www.cardiol.br

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

www.arquivosonline.com.br

Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 107, Nº 1, Supl. 2, Julho 2016

# Resumo das Comunicações

# XXVI CONGRESSO DA SOCIEDADE MINEIRA DE CARDIOLOGIA

## Belo Horizonte - Minas Gerais

Sociedade Mineira de
CARDIOLOGIA

# Convida todos para o

# Congresso da Sociedade Mineira de Cardiologia

**06 a 08 de julho 2017 | Minascentro - Belo Horizonte**

# Agende esta data!

# Participe!

www.cardiol.br

# Arquivos Brasileiros de Cardiologia

www.arquivosonline.com.br

REVISTA DA SOCIEDADE BrasilEIRA DE CARDIOLOGIA - Publicada desde 1948

**Diretor Científico**
Raul Dias dos Santos Filho

**Editor-Chefe**
Luiz Felipe P. Moreira

**Editores Associados**

**Cardiologia Clínica**
José Augusto Barreto-Filho

**Cardiologia Cirúrgica**
Paulo Roberto B. Evora

**Cardiologia Intervencionista**
Pedro A. Lemos

**Cardiologia Pediátrica/ Congênitas**
Antonio Augusto Lopes

**Arritmias/Marcapasso**
Mauricio Scanavacca

**Métodos Diagnósticos Não-Invasivos**
Carlos E. Rochitte

**Pesquisa Básica ou Experimental**
Leonardo A. M. Zornoff

**Epidemiologia/Estatística**
Lucia Campos Pellanda

**Hipertensão Arterial**
Paulo Cesar B. V. Jardim

**Ergometria, Exercício e Reabilitação Cardíaca**
Ricardo Stein

**Primeiro Editor (1948-1953)**
† Jairo Ramos

## Conselho Editorial

**Brasil**

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

**Exterior**

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

## Sociedade Brasileira de Cardiologia

**Presidente**
Marcus Vinícius Bolívar Malachias

**Vice-Presidente**
Eduardo Nagib Gaui

**Diretor Científico**
Raul Dias dos Santos Filho

**Diretora Financeira**
Gláucia Maria Moraes Oliveira

**Diretor Administrativo**
Denilson Campos de Albuquerque

**Diretor de Relações Governamentais**
Renault Mattos Ribeiro Júnior

**Diretor de Tecnologia da Informação**
Osni Moreira Filho

**Diretor de Comunicação**
Celso Amodeo

**Diretor de Pesquisa**
Leandro Ioshpe Zimerman

**Diretor de Qualidade Assistencial**
Walter José Gomes

**Diretor de Departamentos Especializados**
João David de Sousa Neto

**Diretor de Relacionamento com Estaduais e Regionais**
José Luis Aziz

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

**Ouvidor Geral**
Lázaro Fernandes de Miranda

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

**Governador do Capítulo Brasil do ACC**
Roberto Kalil Filho

**Coordenadorias Adjuntas**

**Coordenador de Relações Internacionais**
David de Pádua Brasil

**Coordenador da Universidade Corporativa**
Gilson Soares Feitosa Filho

**Coordenador de Diretrizes e Normatizações**
José Francisco Kerr Saraiva

**Coordenador de Registros Cardiovasculares**
Otávio Rizzi Coelho

**Coordenador de Valorização Profissional**
Carlos Japhet da Matta Albuquerque

**Coordenador de Novos Projetos**
Fernando Augusto Alves da Costa

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

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

**Editoria do Jornal SBC**
Carlos Eduardo Suaide Silva

**Presidentes das Soc. Estaduais e Regionais**
**SBC/AL –** Pedro Ferreira de Albuquerque

**SBC/BA –** Nivaldo Menezes Filgueiras Filho

**SBC/CE –** Sandro Salgueiro Rodrigues

**SBC/CO –** Danilo Oliveira de Arruda

**SBC/DF –** José Roberto de Mello Barreto Filho

**SBC/ES –** Bruno Moulin Machado

**SBC/GO –** Aguinaldo Figueiredo Freitas Jr.

**SBC/MA –** Márcio Mesquita Barbosa

**SBC/MG –** José Carlos da Costa Zanon

**SBC/MS –** Delcio Gonçalves da Silva Junior

**SBC/MT –** Max Wagner de Lima

**SBC/NNE –** Claudine Maria Alves Feio

**SBC/PA –** Sônia Conde Cristino

**SBC/PE –** Paulo Sérgio Rodrigues Oliveira

**SBC/PB –** Miguel Pereira Ribeiro

**SBC/PI –** Wildson de Castro Gonçalves Filho

**SBC/PR –** Gerson Luiz Bredt Júnior

**SBC/RJ (SOCERJ) –** Ricardo Mourilhe Rocha

**SBC/RN –** Maria de Fátima Azevedo

**SBC/RO (SOCERON) –** João Roberto Gemelli

**SBC/RS (SOCERGS) –** Gustavo Glotz de Lima

**SBC/SC –** Maria Emilia Lueneberg

**SBC/SE –** Sergio Costa Tavares Filho

**SBC/SP (SOCESP) –** Ibraim Masciarelli Francisco Pinto

**SBC/TO –** Andrés Gustavo Sánchez

## Presidentes dos Departamentos Especializados e Grupos de Estudos

**SBC/DA –** André Arpad Faludi

**SBC/DCC –** José Carlos Nicolau

**SBC/DCC/CP –** Maria Angélica Binotto

**SBC/DCM –** Elizabeth Regina Giunco Alexandre

**SBC/DECAGE –** José Maria Peixoto

**SBC/DEIC –** Luis Eduardo Paim Rohde

**SBC/DERC –** Salvador Manoel Serra

**SBC/DFCVR –** João Jackson Duarte

**SBC/DHA –** Eduardo Costa Duarte Barbosa

**SBC/DIC –** Samira Saady Morhy

**SBCCV –** Fabio Biscegli Jatene

**SBHCI –** Marcelo José de Carvalho Cantarelli

**SOBRAC –** Denise Tessariol Hachul

**GAPO –** Bruno Caramelli

**GECC –** Mauricio Wajngarten

**GECESP –** Daniel Jogaib Daher

**GECETI –** Gilson Soares Feitosa Filho

**GECHOSP –** Evandro Tinoco Mesquita

**GECIP –** Gisela Martina Bohns Meyer

**GECN –** Andréa Maria Gomes Marinho Falcão

**GECO –** Roberto Kalil Filho

**GEECABE –** José Antônio Marin Neto

**GEECG –** Nelson Samesima

**GEICPED –** Estela Azeka

**GEMCA –** Álvaro Avezum Junior

**GEMIC –** Felix Jose Alvarez Ramires

**GERCPM –** Tales de Carvalho

**GERTC –** Marcello Zapparoli

**GETAC –** João David de Souza Neto

**GEVAL –** Luiz Francisco Cardoso

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

**Volume 107, Nº 1, Suplemento 2, Julho 2016**

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

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

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

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

**Produção Gráfica e Diagramação**
SBC - Tecnologia da Informação e Comunicação
Núcleo Interno de Design
SMC - OGAFreitas

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

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

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

Filiada à Associação Médica Brasileira

APOIO

Ministério da Educação

Ministério da Ciência e Tecnologia

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

## *Resumo das Comunicações*

# *XXVI CONGRESSO DA SOCIEDADE MINEIRA DE CARDIOLOGIA*

## *BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS*

# 26º Congresso da Sociedade Mineira de Cardiologia

**07 a 09 de julho 2016 | Minascentro - Belo Horizonte**

**"Aprimorando as Decisões Clínicas e o Tratamento das Doenças Cardiovasculares"**

# Mensagem da SMC

**Prezados(as) Colegas,**

A Sociedade Mineira de Cardiologia – SBC/MG apresenta, com enorme satisfação, as pesquisas originais selecionadas para o 26° Congresso da Sociedade Mineira de Cardiologia, no Minascentro - Belo Horizonte / Minas Gerais.

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

Recebemos pesquisas de sete Estados Brasileiros. O processo de submissão, análise e seleção decorreu nos prazos estipulados e ao final foram aprovadas 234 pesquisas, das quais, 30 para apresentação oral (em seis Sessões de Temas Livres Orais e Monografias Oral) e 204 para apresentações em três Sessões de Pôsteres, Relato de Casos e Monografia Pôster.

Algumas novidades importantes, implementadas a partir deste ano foram:

- a criação da Categoria Monografia com apresentações na forma de Pôster e Oral;
- temas livres da categoria Pôster, Relato de Caso e Monografia Pôster serão apresentados no formato digital (em monitor LCD).
- aumento das categorias e premiações aos melhores trabalhos científicos.

Lembramos que serão 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, cujas pesquisas foram realizadas integralmente no Brasil, e que obtiveram a melhor classificação entre os Temas Livres Categoria Oral e Categoria Pôster.

Outro destaque é a premiação especial com o Certificado de "INSTITUIÇÃO INCENTIVADORA DE PESQUISAS EM CARDIOLOGIA" concedido à instituição com maior número de trabalhos aprovados no Congresso.

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

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

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

**José Márcio Ribeiro**
Presidente 26º Congresso SMC

**Sociedade Mineira de Cardiologia - SBC/MG**

# 26º Congresso da Sociedade Mineira de Cardiologia

**07 a 09 de julho 2016 | Minascentro - Belo Horizonte**

**"Aprimorando as Decisões Clínicas e o Tratamento das Doenças Cardiovasculares"**

Sociedade Mineira de CARDIOLOGIA

## DIRETORIA SMC - SBC/MG
**Biênio 2016-2017**

**PRESIDENTE**
José Carlos da Costa Zanon

**VICE-PRESIDENTE**
Carlos Eduardo de Souza Miranda

**DIRETOR CIENTÍFICO**
Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas

**DIRETOR ADMINISTRATIVO**
Epotamenides Maria Good God

**DIRETOR FINANCEIRO**
Thiago da Rocha Rodrigues

**DIRETOR QUALIDADE ASSISTENCIAL**
Henrique Patrus Mundim Pena

**DIRETOR DE COMUNICAÇÃO**
Carlos Henrique Garcez de Carvalho

**DIRETOR RELAÇÃO COM SBC/FUNCOR**
Evandro Guimarães de Souza

**PRESIDENTE 26º CONGRESSO SMC**
José Márcio Ribeiro

## Comissões Especiais da Diretoria SMC - SBC/MG

**ASSESSOR RELAÇÕES INSTITUCIONAIS**
Eustáquio Guerino

**ASSESSOR RELAÇÕES COM REGIONAIS**
Eduardo Dias Chula

**ASSESSOR TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO**
Ricardo Wang

**ASSESSOR DE PESQUISA**
Estêvão Lanna Figueiredo

## COMITÊS E GRUPOS DE ESTUDO

**PRESIDENTES COMITÊ HIPERTENSÃO ARTERIAL**
Carlos Eduardo Ornelas
Murilo Carvalho de Rezende

**PRESIDENTES COMITÊ CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA**
Cristiane Nunes Martins
Marly de Oliveira

**PRESIDENTES COMITÊ IMAGEM CARDIO-VASCULAR**
José Luiz Barros Pena
Glauco Franco Santana

**PRESIDENTES COMITÊ DE ARRITMIA**
Henrique Barroso Moreira
Ricardo Alkmim Teixeira

**PRESIDENTES COMITÊ DE HEMODINÂMICA**
Antônio Fernandino de Castro Bahia Neto
Mauricio Cavalieri Machado

**PRESIDENTES COMITÊ ERGOMETRIA E REABILITAÇÃO**
Kátia Nuic
Ézio Guilherme da Silva

**PRESIDENTES COMITÊ CORONARIOPATIAS**
Bárbara Campos Abreu Marino
José Dondici Filho

**PRESIDENTES COMITÊ DE CARDIOLOGIA NA MULHER**
Cláudia Maria Vilas Freire
Marildes Luiza de Castro

**PRESIDENTES COMITÊ MIOCARDIOPATIAS**
Manoel Domingos de Carvalho Oliveira
Frank Nunes

**PRESIDENTE COMITÊ CIRURGIA CARDÍACA**
Luiz Cláudio Moreira Lima
Maurício de Castro Gomes

**PRESIDENTES COMITÊ DE ATEROSCLEROSE**
Rodrigo Pinheiro Lanna
Marco Antônio Cotta Peralva

**PRESIDENTES COMITÊ CARDIOGERIATRIA**
Edson Dell Amore Filho
Donizetti Aparecido Pereira

**PRESIDENTES COMITÊ CIÊNCIAS BÁSICAS**
Alessandro BaoTravizani

**PRESIDENTES COMITÊ DE VALVOPATIAS**
José Ronaldo Moreira Júnior
Noasses Neiva Diamantino

**PRESIDENTE COMITÊ ASSUNTOS INTERIOR**
Eduardo Dias Chula

**PRESIDENTES COMITÊ REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR**
Heberth César Miotto
Norberto de Sá Neto

**PRESIDENTES COMITÊ TERAPIA INTENSIVA**
Sérgio Lages Murta
Patrícia Martins

**PRESIDENTE COMITÊ MEDICINA TRÁFEGO**
Heloisa Borges de Figueiredo

**PRESIDENTES COMITÊ CARDIO-ONCOLOGIA**
Ariane Vieira Scarlatelli Macedo
Raldner Borgese Reges

**GRUPO DE ESTUDO DE REABILITAÇÃO**
Júlio Cesar Moraes Lovisi
Luiz Guilherme Passaglia
Maria Clara Noman de Alencar

**GRUPO ESTUDOS CARDIOLOGIA ESPORTE**
Marconi Gomes da Silva
Lennon Leonardo de Oliveira

**GRUPO DE ESTUDOS ECG**
Rose Mary Ferreira Lisboa da Silva
Sônia Francisca de Souza
Cláudia Madeira Miranda

**GRUPO ESTUDOS CARDIOLOGIA NUCLEAR**
Ivana Sena do Nascimento
Leonardo Neuenschwander Magalhães

**COMISSÃO DE DEFESA E ÉTICA MÉDICA**
José Maria Peixoto
Maria da Consolação Vieira Moreira
Francisco Rezende Silveira

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

## PRESIDENTES DAS REGIONAIS

**REGIONAL SUL**
Frederico Toledo Campo Dall'Orto

**REGIONAL LESTE**
Luiz Antônio Avelar

**REGIONAL LESTE/NORDESTE**
Admilson de Oliveira Terra

**REGIONAL CAMPO DAS VERTENTES**
Leonor de Oliveira Diniz

**REGIONAL CENTRO /OESTE**
Eduardo Dias Chula

**REGIONAL NORTE**
Evânio Rodrigues Cordeiro

**REGIONAL TRIÂNGULO**
Rodrigo Penha de Almeida

# TEMAS LIVRES - 07 e 08/07/2016
# APRESENTAÇÃO ORAL

## 45625

**Teste de inclinação em crianças e adolescentes com síncope: escore de Calgary, tipos de respostas e perfil autonômico.**

ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA, PAMELA MICHELLE LEITE OLIVEIRA, HENRIQUE DE ASSIS FONSECA TONELLI, ZILDA MARIA ALVES MEIRA e CLEONICE DE CARVALHO COELHO MOTA

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

Na população pediátrica, 15% apresentam pelo menos um episódio de síncope até os 18 anos de idade, sendo a vasovagal a mais frequente (75% dos casos). Há poucos estudos sobre esse sinal e sua caracterização pelo teste de inclinação (TI) em crianças e adolescentes. Objetivos: analisar o perfil clínico, o escore de Calgary e sua associação com as respostas ao TI e a variabilidade da frequência cardíaca (VFC) em crianças e adolescentes com síncope. Métodos: foram avaliados 48 pacientes (pts), média de idade de 14,2 anos (6 a 18 anos), sendo 32 do gênero feminino. Os pts foram submetidos à avaliação clínica e ao TI, a 70 graus durante 35 min, com monitoramento digital para VFC pela análise espectral na posição supina e durante o TI. Esta foi feita para identificar o componente de alta frequência (AF), o de baixa frequência (BF), que representa principalmente o simpático, e a relação BF/AF. Resultados: a média do tempo de evolução da síncope foi de 34,3 meses, com 8,2 episódios e o último com mediana de 35 dias. A média do escore de Calgary foi de 1,7. Pródromos ocorreram em 38 pts e injúria física em 13. O TI foi positivo em 79% dos pts (média de tempo de 15,4 min). A resposta foi vasodepressora em 71%, cardioinibitória em 13,2%, hipotensão postural em 5,3% e taquicardia postural ortostática em 10,5%, sem influência da idade e do gênero. Houve maior proporção de pts com pródromos (85%) e recorrência (70%) entre aqueles com resposta vasodepressora. O escore de Calgary foi maior em pts com resposta cardioinibitória (p<0,0001, ANOVA). Com a inclinação, houve diminuição significante do componente AF (2932 versus 689 ms2; p=0,001, teste pareado) e aumento da relação BF/AF (1,25 versus 3,82; p<0,0001) em todos os pts. Não houve diferença da VFC antes do TI, porém durante o TI, a média LogAF foi menor no gênero feminino (2,94 vs 3,08; p=0,002, teste t de Student) e a relação BF/AF maior no gênero masculino (2,88 vs 2,42; p=0,040). Aplicando-se a curva de operação característica para o escore de Calgary, a área sob a curva foi de 0,68, p=0,04, para o TI positivo. O ponto de corte de -1,0 para o escore de Calgary apresentou valor preditivo negativo de 96,9%. Conclusões: a resposta mais frequente ao TI foi a vasodepressora, com maior proporção de pródromos e recorrência. O gênero masculino apresentou menor ativação vagal na posição supina e maior ativação simpático-vagal durante a inclinação. O escore de Calgary permitiu predizer a resposta positiva ao TI.

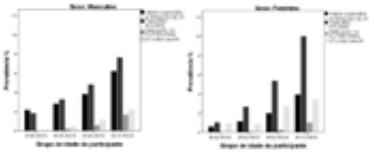
## 45733

**Prevalência de alterações eletrocardiográficas maiores em adultos Brasileiros: ELSA-Brasil.**

MARCELO MARTINS P FILHO, LUISA C.C.BRANT, KAISER BERGMAN GARCIA E SILVA, MURILO FOPPA, MARIA DE JESUS FONSECA, ROSANE GRIEP, SHEILA ALVIM, RACKEL AGUIAR MENDES DE OLIVEIRA, SANDHI MARIA BARRETO e ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO

Universidade Federal de Minas Gerias, Belo Horizonte, MG, Brasil - ELSA - Brasil.

