a etiologia da IC, principalmente em jovens.

37173

MÚLTIPLAS MICROFÍSTULAS CORONÁRIO-CAMERAIS: UMA RARA ANOMALIA CONGÊNITA E POSSÍVEL CAUSA DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA

MARCELO MARTINS P. FILHO, MARIA LETICIA LEAO LANA, FERNANDO AUGUSTO MEDEIROS CARRERA MACEDO, LUCAS FONSECA RODRIGUES, LUIZ RICARDO DE ATAIDE CASTRO E LUISA C.C. BRANT

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: A principal causa de síndrome coronariana aguda (SCA) é instabilidade de placa aterosclerótica, entretanto outras etiologias são descritas. Microfístulas coronarianas são anomalias congênitas raras que podem se apresentar como angina estável ou SCA. Relato do Caso: TDG, mulher, 63 anos, tabagista, hipertensa e diabética apresentou em 20/11/13 dor de caráter anginoso, por 30 minutos. Procurou atendimento já sem sintomas e com ECG que revelava hipertrofia de ventrículo esquerdo (VE) com padrão strain, sem alterações dinâmicas de ST. Foi instituído tratamento para SCA e transferência ao HC/UFMG em 24/11/13, onde a troponina foi 1,35ng/mL e o diagnóstico de SCA foi confirmado. A coronariografia revelou lesões discretas em CD e DA, além de microfístulas em coronária esquerda para VE. Ao ecocardiograma, observou-se hipertrofia de VE, principalmente em região apical, ausência de déficits segmentares e FE 63% - compatível com cardiopatia hipertrófica apical. Optou-se por tratamento clínico com AAS e estatina. Paciente não apresentou intercorrências e recebeu alta em 28/11/13 com proposta de realizar cintilografia miocárdica (CM). **Discussão:** Existem poucos dados na literatura sobre a história natural, prognóstico e tratamento das fistulas coronárias, anomalia que pode causar sobrecarga de câmaras cardíacas. O conhecimento atual advém de relatos e séries de casos. A incidência de fistulas coronário-camerais relatada em estudo que avaliou 14708 pacientes submetidos à coronariografia foi de 0,8%; 63% mulheres. A maior série sobre fistulas coronárias descreve 243 casos, dos quais apenas 24 se tratavam de microfístulas, a maioria para o VE. A associação de microfístulas com cardiopatia hipertrófica apical foi descrita em 4 casos. Todos os pacientes descritos receberam tratamento clínico, sendo que β -bloqueadores foram utilizados em 14 dos 24 pacientes. A nossa paciente, devido a sintomas de hipotensão postural, não tolerou a droga e é preciso pontuar que, devido ao fato do enchimento coronariano ocorrer na diástole e o β -bloqueador prolongar este período, o benefício destas drogas nesse contexto é incerto. **Conclusão:** Relatamos caso de SCA possivelmente causada por microfístulas coronário-camerais. Pouco sabemos sobre a fisiopatologia, o prognóstico e o melhor tratamento para essa anomalia. A possível relação de microfístulas coronário-camerais com cardiopatia hipertrófica apical deve ser elucidada.

37178

MIECTOMIA SEPTAL E PLASTIA MITRAL VIA ÁTRIO ESQUERDO PARA TRATAMENTO DA CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA OBSTRUTIVA: RELATO DE CASO

MARCELO BRAGA IVO, LUIZ CLAUDIO MOREIRA LIMA, ERNESTO LENTZ DA SILVEIRA MONTEIRO, RODRIGO DE CASTRO BERNARDES, ROBERTO LUIZ MARINO, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, PEDRO ROUSSEFF E FERNANDO ANTONIO ROQUETE REIS FILHO

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: Pacientes com cardiomiopatia hipertrófica em sua forma septal assimétrica obstrutiva sintomática (CMHO) são manejados com medicamentos e eventualmente alcoólização septal. Em alguns casos a obstrução da via de saída é agravada por defeitos da valva mitral (movimento sistólico anterior - SAM), além de poder cursar com insuficiência mitral grave (IM), o que agrava os sintomas. Apesar de ser considerado padrão ouro, o tratamento cirúrgico (miectomia septal) é pouco realizado, mas tem indicação absoluta quando insuficiência mitral grave e SAM estão associados. **MÉTODOS:** Paciente feminina de 29 anos, ICC classe IV, portadora de CMHO (septo: 21mm, gradiente da via de saída: 125mmHg) e regurgitação mitral grave, refratária a tratamento medicamentoso. Encaminhada para tratamento cirúrgico, quando foi realizada a ressecção do septo por via atrial esquerda, associada a plastia mitral por alongamento do folheto anterior e anuloplastia com anel semiflexível fechado (PHYSIO II EDWARDS). **RESULTADO:** A paciente evoluiu com necessidade de aminas no pós-operatório imediato e cursou com bloqueio AV total, tendo sido implantado MP DDD definitivo. O ECO após a alta hospitalar evidenciou melhora do angustamento da via de saída do VE, sem gradiente de obstrução dinâmica em repouso e durante manobra de Valsalva, além de resolução da insuficiência mitral. A paciente apresentou episódios de TPSV que necessitaram de internação e tratamento medicamentoso, mas atualmente está em controle ambulatorial e encontra-se em classe II. **CONCLUSÃO:** O tratamento cirúrgico foi capaz de ressecar precisamente o excesso de músculo septal, além de corrigir o defeito da valva mitral que causava IM grave e SAM, alcançando um excelente resultado, demonstrado pelo ECO pela ausência de gradiente em repouso e com manobra de Valsalva. O BAV total foi uma complicação importante, mas o implante de MP, com o eletrodo na ponta do VD, pode até ter otimizado o resultado. Nós acreditamos que paciente portadores de CMHO, com IM e SAM deve ser tratados por esta técnica.

37179

RELATO DE CASO: ENDOMIOCARDIOFIBROSE - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO.

LUIZ FELIPE CARVALHO LOPES, E MAYARA LEISLY LOPES ROCHA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - FUNORTE, MONTES CLAROS, MG, BRASIL.

A endomiocardiofibrose é uma cardiomiopatia rara, apresentada como de característica maligna, com alta morbimortalidade. Com patogênese ainda não esclarecida, tem-se formação de fibrose no endocárdio que pode se estender ao miocárdio. A fibrose pode acometer os músculos papilares e levar à insuficiência das valvas atrioventriculares, sem acometimento das cúspides. Pela sua característica clínica de doença restritiva, seus portadores, normalmente, apresentam quadro de Insuficiência Cardíaca (IC) Congestiva refratária. Manifesta-se, também, por ascite desproporcional ao edema periférico, sendo, nesses casos, difícil o controle clínico e baixa resposta aos diuréticos. Seu diagnóstico necessita investigação minuciosa, envolvendo a história clínica do paciente e exames complementares. Os achados ecocardiográficos são importantes e indicam espessamento do ápex, com hipocogenicidade do endocárdio e da câmara de entrada de um ou ambos os ventrículos; regurgitação valvular quando são envolvidos o aparelho valvular. O volume ventricular pode diminuir com padrão de enchimento restritivo, geralmente com função ventricular sistólica preservada e dilatação auricular. A ressonância magnética do coração permite um estudo funcional e anatômico, e a caracterização tecidual da doença, principalmente ao se usar contraste. É relatado o caso de uma paciente feminina, L.P.V., 36 anos, com quadro de IC, queixando-se dispnéia aos mínimos esforços, ascite e tosse seca. Há 6 anos vem sendo internada frequentemente com o mesmo quadro. Fora realizado ecodopplercardiograma que demonstrou aumento biatrial, relaxamento diastólico anormal do Ventrículo Esquerdo (VE), insuficiência mitral e tricúspide leves e obliteração de ápex de VD, típico da patologia. À cineangiografografia não se encontraram lesões obstrutivas e o VE exibiu hipocinesia moderada em parede lateral. A ressonância magnética do coração orientou o diagnóstico ao demonstrar áreas de fibrose no segmento apical e no segmento médio da parede inferior e infero-septal. As agudizações do quadro vêm recebendo tratamento clínico sintomático e o caso será discutido com a equipe cirúrgica.