INTRODUÇÃO: O eletrocardiograma (ECG) é uma ferramenta clínica de uso rotineiro, mas existem poucos estudos que avaliem a prevalência das alterações eletrocardiográficas na população Brasileira. Este trabalho visa avaliar as alterações eletrocardiográficas maiores, segundo o código de Minnesota, por sexo, idade, raça e fatores de risco cardiovascular em adultos Brasileiros. MÉTODOS: Estudo transversal no qual foram obtidos dados de 14424 adultos (45,8% homens, idade 35-74 anos) na linha de base do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto, através de entrevistas e exames clínicos e laboratoriais. Os ECG foram obtidos no aparelho Burdick Atria 6100, armazenados pelo Sistema Pyramis, codificados automáticamente conforme código de Minnesota pelo software da enfermaria de Glasgow e revistos manualmente. A prevalência das alterações eletrocardiográficas maiores foram descritas e estratificadas por sexo, grupo de idade, raça/cor e número de fatores de risco cardiovascular. Para sua comparação foi utilizado o teste Quiquadrado. RESULTADOS: A prevalência de alterações maiores foi maior em homens do que em mulheres (11,3 x 7,9%, p<0,001, OR=1,5[IC95% 1,33-1,66]). Tais achados foram consistentes nos diferentes grupos de idade, raça e número de fatores de risco cardiovascular. Entre raças, as alterações eletrocardiográficas maiores foram mais prevalentes em negros, tanto para o sexo masculino (negros:15,1%, pardos:10,4%, brancos:11,1%, p=0,001) quanto para o feminino (negras:10%, pardas:7,6%, brancas:7,2%, p=0,004). Houve aumento significativo na prevalência de alterações eletrocardiográficas maiores com o aumento da idade e do número de fatores de risco para doença cardiovascular (p<0,001 em ambos). As alterações mais frequentes, por faixa etária são ilustradas na figura 1. CONCLUSÕES:Nesta grande amostra de adultos Brasileiros, a prevalência das alterações eletrocardiográficas variou com idade, sexo, raça e número de fatores de risco cardiovascular, refletindo a maior prevalência de doenças cardiovasculares nos mais idosos, nos homens, nos de raça negra e naqueles com maior número de fatores de risco.



## 45736

**Fibrilação atrial valvar reumática e não valvar: comparação das características clínicas e da evolução dos pacientes.**

ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA, DANIELA TEREZA GONÇALVES MANSO, GABRIELA VELOSO DE FREITAS, PAULO VICTOR ALVES PINTO e HENRIQUE HORTA VELOSO

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

A fibrilação atrial (FA) afeta 2% da população, com aumento de sua prevalência com a idade. A maioria dos estudos incluem pacientes (pts) com FA não valvar, os quais representam 95,8% dos pts com FA nos países desenvolvidos. A valvopatia reumática é uma doença com alta prevalência em países em desenvolvimento, contudo ainda é negligenciada. Objetivos: comparar o perfil clínico, a gravidade dos sintomas, os escores de risco e de sangramento e a evolução de pts com FA valvar e não valvar. Métodos: foram estudados 302 pts com FA, média de idade 58,1 anos, 161 mulheres, e 101 pts com etiologia reumática. Os pts foram submetidos à avaliação clínica e laboratorial, ao cálculo dos escores de risco e ao seguimento clínico médio de 12,8 meses. Resultados: entre pts com FA valvar e não valvar, houve diferença quanto à idade (52,0 versus 61,1; respectivamente; p<0,0001, teste de Mann-Whitney), gênero feminino (67,3% vs 46,2%, p=0,001, teste de qui-quadrado), apresentação da FA paroxística (18,5% vs 33,8%, p=0,01), uso de dicumarínico (75,2% vs 48,7%, p<0,0001), escore Framingham (19,3% vs 31,6%, p=0,001), clearance de creatinina pela fórmula de Cockroft & Gault (84,4 mL/min vs 64,1, p<0,0001), fração de ejeção (0,57 vs 0,48, p<0,0001), HAS-BLED (1,2 vs 1,5, p=0,01) e ATRIA (0,6 vs 1,5, p<0.0001). Não houve diferença quanto às variáveis índice de massa corporal, CCS, EHRA, faixa terapêutica de anticoagulação e tempo de evolução. Eventos cardiovasculares ocorreram em 23,4% e 36% dos pts com FA valvar e não valvar, respectivamente (p=0,03), porém não houve diferença quanto à morte cardíaca (p=0,13), mortalidade total (p=0,06) e presença de hemorragia (p=0,58). Aplicando-se a curva de sobrevida de Kaplan-Meier para a ocorrência de eventos cardiovasculares entre os dois grupos, obteve-se p=0,07 (Log-Rank). Conclusões: pts com FA valvar foram mais jovens, com maior proporção de mulheres, de FA não paroxística e de pts em uso de dicumarínico. Apesar disso, a faixa de anticoagulação e a qualidade dos sintomas não foram diferentes entre os grupos. Houve mais eventos naqueles com FA não valvar, que também apresentaram mais disfunção sistólica ventricular e maiores escores de hemorragia, sem influenciar sua sobrevida em relação aos pts com FA valvar.

## 45737

**Escore EPICOR para predição de eventos em pacientes com síndromes coronarianas agudas.**

ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA, PAULO VICTOR ALVES PINTO, GABRIELA VELOSO DE FREITAS e DANIELA TEREZA GONÇALVES MANSO

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

O escore EPICOR (long-tErm follow uP of antithrombotic management patterns In acute CORonary syndrome patients) foi publicado em 2015 para identificar o risco de pacientes (pts) com síndromes coronarianas agudas (SCA) após sua alta hospitalar. Esse escore foi feito a partir da análise de pts provenientes de 20 países da Europa e da América Latina. Objetivos: avaliar a predição de risco pela classificação Killip e pelos escores GRACE e EPICOR de pts com SCA em uma instituição universitária e a correlação entre o escore EPICOR e os demais escores. Métodos: foram avaliados 162 pts com SCA, média de idade de 61,2 anos, 83 homens, incluídos, consecutivamente, durante o período de um ano. Os pts foram submetidos à avaliação clínica e laboratorial, com cálculo dos escores de risco e seguidos após a alta hospitalar. A análise foi retrospectiva somente em relação ao escore EPICOR. Resultados: a média da hora de início da SCA foi de 11,9 h e 131 pts apresentaram SCA sem supradesnivelamento do segmento ST. O número médio de fatores de risco de doença arterial coronariana foi de 2,3; com média de episódios de dor anginosa de 1,8 no período de 24 h antes de sua admissão. As médias dos escores foram de 1,4 (Killip), 118,6 (GRACE) e 4,9 (EPICOR). Durante o seguimento clínico médio de 5,8 meses após a alta hospitalar, houve 72 eventos cardiovasculares, sem diferença quanto ao gênero e a apresentação sem e com supra ST (teste de qui-quadrado). Houve significância quanto às variáveis idade (p=0,02, teste de Mann-Whitney), Killip e GRACE (ambos com p<0,0001), EPICOR (p=0,02) e níveis pressóricos à admissão (p=0,005) quando comparados os grupos com e sem eventos. Apesar do valor-p de 0,001 entre EPICOR e Killip e p<0,0001 entre EPICOR e GRACE, o coeficiente Pearson foi de 0,26 e 0,45; respectivamente. Pela análise multivariada (por Stepwise), considerando-se todas as variáveis com p≤ 0,10 na análise univariada para eventos cardiovasculares, somente o Killip (p<0,0001) foi significante (intervalo de confiança de 95%: 0,15-0,33). Conclusões: a classificação Killip e os escores GRACE e EPICOR identificaram os pts que evoluíram com eventos cardiovasculares. Todavia, o EPICOR não apresentou correlação adequada com a classificação Killip e o escore GRACE. O preditor independente de eventos foi a classificação Killip.

## 45755

**Processo educacional sobre cardiopatia reumática em escolas públicas resulta em aprimoramento do conhecimento – dados do estudo PROVAR.**

KACIANE K B OLIVEIRA, CASSIO M OLIVEIRA, MICHELLE C GALBAS, AMANDA O LAUAR, LUISE C T R BARROS, ANA L M COSTA, MARIA D C P NUNES, ANTONIO L P RIBEIRO, ANDREA Z BEATON e BRUNO R NASCIMENTO

Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil - Children´s National Health System, Washington, E.U.A.

Introdução: A Cardiopatia Reumática (CR) persiste como uma importante causa de morbimortalidade no Brasil e outros países de média e baixa renda. A falta de conhecimento público acerca das causas e da prevenção da CR limita a eficácia de programas de prevenção primária e secundária. Objetivos: Avaliar a eficácia da transferência de conhecimentos através de programa educacional estruturado abordando a CR, em escolas públicas. Métodos: Um estudo prospectivo foi conduzido por 8 meses (09/2014 a 04/2015) em 6 escolas públicas de baixa renda, selecionadas aleatoriamente, em Belo Horizonte, Brasil. Todos os estudantes inscritos e presentes participaram do processo educativo. Uma enfermeira e um técnico em imagem utilizaram 2 processos educativos padrão, englobando crianças cursando do 6º ao 11º ano (idades 11-17 anos). Os pré-testes, feitos imediatamente antes do processo educativo, questionavam os conhecimentos prévios acerca de causas, prevenção, diagnóstico e tratamento da CR. Já os pós-testes, feitos 1-3 semanas após o processo educativo, avaliaram a eficácia da transferência e retenção do conhecimento. Resultados: 3.700 estudantes participaram do processo educativo. Desses, 1.176 foram selecionados aleatoriamente para participar dos pré e pós-testes, incluindo 404 (34%) no 6º/7º anos (G1), 511 (44%) no 8º/9º anos (G2), e 261 (22%) no 10º/11º anos (G3). O intervalo médio entre a aplicação de pré e pós-testes foi 10±10 dias. Antes da intervenção, o conhecimento geral acerca da CR foi universalmente baixo (escore mediano de 46,7%, 40.0-60.0). Crianças em séries mais elevadas (G3) sabiam mais sobre a CR do que aquelas em séries baixas (60% x 43,3% (G1)/46,7% (G2)), p<0.001. As crianças mostraram ganhos significativos no pós-teste, aumentando o escore mediano em 20% (60%, 40.0-73.3). Novamente, crianças em séries elevadas mostraram pontuações mais altas (73.3%, 60.0-80.0 G3; 60%, 40.0-73.3 G2; 53.3%, 33.3-66.7 G1), p<0.001. Entretanto, o ganho percentual foi similar entre os grupos (6,9% G1, 7,9% G2, 8,5% G3), p=0,53. Conclusão: O processo educativo em CR nas escolas resultou em ganhos consistentes, porém modestos, no nível de conhecimento. Novas técnicas de ensino e o uso de tecnologia para atrair escolares jovens pode levar a uma melhoria da aquisição e retenção do conhecimento. Mais estudos são necessários para determinar se o aumento do conhecimento leva a mudanças comportamentais que poderiam reduzir o curso da CR em países subdesenvolvidos.

## 45758

**Adequação das indicações de cineangiocoronariografia para pesquisa de doença arterial coronariana em pacientes do sistema público de saúde de Minas Gerais.**

PAULA T B ELIAS, PRISCILA B BARBOSA, VIVIANE S JANUARIO, ROBERT W A ALCANTARA, FILIPPE A V SILVA, IVAN F FREITAS, PEDRO H A LIBÓRIO, DANIEL P CRUZ, CARLOS A F AREAS e BRUNO R NASCIMENTO

Hospital Universitário Ciências Médicas, Belo Horizonte, MG, Brasil - Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: O diagnóstico clínico da doença coronariana (DAC) - uma das principais causas de morte no mundo – é desafiador pela grande variabilidade de suas apresentações clínicas e muitas vezes requer uma cautelosa decisão entre a sua estratificação invasiva e não invasiva. Várias diretrizes estão disponíveis para a normatização da indicação dos testes diagnósticos, com base nas evidências disponíveis. Objetivos: Avaliar a adequação das indicações de coronariografia (CATE) em pacientes do Sistema Único de Saúde ou com financiamento extra-teto do SUS, com base nas recomendações da Diretriz Brasileira de Doença Coronária estável (2014). Métodos: Trata-se de estudo observacional, prospectivo e unicêntrico, que incluiu pacientes consecutivos admitidos para realização de CATE eletivo por DAC estável, de Março/2014 a Novembro/2015. Foi realizada avaliação clínica padronizada e verificados os testes funcionais e o ecocardiograma de repouso, sendo considerada a conclusão diagnóstica do examinador. O resultado do CATE foi avaliado qualitativamente pela equipe de Hemodinâmica, e considerada DAC significativa a presença de lesões de até 69% de obstrução luminal, e DAC severa lesões ≥70%. A classe de indicação do exame foi estratificada de acordo com a Diretriz Brasileira. Resultados: Foram incluídos 250 pacientes, com média de idade de 61,2±10,5 anos, sendo 52% do sexo masculino, 86,4% hipertensos, 31,2% diabéticos e 13,2% tabagistas. 14,0% tinham alguma revascularização prévia. O tempo entre o pedido e a realização do exame foi de 27 [11/61] dias. 35,2% dos pacientes tinham angina CCS II-IV, e 23,6% eram assintomáticos. 22% e 10,8% tinham respectivamente teste ergométrico ou cintilografia com critérios de alto risco. Ao CATE, 153 (61,2%) pacientes não apresentavam DAC significativa, 28,8% tinham DAC severa. Em relação às indicações, 60,8% dos pacientes tinham indicação classe I ou IIa para CATE, e 19,2% indicação classe III. Dentre os pacientes com indicação classe I ou IIa, apenas 44,7% tinham DAC significativa ou severa (17,8% bivasculares e 11,8% trivasculares), contra 29,6% daqueles com indicação IIb ou III (p=0,011). Conclusão: Foi observada uma adequação apenas razoável das indicações de CATE, e as proporções de exames alterados nos grupos com indicação classe I e IIa foram baixas. As dificuldades em relação à avaliação clínica e à adequada interpretação dos testes funcionais podem estar entre as principais causas.

## 45759

**Rastreamento de cardiopatia reumática em escolares através de ecocardiografia portátil no Brasil: dados do estudo PROVAR.**

BRUNO R NASCIMENTO, ANDREA Z BEATON, MARIA D C P NUNES, ADRIANA C DIAMANTINO, KACIANE K B OLIVEIRA, CASSIO M OLIVEIRA, VITÓRIA M L R REZENDE, JULIA P A SANTOS, MICHELLE C GALBAS e ANTONIO L P RIBEIRO

Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil - Children´s National Health System, Washington, E.U.A.

Introdução: A sensibilidade do exame clínico é limitada para o diagnóstico precoce da Cardiopatia Reumática (CR). Estimativas mais precisas de impacto da doença são necessárias para justificar a integração, no sistema de saúde, de sua prevenção e rastreamento. O rastreamento ecocardiográfico surgiu como uma ferramenta epidemiológica importante para estimar o impacto da CR nas comunidades, e os critérios de 2012 da World Heart Federation (WHF) padronizaram diretrizes para o diagnóstico através deste exame. Ainda não há dados consistentes sobre a prevalência ecocardiográfica da CR no Brasil. Objetivo: Avaliar a prevalência da CR em estudantes (5-18 anos) de escolas públicas em comunidades de baixa renda no Brasil. Métodos: O estudo PROVAR utiliza profissionais não-especialistas, telemedicina e uma combinação de aparelhos ecocardiográficos ultraportáteis e convencionais para realizar rastreamento ecocardiográfico em escolas de áreas de risco socio-econômico em Minas Gerais (Belo Horizonte, Montes Claros e Bocaiúva). Cardiologistas especialistas nos Estados Unidos e no Brasil interpretam os exames por telemedicina de acordo com os critérios de 2012 da WHF. Nesse estudo são apresentados dados dos primeiros 14 meses de rastreamento e analisados os fatores associados à prevalência de CR. Resultados: Foram rastreados 5.996 estudantes em 21 escolas. A mediana de idade foi de 11,9 [9,0/15,0] anos, 59% do sexo feminino. A prevalência de CR foi de 42/1000 (251/5.996): 37/1000 borderline (n=221) e 5/1000 doença definitiva (n=30). O padrão da doença valvar foi de regurgitação mitral patológica em 78.9% dos casos e de regurgitação aórtica patológica em 31 (13,9%). Dez crianças apresentaram doença mista mitral/aórtica. Crianças mais velhas (≥11 anos) apresentaram maior prevalência (50/1000 x 28/1000, p<0,001), mas não houve diferença entre as regiões ao norte (com menos recursos) e áreas centrais (34/1000 x 44/1000, p=0,31). Houve maior prevalência no sexo feminino do que no masculino (48/1000 x 35/1000, p=0,016). Idade (OR=1,15, 95% CI: 1,10–1,21, p<0,001) foi a única variável independentemente associada aos achados ecocardiográficos de CR. Conclusões: O estudo PROVAR mostra que a prevalência ecocardiográfica de CR entre crianças Brasileiras moradoras de áreas carentes é comparável às taxas encontradas em países de baixa renda. Esses dados contribuem para a premente necessidade de aumento de investimentos para prevenção e detecção precoce da CR na América Latina.

## 45780

**Eficácia e segurança da cardioversão elétrica e farmacológica da fibrilação atrial não valvar com os novos anticoagulantes orais (dabigatrana, rivaroxabana e apixabana).**

LUCIANA GONTIJO VIVIAN, JOSANA LUCAS ARAUJO, EULER VILLELA, PAULA VALLE VERSIANI, LOURENCO GONCALVES FERREIRA, FÁBIO RIBEIRO PEDROZO DE PAULA, LUCIANA FRANCISCA VILELA MONTEIRO, JULIANA COSTA, DANIELLE ALENCAR PEREIRA e THIAGO DA ROCHA RODRIGUES

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução - A cardioversão (CV) elétrica ou farmacológica da fibrilação atrial não valvar (FANV) sem anticoagulação prévia apresenta risco de embolia sistêmica (ES) de 5 a 7%. O uso prévio da varfarina é o procedimento preventivo padrão para as CVs na FANV. Análises pós-hoc dos estudos Re-Ly e Aristotles e o estudo X-VERT sugerem que os novos anticoagulantes orais (NACO) dabigatrana (DB), rivaroxabana (RV) e apixabana (AP) são seguros para CVs na FANV. Além do mais, o início rápido de sua ação anticoagulante e o efeito farmacológico previsível, facilitam o planejamento da CV. Objetivos - Relatar experiência com o uso dos NACOs na CVs elétricas e farmacológicas em pacientes com FANV. Métodos - Foram incluídos pacientes (PTs) com FANV com duração desconhecida ou ≥ 48 horas, que não apresentavam contra-indicações para o uso de NACOs. Foram excluídos pacientes com FA valvar, FA permanente, eventos cerebrovasculares prévios e com clearance de creatinina < 30 ml/min. Todos os PTs realizaram ecocardiograma transesofágico (ETE) antes da CV e usaram o NACO por no mínimo 30 dias antes e 30 dias após a CV. Foram analisados os desfechos "qualquer ES", acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) e hemorragias maiores. As doses utilizadas dos NACO foram sempre a maior dose utilizada nos estudos (150 mg BID para a DB, 20 mg MID para a RV e 5 mg BID para a AP). Resultados - De um total de 218 PTs em uso de NACO, foram realizadas 5 CVs farmacológicas (4 com DB e 1 com RV) e 22 CVs elétricas (13 com DB, 5 com RV e 4 com AP), em 25 PTs. Nos períodos de 1 mês pré e 1 mês pós CV, não houve nenhuma ES, AVCi, AVC hemorrágico ou hemorragia maior. Dentre os 26 ETE realizados na véspera da CV, não houve nenhum trombo intracardíaco e nenhuma CV teve que ser adiada. Conclusões - Esta experiência inicial de CVs de FANV com o uso de NACO demonstra segurança e eficácia na prevenção de eventos tromboembólicos, corroborando os resultados encontrados nos estudos Re-Ly, Aristotle e X-VERT. Estes resultados se aplicam a PTs com ETE negativo para trombos e com as maiores doses utilizadas nos respectivos estudos.

## 45813

**Avaliação prospectiva da apixabana na prática clínica do mundo real: os resultados reproduzem os achados do estudo ARISTOTLE?**

LUIZ CHAVES MENDES, ANA LUISA CALIXTO RODRIGUES, MAURO LUCIO CHIARADIA ZARATTINI, PAULA VALLE VERSIANI, LOURENCO GONCALVES FERREIRA, FÁBIO RIBEIRO PEDROZO DE PAULA, JOSANA LUCAS ARAUJO, EULER VILLELA, MARIA DA CONSOLAÇÃO VIEIRA MOREIRA e THIAGO DA ROCHA RODRIGUES

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução - A apixabana foi aprovada para prevenção de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) e embolia sistêmica (ES) na fibrilação atrial não valvar (FANV). O estudo ARISTOTLE (ART) mostrou que apixabana é superior à varfarina na prevenção de AVCi e ES com menor risco de hemorragias maiores (HM). Objetivos - Analisar coorte de pacientes com FANV tratada em consultório com apixabana quanto aos desfechos AVCi, ES, HM, hemorragias fatais, AVC hemorrágico (AVCH), morte, sangramentos menores clinicamente relevantes (SMCR), hemorragia gastro-intestinal (HGI) e suspensão da droga. Comparar estes resultados com os do estudo ARISTOTLE. Métodos - Estudo clínico prospectivo e observacional, em que foram incluídos PTs com FANV, CHA2DS2-VASc ≥ 1, sem contra-indicações para anticoagulantes e com clearance de creatinina ≥ 25 ml/min. O segmento foi realizado em consultas tri ou semestrais e contato telefônico. Resultados - Foram seguidos 69 pacientes, 55% mulheres, idade 75,8±10,3 anos (70 no ART) por 15,4±7,8 meses (21.6±1.1 no ART). Os escores CHADS2, CHA2DS2-VASc e HASBLED foram, respectivamente, 1.8±1.1 (2,1 no ART), 3.3±1.5 e 1.5±0.9. Disfunção renal moderada (clearance 30 a 50 ml/min.) ocorreu em 19 pacientes (28.3%) e grave (< 30 ml/min.) em 3 (4.5%), enquanto no ART estas disfunções ocorreram respectivamente em 15% e 1.5%. A dose de 2,5 mg BID foi dada a 18 (26.8% x 4.7% no ART), 2,5 mg MID a 2 (2.9%) e 5 mg BID a 47 (70,1%) pacientes. Nesta coorte não ocorreram hemorragia fatal, AVCH, morte (3.52%/ano no ART - P = 0,021), AVCi e ES. SMCR ocorreu em 5 PTs (5.78%/ano). Houve 1 HM (1.1%/ano x 2,13%/ano no ART - P = 0.52)). Suspensão ocorreu em 4 PTS (4.45%/ano x 14%/ano no ART - P < 0.0001), devido a hematomas (1), disfunção hepática (1), hemorragia digestiva baixa (1) e causa não esclarecida (1). HGI ocorreu em 1 paciente (1.1%/ano x 0.76%/ano no ART - P = 0.55). No ART as incidências de HF foram de 0,2%/ano, AVCH 0.33%/ano, AVCi 1.19%/ano e ES 0.09%/ano. Discussão - Esta coorte apresentou idade superior ao do estudo ART (75.8 x 70 anos) e mais disfunção renal moderada e grave (32,8% x 16,5%). Por esta razão, uma maior proporção de pacientes recebeu a dose de 2,5 mg BID (26,8% x 4,7%). Conclusões - O estudo corrobora a eficácia e segurança da AP na prevenção de AVCi/ES na FANV. Em comparação ao estudo ART, esta coorte mais idosa e com pior função renal, mas com maior utilização da menor dose da AP, apresentou incidência de eventos adversos semelhante.

## 45864

**Avaliação da disfunção autonômica por cintilografia com 123I-MIBG na cardiomiopatia chagásica.**

VIVIANE SANTUARI PARISOTTO MARINO, MARIA DA CONSOLAÇÃO VIEIRA MOREIRA, SANDRA MONETTI DUMONT SANCHES, LUCIENE DAS GRACAS MOTA, DANIELA DE SOUZA BRAGA e LUDMILA FAUSTO RIBEIRO

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

INTRODUÇÃO: A cardiomiopatia chagásica (CChCM) é a cardiomiopatia mais comum em nosso meio e é frequentemente associada a arritmias ventriculares malignas e a distúrbios de condução, com elevada incidência de morte súbita, inclusive em pacientes jovens e nas fases iniciais da doença. A sua patogênese é complexa e multifatorial. Um dos mecanismos propostos é a hiperatividade simpática. O objetivo deste trabalho foi avaliar a presença e o padrão de disfunção autonômica com 123I-MIBG em portadores de CChCM versus miocardiopatia idiopática (não-CChCM), em pacientes com insuficiência cardíaca. MÉTODOS: 10 pacientes portadores de CChCM, 23 portadores de não-CChCM e 22 transplantados cardíacos recentes (Tx), estes como grupo controle, foram submetidos à cintilografia miocárdica com123I-MIBG para estimar a relação coração/mediastino (HMR) precoce e tardia e o washout cardíaco (WR). A fração de ejeção do ventrículo esquerdo dos pacientes foi obtida por ecocardiografia. RESULTADOS: As HMR precoce e tardia foram de 1.71(1.48-1.89) e 1.59(1.33-1.64), respectivamente, e o WR de 30(25-37)%, na CChCM; 1,66(1.46-1.83), 1,45(1.35-1.59) e WR de 32(27-39)%, na não-CChCM (p=0,064). Os Tx apresentaram valores de 1,26(1.15-1.34) e 1,17(1.13-1.28), significativamente menores (p<0,001), e de WR de 50(45-61)%, mais elevados que o dos demais grupos (p<0,001). A média de fração de ejeção do ventrículo esquerdo foi de 35(30-42)%, apresentando correlação negativa com a HMR precoce (rs=-0,52, p<0.006) e com a tardia (rs= -0,49, p<0,010). DISCUSSÃO: Os valores de captações precoce e tardia (densidade de receptores) reduzidos e os de washout (turnover de catecolaminas) elevados fortalecem a teoria da hiperatividade simpática. O comportamento semelhante dos pacientes CChCM e não-CChCM sugere que, nos pacientes com insuficiência cardíaca, a disfunção autonômica seja independente de sua etiologia. A correlação negativa entre a captação e a fração de ejeção, ainda não descrita da doença de Chagas, sugere que os parâmetros cintilográficos tenham valor prognóstico. CONCLUSÃO: Os portadores de insuficiência cardíaca, independentemente de sua etiologia, apresentam disfunção autonômica cardíaca à cintilografia com 123I-MIBG. A HMR apresenta correlação significativa e negativa com a fração de ejeção do ventrículo esquerdo, com possível valor prognóstico.

## 45906

**Anticoagulação em pacientes idosos e muito idosos: experiência de um centro terciário.**

ALEXANDRE JOSÉ AGUIAR ANDRADE, MARIANA OLIVEIRA REZENDE, NATASHA SOARES SIMÕES DOS SANTOS, MURILO CASTRO FERREIRA, OLIVIA XIMENES DE QUEIROGA, NELSON HENRIQUE GOES SCORSIONI e FELICIO SAVIOLI NETO

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

Introdução: A fibrilação atrial (FA) constitui a arritmia cardíaca mais frequente na prática clínica, com grande impacto na morbimortalidade, principalmente pelo aumento no risco de fenômenos tromboembólicos (TE). Encontra-se bem estabelecido na literatura o uso de escores de risco para auxiliar na tomada de decisão quanto ao início de anticoagulação (ACO); entretanto, ainda se verifica subutilização da terapia, tanto pela não prescrição quanto pela má aderência dos pacientes. A varfarina, ainda hoje, é o tratamento padrão para a prevenção de TE. Inúmeras barreiras persistem para a sua ampla utilização, tais como: faixa terapêutica estreita, risco de sangramento, interação medicamentosa e alimentar; estas situações são mais frequentes em pacientes idosos, tendo em vista o risco de quedas e a polifarmácia. Objetivos: descrever as características clínico-epidemiológicas de pacientes idosos acompanhados em Serviço especializado em ACO com varfarina. Métodos: estudo descritivo, observacional e retrospectivo, com revisão dos prontuários de pacientes atendidos no Ambulatório de ACO da Seção de Cardiogeriatria de hospital terciário. Os dados foram computados no Statistical Package for Social Sciences, com descrição em forma de média ± desvio-padrão, sendo aplicado o teste de Spearman para avaliação de correlação entre as variáveis ordinais. Resultados: foram analisados 96 pacientes em acompanhamento ambulatorial regular. A idade foi de 76.6 ± 5.4 anos, com fração de ejeção 57.5±12.5%, volume indexado de átrio esquerdo 47.8±15 cm3, clearence de creatinina 51±22.8 ml/min/1,73m2 e tempo médio de controle da anticoagulação (RNI – relação normatizada internacional – entre 2 e 3) de 60.1±26.75%. Cerca de 2/3 dos pacientes tinham > 75 anos, sendo metade do gênero feminino, 93.8% hipertensos, 26% diabéticos e 19.8% com FE reduzida. Ocorreram 6 episódios de sangramento (6.25%), sendo 2 (2.08%) eventos maiores. Não foi encontrada correlação entre a idade dos pacientes e o grau de controle do RNI (coeficiente de Spearman – rho = 0.065, p = 0,575). Conclusão: verificamos, em uma população de idosos e muito idosos de alta complexidade, um nível de controle de RNI próximo ao descrito na literatura; não se encontrou correlação entre a idade e o controle da ACO. Esses dados reforçam o conceito que não se deve privar o paciente idoso com FA dos benefícios da terapia, desde que se possa ofertar um adequado sistema de suporte para o controle de intercorrências e ajuste da dose.

## 45919

**Adoção das terapias baseadas em evidências em uma instituição privada e terciária e incidência de eventos cardiovasculares maiores em seis meses e um ano em pacientes de alto risco cardiovascular.**

ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO, e GUSTAVO FONSECA WERNER

Hospital Lifecenter, Belo Horizonte, MG, Brasil.

FUNDAMENTOS: Diretrizes nacionais e internacionais recomendam o uso de inibidores da enzima de conversão de angiotensina (IECA), estatinas e antiagregantes plaquetários em pacientes com doença cardiovascular estabelecida ou que tenham alto risco para tal. Entretanto, a adesão a estas terapias ainda é baixa. O objetivo deste estudo foi avaliar a adesão às terapias baseadas em evidências e associá-las à incidência de eventos cardiovasculares maiores (infarto, acidente vascular cerebral, parada cardíaca, morte cardiovascular e eventos combinados - MACE) em pacientes de alto risco cardiovascular em uma instituição terciária e privada de Belo Horizonte, participante do Registro REACT e comparar com dados nacionais do mesmo registro. MATERIAIS E MÉTODOS: O Registro REACT, patrocinado pela SBC, multicêntrico e nacional, visou documentar aprática clínica usual para pacientes de alto risco cardiovascular em 46 instituições, públicas e privadas de todo o território nacional. 5000 pacientes foram incluídos entre 2011 e 2014. Nesta análise, comparou-se os dados de 171 pacientes de nossa instituição com 1525 incluídos nos demais centros do país, que foram acompanhados por um ano, na fase 1 do registro. Analisou-se dados das visitas basais e dos acompanhamentos de 6 e 12 meses. Utilizou-se os testes exato de Fisher e t-student para as análixes estatísticas, considerando-se significativo um valor P ≤ 0,05. RESULTADOS: Não houve diferença quanto à idade, gênero, fatores de risco cardiovascular, história prévia de infarto entre os pacientes de nossa instituição e a média nacional. A utilização de antiagregantes plaquetários, IECAs e estatinas, isolada ou conjuntamente, foi semelhante entre os pacientes de nossa instiutição e os demais centros nacionais, na visita basal (P=0,111). Aos seis e aos doze meses de acompanhamento, a taxa de utilização destas três classes de medicamentos foi significativamente maior em nossa instituição em relação à media nacional (54,4 x 52,2 P=0,02 e 53,8 x 51,5, P=0,035, respectivamente). Nossa taxa de MACE foi de 0% aos seis e aos doze meses de acompanhamento, comparados a 5,7% e 7,8% para a média nacional (P=0,002 e P<0,001, respectivamente). CONCLUSÕES: Em uma instituição privada e terciária de Belo Horizonte, a adoção e manutenção das terapias baseadas em evidências, em pacientes de alto risco cardiovascular resultou em significativa redução de MACEs, quando comparado à media nacional destes eventos.

## 46305

**Tratamento da valvopatia aórtica severa sintomática por implante de prótese aórtica trans-cateter em pacientes de alto risco – resultados dos primeiros 50 pacientes.**

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

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, Brasil - Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO: O advento do implante de prótese valvar transcateter (TAVI) trouxe uma esperança de tratamento da estenose aórtica severa sintomática em pacientes que antes eram recusados devido ao alto risco operatório. Entretanto a cirurgia convencional ainda é considerada padrão ouro no tratamento destas patologias.
OBJETIVO: Avaliar os resultados dos primeiros 50 implantes de prótese valvar aórtica transcateter em pacientes de alto risco portadores de estenose aórtica severa sintomática ou disfunção de bioprótese aórtica.
MÉTODOS: No período de Novembro de 2011 a Maio de 2016, 77 pacientes considerados de alto risco, foram encaminhados para avaliar o tratamento da estenose aórtica severa sintomática ou correção de disfunção de bioprótese aórtica. Destes, 10 não foram submetidos a tratamentos invasivos (TTC), 50 foram encaminhados para TAVI e 17 para cirurgia convencional com CEC (TVAoC). A seleção se baseou na possibilidade técnica de realização de implante transcateter ou sua contra-indicação e ainda por critérios clínicos ou pela presença de outras patologias.
RESULTADOS: A média de idade foi de 82,5. O Euroscore II e o STS foram respectivamente 20% e 26,5%. Foram utilizadas 29 próteses auto-expansíveis Corevalve e 21próteses balão expansíveis Sapiens. Quatro pacientes apresentaram regurgitação paraprotética moderada (8%) e 16% necessitaram implante de MP definitivo. O tempo médio de seguimento foi de 22 meses. Ocorreram 5 óbitos (10%) imediatos e 5 óbitos tardios, nenhum de causa cardíaca. O tempo médio permanência no CTI foi de 48 horas e o tempo médio de internação foi de 10 dias. Na evolução tardia 90% dos pacientes está em classe I ou II (NYHA).
CONCLUSÃO: Mesmo com indicadores de alta mortalidade (Euroscore e STS) os pacientes submetidos a implante de TAVI tiveram mortalidade imediata menor que a esperada e tiveram internação rápida e baixo índice de complicações operatórias. Tiveram ótima evolução tardia. Assim o implante de prótese aórtica transcateter demonstra ser seguro e eficaz neste grupo de pacientes considerados de alta morbi-mortalidade.

## 46332

**BNP dosado 24 horas após valvuloplastia mitral percutânea por cateter balão constitui um preditor independente de sobrevida livre de eventos em pacientes com estenose mitral reumática.**

GABRIEL PRADO SAAD, WILLIAM A M ESTEVES, GUILHERME R S ATHAYDE, JULIANA RODRIGUES SOARES, LUCAS Q F CAMPOS, PRISCILA LIMA TAVARES, CLÁUDIO A S RIBEIRO, ANDRE G M CHAVES, LUCAS LODI JUNQUEIRA e MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES

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

Introdução: Os níveis séricos do peptídeo natriurético cerebral (BNP) encontram-se elevados na estenose mitral (EM) em resposta à sobrecarga pressórica, com redução após abertura valvar. Entretanto, não está estabelecido qual a relação dessa redução com os eventos adversos no longo prazo.
Objetivos: Verificar se o BNP dosado 24 horas após valvuloplastia mitral percutânea (VMP) está associado a eventos adversos no longo prazo.
Métodos: Foram incluídos 142 pacientes com EM submetidos à VMP no período de 07/2007 a 10/2014. O BNP foi dosado imediatamente antes da abertura valvar e 24 horas após a VMP. Definiu-se como sucesso imediato uma área valvar ≥ 1,5 cm2 sem o aumento do grau de regurgitação mitral (RM) verificado pelo ecocardiograma transtorácico. Os desfechos avaliados foram morte, nova VMP, troca valvar cirúrgica, fibrilação atrial (FA) de início recente ou acidente vascular encefálico (AVE).
Resultados: Todos os pacientes estavam sintomáticos, sendo 42% deles em classe funcional III/IV da NYHA, com idade média de 42 ± 12 anos, 88% do sexo feminino. A VMP resultou em sucesso em 80% dos casos, com abertura subótima da valva em 7% e aumento do grau de RM nos demais, sendo grave em 8 pacientes (5,6%). Durante o seguimento médio de 31 meses, 29 eventos adversos ocorreram (5 foram submetidos a nova VMP, 8 a troca valvar, 7 desenvolveram FA, 3 AVE e 4 morreram). Na análise multivariada ajustada pela idade, os seguintes parâmetros obtidos 24 horas pós VMP foram preditores de eventos adversos no longo prazo: níveis de BNP (HR=1,03; p=0,025), grau de RM (HR: 2,49; p=0,009) e gradiente médio transmitral (HR: 1,36; p=0,003).
Conclusões: Este estudo demonstrou a presença de associação entre os níveis séricos de BNP 24 horas após VMP e os eventos adversos no longo prazo, independentemente dos resultados imediatos da VMP avaliados pelo gradiente médio transmitral e gravidade da RM.

## 46354

**Fatores determinantes da elevação da pressão arterial pulmonar com o esforço físico na estenose mitral.**

SANNY CRISTINA DE CASTRO FARIA, ANDRE GORLE DE MIRANDA CHAVES, BRUNO RIGHI SANTANA SILVA, NICOLE DE PAULA AARÃO FALEIRO MAIA, IARA LISA MARTINS SILVA, GABRIEL PRADO SAAD, PEDRO FERRARI SALES DA CUNHA, STELLA CRISTINA SILVA DE SOUZA, HENRIQUE SILVEIRA COSTA e MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES

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

Introdução: A apresentação clínica da estenose mitral (EM) é muito variável e os sintomas podem ser inconsistentes com as medidas convencionais de gravidade da EM. A hipertensão pulmonar é o maior determinante da capacidade funcional. Entretanto, os fatores associados ao aumento da pressão arterial pulmonar durante o exercício não estão bem definidos.
Objetivo: Este estudo avaliou os parâmetros associados com a resposta da pressão arterial pulmonar ao exercício em pacientes com EM isolada.
Métodos: Oitenta e quatro pacientes com EM, 95% mulheres, idade 44,9 ± 10,4 anos, 17 em fibrilação atrial, foram submetidos ao ecocardiograma de esforço físico utilizando uma ciclo-maca (bicicleta adaptada à maca). O ecocardiograma convencional foi realizado e foram avaliados vários parâmetros em repouso e no pico do exercício. Complacência atrioventricular (Cn) foi obtida em repouso através da equação: Cn (ml/mmHg) = 1270 × (área valvar [cm2]/rampa de desaceleração da onda E [cm/s2]). O exercício foi mantido até atingir a FC alvo ou aparecimento de sintomas significativos.
Resultados: O exercício foi interrompido por dispneia (67,9%) ou fadiga (21,4%), com duração de 482,8 ± 174,0 segundos e carga de esforço atingida de 68,9 ± 22,5 Watts. A pressão sistólica de artéria pulmonar (PSAP) aumentou de 37,6 ± 13,8 mmHg em repouso para 64,9 ± 19,7 mmHg no pico do exercício (p < 0,001). De maneira similar, os gradientes transvalvares aumentaram significativamente durante o exercício (p < 0,001). Vários parâmetros ecocardiográficos em repouso foram associados com PSAP durante o pico de esforço, incluindo gradiente médio transvalvar, área valvar mitral (AVM), diâmetro do átrio esquerdo (AE), função ventricular direita e Cn. Após análise multivariada, gradiente médio transvalvar, diâmetro do AE, AVM e Cn foram preditores da PSAP no pico de esforço, independente da frequência cardíaca atingida no exercício.
Conclusão: Em pacientes com EM, gradiente médio transvalvar em repouso, diâmetro do AE, AVM e Cn foram determinantes importantes da hipertensão pulmonar induzida pelo esforço.
Palavras-chave: Estenose mitral; ecocardiograma de esforço; pressão sistólica de artéria pulmonar; tolerância ao exercício; capacidade funcional.