37181

ANEURISMA SUBTRICUSPIDE E SUBMITRAL EM DOENÇA DE CHAGAS

SHEILA P PARREIRA, ANA CLÁUDIA DE PAULA FÁRIA, NOEMIA DA COSTA, LINES F PERIGOLO, FLÁVIA S G MACHADO, THIAGO VENUTO, MICHELLE M S COSTA, RAFAEL M RAMOS, EVARISTO MACHADO NETO, MARIANA N F RODRIGUES E ORESTES R VILEFORT

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

Introdução: O aneurisma do VE, de localização subvalvar mitral, descrito, inicialmente, em 1812 por Corvisart, é uma afecção rara, de etiologia não definida, sendo que a maioria dos casos descritos acomete jovens da raça negra de procedência africana. A distribuição étnica favorece a possibilidade congênita, como etiologia, embora seja difícil sua comprovação. No presente caso, a provável etiologia chagásica e a disfunção sistólica do VE podem ter sido o substrato para o desenvolvimento de taquicardia ventricular. **Discussão de caso:** Embora seja de etiologia desconhecida, pode ser de origem congênita ou ter causas como: doenças inflamatórias, infecciosas ou traumáticas, com destaque para endocardite infecciosa, miocardites viróticas, doença de Chagas, tuberculose, sífilis, febre reumática e arterite. Clinicamente, caracteriza-se por sintomas de insuficiência cardíaca (IC) e angina pectoris. Os aneurismas podem apresentar trombos em seu interior, porém a embolização sistêmica é incomum, provavelmente por a maioria deles, apresentar colo pequeno. **Relato de Caso:** Masculino, negro, 79 anos, sabidamente portador de miocardiopatia chagásica, fibrilação atrial permanente e tabagista em atividade. Apresentou quadro de dispnéia, aos mínimos esforços, súbita. Procurou atendimento médico. Ao Eletrocardiograma (ECG): Taquicardia Ventricular Monomórfica. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica. Transferido para o CTI, com relato de presença de arritmias ventriculares recorrentes refratária ao tratamento clínico. ECG: BAV2: 1 e BRD. Ecocardiograma evidenciou miocardiopatia dilatada, fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 31%, Regurgitação Mitral e RT importantes, RAO leve, dilatação da aorta ascendente (44mm), aneurismas vorticilar, subvalvar mitral e tricúspide. Holter evidenciou extrasístoles ventriculares frequentes isoladas e pareadas, episódios de fibrilação atrial paroxística, ritmo junctional, BAV 2: 1 e BAVT. No relato acima, optamos por tratamento com implante de CDI como prevenção secundária da morte súbita. Contudo, enquanto paciente aguardava a liberação do implante de CDI, teve morte súbita. **Conclusão:** O Aneurisma subvalvar mitral é causa rara de IC e angina pectoris com implicações prognósticas específicas, apesar disso deve ser sempre interrogada quando se pesquisa a etiologia da IC, principalmente em adulto jovens.

37182

ANOMALIA DE EBSTEIN: UM CASO COM EVOLUÇÃO AGUDA

TAIZA DE C C DIAMANTINO, ADRIANA C DIAMANTINO, LUCIANA C DIAMANTINO, GUSTAVO M SOARES, NOASSES N DIAMANTINO, JOSE C M FILHO E TIAGO A S COELHO

IRMANDADE NOSSA SENHORA DAS MERCÊS DE MONTES CLAROS, MONTES CLAROS, MG, BRASIL - FACULDADES INTERGRADAS PITÁGORAS, MONTES CLAROS, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A anomalia de Ebstein é uma forma pouco freqüente de cardiopatia congênita, com incidência aproximada de 0,5% de todas as malformações cardíacas. Por ser variável a severidade da alteração anatômica, também variável é o curso clínico da doença, num espectro que abrange desde manifestações leves com início na idade adulta até insuficiência cardíaca intra-útero. Este relato de caso refere-se a uma escolar portadora de Anomalia de Ebstein que apresentou um quadro recente de insuficiência cardíaca descompensada, chamando a atenção para a inclusão desta patologia no diagnóstico diferencial de insuficiência cardíaca de início precoce.

RELATO DE CASO: LSS, 10 anos, feminina, indígena, assintomática até há 10 dias, apresentou dispnéia progressiva, edema ascendente de membros inferiores e distensão abdominal, que iniciaram após episódio de gastroenterite. Referia piora progressiva e rápida dos sintomas. Na admissão apresentava acentuada anasarca, dispnéia em repouso, acianótica e boa perfusão periférica. Pressão arterial de 120/80 mmHg, taquicardia (150 bpm), temperatura axilar de 36,7°C. Pulsos cheios e simétricos. Ausculta cardíaca com ritmo regular, em 3 tempos (B3). Presença de sopro holossistólico (IV/VI) em borda esternal esquerda inferior. Ictus visível e palpável no 5º espaço intercostal esquerdo na linha hemiclavicular. Presença de estase jugular a 45°. Refluxo hepatojugular presente. Presença de taquipnéia (45 irpm), ortopnéia e tosse seca. Murmúro vesicular e frêmito toraco-vocal diminuídos em base de hemitórax direito e presença de crepitações difusas bilateralmente. Abdome globoso, presença de ascite e hepatomegalia acentuada, dolorosa, a 5 cm do rebordo costal direito na linha hemiclavicular, com bordos regulares e superfície lisa. Rx tórax: aumento global da área cardíaca. Índice cardiotorácico: 0,65. Sinais de congestão hilar e derrame pleural leve à direita. Eletrocardiograma: ritmo sinusal, PRI curto, onda Delta, sobrecarga atrial direita. Ausência de vetores de ventrículo direito. Ecocardiograma: Anomalia de Ebstein. A paciente foi medicada com furosemida, dobutamina, espironolactona e hidroclorotiazida, com rápida melhora dos sintomas. A mesma está em classe funcional II (NYHA), em uso de espironolactona e furosemida. Na condução posterior, a paciente foi encaminhada para correção cirúrgica.

37185

CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA APICAL: DOENÇA DE YAMAGUCHI RELATO DE CASO EM PACIENTE NÃO ASIÁTICO

ANA CLÁUDIA DE PAULA FÁRIA, NOEMIA DA COSTA, SHEILA P PARREIRA, FLÁVIA S G MACHADO, THIAGO VENUTO, EVARISTO MACHADO NETO, MARIANA NATÁLIA FERREIRA RODRIGUES, ORESTES RODRIGUES VILEFORT, RAFAEL MENDES RAMOS, MICHELLE MARIA SALES COSTA E FLAVIANA ESTHER COIMBRA SILVA

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

Introdução: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é a doença cardíaca monogênica mais comum na população geral, atingindo aproximadamente 1:500. Diferentes subtipos da doença estão presentes na população geral, forma septal assimétrica, médio ventricular, apical; esta última muito comum em asiáticos, podendo atingir até 40% desta população; porém, corresponde a apenas 3-10% dos casos de CMH no ocidente, aproximadamente 0,02% da população geral. Esta forma acomete a ponta do ventrículo esquerdo, sendo caracterizada pela presença de ondas T gigantes (>10mm) nas derivações precordiais. Em populações não japonesas tem se encontrado o mesmo padrão, entretanto em alguns casos a amplitude da onda T é menos pronunciada (<10 mm), sendo importante diagnóstico diferencial para casos de angina e/ou síndrome coronariana aguda. **Relato De Caso:** Paciente J.P.F.Jr, 57 anos, pardo, hipertenso, ex tabagista, ex etilista, solteiro, com relato de diminuição da tolerância aos exercícios, progredindo com piora dos sintomas quando iniciou quadro de precordialgia recorrente. Relata piora progressiva da dor, apresentada tipo queimação, irradiada para membro superior e inferior esquerdo e associando a dispnéia aos mínimos esforços, ortopnéia e dispnéia paroxística noturna. Admitido em Pronto Atendimento e iniciado tratamento antianginoso, sendo encaminhado à unidade coronariana, onde foi estratificado como Timi Risk: 2, mantendo posteriormente antiarrítmico e com estabilidade clínica. O eletrocardiograma apresentava alterações de repolarização associado a sinais de hipertrofia ventricular, onde onda S V1 + R V5 >35mm. Levado a estudo invasivo precoce, não se identificou lesões significativas em coronárias, e à ventriculografia observou-se, na posição oblíqua anterior direita, imagem em naipe de espada, formato típico da hipertrofia apical, da cardiomiopatia hipertrófica. **Conclusão:** Em se tratando de cardiomiopatia hipertrófica é a doença cardíaca genética monogênica mais comum na população geral. Sua apresentação clínica tem grande variedade de sintomas, podendo ser assintomática ou apresentar-se com sintomas de insuficiência cardíaca e/ou angina. Assim a CMH deve sempre ser lembrada como diagnóstico diferencial em casos de síndrome coronariana, onde não se evidenciava lesões coronarianas ao cateterismo cardíaco.

37188

A IMPORTÂNCIA DA RESSONÂNCIA CARDÍACA NO DIAGNÓSTICO DA DOR TORÁCICA DE ADULTOS JOVENS

BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, HENRIQUE DE MATOS BALMANT BERBERT, JUAN DOMINGUES CESARIO, ERICALEITE AVELINO PEREIRA, ERISON COSTA MACHADO, ROBERTA DE ALVARENGA BATISTA, RODOLFO COSTA ENGEL, CRISTIANO ALVARENGA ROCHA, MARCOS ANTONIO MARINO, WALTER RABELO E ROBERTO LUIZ MARINO