## 46358

**Maior incidência de eventos isquêmicos cerebrais na miocardiopatia chagásica em relação à Idiopática.**

MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES, THIAGO MENDONA NUNES DE PAULA, REGIANE URBANO, THAIS APARECIDA REIS LAGE, JOICE COUTINHO DE ALVARENGA, PEDRO DAMIAO JANSEN, JULIA TEIXEIRA TUPINAMBÁS, FERNANDA MOREIRA E LEITE, FIDEL CASTRO ALVES DE MEIRA e MANOEL OTÁVIO DA COSTA ROCHA

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

Introdução: Eventos isquêmicos cerebrais (EIC) são frequentes na miocardiopatia chagásica (MCh), representando importante causa de incapacidade física e de mortalidade. As complicações tromboembólicas estão classicamente associadas à insuficiência cardíaca, porém o valor da etiologia da miocardiopatia chagásica como preditor independente de EIC não se acha definido.
Objetivos: Determinar a incidência de EIC em pacientes com MCh comparando-se à miocardiopatia dilatada idiopática (MDI) com características demográficas similares.
Métodos: Quatrocentos e quarenta e cinco pacientes foram incluídos, sendo 340 com MCh e 105 com MDI semelhantes em relação idade, sexo e classe funcional. O desfecho analisado foi EIC definido como acidente vascular cerebral (AVC) ou ataque isquêmico transitório (AIT). O período médio de seguimento foi de 4,4 anos, variando de 1mês a 16 anos.
Resultados: À entrada no estudo, a idade foi de 49 ± 13 anos, 60% de homens, 73% em classe funcional I e II, 7% apresentavam fibrilação atrial e 26% estavam em uso de anticoagulantes. A fração de ejeção do ventrículo esquerdo foi de 35 ± 10% na MCh e de 28 ± 11% na MDI (p=0,001). À inclusão no estudo, 72 pacientes com MCh (21%) e 6 com MDI (6%) já apresentam diagnóstico prévio de EIC (p=0,001). Durante o seguimento, EIC foi mais frequente na MCh comparando-se à MDI (16% vs 7%, p=0,011) com incidência de 3,6 eventos por 100 pacientes-ano na MCh e 1,8 eventos na MDI. Não houve diferença entre os pacientes com MCh e MDI em relação à mortalidade e necessidade de transplante de urgência.
Conclusão: Pacientes com MCh apresentam elevada incidência de EIC, maior em relação à MDI com características clínicas similares e um menor grau de disfunção ventricular esquerda.

## 46390

**Análise da contratilidade miocárdica através do Speckle Tracking Strain nas miocardiopatias dilatadas idiopática e chagásica.**

OMAR RIBEIRO SANTOS JUNIOR, PEDRO FERRARI SALES DA CUNHA, FERNANDA RODRIGUES DE ALMEIDA, GABRIEL PRADO SAAD, MARINA SOARES VILELA, STELLA CRISTINA SILVA DE SOUZA, THIAGO ADRIANO DE DEUS QUEIROZ, MANOEL OTÁVIO DA COSTA ROCHA e MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES

UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: A miocardiopatia chagásica (MCh) é caracterizada por fibrose miocárdica que evoluiu progressivamente com disfunção ventricular e insuficiência cardíaca (IC). Estudos anteriores, sugerem que a fibrose miocárdica é mais evidente na MCh em relação às outras miocardiopatias, conferindo-lhe um pior prognóstico. O speckle tracking strain constitui uma nova técnica ecocardiográfica com potencial para detectar fibrose.
Objetivos: Analisar a contratilidade miocárdica através do speckle tracking strain, comparando-se a MCh com a miocardiopatia dilatada idiopática (MDI) e identificar os fatores associados ao strain no contexto das miocardiopatias.
Métodos: Foram incluídos 44 pacientes portadores de IC secundária às miocardiopatias dilatadas, de etiologia chagásica (75%) e idiopática (25%), semelhantes em relação à gravidade da disfunção ventricular. Realizou-se o ecocardiograma convencional e posteriormente o speckle tracking strain de ambos os ventrículos. Os pacientes com fibrilação atrial ou marca-passo foram excluídos.
Resultados: Todos os pacientes estavam sintomáticos, sendo 28% em classe funcional III-IV da NYHA, com idade de 56 ± 13 anos, 61% do sexo masculino. Não existem diferenças nas características demográficas, clínicas e no grau de disfunção ventricular entre os pacientes com MCh e MDI, com fração de ejeção (FE) de 38 ± 10%. O strain global longitudinal do ventrículo esquerdo (VE) foi de -10,5 ± 6,1% na MDI e -9.2 ± 4,5% na MCh (p=0,451) e do ventrículo direito (VD) foi de -10,3 ± 8,1% na MDI e – 13,1 ± 6,1% na MCh (p=0,228). Vários fatores associaram-se ao strain do VE na análise univariada, incluindo os parâmetros que avaliam as pressões de enchimento. Entretanto, na análise multivariada, as variáveis associadas independentemente ao strain do VE foram a FE (p<0,001) e a pressão arterial sistólica (p=0,003).
Conclusões: Esse estudo demonstrou não haver diferença do strain global de ambos os ventrículos na MCh em relação à MDI. Os fatores determinantes do strain do VE foram a fração de ejeção e a pressão arterial sistólica.

## 46413

**Efeito de um programa de reabilitação cardíaca na capacidade funcional e nível de atividade física.**

GABRIELA SUÉLLEN DA SILVA CHAVES, JÉSSICA BLANCO LOURES, ULLY ALÉXIA CAPRONI CORRÊA, LÍLIAN PEREIRA VERARDO, GABRIELA LIMA DE MELO GHISI, SHERRY GRACE e RAQUEL RODRIGUES BRITTO

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil - York University, Toronto, Canadá - University Health Network, Toronto, Canadá.

Introdução: Programas de Reabilitação Cardíaca (RC) visam melhorar a capacidade funcional e contribuir no controle dos fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV). No Brasil a maioria dos programas trabalha apenas com o componente de exercício e seus resultados são pouco disponíveis. O objetivo desse estudo é avaliar o efeito de dois programas de RC na capacidade funcional sendo um somente com exercícios e outro com componente educativo. Materiais e Métodos: Ensaio clínico aleatorizado composto por indivíduos diagnosticados com doença arterial coronariana (DAC) de ambos os sexos. Os pacientes realizaram o Incremental Shuttle Walk Test (ISWT), responderam ao questionário Godin-Shephard e utilizaram o pedômetro durante 7 dias consecutivos antes e após 6 meses de RC. Os dados foram analisados com ANOVA e post hoc Tukey, p<0,05.
Resultados: Foram avaliados 47 indivíduos (34 homens) com média de idade 61,3±8,4 anos, divididos em 3 grupos: grupo controle (GC=15), RC habitual, composta por exercícios, (RC=16) e RC sistematizada, composta por exercício mais educação, (RCS=16). Foram encontradas diferenças significantes na distância percorrida avaliada pelo ISWT entre os grupos: RC e GC (diferença de média de 127,0 IC95% 10,9-243,1; p=0,029); RCS e GC (diferença de média de 110,0 IC95% 0,16-219,9; p=0,050). Também foram encontradas diferenças no nível de atividade avaliada pelo questionário: RCS e GC (diferença de média de 32,7 IC95% 14,9-50,6; p<0,0001); RCS e RC (diferença de média de 25,9 IC95% 7,7-44,2; p=0,004). Na avaliação pré e pós, os dois grupos que realizaram a RC aumentaram a distância percorrida (p=0,002 no grupo RC; p<0,0001 no grupo RCS). Além disso, no grupo RCS o nível de atividade física avaliado pelo questionário aumentou significativamente (p<0,0001). Não foram encontradas diferenças significativas nas avaliações intra e entre grupos com o pedômetro. Discussão: os efeitos benéficos da atividade física já é bem visto na literatura, o qual melhora o condicionamento físico e modifica, favoravelmente, a maioria dos fatores de risco para as DCV. Além disso, a prática regular de exercício físico diminui em 25% a taxa de mortalidade cardiovascular. Conclusão: Os programas de RC avaliados melhoraram a capacidade funcional e o nível de atividade física em atividades de lazer, tendo maior impacto no grupo que recebeu um protocolo sistematizado de educação. Estes dados reforçam a necessidade de incluir o componente educativo nos programas de RC.

## 46429

**Valor dos índices de deformação miocárdica (strain / strain rate) no diagnóstico da doença de Anderson-Fabry.**

JOSE L B PENA, DEBORA M SOUZA, NADIR P S CRUZ, LILIAN F RIBAS, MARCELA B OLIVEIRA, RENATO S VENTURA, MIGUEL R GUIMARÃES, MARISA F FERREIRA e FÁBIO Á TÔFANI

Hospital Felicio Rocho, Belo Horizonte, Brasil.

Introdução: A doença de Fabry (ou Anderson-Fabry) constitui rara anormalidade genética de depósito lisossomal causada pela deficiência parcial ou completa da enzima alfagalactosidade A (Gal A), cujo gene está localizado no cromossoma X, região Xq22, resultando numa deposição excessiva de glicoesfingolipídios nas células. O depósito dessa substância nos diferentes tecidos leva a alterações cardíacas, renais e do sistema nervoso central. O envolvimento cardíaco inclui hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo (HVE), insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana, anormalidades nas valvas aórtica e mitral, e anomalias de condução. Elas ocorrem em mais de 80% dos pacientes com doença de Fabry. O coração pode ser o único órgão envolvido em 1% a 12% de homens com HVE idiopática.
Objetivos: Verificar como a ecocardiografia e suas novas modalidades podem contribuir para o diagnóstico dessa doença.
Material e Métodos: Apresentamos oito casos de doença de Fabry confirmados através da medida de (a-Gal A), e biópsia renal (3 casos). Quatro pacientes (pts.) eram do sexo masculino, sendo que duas eram mães de alguns dos outros pacientes. A idade variou de 25 a 53 anos. Seis pts. tinham hipertrofia miocárdica do VE, sendo que em um deles a hipertrofia se restringia ao segmento basal do septo interventricular. O aspecto binário do miocárdio (ou sinal de duplo contorno do miocárdio) foi evidente em 6 pts. A fração de ejeção foi normal em todos os casos. Em 6 pts. havia hipertrofia significativa do músculo papilar anterolateral. Utilizando o strain rate (SR) baseado no Doppler verificamos duplo pico sistólico no local mencionado. Quatro pts. apresentavam disfunção diastólica grau I. O strain global longitudinal obtido pela técnica do speckle tracking estava levemente reduzido em 5 pts e variou de -16% a -18%.
Conclusões: A ecocardiografia pode diagnosticar doença de Fabry através da redução dos valores dos índices de deformação miocárdica e de particularidades na curva do SR em parede lateral, constituindo sinal diferencial nas hipertrofias miocárdicas. O diagnóstico precoce é da maior importância, pois o tratamento enzimático substitutivo específico (Gal A humana recombinante) pode reverter as alterações cardíacas, reduzir a fibrose e melhorar a sobrevida.

## 46433

**Preditores de mortalidade na endocardite infecciosa: importância da cardiopatia reumática como condição predisponente.**

MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES, NICOLE DE PAULA AARÃO FALEIRO MAIA, MILTON HENRIQUES GUIMARAES JUNIOR, THAIS LINS DE SOUZA BARROS, DAYANE AMARAL MADUREIRA, CLÁUDIO LÉO GELAPE e TERESA CRISTINA DE ABREU FERRARI

UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil - FCMMG, Belo Horizonte, MG, Brasil - Hospital das Clinicas de Minas Geriais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: A mortalidade na endocartite infecciosa (EI) continua alta, relacionada às mudanças no perfil epidemiológico da população em risco e ao agente etiológico. No Brasil, pacientes com EI são geralmente mais jovens com doença valvar reumática, muitas vezes sem comorbidades. Entretanto, os fatores determinantes de mortalidade nessa população não estão definidos.
Objetivo: Identificar fatores preditores de mortalidade hospitalar por EI em um centro de referência de cuidado terciário no Brasil.
Métodos: Foram incluídos 158 pacientes consecutivos com EI definitiva ou provável. À admissão hospitalar, os pacientes eram submetidos ao exame clínico, exames laboratoriais e ecocardiograma. O diagnóstico foi definido de acordo com os critérios de Duke modificados. O desfecho avaliado foi morte durante a internação.
Resultados: A idade média foi 47,7 ± 17,1 anos, sendo que 94 (60%) eram do sexo masculino. Cirurgia precoce foi realizada em 92 (58%) dos indivíduos, e mortalidade intra-hospitalar foi 33% (52 pacientes). Cardiopatia reumática foi a condição cardíaca subjacente predominante (39%), seguida prótese valvar (30%). Eventos embólicos foram observados em 22 (14%) dos pacientes. Staphylococcus aureus como agente etiológico da EI foi isolado em 38 indivíduos (24%) e foi associado com morte (OR, 3,697; IC95%, 1,501-9,105) na análise univariada. À análise multivariada, os fatores de risco independentes de morte foram a proteína C reativa (PCR) ao diagnóstico (OR, 1,009; IC95%, 1,002-,015), desenvolvimento de insuficiência cardíaca (IC) durante o tratamento (OR, 3,653; IC95%, 1,454-9.181), e tamanho da vegetação ao diagnóstico (OR, 1,132; IC95%, 1,015-1,262). EI causada por S. aureus foi assoaciada com níveis elevados de PCR e indicação cirúrgica precoce, mas não se manteve como um fator independente de morte.
Conclusão: Nesta coorte, mortalidade precoce por EI foi associada aos níveis de PCR, evolução com IC e tamanho da vegetação. S. aures como agente causador foi associado a EI mais grave e necessidade de cirurgia.

## 46442

**Tratamento percutâneo de cardiopatias congênitas raras utilizando adaptação de próteses desenvolvidas para outras doenças.**

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

Hospital Vila da Serra,BH, MG, Brasil - Hospital Felicio Rocho, BH, MG, Brasil.

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

## 46452

**Tratamento etiológico da doença de chagas crônica: paradigma atual.**

IGOR ALCANTARA PEREIRA, ANDRE PIRES ANTUNES, ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO, ESTER CERDEIRA SABINO e ANA CRISTINA CARVALHO BOTELHO

Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES, Montes Claros, MG, Brasil - Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil - Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: A doença de Chagas (DCh) atinge cerca de 5,7 milhões de pessoas na América Latina e se tornou emergente em vários países não endêmicos. Cerca de 1,8 a 5% dos pacientes evoluem por ano da forma indeterminada para doença orgânica. Apesar das recomendações de instituições como Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e Nuevas Herramientas para el Diagnóstico y La Evaluación del Paciente com enfermedad de Chagas (NHEPACHA), menos de 1% dos pacientes chagásicos crônicos são tratados. Objetivo: Avaliar a percentagem de doadores soropositivos para Trypanossoma cruzi tratados com benzonidazol (BZ) após diagnóstico em um hemocentro. Métodos: Estudo transversal com dados de estudo coorte REDS-II com 244 doadores de sangue cadastrados entre 1998-2002, supostamente saudáveis, soropositivos para DCh no Hemocentro de Montes Claros, convidados para seguimento após 10 anos em média. Resultados: Apenas 18,9% receberam tratamento com BZ. Nos tratados verificou-se redução significativa na parasitemia quantitativa e qualitativa em relação aos não tratados. Discussão: Mais de 99% dos indivíduos com DCh crônica não recebem o tratamento etiológico. A importância da parasitemia na fisiopatologia das complicações da DCh crônica tem sido ressaltada. A persistência do parasito teria papel chave no desencadeamento e sustentação de processos patogênicos da forma crônica da doença. Existe correlação da parasitemia com a gravidade clínica. Estudos randomizados na fase aguda demonstram melhora clínica. O mesmo acontece com estudos não randomizados nas fases crônicas e experimentações animais. Instituições como o CDC orientam tratar etiologicamente todos os soropositivos entre 19 e 50 anos de idade e opcionalmente maiores de 50 anos. A rede NHEPACHA indica o tratamento para todos os indivíduos com DCh crônica. A própria I Diretriz Latino-Americana para o Diagnóstico e Tratamento da Cardiopatia Chagásica indica tratar, embora de modo não muito claro. Apesar de indicarem o tratamento, o paradigma observado é que o paciente com DCh crônica apenas é rotulado como "chagásico", e fica à espera de uma complicação. Conclusão: O estudo mostra que a minoria dos portadores da fase indeterminada foi tratada, apesar das recomendações das principais agências. Identifica-se também redução significativa da parasitemia nos doadores tratados com o benzonidazol. Os dados indicam a necessidade de mudar o paradigma da conduta médica frente à terapia antiparasitária do chagásico crônico.

## 46464

**Comparação da rigidez arterial em hipertensos tratados obesos e não obesos.**

TIAGO BRITO BASTOS RIBEIRO, MARCO ANTONIO VIEIRA DA SILVA, LUIZ ANTONIO PERTILI R. DE RESENDE, ANA PAULA MENDES DA SILVA, IRAMAIA SALOMAO ALEXANDRE DE ASSIS, CAMILA BORGES DE MELO e BONIPERTI PADUA COTA

Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, Uberaba, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO: Evidência tem demonstrado, mas não constantemente, que indivíduos com obesidade tem um aumento na rigidez da aorta, independente dos valores da pressão arterial (PA), etnia e idade. No entanto, o aumento da rigidez aórtica tem sido mais relacionado com a repartição de gordura corporal (avaliado pela cirdunferência abdominal) do que ao aumento do índice de massa corporal (IMC). Determinação não invasiva da velocidade de onda de pulso carótido-femoral (VOP) é o método gold standard para rigidez arterial. Nos últimos anos tem sido demonstrado que VOP pode ser medida por método oscilométrico. Nosso estudo comparou parâmetros de análise de onda de pulso medidos com este novo método para avaliar e comparar rigidez arterial em obesos e não obesos. OBJETIVO: Analisar e comparar parâmetros da análise onda de pulso em paciente hipertensos tratado não obeso (IMC < 30 kg/m2) e OBESO (≥ 30 kg/m2). CASUÍSTICA E MÉTODOS: 116 hipertensos tratados realizaram análise da onda de pulso (AOP), com equipamento Mobil-0-Graph 24 PWA (IOM, Stolberg, Alemanha). Os pacientes responderam a questionário sobre dados demográficos e fatores de risco cardiovasculares. Calculou-se o IMC e a amostra foi dividida em 2 grupos, IMC <30 (G1) E ≥ (G2) 30 kg/m2.. Calculou-se as médias de: idade, índice de massa (IMC), circunferência abdominal (CA), número de anti-hipertensivos (NºAH), pressão arterial central (PAc) e periférica (PAp), pressão de pulso central (PPc) e periférica (PPp), velocidade de onda de pulso (VOP). Ainda Calculou-se a prevalência de mulheres, brancos e diabéticos. Para avaliar significância de diferenças entre os grupos utilizamos o teste do qui-quadrado para as proporções e o teste t de student para médias. RESULTADOS: Foram analisados dados de 116 pacientes, 60 com IMC < 30 (G1) e 56 com IMC ≥ 30 (G2). O IMC médio foi 25,2 vs 35,7, CA 92,1±11,0 vs 111,5±11,4 (p <0,05). Não foram encontradas diferenças significativas para: Mulheres 40(66,6%) vs 35(62,5%), brancos 38(63,3%) vs 28(50%), Diabetes 21(35%) vs 23(41%), Idade 57,7±12,0 vs 59,2±12,4, NºAH 1,8±13,3 vs 2,1±1,18, PAc 130±19,1/88±16,3 VS 134±18,4/91±13,4, PAp 140±20,7/87±15,0 vs 146±20,3/89±13,3, PPc 41±10,5 vs 43±11,7, PPp 53±12,4 vs 56±14, VOP 8,7±1,8 vs 9,0±2,2. CONCLUSÃO: Os resultados deste estudo não demonstraram diferenças de pressão aórtica central, pressão periférica e rigidez arterial em hipertensos obesos quando comparado a não obesos.

## 46466

**Manifestações cardiovasculares em pacientes internados com diagnóstico de Dengue durante a epidemia de 2016 em um hospital privado terciário de Belo Horizonte - estudo descritivo.**

ALEX FROEDE SILVA, ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO e BRUNA EDILENA PAULINO AZEVEDO

Hospital Lifecenter, Belo Horizonte, MG, Brasil.

FUNDAMENTOS: A dengue é doença endêmica no Brasil, com períodos epidêmicos, como no primeiro trimestre de 2016. A literatura é pobre quanto às manifestações cardiovasculares (CV) desta arbovirose. há relatos de miopericardite, bradi ou taquiarritmias, distúrbios de condução.
MATERIAIS E MÉTODOS: Avaliou-se, retrospectivamente, todos os prontuários de pacientes (pac) internados com diagnóstico de Dengue em um hospital privado, terciário de Belo Horizonte, no período de 01/01/16 a 31/03/16, com idade ≥ 18 anos. O estudo foi aprovado pela comissão de ética em pesquisa da instituição; Sendo estudo observacional descritivo, apenas com a análise de prontuários, dispensa aplicação de termo de consentimento livre e esclarecido.
RESULTADOS: No período descrito, internaram-se 65 pac com diagnóstico confirmado de dengue (antígeno NS1 e/ou sorologias), 50% para cada gênero. 47% dos casos tinham mais que 60 anos e 53% apresentavam histórico de alguma patologia CV. À admissão hospitalar, 69% estavam normotensos, 24% hipotensos (sendo 4,6% deles em choque) e 7% hipertensos.Em 81% a frequência cardíaca (FC) estava normal, 13% apresentavam taquicardia e 6% manifestaram bradicardia (um pac apresentou bloqueio atrioventricular avançado, necessitando implante de marcapasso definitivo) . Cinco (7,7%) apresentaram fibrilação atrial (FA), com elevada FC. Destes, 4 já tinham diagnóstico prévio de FA e um teve a dengue como causadora da arritmia. Uma paciente descompensou insuficiência cardíaca diastólica prévia, em função da hidratação vigorosa para tratamento da hipotensão e hemoconcentração da dengue. Dos 65 pac internados, 10 (15%) precisaram internar-se no CTI e houve um óbito hospitalar, decorrente de choque refratário. Todos estes 11 pac tinham idade > 60 anos e/ou alguma patologia CV prévia.
CONCLUSÕES As manifestações e compllicações CV são menosprezadas nos protocolos de diagnóstico e manejo da dengue, em parte pelo desconhecimento e em parte pela intensidade dos outros sintomas (febre, mialgias, artralgias). A dengue pode descompensar doenças CV pré-existentes e a hidratação vigorosa, um dos pilares do seu tratamento, pode levar à congestão pulmonar. Estudos descritivos e prospectivos ainda são necessários para melhor entendimento das manifestações CV da dengue.

## 46480

**Avaliação ecocardiográfica dos pacientes com doença falciforme: fatores determinantes da hipertensão arterial pulmonar.**

FLÁVIO COELHO BARROS, MARIA BETANIA SOLIS RESENDE, CHRISTIANO GONÇALVES DE ARAUJO, JULIA TEIXEIRA TUPINAMBÁS, OSIAS DE MAGALHAES, MICHEL TEIXEIRA RODRIGUES e MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES

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

Introdução: As alterações vasculares pulmonares decorrentes da anemia crônica estão implicadas no desenvolvimento de hipertensão arterial pulmonar (HAP) na doença falciforme (DF). Entretanto, a elevação da pressão capilar pulmonar também contribui para HAP e uma melhor definição dos fatores envolvidos na gênese da HAP no contexto da DF se faz necessária.
Objetivos: Avaliar os parâmetros ecocardiográficos associados à HAP na DF.
Métodos: Foram incluídos 88 pacientes recrutados em serviço de referência, com hemoglobinopatia SS ou S-beta-talassemia zero. Todos os pacientes foram submetidos ao ecocardiograma com Doppler tecidual para avaliação sistemática da morfologia e função das câmaras cardíacas. Estimou-se HAP através da velocidade máxima da regurgitação tricúspide (VRT), definindo-se como elevada um valor ≥ 2,5 m/s.
Resultados: A idade média foi de 31 ± 12 anos, sendo 52 mulheres (59%). A fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) foi de 63 ± 4% e 76 pacientes (86%) apresentavam parâmetros de função diastólica normais. A VRT foi de 2,3 m/s, variando de 1,6 a 3,7 m/s, sendo que 17 pacientes (19%) apresentam VRT ≥ 2,5 m/s. Na análise multivariada, os fatores associados independentemente à elevação da VRT foram volume do átrio esquerdo indexado (OR 1,08; IC 95% 1,02-1,14; p=0,009), FEVE (OR 1,26; IC 95% 1,02-1,56; p=0,033) e contração atrial direita avaliada pela onda A do fluxo tricúspide (OR 1,08; IC 95% 1,01-1,15; p=0,040). As variáveis do fluxo mitral e do Doppler tecidual não se associaram à VRT.
Conclusões: O aumento da VRT foi associado à FEVE e ao volume do átrio esquerdo que refletem o remodelamento das câmaras esquerdas na DF, além da contração atrial direita consequente ao provável aumento da pós-carga ventricular direita imposta pela HAP.

## 45613

**Fatores associados à conformidade com os critérios de qualidade AHA/ACC em uma linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio.**

MARIA L L LANA, BRUNO R NASCIMENTO, FRANCISCO C T S JÚNIOR, ISADORA C R S BOZZI, JOSÉ L P SILVA e ANTONIO L P RIBEIRO

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

Introdução: No Brasil, a morbimortalidade bruta por infarto agudo do miocárdio (IAM) está aumentando, apesar dos avanços no seu tratamento. A não conformidade com os critérios de qualidade para seu atendimento - padronizados pela American Heart Association/American College of Cardiology (AHA/ACC) - pode estar entre as principais causas. Visando a otimização da assistência ao IAM, uma linha de cuidado foi implantada em Belo Horizonte, MG em 2010.
Objetivos: Avaliar os fatores associados ao índice de conformidade com os critérios de qualidade AHA/ACC em uma linha de cuidado do IAM em Belo Horizonte. Métodos: Pacientes admitidos com IAM na Unidade Coronariana de Dez/2011 a Dez/2014 foram incluídos prospectivamente. Foram selecionados 13 critérios de qualidade AHA/ACC e foi calculado o percentual de conformidade aos critérios aplicáveis a cada paciente. As variáveis demográficas e clínicas independentemente associadas ao índice de conformidade com os critérios de qualidade foram avaliadas.
Resultados: Foram incluídos consecutivamente 1.129 pacientes, com idade média de 59±13 anos, 67,7% do sexo masculino. Destes, 69,8% tinham diagnóstico de IAM com supra-ST (IAMCSST) e 30,2% com IAM sem supra-ST (IAMSSST); a mortalidade hospitalar global foi de 8,7% (9,1% x 7,6% respectivamente, p=0,49). Dentre os pacientes com IAMCSST, apenas 52% receberam alguma terapia de reperfusão; 14,5% dos trombolisados tiveram tempo porta-agulha <30min e 75,3% dos submetidos a angioplastia primária tiveram tempo porta-balão <90min. Houve, em média, conformidade com 83%[75/88] dos critérios de qualidade AHA/ACC aplicáveis, sendo 82%[72/88] no IAMCSST e 86%[83/100] no IAMSST (p<0,001). 67,3% dos pacientes perfizeram ≥80% dos critérios aplicáveis. Os fatores independentemente associados ao percentual de conformidade foram: tempo (semestre) de funcionamento da linha de cuidado (β=0,08, p<0,001), idade (β=-0,07, p<0,001), classificação de Killip à admissão (β=-0,16, p=0,01) e diagnóstico de IAMSSST (β=0,36, p<0,001).
Conclusão: A conformidade com os critérios de qualidade AHA/ACC no atendimento ao IAM foi ainda abaixo do preconizado pela literatura. Educação continuada, redução dos atrasos do sistema e priorização de grupos de maior gravidade são necessários para a otimização dos resultados e redução da mortalidade do IAM no Brasil.

## 45618

**Correlação da pressão casual, hiper-reatividade da pressão ao teste de esforço e monitorização ambulatorial da pressão arterial em diabéticos.**

LEONARDO ANTUNES MESQUITA, BRUNA FERNANDA GOMES DE MORAIS, LIGIA ARANTES NEVES DE ABREU, BERNARDO ARANTES NEVES DE ABREU, ANA LAURA VILELA ARFELLI, SILAMAR BREDER DE SOUZA, LUIZ ANTÔNIO ALVES DE ABREU, GLAUCO FRANCO SANTANA, JOSE CARLOS DA COSTA ZANON e ODILON GARIGLIO ALVARENGA DE FREITAS

Minascor Centro Médico, Belo Horizonte, MG, Brasil - Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: A hipertensão arterial sustentada ocorre pelo menos duas vezes mais frequentemente em indivíduos com resposta hiper-reativa (RHR) da pressão arterial durante o Teste de Esforço (TE). Existem poucos trabalhos na literatura comparando a RHR aos parâmetros da monitorização ambulatorial da pressão arterial de 24 horas (MAPA) e principalmente quando esta RHR ocorre em diabéticos.
Objetivo: Avaliar o comportamento da pressão arterial de indivíduos com pressão arterial (PA) casual normal e resposta hiper-reativa ao esforço, comparando com presença ou não de diabetes.
Métodos: A PA casual e os dados obtidos na MAPA de 8 indivíduos adultos, diabéticos em tratamento regular, com idade média de 50,51±10,21 anos, normotensos em repouso, hiper-reatores ao TE, foram comparados às de 9 adultos sem diabetes (grupo controle), com média de idade de 48,58±9,53 anos, também normotensos em repouso, com RHR ao esforço. Considerou-se: normotensos quando valores de PA casual <140x90mmHg; RHR quando observado valores de pressão arterial sistólica (PAS) >220mmHg e/ou incremento >15mmHg de pressão arterial diastólica (PAD) no TE, partindo-se de níveis de PA normais.
Resultados/Discussão: No grupo controle, 2 pacientes apresentaram critérios de na MAPA e no grupo de diabéticos, 3 pacientes. A PAS (p=0,002) e PAD (p=0,03) casuais, o valor da PAS da RHR ao esforço (p=0,04), a média da PAS (p=0,008) e as cargas pressóricas sistólicas nas 24 horas (p=0,02) e na vigília (p=0,017) foram significativamente superiores nos indivíduos com RHR e diabetes do que no controle. Nos diabéticos foi observado menor descenso da PAS e da PAD quando comparados às do controle (p=0,001).
Conclusão: A RHR em diabéticos correlacionou-se positivamente com médias maiores da PAS (24 horas e vigília) na MAPA do que as observadas nos paciente com RHR sem diabetes. Este comportamento peculiar da RHR neste grupo de indivíduos deve ser melhor avaliado com uma base populacional maior inclusive para quantificar sua gravidade e implicações.

## 45725

**Como melhorar os resultados da dabigatrana em pacientes com fibrilação atrial não valvar no mundo real em relação aos pacientes do estudo Re-Ly?**

ANA LUISA CALIXTO RODRIGUES, MAURO LUCIO CHIARADIA ZARATTINI, PAULA VALLE VERSIANI, LOURENCO GONCALVES FERREIRA, FÁBIO RIBEIRO PEDROZO DE PAULA, LUCIANA FRANCISCA VILELA MONTEIRO, JULIANA COSTA, DANIELLE ALENCAR PEREIRA, MARIA DA CONSOLAÇÃO VIEIRA MOREIRA e THIAGO DA ROCHA RODRIGUES

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução - O estudo Re-Ly mostrou que dabigatrana (DB) 150 mg BID é superior à varfarina na prevenção de embolia sistêmica (ES) em pacientes (PTs) com fibrilação atrial não valvar (FANV) e não inferior em relação a hemorragias. DB 110 mg BID foi não inferior em relação a ES e superior em relação a hemorragia. Os pesquisadores não puderam escolher a dose devido ao desenho do estudo. Objetivos-Comparar os resultados do Re-ly com os de uma coorte com FANV tratada com DB, em que o pesquisador pode escolher a posologia (110 mg ou 150 mg BID). Métodos-Estudo prospectivo que incluiu PTs com FANV, ≥1 fatores de risco para ES e sem contra-indicações para anticoagulantes. O pesquisador escolheu a dose de acordo com sua percepção de risco de ES e hemorragias. Os desfechos acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI), ES, morte, sangramento maior, AVC hemorrágico (AVCH) e suspensão da droga foram comparados com os do estudo Re-Ly. Idade, clearance de creatinina (CCR), CHA2DS2-VASc, HASBLED e peso foram comparadas nos PTs com ambas as doses. Resultados-Foram avaliados 89 PTs, 60% homens (63% no Re-Ly), idade 70,7±12 anos (71 no Re-Ly),com seguimento de 33,7±14 meses (24 no Re-Ly). Os escores CHA2DS2-VASc, CHADS2 e HASBLED foram 3.05±1.62,1.89±1.09 (2,1 no Re-Ly) e 1.44±1.01, respectivamente. DB 110 mg BID foi usada em 67.5%, 110 mg MID em 2.2% e 150 mg BID em 30.3% dos PTs. Houve uma morte (0,40%/ano x 3,69%/ano no Re-ly - P = 0,0216) e nenhum AVCI/ES ou AVCH (1,32%/ano e 0,26%/ano respectivamente no Re-Ly). Houve 2 sangramentos maiores gastro-intestinais (0,80%/ano x 2,91%/ano no Re-Ly - P=0.24). A DB foi suspensa em 15 PTs (17% - 6,0%/ano x 10,5%/ano no Re-ly - P = 0,59)). Neste estudo, a idade foi 73,6±11,5 (DB 110) x 64,4±13,2 (DB 150) anos (P=0,0049); o CCR foi 55,7±16,9 (DB 110) x 70,8±24,2 (DB 150) ml/min/m2 (P=0,0083); o HASBLED 1,61±1,01 (DB 110) x 1,04±1,09 (DB 150) (P=0,021); peso 74±15 (DB 110) x 86±12 (DB 150) Kg (P=0,0005) e o CHA2DS2-VASc 3,13±1,58 (DB 110) x 2,68±1,75 (DB 150) (P=0,21-NS). Discussão-A eficácia (AVCI/ES) e segurança (morte) foram possivelmente melhores nesta coorte do que no Re-Ly. PTs com DB 110 mg BID tiveram idades e escore HASBLED significativamente maiores e CCR e pesos significativamente menores do que no grupo DB 150 mg BID, evidenciando o padrão de escolha de dose do pesquisador. Conclusões-A escolha da dose da DB de acordo com perfis de eficácia e segurança possivelmente melhora o resultado desta terapia no mundo real.

## 45728

**Avaliação clínica prospectiva do uso da dabigatrana em consultório médico, para a prevenção da embolia sistêmica em pacientes com fibrilação atrial não valvar.**

JOSANA LUCAS ARAUJO, LYS BEATRIZ BRANDO LOPES, FRANCIELE DE ANGELIS SILVA, FILIPE RODRIGUES CUNHA, MILENE SOUZA CASTRO, MAURO LUCIO CHIARADIA ZARATTINI, PAULA VALLE VERSIANI, LOURENCO GONCALVES FERREIRA, MARIA DA CONSOLAÇÃO VIEIRA MOREIRA e THIAGO DA ROCHA RODRIGUES

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução - Dabigatrana (DB) foi o 1o novo anticoagulante oral aprovado para prevenção de embolia sistêmica (ES) e acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) em pacientes (PTs) com fibrilação atrial não valvar (FANV). Foram aprovadas as posologias de 110 mg e 150 mg BID. Objetivos - Relatar a experiência de até 5 anos com o uso da DB em consultório, em PTs com FANV; Avaliar se a eficácia clínica da DB no mundo real reproduz os achados do estudo RE-LY; Métodos - Foram incluídos PTs com FANV, escore CHA2DS2-VASc ≥ 1, ausência de contra-indicações para anticoagulantes e clearance de creatinina ≥ 30 ml/min. Os desfechos analisados foram: incidência de AVCi, qualquer ES, sangramentos maiores, AVC hemorrágico, sangramentos menores, sangramento gastro-intestinal, azia e suspensão da medicação. Os PTs foram seguidos em consultas tri ou semestrais e contato telefônico. Resultados - Foram avaliados 89 PTs, 54 homens (60,6%), idade 70,72 ± 12,74 anos (71 no RE-LY),com seguimento de 33,7 ± 14,7 meses (24 no RE-LY). O escore CHADS2 foi 1.76 ± 1.28 (2.1 no RE-LY) CHA2DS2-VASc foi 3,05 ± 1,62 e o HASBLED 1,44 ± 1,01. A dose 110 mg BID foi usada em 60 PTs (68,2%), 110 mg MID em 2 PTs (2,2%) e 150 mg BID em 27 PTs (30,3%). Azia foi relatada por 14 PTs (15,7%), sendo que 18 (20,2%) usaram bloqueadores de prótons. Não houve nenhum AVCi, ES e AVC hemorrágico. Um PT faleceu por causa não relacionada à DB. Houve 2 sangramentos maiores gastro-intestinais (2,2%-0,78%/ano), um baixo e outro alto, associados a anti-inflamatórios. Sangramentos menores ocorreram em 6 PTs (6,7%). Não houve nenhum PT com transfusão de sangue. Suspensão da medicação ocorreu em 17 PTs (19,1% - 6,8%/ano). As causas das suspensões foram azia (10 - 59%), comodidade posológica (2), sangramentos menores (2), insuficiência renal (1), síndrome coronária aguda (1) e farmacodermia (1). Discussão - Para um grupo com CHA2DS2-VASc □ 3, esperar-se-ia uma taxa anual de AVCi de 5,75%/ano (16,47% nos 33,7 meses de seguimento). Dos 89 pacientes seguidos, foram evitados cerca de 14,6 AVCi, ao custo de apenas 2 sangramentos maiores gastro-intestinais e nenhum AVC hemorrágico ou morte. Azia foi o efeito colateral mais comum e a maior causa de suspensão. Conclusões A experiência do uso de DB em consultório médico corrobora o perfil de eficácia e segurança descrito no estudo Re-ly e foi altamente benéfica na população estudada. O sintoma azia foi a maior causa de suspensão da medicação.