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: Em torno de 60 a 80% dos eletrocardiogramas (ECG) iniciais dos pacientes que se apresentam nas unidades de emergência podem mostrar elevação do segmento ST por causas diversas e também podem apresentar alterações inespecíficas que não possibilitam o diagnóstico etiológico. A ressonância magnética cardíaca (RMC) é um método não invasivo que identifica áreas de inflamação, fibrose, injúria, distinguindo entre as diferentes etiologias. Relatamos dois casos de adultos jovens que se apresentaram no pronto-atendimento com quadro de dor torácica, alterações de ECG e MNM nos quais a RMC foi crucial para o diagnóstico. **Caso 1:** Paciente de 45 anos, sexo masculino, portador de hipertrigliceridemia com controle dietético iniciou quadro de epigastria intensa não relacionada com alimentação, procurando atendimento em nosso serviço com delta de T de 50 minutos. ECG supra ST em DII, DIII, aVF, V7 e V8 e infra ST em V1 e V2. Cateterismo (cate): coronárias sem obstrução e ventriculografia normal. Troponina I: 3,41/12,6/20/15,6; Ckmassa: 8,4/14,8/50,4/14,8; ecocardiograma: ventrículo esquerdo (VE) sem alterações com função normal. Revisto caso, paciente informou que cinco dias antes, iniciou com quadro de mialgia intensa, febre e odinofagia e na admissão se encontrava afebril. Solicitado PCR 52, VHS 18 e leucócitos 10.230 sem desvio. Realizado RMC que mostrou múltiplas áreas de realce tardio, sugerindo miocardite. Recebeu alta sem medicações para controle ambulatorial e irá repetir a RMC em três meses. **Caso 2:** Paciente de 34 anos, sexo masculino, sobrepeso, tabagista, procurou atendimento com quadro de desconforto torácico atípico há 15 dias. Relato de quadro gripal prévio, afebril na admissão, ECG com inversão de T em D III e aVF, PCR= 52, leucócitos 12.600 sem desvio, troponina I: 3,06/ 2,77/6,15/1,55, Ckmassa: 17,2/14,9/9,0/2,6 e ecocardiograma: VE com função sistólica normal, FEVE=68%. Feito diagnóstico de miocardite e solicitado RMC que mostrou hipocinesia global difusa com fibrose/necrose do tipo subendocárdica em torno 25% na parede inferior, território da coronária direita. Realizou cate que mostrou coronária direita ocluída com trombos e colaterais e submetido à angioplastia com implante de stent convencional. Recebeu alta estável com antiplaquetários. **Conclusão:** A RMC é indicada nos pacientes com dor torácica, MNM elevados e coronárias sem obstrução, sendo capaz de evidenciar as diferentes causas, auxiliando no diagnóstico.



37192

FIBRILAÇÃO ATRIAL EM PACIENTE JOVEM COM SÍNDROME DE WOLF-PARKINSON-WHITE NA SALA DE EMERGÊNCIA – RELATO DE CASO

LAIS LIMA NASCIMENTO, AMORINO COUTO SILVA JUNIOR, JOAO PAULO DE CASTRO BARBOSA, RAFAEL DA MOTA MARIANP, ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO, GUSTAVO FONSECA WERNER E RODRIGO VIANA DE PAIVA

HOSPITAL LIFECENTER, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Homem, 31 anos, casado, natural de Belo Horizonte, pintor de veículos automotivos, hígido. Nega uso de drogas. Nega comorbidades atuais. Nos últimos dias antes da interação vinha evoluindo com desconforto epigástrico e palpitações taquicárdicas. Deu entrada no PS com exame físico mostrando PA= 120/90 mmHg, FC= 160 bpm, ausculta cardíaca com ritmo cardíaco irregular, bulhas normomórficas, pulsos arteriais amplos e assimétricos. Exames laboratoriais sem alterações. ECG evidenciava FA, QRS largo. Realizada cardioversão elétrica bipolar com 100J, após sedação com etomidato e posterior retorno ao ritmo sinusal. Monitorado no CTI Cardiovascular, evoluiu sem recorrência das arritmias. Ecocardiograma sem alterações. Holter: Ritmo de base sinusal, regular, com raros períodos de arritmia sinusal no sono; frequência cardíaca média de 72 bpm, intermitência de condução AV pelo NAV e por via acessória (WPW), que se processa com intervalo PR curto e onda delta. Submetido a estudo eletrofisiológico, que identificou via acessória para-hissiana. Realizada ablação da via acessória, com sucesso.

37195

SÍNDROME DE EISENMENGER POR CIA: RELATO DE CASO

LILIAN MARA NUNES MAIA, E JOSE REINALDO DE OLIVEIRA JUNIOR

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VICOSA, VICOSA, MG, BRASIL.

Introdução: A Síndrome de Eisenmenger caracteriza-se pela elevação da pressão pulmonar a níveis sistêmicos, causada pelo aumento da resistência vascular pulmonar, com shunt reverso direita-esquerda ou bidirecional através de um grande defeito congênito, intra ou extracardíaco, não reparado. Pode ser multifatorial, sendo a Comunicação Interatrial (CIA) uma de suas causas. **Objetivo:** Apresentar o caso de uma paciente portadora de CIA não tratada que evoluiu com Síndrome de Eisenmenger. **Relato de Caso:** Paciente M.A.C. 48 anos, sexo feminino, apresentou-se ao serviço de cardiologia com queixa de dispnéia evolutiva grave, grau IV, ascite volumosa e edema em membros inferiores ++/4+. Relata estar em uso de Furosemida, Espironolactona, Carvedilol, Digoxina e Marevan. Diagnosticada com CIA há 14 anos. Realizado ecocardiograma, e evidenciados: CIA tipo ostium secundum, insuficiência cardíaca importante e caracterizada Síndrome de Eisenmenger. Paciente foi encaminhada ao serviço especializado para avaliação de transplante duplo: coração-pulmão. **Discussão:** A fisiopatologia do depende basicamente da extensão do diâmetro e das propriedades de enchimento relativos ventriculares. A sintomatologia causada pela doença inicia-se, em geral, na terceira década de vida, com progressiva dispnéia ao esforços, arritmias supraventriculares, podendo culminar em insuficiência cardíaca congestiva e hipertensão pulmonar. As intervenções são indicadas na presença de alterações hemodinâmicas significativas, com $Qp/Qs > 1,5$ ou sobrecarga de volume ventricular direito; pacientes com hipertensão pulmonar caracterizada por pressão artéria pulmonar $> 2/3$ pressão arterial sistêmica ou resistência artéria pulmonar $> 2/3$ resistência artéria sistêmica, tem indicação de fechamento se existir shunt esquerda-direita de pelo menos 1,5:1,0 ou evidência de reatividade de artéria pulmonar com uso de vasodilatadores pulmonares. O desenvolvimento da Síndrome de Eisenmenger pode ocorrer como consequência do não tratamento do shunt esquerda-direita. A presença de hipoxemia severa ou insuficiência cardíaca congestiva é indicação de transplante pulmonar com reparo do defeito cardíaco, ou transplante coração-pulmão. **Conclusão:** O adequado manejo de pacientes com CIA e outras cardiopatias congênicas podem prevenir complicações potencialmente fatais, como a síndrome de Eisenmenger.

37199

ACHADOS ECOCARDIOGRÁFICOS E FUNÇÃO VENTRICULAR ESQUERDA EM CENTENÁRIOS

ANA PAULA DE CLAUDIA FARIA, NOEMIA DA COSTA, BRUNA FERNANDA GOMES DE
MORAIS, LIGIA ARANTES NEVES DE ABREU, LEONARDO ANTUNES MESQUITA, JOSÉ
CARLOS DOMINGUES JÚNIOR, GLAUCO FRANCO SANTANA, SILAMAR BREDER DE
SOUZA, JOSE CARLOS DA COSTA ZANON, ODILON GARIGLIO ALVARENGA DE FREITAS

MINASCOR CENTRO MÉDICO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL - SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, mas nos devemos nos preparar para enfrentá-lo e atingir sucesso em todos os níveis de cuidados para os idosos. São poucos os relatos e séries de casos levantando os achados ecocardiográficos em centenários e suas correlações. **Método:** Estudo transversal descritivo de indivíduos com 100 ou mais anos, que realizaram estudo ecodopplercardiográfico e mapeamento de fluxos a cores entre março de 2006 e abril de 2014. Obtidas as imagens pelas janelas parasternal, apical, subcostal e supraesternal; decúbito lateral esquerdo e dorsal. Análise estatística: variáveis quantitativas expressas em valores médios e desvio padrão (DP); qualitativas ou categóricas em frequências absolutas e relativas. Utilizado IBM SPSS versão 19. Resultados: avaliado exame 05 indivíduos (4 mulheres) com idade média 101,8 $\pm$ 1,79. Tabela 1 apresenta dados clínicos e parâmetros estruturais. Parâmetros descritivos apresentando disfunção diastólica leve em 4 pacientes, hipertrofia ventricular esquerda em 2 (leve / moderada). Conclusões: nos centenários estudados, a função sistólica ventricular esquerda encontrava-se dentro dos parâmetros normais, a maioria têm sinais de disfunção diastólica leve mas sem valvopatias significativas.

Candidate	Run-1	Run-2	Run-3	Run-4	Run-5	Results	ED
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Adam	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
Paul	500	100	100	50	20	10,000	10,000
David	100	100	100	100	100	10,000	10,000
Michael	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100
John	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	100,000	100

37200

RELATO DE CASO: MANIFESTAÇÃO INCOMUM DE ENDOCARDITE INFECCIOSA

GUILHERME BENFAT TI OLIVATO, FERNANDO ROBERTO DE FAZZIO, MARCUS VINICIUS BURATO GAZ, JOSE LEUDO XAVIER JUNIOR, THAIS JULIANO GARCIA TOSTA, DANIEL RENATO GONCALVES DUARTE, FONSECA, FABIO S F R, RENATO MADURO PEREIRA, LUCAS MOTA SUMAN, TULIO TORRES VARGAS E PAULO DE LARA LAVITOLA

INSTITUTO DO CORAÇÃO - INCOR - HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL - FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ, ITAJUBÁ, MG, BRASIL.

Introdução: A espondilodiscite infecciosa(EPI) é um processo inflamatório que envolve disco e vértebras adjacentes, podendo acometer tecido paravertebral. A infecção pode ocorrer através de via hematológica a partir de um foco, por contiguidade ou procedimentos locais. **Relato:** ATL, feminina, 54 anos, internada na Unidade de Terapia Intensiva por choque misto (cardiogênico e séptico, devido colicite aguda). A paciente alegava como antecedente patológico cardiomiopatia dilatada grave, presumivelmente hipertensiva. Após 10 dias houve reversão inicial do choque e tratamento clínico da colicite aguda, evoluiu com Endocardite infecciosa (EI)por *Staphylococcus aureus*, secundária a infecção por cateter inserido em veia femoral direita, recebendo até agora antibiótico terapia por 6 semanas e compensação clínica. Foi reinternada com quadro clínico de dor lombar incapacitante, sem história de trauma e insuficiência cardíaca aguda. O diagnóstico de EPI foi confirmado através da radiografia de tórax em perfil e ressonância magnética. A paciente foi submetida a novo ciclo de 6 semanas de antibiótico terapia e evoluiu com graves limitações à locomoção consequentes ao acometimento vertebral de T12 - L1. Recebeu alta hospitalar após estabilização do tratamento clínico e evoluiu a óbito após 3 semanas por choque cardiogênico. **Discussão:** A EPI deve ser investigada radiologicamente em todos pacientes com EI e lombalgia. Já os pacientes com EPI devem ser investigados para endocardite quando apresentarem lesão valvar predisponente. Dentre os parâmetros laboratoriais, a velocidade de hemossedimentação é útil no diagnóstico das espondilodiscites sépticas, devendo ser interpretada conjuntamente com o quadro clínico e alterações neuro-radiológicas. **Conclusão:** Devido à evolução clínica insidiosa e elevada taxa de morbimortalidade associadas à falha diagnóstica e atraso no início da instituição terapêutica da EPI, faz-se necessária uma investigação detalhada com exames complementares, sobretudo exames de imagem e provas inflamatórias. É importante ressaltar que cerca de 20% a 45% dos pacientes com endocardite bacteriana têm sintomas musculoesqueléticos, porém apenas 0 a 2% desses pacientes apresentam EPI.



37201

TROMBOSE AGUDA DE STENT

RAFAEL DA MOTA MARIANP, JOAO PAULO DE CASTRO BARBOSA, AMORINO COUTO SILVA JUNIOR, LAIS LIMA NASCIMENTO, RODRIGO VIANA DE PAIVA, ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO E GUSTAVO FONSECA WERNER

HOSPITAL LIFECENTER, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Paciente masculino, 36 anos, com antecedentes de tabagismo, e história familiar precoce para doença coronariana. Deu entrada no Pronto Atendimento com quadro de precordialgia típica e intensa de início há cerca de 01 hora associado a sudorese e dispnéia. Eletrocardiograma da entrada evidenciava Supra-ST anterior extenso. Iniciado tratamento farmacológico para SCA e encaminhado ao serviço de hemodinâmica onde deu entrada com Delta tempo de aproximadamente 40 minutos de dor. Evidenciado oclusão total de 1 ramo diagonal em seu 1/3 proximal, com trombo intraluminal e lesão grave (90%) em terço médio de ramo VP da coronária direita. Realizado angioplastia primária, com trombectomia adjuvante e implante de Stent farmacológico em 1/3 proximal de 1 diagonal com sucesso. Restaurado fluxo arterial TIMI III. A pós 3 horas, recorreu com precordialgia típica e novo supra-st em parede anterior. Nova coronariografia de urgência com evidência de TAS em primeiro ramo diagonal de DA e realizado angioplastia com balão e aspiração de trombos intraluminais, com melhora completa dos sintomas. Recebeu alta 05 dias após o evento agudo em Classe Funcional I de NYHA e em KILLIP I.

37203

ENDARTERITE INFECCIOSA SUBAGUDA DE CANAL ARTERIAL SORONEGATIVA: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

GUILHERME BENFATTI OLIVATO, FERNANDO ROBERTO DE FAZZIO, MARCUS VINICIUS BURATO GAZ, JOSE LEUDO XAVIER JUNIOR, THAIS JULIANO GARCIA TOSTA, DANIEL RENATO GONCALVES DUARTE, LUCAS MOTASUMAN, SILVIO DELFINI GUERRA, MARCELO ANDRADE TEIXEIRA BRAGA, TULIO TORRES VARGAS E NANA MIURA IKARI

INSTITUTO DO CORAÇÃO - INCOR - HCFMUSP, SÃO PAULO, MG, BRASIL - FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ, ITAJUBÁ, MG, BRASIL.

Relato: Paciente APS 19 anos, feminina, em seguimento ambulatorial por diagnóstico de persistência do canal arterial (PCA), em programação de correção cirúrgica, procurou pronto-socorro apresentando episódios de febre afebrida há 2 semanas, astenia e fadiga. Investigação adicional mostrou pancitopenia e hepatoesplenomegalia. Solicitado ecocardiograma transtorácico mostrando perturbo do canal arterial espessado com imagem hiperrefringente, móvel, de aspecto filiforme, pediculada medindo 13mm de comprimento, na topografia do canal arterial, aderida à extremidade pulmonar. Solicitadas três pares de hemoculturas sem crescimento bacteriano detectável. Paciente internada para investigação e tratamento de provável endarterite infecciosa subaguda de canal arterial soronegativa, sendo solicitadas pesquisas por imunofluorescência indireta para bartonella sp, com resultado positivo. Paciente internada para tratamento com antibióticos e programação de cirurgia para correção de PCA, sendo iniciados penicilina cristalina e gentamicina endovenosas. Durante internação apresentou embolização pulmonar séptica sintomática, seguida por cirurgia de urgência para correção de PCA. Evolução favorável com alta após término de tratamento medicamentoso por 28 dias, em persistência do canal arterial.

Discussão: Apresentamos um relato de caso inédito de Endarterite infecciosa por bartonella sp. em PCA. Não há relatos na literatura nacional de endarterites de canal arterial causadas por tal bactéria. Uma vez que dificilmente esse diagnóstico é considerado no início da investigação, deve-se solicitar pesquisa de bartonella sp. em todos os casos de endocardites e endarterites infecciosas de PCA com hemoculturas negativas, uma vez que a prevalência deste micro-organismo tem sido crescente no Brasil.

37204

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CARDÍACA VERSUS DOPPLERECARDIOGRAFIA NO CÁLCULO DE VOLUMES REGURGITANTES NA INSUFICIÊNCIA MITRAL. ES-TUDO COMPARATIVO.

TELEMACO LUIZ DA SILVA JUNIOR, BENEDITO CARLOS MACIEL E ANTONIO PAZIN FILHO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL - CARDIO DIAGNOSIS, UBERLÂNDIA, MG, CABO VERDE.

A gravidade da insuficiência mitral (IM) baseia-se na quantificação do volume regurgitante (VR). Grande parte dos estudos utilizaram a ventriculografia biplanar constrastada e medidas do débito cardíaco como padrão-ouro para cálculo do VR. A Ressonância Magnética Cardíaca (RMC) tem o potencial para ser o padrão-ouro não invasivo, mas ainda é pouco disponível. A identificação de técnicas de Dopplerecardiografia (DEC) capazes de estimar com precisão o VR quando cotejadas com uma referência pode permitir melhor acompanhamento clínico por ser método amplamente disponível. Métodos: 82 portadores de IM pura clinicamente estáveis foram avaliados com DEC e RMC com intervalo máximo 30 dias. Foram obtidas os VR mitrais por meio da técnica de PISA (VR-PISA) e pela equação de continuidade (VR-EC) na DEC e pela técnica direta (VR-DIR) e indireta (VR-IND) na RMC. Análise estatística paramétrica. Resultados: Houve correlação estatisticamente significante entre todas as variáveis ($P < 0,001$): VR-PISA vs VR-IND = 0,85; VR-PISA vs VR-DIR = 0,79; VR-EC vs VR-DIR = 0,81; VR-EC vs VR-IND = 0,85. A DEC superestimou o VR de modo significante ($P < 0,001$) comparativamente VR-DIR (10,1ml para VR-PISA e 17,6ml para VR-EC), mas foi semelhante quando comparou-se VR-PISA e VR-IND (+1,1ml; $P = 0,61$). Para VR-EC, a superestimação em relação ao VR-IND foi menor (7,5ml), mas significante ($P < 0,001$). Conclusão: Apesar da quantificação do VR mitral obtida com a DEC correlacionar-se com as medidas oriundas da RMC, esta tende a superestimar o VR.

37205

MIOCARDITE AGUDA SIMULANDO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNIVELAMENTO DO SEGMENTO ST: RELATO DE CASO

GUILHERME BENFATTI OLIVATO, FERNANDO ROBERTO DE FAZZIO, MARCUS VINICIUS BURATO GAZ, BRUNO GIGLIO BETELONI, MAUY MANA, ANDRIO ROSSI MARCELINO, DANIEL RENATO GONCALVES DUARTE, DOUGLAS MAIA DE CARVALHO, THAIS JULIANO GARCIA TOSTA, PAULO DE LARA LAVITOLA E TULIO TORRES VARGAS

INSTITUTO DO CORAÇÃO - INCOR - HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL - FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ, ITAJUBÁ, MG, BRASIL.