## 45734

**Valores das medidas eletrocardiográficas de adultos Brasileiros sem doença cardiovascular estabelecida: ELSA-Brasil.**

MARCELO MARTINS P FILHO, LUISA C.C.BRANT, JOSÉ LUIZ PADILHA DA SILVA, PAULO ANDRADE LOTUFO, JOSÉ GERALDO MILL, MURILO FOPPA, MARIA DA CONCEIÇÃO CHAGAS DE ALMEIDA, ROSANE GRIEP, SANDHI BARRETO e ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO

Universidade Federal de Minas Gerias, Belo Horizonte, MG, Brasil - ELSA - Brasil.

INTRODUÇÃO: O eletrocardiograma (ECG) é uma ferramenta amplamente utilizada em estudos epidemiológicos, mas existem poucos estudos de base populacional na América Latina e no Brasil. O Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), que incluiu 15105 participantes (35 – 74 anos) de seis capitais Brasileiras, permitiu a criação de base de dados eletrocardiográficos dessa população. O objetivo deste trabalho é descrever as medidas eletrocardiográficas em adultos Brasileiros não portadores de doença cardiovascular. MÉTODOS: Estudo transversal com dados da linha de base do ELSA-Brasil referentes a 11094 (44,5% homens) adultos sem doença cardiovascular prevalente. Os ECG foram obtidos no aparelho Budick Atria 6100 e a armazenados pelo Sistema Pyramis, com mensuração automática pelo software da Universidade de Glasgow. Foi realizada a análise descritiva da frequência cardíaca, da duração das ondas P, QRS e T, dos intervalos PR e QT, assim como dos eixos de P, R e T A comparação de médias após estratificação por sexo, raça/cor e idade foi feita pelo teste-t. A comparação de medianas foi feita pelos testes de Wilcoxon e Kruskal-Wallis. RESULTADOS: As medianas e percentis 2 e 98 dos parâmetros analisados, estratificados por sexo, estão descritos na tabela 1. Houve diferença estatisticamente significativa para todos as mensurações. Foram ainda obtidos gráficos demonstrando o comportamento das medidas eletrocardiográficas analisados ao longo da idade dos participantes. CONCLUSÕES: Os valores para as medidas eletrocardiográficas descritos servem como referência para adultos Brasileiros saudáveis sem doença cardiovascular prevalente, estratificados por sexo.
Tabela 1: Mensuração do parâmetros do ECG nos sexos masculino e feminino.

| Medidas* | Homem (n=4934) | Mulher (n=6160) | p |
|---|---|---|---|
| Frequência Cardíaca (bpm) | 68(47 - 86) | 66(50 - 87) | <0,001 |
| Intervalo PR (ms) | 164(120 - 238) | 158(114 - 210) | <0,001 |
| Duração complexo QRS (ms) | 92(74 - 114) | 85(70 - 106) | <0,001 |
| Eixo onda P (graus) | 54( 11 - 77) | 57( 10 - 78) | <0,001 |
| Eixo onda R (graus) | 35( 42 - 84) | 39( 28 - 83) | <0,001 |
| Eixo onda T (graus) | 39( 16 - 78) | 45( 11 - 77) | <0,001 |
| Duração onda P (ms) | 113(78 - 156) | 108(74 - 132) | <0,001 |
| Intervalo QTc (Hodges)(ms) | 410(378 - 452) | 421(389 - 460) | <0,001 |

*Representados pela mediana e o intervalo entre os percentis 2 e 98%

## 45745

**Anticoagulação de pacientes com fibrilação atrial, no Brasil e no mundo em pacientes com escore CHA2DS2VASc 0 ou 1: Dados do Registro GARFIELD (The Global Anticoagulant Registry in the FIELD).**

ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO, ANTONIO CARLOS PEREIRA BARRETTO, DALTON BERTOLIM PRÉCOMA, SAMUEL GOLDHABER, SOFIE RUSHTON SMITH e AJAY K KAKKAR

Hospital Lifecenter, Belo Horizonte, MG, Brasil - INCOR, São Paulo, MG, Brasil.

Fundamentação – Os pacientes (pac) com fibrilação atrial (fa) têm risco aumentado de apresentar embolias. Este risco é avaliado pelos escores CHADS2 e CHA2DS2VASc, e, com base nos mesmos, define-se quem deve (≥2) ou não (0 OU 1) usar anticoagulantes orais (AO). Procuramos verificar dentre os pac do Registro GARFIELD incluídos no Brasil como foi a prescrição de anticoagulantes orais – Verificou-se, neste sub-estudo, a prescrição dos AO dentre os pac Brasileiros com fa, considerados de baixo risco (escore CHA2DS2VASc, 0 ou 1). Métodos –GARFIELD é um Registro internacional, multicêntrico, composto por 5 coortes sequencias, sendo elegíveis pac com mais de 18 anos e diagnóstico recente de fa. O Registro GARFIELD incluiu 551 pac Brasileiros de 47 Centros de 9 estados, sequencialmente nas três primeiras coortes, entre 2010 e 2013 e esta é a amostra avaliada. Resultados – 14,9% dos pac com fa tinham escore CHAD2SVASC2 0 ou 1, percentual semelhante ao encontrado no resto do mundo (14,3%). Destes, 25% não receberam tratamento antitromboembólico algum e 31,2% receberam um antiagregante plaquetário (AP). Total de 56,2% sem AO. 43,7% estavam recebendo algum AO, sendo a varfarina prescrita para 59,5% dos casos e os novos anticoagulantes orais (NOACs) para 40,4%. Esses valores são semelhantes aos encontrados no resto do mundo.
Conclusões – Dentre os pac com fa de diagnóstico recente, 14,9% apresentavam baixo risco de embolias (escore CHA2DS2VASc, 0 ou 1). Apesar disto, somente 25% deles não receberam tratamento antitromboembólico algum, 31,4% receberam um AP e 43,7% receberam AO. Os dados Brasileiros assemelham-se aos globais. Tais dados permitem inferir que os médicos em todo o mundo, consideram a fa como fator de risco importante para embolias e mesmo em pacientes de baixo risco preferem prescrever AO ou AP para prevenir estes eventos. O seguimento destes pacientes e a conclusão do Registro poderão fornecer informações sobre as taxas de sangramentos nestes pacientes.

## 45760

**Performance longitudinal de não-especialistas para rastreamento e diagnóstico de cardiopatia reumática através de ecocardiografia ultra-portátil em escolas da rede pública: dados do Estudo PROVAR.**

BRUNO R NASCIMENTO, ANDREA Z BEATON, ADRIANA C DIAMANTINO, JULIA P A SANTOS, VITÓRIA M L R REZENDE, ANA L M COSTA, KACIANE K B OLIVEIRA, CASSIO M OLIVEIRA, ANTONIO L P RIBEIRO e MARIA D C P NUNES

Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil - Children´s National Health System, Washington, E.U.A.

Introdução: A transferência de tarefas, com execução e interpretação de ecocardiogramas por não-especialistas utilizando-se aparelhos ultra-portáteis, oferece a melhor alternativa para a adoção sistemática de rastreamento ecocardiográfico de Cardiopatia Reumática (CR) em países endêmicos. Já relatamos que não-especialistas podem conduzir rastreamento ecocardiográfico com boa sensibilidade (até 83%) e especificidade (85-94%) após um curso de treinamento breve, padronizado e informatizado. Objetivos: Relatamos a performance desses profissionais durante um período de tempo de um projeto de rastreamento ecocardiográfico realizado em escolas da rede publica de Minas Gerais. Métodos: Três não-especialistas (2 enfermeiras e 1 técnico) conduziram rastreamento independente com aparelhos ultra-portáteis em escolas de Belo Horizonte e Bocaiúva, Brasil durante 2 meses. Realizaram exame e interpretação limitados, registrando a presença de RM≥1.5cm, ≥2.0cm e de insuficiência aórtica (IA). As imagens passaram por uma segunda interpretação feita por especialistas através de telemedicina de acordo com os critérios de 2012 da World Heart Federation (WHF), levemente modificados devido à ausência de Doppler. Sensibilidade e especificidade de dois grupos de critérios simplificados (1- RM≥1.5cm e/ou qualquer IA e 2- RM≥2.0cm e/ou qualquer IA) foram comparados ao padrão-ouro. Resultados: O rastreamento foi feito em 923 crianças e em 66 delas (60 borderline e 6 definitivos) houve diagnóstico de CR latente pelo padrão-ouro. Em geral, a sensibilidade e especificidade foram respectivamente 85% e 87% (critério 1) e 64% e 96% (critério 2). Houve 100% de sensibilidade (ambos os critérios) para os 6 casos definitivos. Razões para exames falso-negativos (n=10) foram: RM não vizualizada (20%) e medição inadequada do comprimento do jato de RM (80%). Razões para exames falso-positivos (n=114) foram identificação equivocada de jatos de cor (7%), medição inadequada do jato de RM (33%) e aplicação apropriada de guidelines simplificados (RM entre 1,5 e 2,0 cm, 60%). Conclusão: A avaliação longitudinal da performace de não-especialistas no rastreamento ecocardiográfico de CR demonstrou bons resultados. Enquanto a sensibilidade da RM≥2.0cm melhorou em relação a dados anteriores, ela ainda permaneceu baixa e recomendamos manutenção do uso de RM≥1.5cm como ponto de corte de rastreamento em ambientes onde ecocardiografia para confirmação está disponível.

## 45768

**Principais fatores de risco cardiovasculares observados em uma amostra de trabalhadores assintomáticos.**

SAMIR IDALÓ, DIOGO SILVA DE CARVALHO GUISSONI, MARCELA SILVA CASTRO, THIAGO MELO REZENDE, LAURA DELLINE QUEIROZ OLIVEIRA, PABLO DOS SANTOS FLORIANO, MICHEL HAMUI SALLUM, LEANDRO FERREIRA SOUZA, FERNANDA OLIVEIRA MAGALHÃES e LARISSA D AMICO SANTOS

Universidade de Uberaba, Uberaba, MG, Brasil.

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte no mundo, sendo a doença coronariana responsável por 7,4 milhões de óbitos em 2015, seguido pelo Acidente Vascular Encefálico (6,7 milhões), de acordo com a World Health Organization. Os fatores de risco cardiovascular (FRC) são divididos em mutáveis e imutáveis. Dados dos estudos de Framingham demonstraram o papel da dislipidemia, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), fumo, idade e Diabetes Mellitus (DM) como os principais fatores independentes para o desenvolvimento de aterosclerose e DCV. Outros fatores potencializam os citados anteriormente, como obesidade, sedentarismo, história familiar, etnia e fatores psicossociais, considerados fatores predisponentes. Métodos: Realizado coleta de dados de 2002 trabalhadores assintomáticos, no período de setembro de 2014 a setembro de 2015. Os dados foram analisados no programa SSPS 14.0, sendo um estudo do tipo transversal de coorte. Resultados: Foram analisados 2002 trabalhadores assintomáticos, tendo uma predominância masculina (95,4%), com idade media de 35,42 anos. Em relação aos hábitos de vida, 22,4% da população é tabagista e 74,6% é sedentária. Em relação às doenças pré-existentes, 8% apresenta DM, 4,4% apresenta HAS e 2% possui Dislipidemia. Ainda, 1% da população estudada apresentou IAM prévio. Em relação ao IMC, 36,2% da população apresenta-se em sobrepeso e 19,5% é obesa. Discussão: Os principais FRC apresentados no estudo são os modificáveis, sendo eles causais (HAS, DM, Dislipidemia, tabagismo) ou predisponentes (sobrepeso, obesidade e sedentarismo). O sedentarismo no nosso meio é muito alto, sendo o mais frequente observado nesse estudo. Sobrepeso e obesidade já são consideradas uma epidemia nos países desenvolvidos e observa-se uma crescimento exagerado nos países em desenvolvimento, como o Brasil. O tabagismo é o principal FRC causal evitável, apresentando ainda considerável prevalência, apesar das campanhas e leis anti-tabagistas. No que se refere às doenças pré existentes, DM, HAS e Dislipidemia, estão intimamente relacionadas aos fatores predisponentes, sendo consequência provável das mesmas. Conclusão: Nota-se uma prevalência importante de obesidade, sedentarismo e tabagismo, e seu controle são de fundamental importância, a fim de reduzir a incidência dos eventos átero-trombóticos.

## 45769

**Avaliação da prevalência de alterações eletroardiográficas em trabalhadores assintomáticos em relação ao IMC.**

SAMIR IDALÓ, FERNANDA OLIVEIRA MAGALHÃES, DIOGO SILVA DE CARVALHO GUISSONI, LAURA DELLINE QUEIROZ OLIVEIRA, PABLO DOS SANTOS FLORIANO, MICHEL HAMUI SALLUM, LEANDRO FERREIRA SOUZA, MARCELA SILVA CASTRO, THIAGO MELO REZENDE e LARISSA D AMICO SANTOS

Universidade de Uberaba, Uberaba, MG, Brasil.

Introdução: A obesidade e o sobrepeso constituem importantes fatores de risco associados ao aumento da mortalidade principalmente por doenças cardiovasculares. Considerando o estudo Framingham, a obesidade seria um fator de risco independente para incidência de doença arterial coronariana, acidente vascular encefálico e insuficiência cardíaca. O método mais utilizado de avaliação da massa corporal é o IMC (Índice de Massa Corporal), padronizado pela OMS que é critério da classificação do peso e predição dos riscos de doenças. Como parte da avaliação cardiológica de rotina, o eletrocardiograma é um exame de grande importância na identificação de doenças cardíacas e não cardíacas, sendo as alterações desse exame em relação ao IMC o objeto de estudo. Objetivo: Avaliar a prevalência de alterações eletrocardiográficas de acordo com o IMC em um grupo de trabalhadores assintomáticos submetidos a avaliação de rotina. Métodos: A partir de um grupo de 2002 trabalhadores assintomáticos submetidos a avaliação cardiológica de rotina, foi feita a análise dos eletrocardiogramas realizados para identificação de alterações como bloqueios atrioventriculares, tronculares e fasciculares, arritmias, áreas de isquemia e eletricamente inativas, entre outras. Após a interpretação dos exames, foi feita a associação dessas alterações de acordo com o IMC definido em grupos de baixo peso (IMC<18,5), normal (18,5 a 24,9), sobrepeso (25 a 29,9) e obesidade (IMC≥30). A relação dos grupos foi estabelecida pelo teste qui-quadrado, com significância definida por p<0,05. Resultados: A prevalência das alterações eletrocardiográficas não mostrou diferença significativa em relação à obesidade e ao sobrepeso de acordo com o IMC, como se pode verificar nos resultados referentes às alterações do ritmo (p=0,796), eixo (p=0,592), sobrecargas (p=0,467), bloqueios atrioventriculares (p=0,949), bloqueios de ramo (p=0,859) e áreas de isquemia e eletricamente inativas (p=0,529). Discussão: O estudo visava identificar maior prevalência de alterações eletrocardiográficas em trabalhadores assintomáticos que apresentassem IMC em faixas de obesidade e sobrepeso, o que não se confirmou, indicando uma grande maioria de exames normais, mesmo com IMC elevado. Conclusão: A implicação clínica da obesidade como fator de risco não apresentou repercussões significativas no eletrocardiograma já que não houve diferença significativa referente às alterações descritas.

## 45782

**Avaliação clínica da rivaroxabana na prática clínica do mundo real: os resultados reproduzem os achados do estudo Rocket-AF?**

EULER VILLELA, MILENE SOUZA CASTRO, LUCIANA FRANCISCA VILELA MONTEIRO, JULIANA COSTA, DANIELLE ALENCAR PEREIRA, FILIPE RODRIGUES CUNHA, FRANCIELE DE ANGELIS SILVA, LUCIANA GONTIJO VIVIAN, MARIA DA CONSOLAÇÃO VIEIRA MOREIRA e THIAGO DA ROCHA RODRIGUES

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução - O estudo Rocket-AF mostrou que, em pacientes (PTs) com fibrilação atrial não valvar (FANV), a rivaroxabana (RV) é não inferior à varfarina em relação a acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi), embolias sistêmicas (ES) e hemorragias maiores. Objetivos - Analisar prospectivamente uma coorte de PTs com FANV tratada em ambulatório com RV quanto aos desfechos AVCi/ES, hemorrgias maiores, fatais ou intracranianas, hemorragias menores e tolerabilidade (azia e suspensão). Comparar os resultados com os do estudo Rocket-AF. Métodos - Foram incluídos PTs com FANV e CHA2DS2-VASc ≥ 1 e excluídos PTs com contra-indicações para anticoagulantes e clearance de creatinina < 30 ml/min. PTs com clearance > 50 ml/min receberam RV 20 mg MID e entre 30 e 49 ml/min 15 mg MID. Os PTs foram seguidos por consultas trimestrais ou semestrais e contacto telefônico. Resultados - Foram seguidos 62 PTs (56,5% homens) com idade 72,8 ± 10,4 anos (73 no Rocket) por 28,3 ± 12,5 meses (23 no Rocket). A dose de 20 mg MID foi utilizada em 41 PTs (66,1%), 15 mg MID em 20 (32,2%%) e 10 mg MID em 1 (1,6%). Os escores CHADS2, CHA2DS2-VASc e HASBLED foram, respectivamente, 1.89 ± 1.19 (3.48 no Rocket), 3.23 ± 1.54 e 1.63 ± 1.01. O clearance de creatinina foi de 58.9 ± 19.8 ml/min (67 no Rocket). Houve apenas 1 AVCi (0,68%/ano x 1,7%/ano no Rocket - P = NS) para uma população com risco anual de 3,2%. Azia ocorreu em 4 PTs (6,5%), sangramentos maiores em 4 (2,71%/ano x 1.9%/ano no Rocket - P = 0.28), sangramentos menores em 9 (6,17%/ano), HGI em 1 (0,68%/ano x 1.63%/ano no Rocket - P = NS). Suspensão da RV ocorreu em 10 PTs (6,89%/ano x 12,3%/ano no Rocket - P = 0,18) por prurido (1), hematoma retroperitoneal em acidente (1), hemorragia digestiva baixa em neoplasia de colon (1), astenia (2), implante de stent (1), sangramento em traqueostomia (1), hematúria (1), hematoma no braço (1) e epistaxe volumosa (1). Não houve hemorragias intracranianas (0.5%/ano no Rocket - P = NS) ou fatais. Houve 1 morte não hemorrágica (0.68%/ano x 1.9%/ano no Rocket - P = NS). Esta coorte apresentou escore CHADS2 e clearance de creatinina menores que o do estudo Rocket-AF. Conclusões - Nesta coorte com menor CHADS2, menor clearance de creatinina e maior tempo de seguimento, a incidência de eventos adversos e suspensão da RV foram semelhantes à do estudo Rocket-AF. Estes dados demonstram que a RV é eficaz e segura em PTs com FANV e escore CHADS2 inferior à do estudo Rocket-AF.

## 45783

**Correlação entre indice de massa corporal e modulação autonômica cardíaca em mulheres com síndrome metabólica.**

LUCAS RAPHAEL BENTO E SILVA, CAMILA GRASIELE ARAUJO DE OLIVEIRA, FAGNER MEDEIROS ALVES, VIVIANE SOARES, MARIA SEBASTIANA SILVA e ANA CRISTINA SILVA REBELO

Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Introdução: A modulação simpato-vagal pode ser verificada a partir dos índices da variabilidade da frequência cardíaca (VFC) que constitui uma ferramenta importante para avaliar a integridade neurocárdia. Estudos referem que a Síndrome Metabólica pode causar uma disfunção autonômica cardíaca evidenciada por uma redução do tônus vagal e aumento da atividade simpática e que associada à com o aumento do índice de massa corporal (IMC), este aumento pode estar relacionado à redução da variabilidade da frequência cardíaca (VFC). Objetivo: Verificar a correlação entre IMC e a VFC a partir da análise da dinâmica linear. Metodologia: Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição (Protocolo 784446). Estudo transversal composto por 13 mulheres diagnosticadas com síndrome metabólica: grupo com síndrome metabólica (GCSM; n=15; 40.91±6.68 anos). As voluntárias que participaram do estudo foram recrutadas via unidade de Estratégia de Saúde da Família e foram submetidas à coleta sanguínea, medidas antropométricas e aferição da pressão arterial com o intuito de diagnosticar a síndrome metabólica. Para a avaliação da VFC, os intervalos R-R foram captados durante 12 minutos na posição sentada utilizando um cardiofrequencímetro (v800, Polar, Finlândia). Os dados foram analisados no domínio do tempo e da frequência através do software Kubios HRV Analysis. Análise estatística: Teste de Correlação de Pearson, a=5%. Resultados: Os valores estão expressos (Tabela 1). Não houve diferença significativa para os índices no domínio do tempo e da frequência. Tabela 1. Coeficientes de correlação de Pearson entre o índice de massa corporal (IMC) e variabilidade da frequência cardíaca (análise linear). Conclusão: A partir dos dados pode-se inferir que não houve correlação entre o IMC e a VFC. O aumento do número amostral e outros tipos de análises podem indicar alterações da integridade da função neurocárdica em mulheres com SM.

| Análise | Índices | GRUPO | |
|---|---|---|---|
| | | GCSM (n=13) | p |
| Domínio do Tempo | SDNN (ms) | -0.2948 | 0.3316 |
| | (MRSD (ms) | -0.0670 | 0.8217 |
| Domínio da Frequência | Baixa Frequência (ms) | -0.4290 | 0.1323 |
| | Alta Frequência (ms) | 0.0610 | 0.8433 |
| | Razão | -0.0719 | 0.8034 |

## 45786

**Perfil cardiológico de pacientes com anemia falciforme em acompanhamento ambulatorial em um hospital de referência em Hematologia.**

PRISCILA NASSER DE CARVALHO, ROBERTO KROLL e VINICIUS NASSER DE CARVALHO

Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini, São Paulo, SP, Brasil - Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG, Brasil.

Introdução: A anemia falciforme é uma doença autossômica recessiva e é consequência de uma mutação de um gene que resulta em uma hemoglobina mutante, a hemoglobina S. Fatores estressantes do microambiente vascular desencadeiam a polimerização da hemoglobina, levando à deformação em foice do eritrócito, aumentando a viscosidade sanguínea, com consequentes hemólise e vasoclusão. Complicações cardíacas são importante causa de morbimortalidade. O aumento do átrio esquerdo é a alteração mais prevalente na estrutura do coração. Também são comuns aumento do ventrículo esquerdo e hipertrofia ventricular esquerda e pode haver evolução para disfunção sistólica e hipertensão pulmonar. Objetivo: avaliar o perfil cardiológico de pacientes com anemia falciforme em acompanhamento ambulatorial em um hospital de referência em Hematologia e comparar seus parâmetros clínicos e ecocardiográficos com os da literatura. Métodos: Incluíram-se pacientes com anemia falciforme para os quais foram solicitados ecocardiograma de rotina para avaliação e acompanhamento de suas repercussões cardíacas, de maio a novembro de 2015. Na ocasião do exame, os pacientes foram questionados quanto aos sintomas cansaço, palpitações e dor torácica e foram ainda coletados os seguintes dados: idade, sexo e resultado da última hemoglobina. Resultados: Dos 26 pacientes inclusos, houve prevalência do sexo masculino, a média de idade foi de 30,15 anos e a média da hemoglobina foi de 9,44. Pacientes sintomáticos foram maioria (53,84%). Em relação ao ecocardiograma, a média do volume indexado do átrio esquerdo foi 44ml/m²(aumento moderado), nenhum paciente apresentou disfunção ventricular e, diferentemente da ampla maioria dos estudos analisados, em apenas um exame foi identificada discreta hipertensão pulmonar. Notou-se que, quanto menor a hemoglobina, maior o tamanho do átrio esquerdo e os sintomas se mostraram mais prevalentes naqueles com aumento importante do átrio esquerdo em detrimento dos que possuíam aumento discreto. Discussão: Apesar de jovens, muitos destes pacientes são sintomáticos do ponto de vista cardiovascular, mesmo não sendo evidenciada disfunção ventricular ou hipertensão pulmonar significativa. Conclusões: As alterações estruturais cardíacas decorrentes da anemia falciforme podem agravar os sintomas que a anemia por si só pode gerar. Assim, o exame cardiológico pode ajudar na decisão de transfusão sanguínea deste tipo de paciente.

## 45810

**Principais alterações eletrocardiograficas encontradas em um grupo de trabalhadores assintomaticos.**

SAMIR IDALÓ, MARCELA SILVA CASTRO, THIAGO MELO REZENDE, DIOGO SILVA DE CARVALHO GUISSONI, LAURA DELLINE QUEIROZ OLIVEIRA, PABLO DOS SANTOS FLORIANO, MICHEL HAMUI SALLUM, LEANDRO FERREIRA SOUZA, FERNANDA OLIVEIRA MAGALHÃES e LARISSA D AMICO SANTOS

Universidade de Uberaba, Uberaba, MG, Brasil.

Introdução: O eletrocardiograma (ECG) é considerado teste clínico isolado mais importante para diagnóstico da isquemia miocárdica e do infarto. Ondas Q anormais podem indicar infarto não reconhecido ou silencioso em diversos estudos populacionais e indica maior risco cardiovascular (RCV). HVE e alterações secundárias da repolarização se mostraram preditivas de RCV e Diretrizes estabelecem que a indicação de um ECG para a avaliação de RCV é razoável em pacientes adultos assintomáticos. Objetivos: descrever as alterações eletrocardiográficas mais comuns em trabalhadores assintomáticos, permitindo identificar o risco de eventos cardiovasculares. Metodologia: Análise ECG de um grupo 2002 trabalhadores assintomáticos, submetido a avaliação cardiológica de rotina, tentando identificar alterações sugestivas de isquemia miocárdica, bloqueios de ramo, sobrecargas de câmaras, desvios de eixo e bloqueios atrioventriculares. Os dados foram analisados no programa SSPS 14.0, sendo descritos através de porcentagens. Análise através do qui-quadrado com nível de significância 5%, configurando transversal de corte. Resultados: População predominante masculina, sendo 95,4% do estudo. Desvio de eixo - 5 % da população estudada. Sobrecargas - 6,1% sobrecarga atrial esquerda (SAE), 3,1 % sobrecarga ventricular esquerda e 4% associação das duas. Bloqueio atrioventricular (BAV) de 1º grau - 8%. Isquemia - 4,9% com isquemia subepicárdica; 1,1 % zona elétrica inativa e 6% associação dos dois. Bloqueios de ramo - 2,2% bloqueio de ramo esquerdo, 5,0% bloqueio de ramo direito, 3,6% bloqueio divisional ântero-superior esquerdo (BDASE), 0,4% bloqueio de ramo direito com BDASE. Discussão: as alterações eletrocardiográficas predominantes foram BAV de 1º grau, SAE e associação de isquemia subepicárdica com zona elétrica inativa. Foram observados em trabalhadores sem doença prévia e com índice de massa corporal (IMC) normal. Tal achado contradiz estudos que demonstram a estreita relação entre fatores de risco na gênese da doença cardiovascular com evidências eletrocardiográficas da doença. Conclusão: É importante a avaliação cardiológica de trabalhadores assintomáticos através do eletrocardiograma, uma vez que o estudo demonstrou a presença de alterações eletrocardiográficas que representam risco para o surgimento de graves eventos cardiovasculares, principalmente pelo estudo em questão se tratar de indivíduos previamente hígidos.

## 45923

**Prescrição de estatinas, betabloqueadores, AAS e dupla anti-agregação plaquetária em pacientes admitidos com síndrome coronariana aguda e redução da incidência de eventos cardiovasculares maiores.**

ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO, GUSTAVO FONSECA WERNER, JOSE CARLOS DE FARIA GARCIA e BRUNA EDILENA PAULINO AZEVEDO

Hospital Lifecenter, Belo Horizonte, MG, Brasil.

FUNDAMENTOS: Diretrizes preconizam estatinas (estat), β-bloqueadores (bbloq), AAS, dupla anti-agregação plaquetária (DAAP) para pacientes (pac) com síndromes coronarianas agudas (SCA). Registros da prática clínica no mundo real mostram que a adoção destas terapias é sub-ótima, impactando no número de eventos cardiovasculares maiores (MACE - reinfarto, parada cardíaca, acidente vascular encefálico, morte). Documentou-se taxas de uso das medicações acima em pac do registro ACCEPT em uma instituição privada terciária de Belo Horizonte, comparou-se com a média nacional observada no registro e avaliou-se incidências de MACEs nestas duas populações. MATERIAIS E MÉTODOS: O registro ACCEPT, organizado e patrocinado pela SBC, incluiu, de jan/2011 a dez/2014, 5038 pacientes admitidos com SCA em 47 instituições públicas e privadas de todo o Brasil. Destes, 480 possuiam dados incompletos e foram desconsiderados para as análises. Assim, avaliou-se um total de 4557 indivíduos, sendo 158 de nossa instituição. Comparou-se dados da prescrição de AAS, DAAP, estat e bbloq nas primeiras 24 hs da admissão, na alta hospitalar, aos 30 dias, 6 meses e 12 meses da internação, bem como as incidências dos MACEs para nossos 158 pacientes (grupo A) e para os demais 4399 pac incluídos no registro (grupo B). Utilizou-se os testes do X2, t-student, exato de Fisher. Considerou-se um valor P≤0,05 como estatisticamente significativo. RESULTADOS: Não houve diferença entre os dois grupos quanto à idade, gênero, fatores de risco para SCA. Houve significativa maior prescrição de bbloq (91,8%x79%) e estat (98,6%x90%) nas primeiras 24 hs para pac do grupo A (p<0,001 para ambas). Aos 30 dias, 98% dos pac do grupo A mantinham o uso de estat contra 89% no grupo B ((p<0,001). Após 6 meses do evento, a manutenção da prescrição de AAS, DAAP e estat foi significativamente maior (95,7%x89%; 75,7%x53%; 98%x85%) no grupo A ((p<0,001 para todas as comparações). Após 12 meses, pac do grupo A recebiam significativamente mais AAS (99%x86%), DAAP (59%x43%), bbloq (83%x73%) e estat (98%x83%) - (p<0,001, para todas as comparações). A incidência combinada de MACE foi significativamente maior no grupo B, tanto aos 6 (11,4% x 4,2% - p=0,011), quanto aos 12 meses (16,1%x6,0% - p=0,005). CONCLUSÕES: O uso e manutenção de AAS, DAAP, bbloq e estat em pacientes admitidos com SCA associou-se a uma significativa redução na incidência de MACEs e pode ser utilizada como critério de qualidade assistencial de uma instituição.

## 45933

**Perfil de mortalidade das doenças do aparelho circulatório no Hospital Regional de Araguaina - TO.**

KAOMA EVANGELISTA VAZ, THIAGO HENRIQUE DE DEUS E SILVA, WANESSA CARVALHO PINTO e GEORGE ALVES COSTA

Instituto Tocantinense Antônio Carlos, Araguaina, TO, Brasil.

Introdução: O processo de envelhecimento populacional aumenta a necessidade de conhecer a situação de saúde e os fatores de risco envolvidos na gênese das doenças crônicas não transmissíveis, sobretudo das doenças do aparelho circulatório (DAC), por sua importância e magnitude, constituem-se em um dos mais importantes problemas de saúde da atualidade, tanto em países desenvolvidos quanto em países emergentes, dentre eles o Brasil. Elas correspondem à primeira causa de óbito em todas as regiões do país, em ambos os sexos, sendo responsáveis por 31,8% do total de óbitos e por 10% das internações, bem como pela proporção mais alta de mortes prematuras, seguidas do câncer. Objetivo: Avaliar o índice de mortalidade das doenças do aparelho circulatório em 2015, analisando a de maior prevalência.
Métodos: Para a elaboração deste estudo foi utilizado os dados do Sistema de Informação em Mortalidade do HRA e pesquisas em bancos de dados (PEBMED, Google Acadêmico, biblioteca do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos). Desenvolvimento: Os dados apesentam um total de 277 mortes de doenças do aparelho circulatório, sendo 01 de febre reumática aguda, 35 de doença hipertensivas, 20 de doenças isquêmicas do coração, 15 de infarto agudo do miocárdio, 36 de outras doenças cardíacas, 165 de doenças cerebrovasculares e 20 restantes das doenças do aparelho circulatório. As Doenças do Aparelho Circulatório representam a principal causa de morte na maior parte dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, apesar da tendência de queda observada nos países mais desenvolvidos e do aumento crescente da mortalidade causada pelo câncer. Conclusão: Doenças cerebrovasculares estão em destaque com maior prevalência de mortalidade entre as doenças do aparelho circulatório. Refletindo a realidade da mortalidade no Brasil e uma das três principais causas de mortalidade na maioria dos países industrializados, caminhando lado a lado com as afecções isquêmicas do coração e o câncer. Um desafio no estudo das doenças cardiovasculares é relacionar o comportamento de sua mortalidade com as diferentes condições de vida a que estão sujeitas os diferentes grupos populacionais.

## 45953

**O uso do açúcar comum como principal fator relacionado ao insucesso do controle glicemico dos pacientes diabéticos usuários do Centro Estadual de Atenção Especializada Jequitinhonha.**

CRISTIANE ASSIS MOTTA, MARCO POLO ASSIS DA MOTTA, BARBARA MENDES GUIMARAES, TERESA RAQUEL PEREIRA CUNHA, VIVIANI CHAVES FURINI, ERICA OLIVEIRA SOUTO e ANA PAULA SANTOS PRATES

Centro Estadual de Atenção Especializada Jequitinhonha, Jequitinhonha, MG, Brasil.

Justificativa: O Centro Estadual de Atenção Especializada, é um centro de atenção secundária direcionado aos pacientes,estratificados na Atenção Primária através do escore de Framingham em alto e muito alto risco cardiovascular atendidos em equipe multidisciplinar (Cardiologia,Endocrinologia,Nutrição,Enfermagem,Psicologia e Assistência Social). Condições socioeconômicas ínfimas e hábitos culturais arraigados relacionados a alimentação, como por exemplo uso do açúcar comum se apresentam como fatores contribuintes aos baixos percentuais de sucesso no controle glicêmico dos pacientes.
Objetivos: Detectar entre os diabéticos usuários do CEAE os que se encontravam com controle inadequado da glicemia, abordar o uso do açúcar comum na dieta destes,orientar sobre a dieta restritiva em açúcar comum, incentivar o uso racional de adoçantes artificiais.
Metodologia: Estudo transversal, realizado entre 04/2015 a 09/2015 no ambulatório da Cardiologia. Os diabéticos eram entrevistados sobre o uso e frequência do açúcar comum na dieta, considerando ocasional (01 a 2 vezes por semana), frequente (03 ou mais), assim como o uso de adoçantes artificiais. Foram avaliados 476 pacientes, sendo que 222(46,6%) destes se encontravam com controle inadequado da glicemia (o critério utilizado foi da SBEM hemoglobina glicada <7,0 - controle adequado).
Resultados: Dos 222 pacientes com controle inadequado, 94 eram homens (42,3%) e 128 mulheres (57, 7%).Utilizavam somente adoçantes artificiais 92 pacientes (41,4% do total, sendo 38% homens). Entre os homens, utilizavam açúcar comum ocasionalmente 20,7% e frequentemente 41,3%. Entre as mulheres 18,3% consumiam ocasionalmente açúcar e 35,4% frequentemente. Não utilizavam nem açúcar e nem adoçante, preferindo alimentos amargos 2,7%.
Conclusão: Em nosso trabalho, identificamos a dificuldade por parte dos pacientes diabéticos em aderir a dieta restritiva em açúcar, sendo que o sexo masculino consome mais açúcar comum e utiliza menos adoçante artificial. A equipe multidisciplinar vem trabalhando na conscientização dos usuários através do lúdico:palestras,peças teatrais,paródias musicais abordando a temática,com a participação de todos profissionais do CEAE, como estratégia de mudança de paradigma.

## 45977

**Avaliação do risco de doenças cardiovasculares em médicos assistidos pelo programa viver bem de uma cooperativa médica em Barbacena-MG.**

GUSTAVO OLIVEIRA MEINICKE, ÍTALO MIRANDA MOURÃO JÚNIOR, JONE PEREIRA DA SILVA, MARCONE REIS LUIZ JÚNIOR, REBECA MOTA SOARES, ANTÔNIO JOSÉ FONSECA DE PAULA, CHRISTIANE KELLY DE MOURA VIEIRA, LEDA MARÍLIA FONSECA LUCINDA e RÔMULO CARVALHO VAZ DE MELLO

Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, MG, Brasil.