Relato de Caso: Paciente do sexo masculino, 26 anos, deu entrada no pronto atendimento referindo dor precordial, em aperto, de forte intensidade, com irradiação para dorso, melhorando com o decúbito ventral, acompanhado de febre e fadiga. Exame físico sem alterações. Solicitou-se radiografia de tórax pósterio-anterior, a qual evidenciou infiltrado bilateral perihilar e pequena condensação em base pulmonar direita. Foi realizado eletrocardiograma, o qual registrou supradesnívelamento de ST nas derivações lateral e lateral alta. O paciente foi medicado com tramadol. Solicitou-se enzimas cardíacas, as quais resultaram CK-MB 61 e troponina I reagentes. O paciente foi encaminhado para cineangiogramografia, a qual evidenciou circulações coronárias sem lesões obstrutivas e ventrículo esquerdo com hipocinesia difusa leve. Foi aventada hipótese diagnóstica de miocardite, pneumonia e H1N1, seguindo-se o tratamento empírico com ácido acetilsalicílico, levofloxacino, tamiflu, carvedilol, captopril, omeprazol e sinvastatina. O paciente foi encaminhado para Unidade de Terapia Intensiva. No dia seguinte, foi solicitado ecocardiograma transtorácico, o qual documentou hipocinesia leve de ventrículo esquerdo, fração de ejeção de 63%, sem atrito pericárdico. Foi realizada ressonância magnética do coração, a qual evidenciou hipocinesia mínima de ventrículo esquerdo em sua parede lateral com função global de ventrículo esquerdo compatíveis com diminutas áreas de necrose relacionadas à miocardite. Confirmada a hipótese diagnóstica iniciou-se o tratamento clínico para miocardite. Após melhora clínica, o paciente recebeu alta hospitalar com seguimento ambulatorial e remissão da dor precordial. Discussão: A lesão cardíaca pode se manifestar através de anormalidades eletrocardiográficas, que variam desde inversão da onda T e elevação do segmento ST até bloqueio de ramo, dependendo da região e da extensão do dano inflamatório. Neste caso, o ECG registrou supradesnívelamento de ST nas derivações lateral e lateral alta. Laboratorialmente, podem ser encontradas alterações na dosagem de CK-MB e troponina, pelo fato desta enfermidade apresentar infiltrados de células inflamatórias no miocárdio.

ÍNDICE REMISSIVO POR AUTOR E Nº DO TEMA



A

ABREU, A B P - 36855
ABREU, A C - 36855
ABREU, E P - 36855
ADELLE CRISTINE LIMA CARDOSO - 36840, 36856, 36864
ADRIANA C DIAMANTINO - 37182
ADRIANE BOTREL BARATTI - 36860, 37098, 37155
AGUIAR, JAIME O - 34710, 34913
ALANA GOMES NAZARETH - 36860, 37081
ALESSANDRA ROCHA LUZ - 36861, 36866, 36869
ALESSANDRO REIS - 36592, 36684
ALEXANDRE ANDRADE LEITE - 36794, 37108
ALEXANDRE HENRIQUE COBUCCI SANTANA - 36794, 37108
ALEXANDRE J. VON SPERLING VASCONCELLOS - 37172, 37183
ALICE DE PAULA FALCAO - 36819, 36826
ALICE MUSSI - 36828
ALINE DOS SANTOS NOGUEIRA - 36819
ALMEIDA, MARIA E - 36774
ALVES, HERIVELTON J S - 34913
AMANDA PEREIRA LIMA - 36876
AMORINO COUTO SILVA JUNIOR - 37192, 37201
ANA CAROLINA C. BOVENDORP - 36825
ANA CAROLINA CAMPI AZEVEDO - 36802
ANA CLÁUDIA DE PAULA FARIA - 37171, 37181, 37185, 37199
ANA CLAUDIA RICARTE DE CASTRO - 36829
ANA F L BELFORT - 35075
ANA GABRIELA OLIVEIRA DANTAS - 37126
ANA LUIZA RUSSO PIUZANA - 36858
ANA LUIZA SANT'ANA DE CARVALHO - 36863
ANA MACIEL RIBEIRO - 36833
ANA PAULA ALVES ANDRÉ - 36798
ANA PAULA CAMPOS ROCHA - 36655
ANA PAULA RABELO - 37086
ANDRÉ ASSIS LOPES DO CARMO - 37126
ANDRE GUALBERTO JAFETH ALVES - 36779, 36787, 37152, 37153, 37159
ANDRE OLIVEIRA NESIO - 37183, 37187
ANDRE PIRES ANTUNES - 36831
ANDRE RICARDO VALE RODRIGUES - 36852, 36857
ANDRE SCHMIDT - 37202
ANDREA TEIXEIRA DE CARVALHO - 36802
ANDREY DE BARROS ANTUNES - 36823
ANDRIO ROSSI MARCELINO - 37205
ANIELO ITAJUBA LEITE GRECO - 36351, 36352
ANNA ELISA MELO - 36838
ANTONIO CARLOS BOTELHO DA SILVA - 36819
ANTONIO CARLOS NEVES FERREIRA - 37177
ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO - 35075, 36806, 36823, 36825, 36831, 36832, 36833, 36863, 37086, 37174
ANTONIO PAZIN FILHO - 37202, 37204, 37206
ARI MANDIL - 37169
ARIANE VIEIRA SCARLATELLI MACEDO - 37159
ARIEL BUENO DA FONSECA - 36840, 36856, 36864
ARRUDA, F T - 36656
AUGUSTO LIMA FILHO - 36796
ÁVILA, EDUARDO N - 37164

B

B L PEREIRA - 36872
BACKER, SAVILLE B T - 37164
BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO - 36823, 36831, 36832, 36833, 36863, 36867, 36868, 36871, 36873, 36877, 37178, 37187, 37188
BARROSO, ANDRESSA O - 37164
BEATRIZ CARVALHO MARTINS BRANDÃO LEITE - 36775
BEATRIZ SANTOS CORDEIRO - 36879
BENEDITO CARLOS MACIEL - 37202, 37204, 37206
BERNARDO ARANTES NEVES DE ABREU - 34308
BRAULIO MUZZI RIBEIRO OLIVEIRA - 37162
BRAZ, VICTOR C O - 36882
BRENNER D M MOURA - 36841, 36870
BRUNA FERNANDA GOMES DE MORAIS - 34308, 37199
BRUNA MAIA RODRIGUES - 36812
BRUNA MORATORE DE VASCONCELLOS - 36997
BRUNO ALENCAR FONSECA - 36351, 36352
BRUNO GIGLIO BETELONI - 37205
BRUNO MALTEZ MIRAGLIA - 36806
BRUNO MENEZES SANTANA - 37126
BRUNO R NASCIMENTO - 35075, 36804, 36837, 36881, 37174
BRUNO REZENDE PASSOS - 37169
BRUNO VIDAL DE OLIVEIRA - 37152, 37153, 37159

C

C A R D VALLE - 36872
C S OLIVEIRA - 36872
CABRAL, F M - 36848
CABRAL, G G - 36855
CAMILA BERNARDES MENDES DE OLIVEIRA - 36812
CAMILA DAIBERT DIONÍSIO - 36775
CAMILA FREITAS DE SOUZA - 36828
CAMILA GONÇALVES FERREIRA - 36823
CAMILA KELLY PEREIRA - 36819, 36826
CAMPOS, GISELLA S - 37164
CARDOSO, MARIA P R - 36882
CARISI ANNE POLANCZYK - 36825
CARLOS AUGUSTO FORMIGA AREAS - 36838
CARLOS EDUARDO DE SOUZA MIRANDA - 37187
CARLOS HENRIQUE GARCEZ DE CARVALHO - 36655
CARMEN OLIVEIRA DE CARVALHO - 36840, 36856, 36864
CAROLINA COIMBRA MARINHO - 36798
CAROLINA R PARREIRA - 36636
CAROLINA SÁ NASCIMENTO DE PAULA DONDICI - 34290, 34637
CAROLINE ERIKA PEREIRA NAGANO - 36997
CELSA MARIA MOREIRA - 36860, 37098, 37155, 37161
CEZAR ALENCAR DE LIMA REZENDE - 36845
CHARLES SIMÃO FILHO - 37169
CHRISTIANE PIRES MAROTA - 36852, 36857
CINTIA PROVETI BARBOSA TURQUIA - 36825
CINTIA TATIANA ARAUJO GONTIJO - 36812
CLAUDIA MADEIRA MIRANDA - 37186, 37187
CLAUDIA MARIA VILAS FREIRE - 36845
CLAUDIO ALMEIDA PARRA - 37155
CLISTENES DA ROCHA PEÇANHA - 36819

ÍNDICE REMISSIVO POR AUTOR E Nº DO TEMA



COSTA, DANIELLE C P - 34913
COSTA, ESTELA M M - 35046
CRESCÊNCIO, J C - 36550
CRISTIANE FERREIRA MENDES - 36823
CRISTIANO ALVARENGA ROCHA - 37188
CRISTIANO DA SILVA SIMOES - 36667

D

D J PEREIRA - 36872
D ROBERTO ALVIM - 36852
DALADIÉ RODRIGUES PARREIRA - 36592, 36684
DANIEL ARAUJO MAROTTA - 36689, 36779, 36787
DANIEL PEREIRA DE ANDRADE - 36620, 36796, 36860, 37081, 37098, 37161
DANIEL RENATO GONCALVES DUARTE - 37200, 37203, 37205
DANIEL SILVA MORAES - 36813
DANIELA BARRETO LINARES - 36860, 37098
DANIELA LOPES GOMES - 36643, 36813, 36814
DANIELE CARVALHAIS FRANÇA - 36845
DANIELLE CHAVES PADILHA DA COSTA - 34710, 35046, 35071
DANILO C LEITE - 36684
DARIO ANTUNES SANTUCHI FILHO - 36826
DAYANE AMARAL MADUREIRA - 36837, 36881
DEBORA CAMARGOS DE LIMA - 36647
DÉBORA LORENA VASCONCELOS GONÇALVES - 36823
DÉBORA MAGALHÃES RIBEIRO - 37098
DEBORA MAGALHES DE SOUZA - 36860, 37081
DEBORAH ARRAES CASTELO BRANCO - 36803
DENIZE FERREIRA RIBEIRO - 37119, 37132
DIAS, EBERTHE F M - 36774, 36848
DIEERE ROBERTO ALVIM - 36857
DIEGO DUTRA DORNELES - 36803
DIOGO ARATAQUE - 37081, 37155, 37161
DIOGO C MARINHO - 37171
DORO, J - 36789
DOUGLAS KIND ELEUTERIO - 37161
DOUGLAS MAIA DE CARVALHO - 37205

E

E R ALVES - 36872
EBERTHE FERNANDO MEDEIROS DIAS - 36794, 37108
EDMUNDO C OLIVEIRA - 37168
EDUARDO BELISÁRIO FALQUETO - 36865, 37169
EDUARDO DA COSTA MARÇAL - 36798
EDUARDO PEREIRA BUENO - 36829
ELAINE MONTEIRO DE SOUSA - 35455
ELIAS ABDALLA SANTOS HOSNI - 36812
ELIZABETH NETTO - 36409, 36619
ELVIO TIAGO AZEVEDO - 37126
EMANUELLE CRISTINA FERREIRA GUEDES - 37161
EMILSON GERALDO VILARINO JUNIOR - 36794, 37108
ERIC BASSETTI SOARES - 36647

ERICA LEITE AVELINO PEREIRA - 36873, 37188
ERISON COSTA MACHADO - 36873, 37188
ERNESTO JOSÉ DE SOUZA SALLES - 34290
ERNESTO LENTZ DA SILVEIRA MONTEIRO - 37177, 37178, 37190, 37196
ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO - 37192, 37201
ESTEVEZ, P F C - 36681
EULARINO CHRISOSTOMO PATARO TEIXEIRA - 36655
EVARISTO MACHADO NETO - 37181, 37185
EVERALDO FRAGA CAMPOS - 36826
EVERTON ARANTES MELO - 36846, 36865

F

F B REIS - 36848
FABIANA JARJOUR - 36803
FABIANO BIANCHI - 36819, 36826
FÁBIO ÁVILA TÓFANI - 37169
FABIO LOURES PERALVA - 34637
FÁBIO MORATO CASTILHO - 36803, 37126
FÁBIO RIBEIRO PEDROZO DE PAULA - 36655
FABIO RODRIGUES DE ANDRADE - 36840, 36856, 36864
FABRICIO LAFETA COSTA - 36829
FABRICIO LUCAS DIPE PRATES - 36803
FAUSTINO VENDRAME FILHO - 37081
FELIPE HODGE CAPRIOTTI - 36840, 36856, 36864
FELIPE LOPES PRADO - 36614
FERNANDA CARVALHO FRANCO - 36841, 36870, 36882
FERNANDA ELEUTERIA OLIVEIRA - 36828
FERNANDA MENDES PINHEIRO COSTA - 36798
FERNANDA NOBRE TORRES - 37081, 37155, 37161
FERNANDO A M C MACEDO - 35075
FERNANDO ALVES PEREIRA JUNIOR - 37190, 37196
FERNANDO ANTONIO ROQUETE REIS FILHO - 36868, 37177, 37178, 37190, 37196
FERNANDO AUGUSTO MEDEIROS CARRERA MACEDO - 36807, 37173, 37174
FERNANDO ROBERTO DE FAZZIO - 37200, 37203, 37205
FERNANDO ROTATORI NOVAES - 36643
FILIPE REZENDE LOPES DE ALMEIDA - 37169
FILLIPE CAMPOS LOPES - 36860
FLÁVIA S G MACHADO - 37171, 37181, 37185
FLAVIANA ESTHER COIMBRA SILVA - 37171, 37185
FLAVIO ANTONIO DE OLIVEIRA SANTOS - 36689, 36779, 36787, 37152, 37153
FONSECA, A O - 36656
FONSECA, FABIO S F R - 37200
FORTUNATO FRANCO BORGES JUNIOR - 36620, 37098
FRANCISCO DAS CHAGAS LIMA E SILVA - 34308
FRANCISCO REZENDE SILVEIRA - 36655
FRANCISCO RODRIGUES DE SALES - 36791, 36801
FREDERICO PARAGUAI - 37162
FREITAS, H P - 36848
FREITAS, HELDER P - 36774
FURTADO, MARIANA S - 37164

ÍNDICE REMISSIVO POR AUTOR E Nº DO TEMA



G

GABRIEL T R PEREIRA - 35075
GABRIELA ASSUNCAO GOEBEL - 36804, 36807
GABRIELA DEL ROSARIO MARQUEZ SOSA - 36840, 36856, 36864
GABRIELE CRISTINE TEIXEIRA BITENCOURT - 36742, 36746
GEORGE LUIZ LINS MACHADO COELHO - 36798
GEORGIA SANTOS ARCANJO - 36831
GEORGIA XAVIER MENDES DE SOUZA - 35046, 35071
GEOVANE NOGUEIRA COELHO - 36592, 36684
GERALDO GUINOMAR ALCANTARA - 36643
GERSON MIRANDA - 36643, 36814
GIOVANI LUIZ DE SANTI - 36550
GISELLE SILVA BAIÃO - 36840, 36856, 36864
GLAUCO FRANCO SANTANA - 34308, 36592, 36684, 37199
GLEIDE ABADIA MARTINS - 35455
GRAZIELA C E SILVA - 36636
GRAZIELA FUMIE NOGATA - 36351, 36352
GUILHERME BENFATTI OLIVATO - 37200, 37203, 37205
GUILHERME FERRAZ MESSINA PADUA ANDRADE - 36803, 37126
GUILHERME HONORIO MOREIRA - 35046, 35071
GUILHERME RAFAEL SANT'ANNA ATHAYDE - 36804, 36881
GUSTAVO FIDELIS DA CRUZ CAMPOS - 36796
GUSTAVO FONSECA WERNER - 37192, 37201
GUSTAVO M SOARES - 37182

H

HANA E. VIEIRA - 37086
HEITOR HENRIQUE DA SILVA JUNIOR - 36803
HELDER PEREIRA DE FREITAS - 36794, 37108
HENDERSON BARBOSA PIMENTA - 36813
HENRIQUE AUGUSTO BECHO DE CAMPOS - 36796, 37183
HENRIQUE CANDIDO GONCALVES DE OLIVEIRA - 37081, 37161
HENRIQUE CARNEIRO GONTIJO - 36655
HENRIQUE DE MATOS BALMANT BERBERT - 36867, 36873, 37188
HENRIQUE HORTA PETRILLO - 35071
HENRIQUE SILVEIRA COSTA - 36807
HEREK D A S SANTANA - 36742, 36746
HERIVELTON JOSE DE SOUZA ALVES - 35046, 36624, 36631
HERNANDES, LUIZ G Z - 34710, 34913
HUDSON DUTRA REZENDE - 36826
HUGO WANDERLEY ALVES - 36819

I

IDALÓ, SAMIR - 36636
IGOR CARDOSO VECCHI - 36742, 36746
IGOR FERREIRA DE SALES - 37169
IGOR ROCHA BARROS - 36643, 36813, 36814
ILKA SANTOS BINS - 36349
IRIS ARIANE DE SOUZA CARVALHO - 37101
ISABEL GOMES NOGUEIRA VIEIRA - 35455
ISABELA CATA PRETA SOUZA - 36861, 36866
ISABELA GONÇALVES NOBRE - 36823
ISABELA LOPES BARBOSA - 36807
ISABELA LOPES TIAGO - 36796, 36860

ISABELA V CUNHA - 36636
ITAMAR TADEU GONCALVES CARDOSO - 36689, 36779, 36787
IVAN CESAR ABREU LANZA SANTOS - 37126
IVAN FERREIRA DE FREITAS - 36838
IZA CRISTIANE COSTA PAIVA - 37119
IZABEL CRISTINA LIMA SOUTO - 37170
IZABELLA RODRIGUES DE ARAÚJO - 36802

J

J G S AZEVEDO - 36872
JACYARA ADRIELLE BEZERRA LEITE DE SOUZA - 37101
JAIME OLIVEIRA AGUIAR - 35046, 35071, 36624
JAMIL ABDALLA SAAD - 37169
JOAO CARLOS BELO LISBOA DIAS - 35071
JOAO PAULO DE CASTRO BARBOSA - 37192, 37201
JOÃO PAULO MARTINS DE CASTRO - 37081, 37098, 37155, 37161
JOÃO PAULO SILVA ANDRADE - 36742, 36746
JOÃO R M NETO - 36841, 36870, 36882
JOAO VITOR DE JESUS ALVES - 36838
JORDAN VIEIRA DE OLIVEIRA - 37126
JOS LUCCA NETO - 36858, 37153
JOSE ALFREDO B CUNHA - 36870
JOSE C M FILHO - 37182
JOSE CARLOS DA COSTA ZANON - 34308, 37199
JOSÉ CARLOS DOMINGUES JÚNIOR - 37199
JOSÉ DONDICI FILHO - 34290, 34637
JOSÉ FERNANDO PORTUGAL HORTA - 36867
JOSE LEUDO XAVIER JUNIOR - 37200, 37203
JOSE LUIZ BARROS PENA - 37169
JOSE MARCIO RIBEIRO - 36838
JOSE OLINTO NATIVIDADE MILAGRE - 36592, 36684
JOSE REINALDO DE OLIVEIRA JUNIOR - 37195
JUAN DOMINGUES CESARIO - 36868, 36873, 37188
JULIA PEREIRA AFONSO DOS SANTOS - 36863
JULIANA DE CASSIA VAZ - 35046, 35071, 36624
JULIANA PAPATELLA ARAUJO - 36879
JULIANA RODRIGUES SOARES - 36804, 36837, 37126
JUNIOR, EMILSON G V - 36774, 36848
JUNIOR, J F F - 36656

K

KALIL YUNES NADUR - 36667
KARINA CINDY LADEIA DE OLIVEIRA - 36624, 36631
KELLY CRISTINA TORRES LEMES - 37119, 37132
KENIA EDMUNDA DAMASCENO ROCHA - 36643, 36813, 36814

L

L C FERNANDES - 36872
L M MACHADO - 36872
LAIS CAMPANA AVELINO - 36742, 36746
LAIS LIMA NASCIMENTO - 37192, 37201
LAÍS R. RIBEIRO - 37086
LARISSA ARAMUNI BAÍA - 37126

ÍNDICE REMISSIVO POR AUTOR E Nº DO TEMA



LARISSA RICARTE ALVES - 36829
LAURA ALVES DE SOUZA DIAS - 36804, 36881
LEAL, M G - 36656
LEANDRO AUGUSTO DE BARROS SILVA - 36791
LEANDRO B TICLE - 37168
LEANDRO OKUMURA - 36997
LEITE, SAULO R O - 36774, 36848
LEONARDO ANTUNES MESQUITA - 34308, 37199
LEONARDO GRECO MACHADO - 36620, 36796, 37098
LEOPOLDO DE FREITAS ARAÚJO - 36798
LIGIA ARANTES NEVES DE ABREU - 34308, 37199
LILIAN AZEVEDO DA SILVA - 36825
LILIAN MARA NUNES MAIA - 37195
LÍLIAN PEREIRA VERARDO - 36789
LINES FERREIRA PERIGOLO - 36828, 37181
LIVIA ARAUJO PEREIRA - 36846, 36865
LIVIA ROCHA DO VALLE - 36804
LOURDES F G GOMES - 36841, 36870, 36882
LUAN VIEIRA RODRIGUES - 36802
LUANA DA CUNHA TAVARES AMARAL - 36689, 36787
LUANA ISAIAS - 36775
LUANA LOPES DE TOLEDO - 36845
LUANNA CARLA CARVALHO MARTINS - 36812
LUCAS AMORIM CARVALHO - 36804, 36881
LUCAS CARVALHO DIAS - 36819, 36826
LUCAS EMMELS MALAQUIAS - 36829
LUCAS FONSECA RODRIGUES - 37173, 37174
LUCAS LODI JUNQUEIRA - 36804, 36806, 36837, 36881
LUCAS MOTA SUMAN - 37200, 37203
LUCAS NEVITON RODRIGUES DE ABREU - 36879
LUCAS RIBEIRO DE ALMEIDA - 37171
LUCAS RODRIGUES DA SILVA - 36831
LUCCA, LUCIANO L - 34710, 34913
LUCIANA C DIAMANTINO - 37182
LUCIANA CAMPOZINNI CALAZANS - 36845
LUCIANA GONÇALVES MAIA - 36689, 36779, 37177
LUCIANA SILVEIRA R BRITO - 36812
LUIS AUGUSTO LINDEMBERG BALTAZAR - 36877
LUIZA C.C.BRANT - 37173, 37174
LUIZA FREIRE PEDERNEIRAS BARBOSA - 36802, 36804, 36837, 36845, 36881
LUIZ ANTÔNIO ALVES DE ABREU - 34308
LUIZ CLAUDIO MOREIRA LIMA - 37177, 37178, 37190, 37196
LUIZ FELIPE CARVALHO LOPES - 37179
LUIZ GUSTAVO ZAGATI HERNANDES - 35046, 35071
LUIZ RICARDO DE ATAIDE CASTRO - 37173, 37174

M

MACHADO, F P - 36848
MAGNO, H L M - 36550
MAIA, RENZO A L - 34710, 34913
MAIRA DUARTE FERREIRA - 37098
MAIRA FERNANDES DE ALMEIDA - 34290, 34637

MANOEL AUGUSTO BAPTISTA ESTEVES - 36796
MANOEL OTÁVIO DA COSTA ROCHA - 36807
MARCELA PAULINO MOREIRA DA SILVA - 37119, 37132
MARCELL ROCHA PEIXOTO TEMPONI - 36803
MARCELLA DE FONTGALAND SILVEIRA MATA - 36812
MARCELO ANDRADE TEIXEIRA BRAGA - 37203
MARCELO BRAGA IVO - 37178, 37190, 37196
MARCELO LOCIO BISPO - 35455
MARCELO MARTINS P FILHO - 37173
MARCIA MARIA OLIVEIRA LIMA - 36807
MÁRCIO VINÍCIUS LINS DE BARROS - 36842
MARCO ANTONIO DE CASTRO FONSECA - 36684
MARCO ANTONIO TEIXEIRA - 36819, 36826
MARCO PAULO TOMAZ BARBOSA - 36842, 37152, 37153
MARCOS ALMEIDA MAGALHÃES ANDRADE JUNIOR - 36842
MARCOS ANTONIO MARINO - 36867, 36868, 36873, 36877, 37172, 37177, 37183, 37188
MARCOS CORREIA LIMA - 35020, 35021
MARCOS HENRIQUE BORGES - 36828
MARCOS ROBERTO DE SOUSA - 37086
MARCUS VINICIUS BURATO GAZ - 37200, 37203, 37205
MARIA BEATRIZ MOREIRA ALKIM - 36832
MARIA CLARA NOMAN DE ALENCAR - 36807
MARIA COSTA NEVES DE OLIVEIRA - 37169
MARIA CRISTINA OLIVEIRA - 36831
MARIA DE FATIMA MARTINS GIL DIAS - 36840, 36856, 36864
MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES - 36802, 36804, 36807, 36837, 36881
MARIA HELENA ALBERNAZ SIQUEIRA - 36842, 36852, 36857
MARIA LETICIA LEAO LANA - 37173, 37174
MARIA P R CARDOSO - 36841, 36870
MARIANA N F RODRIGUES - 37181
MARIANA NATALIA FERREIRA RODRIGUES - 37185
MARIANA S. G. FERREIRA - 37086
MARILIA DOS SANTOS ANTONIETTO - 37186
MARINA BRAS NORONHA - 36667
MARINA TRAJANO MASCARENHES - 36801
MARIO LUCIO FRANCO PEREZ - 36775, 36828
MARISA OLIVEIRA BICALHO - 36823
MARLA SOARES GAZIRE - 36860, 37155
MARTINS, RENATA T - 36774, 36848
MATEUS FELIX DA SILVA - 36801
MATHEUS DE BARROS ANTUNES - 36831
MATHEUS PEREIRA SALGADO - 36667
MAURO ISOLANI PENA - 37172, 37183
MAURO SOARES MOTTA - 36803, 37126
MAUY MANA - 37205
MAYARA LEISLY LOPES ROCHA - 37179
MELLO, RICARDO N B - 34710, 34913
MENDONÇA, C C - 36855
MICHEL ROSESTOLATO DARUICH P TANNUS - 36860, 37081, 37161
MICHELLE MARIA SALES COSTA - 37171, 37181, 37185
MILCA VALMERICA CASTRO DE OLIVEIRA - 37119, 37132
MILENA SORIANO MARCOLINO - 36806, 36823, 36825, 36831, 36832, 36833, 36863

ÍNDICE REMISSIVO POR AUTOR E Nº DO TEMA



MILTON HENRIQUES GUIMARAES JUNIOR - 36802
MITERMAYER REIS BRITO - 37187
MOACIR ANDRADE GONCALVES - 36812
MOACYR BARBOSA JUNIOR - 36351, 36352
MONICA HERMONT FALEIROS - 36858, 37159
MOREIRA, GUILHERME H - 34710, 34913
MOREIRA, T C - 36701
MOTA, C R - 36855
MOURA, BRENNER D M - 36882
MURAD, L S - 36855

N

NABILLA NEVES FROTAS SOUZA - 35455
NADIME LASMAR RIBEIRO - 36667
NADIR PRISCILA SILVA DA CRUZ - 36846, 36865
NAIARA SILVEIRA MARQUES - 36825
NANA MIURA IKARI - 37203
NATÁLIA DELAGE GOMES - 36842
NATALY DOS SANTOS SOARES - 37119, 37132
NATHÁLIA DE OLIVEIRA KOLLN - 36592, 36684
NATHÁLIA TORRES COSTA SOUZA - 37119, 37132
NAYANNE AVILA TEIXEIRA - 34710, 35046, 35071
NAYARA CAROLINA SANTOS DOURADO - 36837, 36881
NEIDE A FARIA - 36841, 36870
NICHOLAS OLIVEIRA DUARTE - 36667
NICOLE DE PAULA AARÃO FALEIRO MAIA - 36837
NOASSES N DIAMANTINO - 37182
NOEMIA DA COSTA - 37171, 37181, 37185, 37199
NORBERTO DE SÁ NETO - 36742, 36746

O

ODILON GARIGLIO ALVARENGA DE FREITAS - 34308, 37199
OLIVEIRA, BRIANE M - 34913
ORESTES R VILEFORT - 37181
ORESTES RODRIGUES VILEFORT - 37185

P

P V ZORZO - 36872
PACHECO, YASMIN A P - 36882
PARRA, C A - 36701
PATRICIA DELAGE GOMES - 36842
PATRICIA MENEZES MOREIRA - 36742, 36746
PATRICIA TAVARES FELIPE - 36842
PAULA DE ANDRADE OLIVEIRA - 36838
PAULO DE LARA LAVÍTOla - 37200, 37205
PAULO SERGIO DE OLIVEIRA CAVALCANTI - 36624, 36631
PAULO SILVA BAIÃO - 36840, 36856, 36864
PAULO SILVEIRA CAMPOS SOARES - 36614
PEDRO FERNANDES DE OLIVEIRA CAMPOS - 36846, 36865
PEDRO ROUSSEFF - 37178, 37183
PEREIRA, VILMAR J - 36882
PERES, S D - 36848
PERES, SUSANA D - 36774

PETRILLO, HENRIQUE H - 34710, 34913
POLLYANA ARDAVICIUS E SILVA - 35020, 35021
POLLYANNA CASSIA SILVA - 36869
PRISCILLA FORTES DE OLIVEIRA PASSOS - 36806
PRISCILA MAROCO CRUZEIRO - 34290

R

RABELLO, M O - 36855
RAFAEL BARBOSA ALCANTARA - 36838
RAFAEL DA MOTA MARIANP - 37192, 37201
RAFAEL M RAMOS - 37171, 37181
RAFAEL MENDES RAMOS - 37185
RAFAEL NEIVA FERNANDES - 36856, 36864
RAFAELA PEREIRA AMORIM - 36842
RAFAELLA VIANA TEIXEIRA - 37119, 37132
RAIMUNDO LELIS FILHO - 36876
RAISA R VIEIRA - 36636
RAISSA MARIA CANTARELLI CUNHA - 36858
RAMOS, B L - 36681
RAVI AZEVEDO BERNARDES - 37190, 37196
REGINA MARIA DOS SANTOS - 37098
RENATA CAMPOLINA VELOSO - 36647
RENATA TEIXEIRA MARTINS - 36794, 36877, 37108
RENATA VILARINDO SEABRA - 37119, 37132
RENATO AFONSO SALGADO - 36794, 36871, 37108
RENATO MADURO PEREIRA - 37200
RENATO QUINTAO LOSCHI - 36840, 36856, 36864
RENATO ROCHA RABELLO - 37155
RENATO SOARES VENTURA - 37081, 37098
RENZO ANTÔNIO DE LARA MAIA - 35046, 35071
RICARDO AUGUSTO BAETA SCARPELLI - 36624, 36631
RICARDO COIMBRA GARCIA - 36775, 36828
RICARDO FELIPE SILVA SOARES - 36349
RICARDO NEGRI BANDEIRA DE MELLO - 35046, 35071, 36624, 36631
RICARDO SIMOES - 36838
RITA DE CASSIA LACERDA DE PAULA - 36858, 37159
ROBERTA DE ALVARENGA BATISTA - 36873, 37188
ROBERTO JOSE DE QUEIROZ CREPALDI - 37172, 37183
ROBERTO LUIZ MARINO - 36867, 36868, 36871, 36873, 36877, 37172, 37177, 37178, 37183, 37186, 37187, 37188
ROBERTO VELOSO CONTIJO - 36647
ROCHA, E A V - 36701
ROCHELLE COPPO MILITÃO - 36842
RODOLFO COSTA ENGEL - 37188
RODRIGO ABBUD ATTUX - 37169
RODRIGO COELHO SOARES - 37152
RODRIGO DA COSTA CARNEIRO - 36826
RODRIGO DE CASTRO BERNARDES - 36871, 37177, 37178, 37190, 37196
RODRIGO PINHEIRO LANNA - 36655
RODRIGO POMARICO DE OLIVEIRA - 34637
RODRIGO VIANA DE PAIVA - 37192, 37201
RONALD DE SOUZA - 36868, 37172
ROSALIA ANTONIA AZEVEDO - 36351, 36352, 37162
ROSÂNGELA M. S. BOTELHO DIAS - 37086
ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA - 35020, 35021
ROSYMEIRE RODRIGUES COSTA - 37186
RUBENS DE LUCA NETO - 36838

ÍNDICE REMISSIVO POR AUTOR E Nº DO TEMA



S

SABRINA SILVA DE QUEIROZ - 36592, 36684
SACCONE, M - 36656
SALETE MARIA DE FÁTIMA SILQUEIRA - 36861, 36866, 36869
SALGADO, RENATO A - 36774, 36848
SAMELA DE MORAIS SEGOVIA - 36828
SANDRA C P C FUCHS - 37086
SANTANA, ALEXANDRE H C - 36774, 36848
SARA C. O. GOMES - 37086
SAULO AUGUSTO DE LIMA - 36796, 36860, 37081, 37161
SAULO RODRIGUES DE OLIVEIRA LEITE - 36794, 37108
SERGIO LAGES MURTA - 36867
SHEILA P PARREIRA - 37171, 37181, 37185
SHEILA PEDROSO PARREIRA - 36828
SILAMAR BREDE DE SOUZA - 34308, 37199
SILAS DIAS BRANCO - 36592, 36684
SILVA, L P - 36789
SILVANA DE ARAUJO SILVA - 37086
SILVIO DELFINI GUERRA - 37203
SISCONETTO, L S - 36550
SONIA MARIA DE FIGUEIREDO - 36798
SOUZA, GEORGIA X M - 34710, 34913
SOUZA, S A S - 36681
SOUZA, T G P - 36855
STEFANE MAPA - 36798
SUSANA DRUMOND PERES - 36794, 37108

T

TÁBATA RAYSSA ALVES MOTTA - 36798
TAIZA DE C C DIAMANTINO - 37182
TÂNIA MARIA GONÇALVES QUINTÃO - 36829
TATI GUERRA PEZZINI ASSIS - 36806, 36833
TEIXEIRA, NAYANNE A - 34913
TELEMACO LUIZ DA SILVA JUNIOR - 37202, 37204, 37206
TERESA CRISTINA DE ABREU FERRARI - 36802
TEREZINHA DE CASSIA MAIELLO FONSECA - 34778
THAIS JULIANO GARCIA TOSTA - 37200, 37203, 37205
THAIS LINS DE SOUZA BARROS - 36802
THAIS RIBEIRO LEMOS - 36806
THAIZ RUBERTI SCHMAL - 34290
THALLES OLIVEIRA GOMES - 36592, 36684
THIAGO NEVES DA ROCHA REIS - 36881
THIAGO SPINOLA RODRIGUES - 36775, 36828
THIAGO VENUTO - 37171, 37181, 37185
THIÉRRY VINICIUS FLORES SILVA - 36831
TIAGO A S COELHO - 37182
TULIO PINHO NAVARRO - 37190, 37196
TULIO TORRES VARGAS - 37200, 37203, 37205

U

UBIRAJARA LIMA FILHO - 36796

V

VAGNER VINÍCIUS FERREIRA - 36643, 36814

VANESSA DALVA GUIMARÃES CAMPOS - 35455
VANESSA DE BRITO VALADARES - 36620
VANESSA MARIA MILAGRES RIGUEIRA - 37155
VAZ, JULIANA C - 34913
VICENTE DE PAULO FERREIRA JUNIOR - 37190, 37196
VICENTE PEREIRA FONSECA J - 36813
VICTOR C O BRAZ - 36841, 36870
VICTOR CHAVES REIS - 36775
VICTORIA PEREIRA DE LIMA - 36807
VILMAR J PEREIRA - 36841, 36870
VINICIUS PEREIRA DOURADO - 36775, 36828
VIRGÍNIA CARVALHO MARTINS BRANDÃO LEITE - 36775
VIRGINIA DE SÁ RODRIGUES - 36823
VITÓRIA EMÍLIA GOMES MARQUES - 36837, 36881

W

WALTER RABELO - 36867, 36868, 36871, 36873, 36877, 37172,
37177, 37186, 37187, 37188
WANESSA VIEIRA DE MORAIS AGUIAR - 36831
WEDER DE MOURA LIMA - 37155
WILLE D S PEREIRA - 36813
WILLE DINGSOR SOUZA PEREIRA - 36643, 36814
WILLIAM ANTONIO M. ESTEVES - 36804, 37161
WILLIAM CAMARGOS DE LIMA - 36647
WINNY EMMANUELLE GALVAO M DE ALBUQUERQUE - 37101

Y

YARA B MESQUITA - 36636
YASMIN A P PACHECO - 36841, 36870

Z

ZANDONAI MIRANDA - 36643, 36813, 36814