Introdução: Os médicos, para preservarem a qualidade do desempenho e manter a segurança dos seus pacientes, têm a responsabilidade de manter o seu bem-estar, prevenindo e tratando doenças agudas ou crônicas, incluindo doenças mentais e estresse ocupacional. Por isso, melhorar a saúde pode beneficiar a classe médica, seus pacientes e as organizações de saúde em que trabalha. Objetivo: Avaliar parâmetros em programa de atenção à saúde de um grupo de médicos. Metodologia: Avaliação de medidas antropométricas, laboratoriais,cálculo de risco cardiovascular e questionário de hábitos de vida do grupo em 5 anos de seguimento no programa. Resultados:Encontrou-se nos médicos, triglicérides e colesterol (LDL) acima do aceitável em 20,8% e 8,53% respectivamente, Glicemia≥100mg/dL em 8,53%, PSA alterado em 49,85%. Função renal: Ritmo de filtração glomerular ≤60mL/min em 14,20% e creatina>1,0mg/dL em 18,86%, das mulheres e >1,2mg/dL em 28,83% dos homens. Dados Antropométricos: Sobrepeso em 11,49%, 7,47% com obesidade e 46,53% apresentaram risco moderadode desenvolver síndrome metabólica através da razão pela cintura-quadril. Pelo método de Framingham, 58 médicos foram avaliados, sendo que 51,73% foram classificados como risco baixo, 29,31% risco moderado e 18,96% com risco alto de desenvolver doenças cardiovasculares nos próximos 10 anos.Outras variáveis: 51,44% dos médicos eram portadores de doença crônica, 60,29%, consumiam álcool,8,4% apresentam Diabetes mellitus e 7,25% são tabagistas e 79,5% possuem alterações de pressão arterial sistêmica (PAS ≥140mm/Hg em 49,65%, PAD≥90mm/Hg em 53,43%). Discussão e Conclusão: Os médicos avaliados apresentaram a mesma prevalência de doenças crônicas, assim como alteração de fatores de risco para doenças cardiovasculares, não havendo diferença significativa na comparação destes parâmetros com a população Brasileira em geral, mesmo com o maior grau de conhecimento dos mesmos. A rotina estressante e o excesso de responsabilidades são possíveis justificativas para essa dificuldade na busca de uma vida mais saudável pelos médicos da cidade de Barbacena, MG.

## 46030

**Caracterização e mortalidade dos pacientes internados em unidade coronariana de um hospital em Juiz de Fora - MG.**

KAREN C C ISHII, LETHICIA C S N PIRES, DELMIRA A N BARBOSA, MARIA I S BARBOSA e JOSE F JUNIOR

Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil - Hospital Albert Sabin, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Introdução: Unidade Coronariana (UC) destina-se ao atendimento de paciente grave ou de risco, preferencialmente com problemas cardiológicos, que exijam assistência médica ininterrupta, com apoio multiprofissional e recursos especializados. O desfecho das internações nessa unidade se relaciona a vários fatores, tornando importante o conhecimento de características desses pacientes. Objetivo: Identificar o perfil clínico demográfico de pacientes internados em uma unidade coronariana com 12 leitos de um hospital geral de Juiz de Fora – MG. Métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo, com levantamento de dados através de análise de 86 prontuários de pacientes internados no período de agosto de 2015 a abril de 2016. Os dados foram colhidos uma vez por semana, referentes aos pacientes que estavam internados nessas ocasiões. Foram analisados dados demográficos e clínicos, com análise estatística descritiva simples e teste qui quadrado. Resultados: A idade média dos pacientes foi de 71,1 (± 17,05) anos, sendo o mais novo com 12 anos e o mais velho com 96 anos. Destes, 45 pacientes (52,3%) eram do sexo feminino. Principais causas de internação: intervenção cirúrgica cardíaca como angioplastia, troca valvar, aneurisma aorta torácica (13,9%); pós-operatório de cirurgia não cardíaca (13,9%); síndrome coronariana aguda (12,8%); AVE (10,5%); fibrilação atrial (8,1%); pneumonia (5,8%); edema agudo de pulmão (5,8%); infecção do trato urinário (5,8%); insuficiência cardíaca descompensada (3,5%); dengue (3,5%) e outros (16,4%). O tempo médio de internação na UC foi de 10,36 (± 13,47) dias e 23 pacientes (26,74%) fora óbito, com maior incidência de óbito entre o sexto e décimo dia de internação. 61,9% dos pacientes ficaram internados por menos de 5 dias. Em relação aos fatores de risco para doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial sistêmica (36%) foi a mais prevalente, atingindo 31 pacientes (36%). 22 pacientes foram submetidos à intubação orotraqueal e 17 desses evoluíram para óbito. A mortalidade foi associada à ocorrência de plaquetopenia (plaquetas < 150.000/mm3) e tempo de internação prolongado (> 7 dias), significância estatística (p<0,05).Conclusões: Houve predomínio de pacientes idosos, sem diferença significativa em relação ao sexo. As principais causas de internação se relacionaram a procedimentos cirúrgicos. Fatores significativamente associados a mortalidade foram a plaquetopenia e tempo de internação prolongado.

## 46300

**Perfil clínico do paciente submetido a angioplastia primária atendido na Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora.**

EDER FREDERICO ANDRADE DA SILVA, MARIA TEREZA DE MAGALHÃES ANDRADE, DEBORA BERTOLIN DUARTE, ARISE GARCIA DE SIQUEIRA GALIL, LUIZ PAULO PRESTON GIESTA, FELIPE FRANCO FONSECA, ANA FLAVIA ALVES CAIXETA, JOSE RESENDE DE CASTRO JUNIOR, EDUARDO RODRIGUES BORATO e SERGIO CASTRO PONTES

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

INTRODUÇÃO: As Doenças Cardiovasculares apresentam-se como as principais causas de morbi-mortalidade em âmbito mundial. No Brasil seus índices têm tido crescimento significativo nas últimas décadas, sendo o Infarto Agudo do Miocárdio, a principal causa dessa mortalidade nas regiões Sul e Sudeste. Apesar de mais incidente, o infarto agudo miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST) tem apresentado resultados satisfatórios de recuperação quando realizada abordagem médica com Intervenção Coronária Percutânea Primária. OBJETIVO: Descrever o perfil clínico dos pacientes submetidos à angioplastia primaria percutânea no serviço de hemodinâmica. MÉTODO: Trata-se de um estudo retrospectivo observacional, do tipo série de casos, com revisão de prontuários de pacientes submetidos à angioplastia primária que foram encaminhados ao serviço de hemodinâmica durante o período de Setembro de 2013 a Setembro de 2014. RESULTADOS: Participaram da pesquisa um total de 65 pacientes, destes, houve predominância de gênero masculino (73,8%), com media de idade de 65,4 anos. O tempo porta balão foi em media 149,87 minutos variando de 10 a 720 minutos, 41 atendimentos (63%) com tempo igual ou inferior a 120 minutos e 22 atendimentos com tempo menor que 90 minutos. Em relação à artéria culpada, a artéria descendente anterior esquerda foi o vaso mais freqüentemente responsável por IAMCSST (44,6%), seguida da artéria coronária direita (36,9%) e da artéria circunflexa (10%). Observado que a presença de supradesnivelamento do segmento ST ao eletrocardiograma, alterações segmentares de contratilidade ao ecocardiograma, bem como grau moderado e grave de disfunção sistólica, dor precordial, classificação de Killip IV e uso de drogas vasoativas na emergência foram associadas significativamente à presença de óbito. CONCLUSÃO: Este trabalho vem ratificar os principais dados da literatura; que a população atendida no serviço de hemodinâmica é semelhante ao nacional e que se obtiveram resultados também semelhantes, porém ainda passíveis de melhora em busca do atendimento ideal ao paciente infartado.

## 46308

**Cardiopatia chagásica e envelhecimento: estudo transversal dentro da coorte de idosos acompanhados no ambulatório Orestes Diniz.**

JESSICA RODRIGUES GIRUNDI GUIMARAES, SILVANA DE ARAUJO SILVA e FERNANDO ANTONIO DA SILVA CIFUENTES

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

Introdução: A Doença de Chagas (DC), endêmica na América Latina e de grande prevalência na população Brasileira, acarreta elevado impacto socioeconômico ao sistema público de saúde. A cardiopatia chagásica crônica (CCC) é a principal manifestação de morbimortalidade da doença, acometendo indivíduos em plena fase produtiva da vida. Dentre os pacientes chagásicos, caracterizá-los como portadores de CCC e identificar fatores associados à cardiopatia, são importantes passos para melhor manejo clínico. Objetivos: Descrever as características sociodemográficas e epidemiológicas, avaliar a prevalência de CCC e estratificar a amostra de pacientes quanto à CCC. Metodologia: Estudo transversal dentro de uma coorte não concorrente de chagásicos idosos (maiores de 60 anos) submetidos à avaliação clínica, eletrocardiográfica e ecocardiográfica com Doppler (eco) com intervalo máximo de um ano entre eles. Os pacientes cardiopatas (ECG alterado) foram estratificados de acordo com a fração de ejeção (FE) em: 0 (sem alteração de FE ao eco), 1A (FE maior que 45% e menor que 56%) e 1B (FE menor que 45%). O software utilizado foi o SPSS 15.0. Resultados: Foram estudados 181 pacientes acompanhados no ambulatório de doença de Chagas. A média de idade foi de 68,04 anos; com predomínio do sexo feminino (58%); da cor não branca (60%); nascidos em zona rural (93,0%) e endêmica (82,7%) da DC; com história familiar de DC (73,5%), de cardiopatia (34,6%) e de morte súbita (32,4%). A maioria (56,8%) negou etilismo e tabagismo (69,2%). Dentre esses pacientes, 115 (63%) mostraram ECG alterado (portadores da CCC). Desses; 52% eram do sexo masculino. Ao eco, 73% (63 pacientes) foram classificados na categoria 0, enquanto 20% (17 pacientes) como 1A e 7% (6 pacientes) como 1B. Discussão: A prevalência da CCC foi de 63%, taxa superior ao descrito na literatura para todas as faixas etárias (10 a 40%), o que parece fortalecer a idade como importante fator associado à CCC. Dentre os pacientes com CCC, a maioria apresenta menor comprometimento cardíaco, perfil do ambulatório de DC. Conclusão: Assim como em outros estudos, o presente estudo aponta o gênero masculino e a idade como possíveis fatores preditores para o desenvolvimento de CCC, o que poderá se confirmar no estudo coorte, apontando a importância do estudo da CCC na população idosa, possibilitando a abordagem clínica e propedêutica mais precoce e incisiva com vistas à redução da morbimortalidade cardiovascular.

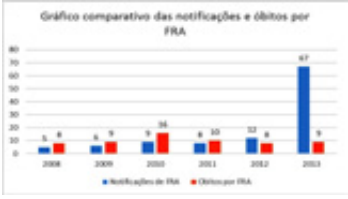
## 46313

**Estudo epidemiológico da incidência de novos casos de valvulopatias por febre reumática em Juiz de Fora no período de 2008-2013.**

MARIANA O KASSIS, MANUELA C R D BARROSO, MARIANA S PESSOA, CRISTINA R D BARROSO, MELISSA F DIVAN, ÍTALO B D N MOURA, PEDRO A C TORRES e JÚLIA R CALMON

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Introdução: A febre reumática (FR) e a cardiopatia reumática crônica (CRC) são complicações estritamente relacionadas a infecções prévias por Streptococcus pyogenes (SP) do grupo A, sendo subdiagnosticadas e subtratadas. O tratamento inadequado na fase primária da doença determina resposta imune tardia, ocasionando valvulopatias. No Brasil, apenas 5% dos casos de FR são tratados e diagnosticados corretamente, visto que a grande minoria é sintomática em seu estágio inicial. Objetivos: Correlacionar epidemiologicamente os baixos índices de notificação por febre reumática aguda (FRA), bem como a submissão do paciente à valvuloplastia, o desenvolvimento de insuficiência cardíaca (IC) e o desfecho em óbitos. Metodologia: Estudo epidemiológico embasado no DATASUS referentes aos anos de 2008 a 2013 e revisão sistemática utilizando a base indexadora SciELO, com os seguintes descritores: a) febre reumática; b) insufuciência cardíaca. Foram selecionados estudos dos tipos: coorte, longitudinal, relato de caso e revisão, publicados entre 2000 e 2013.Resultados: Nos últimos cinco anos, na cidade de Juiz de Fora, foram notificados 107 casos de FRA, com o número de casos estimado em 2140, sendo 60 desses com evolução para óbito, uma taxa de mortalidade de 56,07%. Quanto ao número de valvoplastias por FRA, estatisticamente foram 254 intervenções e 2378 casos de internações de IC por FR, sendo a taxa de mortalidade de 7,82%. Conclusão: Sugere-se, epidemiologicamente, que por conta da subnotificação e subtratamento dos pacientes, o número de casos de IC seja elevado e também significativamente maior do que de casos de FR notificados. Desse modo, nota-se taxa de mortalidade acentuada devido às repercussões na evolução da FR. Assim sendo, a função dos profissionais de saúde é tratar adequadamente a infecção por SP, impedindo a evolução da doença, suas complicações e a morbimortalidade pelas intervenções cirúrgicas.




## 46317

**Avaliação da correlação de diferentes indicadores antropométricos com a gordura corporal entre pacientes de uma clínica privada de Coromandel-MG.**

ADEMAR GONÇALVES CAIXETA NETO, LILIAN FIGUEIREDO RIBAS, ANDRÉA CAIXETA GONÇALVES, RICARDO MOTTA PEREIRA, MATEUS ROSA RIBEIRO DE CASTRO, BRUNO MELLO D`ALESSANDRO, CARLOS EDUARDO PIRES SIMPLICIO, AUGUSTO DELBONE DE FARIA, ANILSON JUNIOR DA SILVA DE CAMPOS e FERNANDA RIBEIRO ROSA

Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, MG, Brasil - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

Introdução: A obesidade, caracterizada pelo excesso de tecido adiposo no organismo, possui etiologia multifatorial e associa-se com elevada morbimortalidade cardiovascular. Representa um importante problema de saúde mundial, com prevalência global estimada de aproximadamente 30%. Diferentes métodos são utilizados para triagem nutricional e de risco cardiovascular, como a antropometria e a bioimpedância elétrica. Neste contexto, o objetivo do trabalho foi avaliar a correlação da gordura corporal (GC) com o índice de massa corporal (IMC), a relação cintura-estatura (RCE), o índice de conicidade (IC) e a circunferência da cintura (CC) entre pacientes de um consultório particular de Coromandel-MG. Métodos: Trata-se de estudo transversal, conduzido com 22 pacientes (4 homens e 18 mulheres), faixa etária entre 22 e 63 anos, atendidos em uma clínica de Coromandel-MG, entre os meses de junho e dezembro de 2013. A GC foi estimada por meio de bioimpedância bipolar. A CC foi aferida na linha média entre o último arco costal e a crista ilíaca. Peso e altura foram mensurados com auxílio de balança de plataforma, a partir dos quais foi calculado o IMC. Para obtenção de RCE e IC foram utilizados dados de CC, altura e peso corporal. A análise estatística foi realizada no Predictive Analytics SoftWare Statistics (PASW 18.0). A normalidade dos dados foi verificada através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Análise bivariada de Pearson foi utilizada para determinar a correlação da CC, IC, RCE e IMC com o percentual de gordura corporal, estipulando valor alfa de p<0.05. Resultados: Houve predomínio de indivíduos do gênero feminino (82%), com idade média foi de 36.73±13.16 anos, GC de 35.14±8.51%, IMC de 27.58kg/m2, RCE 0.53±0.057, IC de 0.53±0.11, CC de 86.68±10.39cm. Houve correlação substancial de GC com RCE (r=0.655; p=0.001), moderada com IMC (r=0.533; p=0.023), fraca com IC (r=0.466; p=0.029) e CC (r=0.466; p=0.029). Discussão: A antropometria é amplamente empregada em estudos epidemiológicos, em função de sua inocuidade, baixo custo e fácil reprodutibilidade. O IMC é útil na avaliação nutricional tanto de indivíduos quanto de populações, no entanto, recomenda-se sua associação com outros indicadores, uma vez que não é capaz de localizar a GC e discriminá-la da massa magra. Conclusão: O indicador que melhor se correlacionou com a GC foi o RCE, seguido pelo IMC.

## 46325

**Implante percutâneo da valva aórtica: experiência inicial em um hospital de Belo Horizonte.**

JULIANA COSTA, LUCIANA GONTIJO VIVIAN, EFRAIM LUNARDI FLAM, EDUARDO K M WASHIZU, LUCIANA FRANCISCA VILELA MONTEIRO, LUIZ CHAVES MENDES, PAULA VALLE VERSIANI, JAMIL ABDALLA SAAD, EDUARDO BELISÁRIO FALQUETO e ARI MANDIL

Hospital Felício Rocho, BH, MG, Brasil.

Introdução: A estenose aórtica é uma doença muito prevalente e de alta morbimortalidade em sua fase avançada. Estima-se que 2-7% da população com idade maior que 65 anos são portadora desta condição. O tratamento definitivo para os casos graves é a troca valvar cirúrgica ou o implante percutâneo da valva aórtica (TAVI). Esta tornou-se opção para os casos com alto e intermediário risco cirúrgico, com taxa de sucesso maior que 90%. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência do serviço de cardiologia de um Hospital de Belo Horizonte na realização da TAVI. Métodos: Foram avaliados 17 pacientes com estenose aórtica grave por critérios ecocardiográficos. A idade média dos pacientes foi de 83 anos (67-95 anos), com os seguintes sintomas: dispnéia limitante (12 pacientes), dor torácica (3 pacientes), pré síncope ou síncope (5 pacientes), sendo o risco STS escore de 6% de mortalidade e 27% morbimortalidade. As valvas utilizadas foram do tipo Edward Sapien (16 casos) e Corevalve (1 caso). Todos os pacientes estavam em uso AAS e Clopidogrel. As vias de acesso foram transfemoral (16 pacientes) e transapical (01 paciente).
Resultados: Mortalidade per operatória: 1 caso, STS Escore 15,72%, devido ruptura do anel valvar; mortalidade em 1 ano: 1 caso, STS Escore 8,7%, devido sepse; leak paravalvar: 1 paciente, com necessidade durante o procedimento do implante de nova valva para correção do leak; dissecção do sítio da punção: 1 paciente; alteração laboratorial: plaquetopenia em 1 paciente, sem sangramento; tempo médio de internação no Centro de Tratamento Intensivo (CTI): 2,1 dias. Em um tempo de acompanhamento médio de 11,6 meses (3-25 meses) de 12 pacientes não houve relato de mortalidade, hemorragias, AVC e todos relataram melhora da classe funcional. Nenhuma outra complicação clínica ou laboratorial foi verificada.
Discussão: Os resultados apresentados na realização da TAVI no centro, com baixas taxas de complicações, tempo de internação em CTI reduzido e melhora da qualidade de vida dos pacientes, corroboram para a implementação deste procedimento nos pacientes com estenose aórtica grave, com risco cirúrgico alto ou moderado. Conclusão: Os resultados iniciais do serviço de cardiologia deste hospital para realização de TAVI encontram-se dentro das taxas de sucesso e complicações esperadas e descritas na literatura.

## 46335

**Perfil dos pacientes com crise hipertensiva admitidos no setor de urgência e emergência de um hospital da região metropolitana de Belo Horizonte no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015.**

ANDREZA CAMPOLINA RAMOS, IVY MARIA DE OLIVEIRA CHAGAS, REGINALDO VITAL DA SILVA NETO e FRANCISCO RODRIGUES DE SALES

Centro Universitário de Caratinga, Caratinga, MG, Brasil.

RESUMO: Estima-se que cerca de um bilhão de indivíduos no mundo são portadores de hipertensão arterial, e que aproximadamente 1% dessa população em algum momento de sua vida pode apresentar uma elevação acentuada da pressão arterial (PA) (4) (5). O seguinte estudo tem como objetivo caracterizar os pacientes atendidos apresentando crise hipertensiva no setor de emergência de um hospital público da região metropolitana de Belo Horizonte, M.G, visando o reconhecimento do perfil epidemiológico destes pacientes a fim de facilitar um rápido diagnóstico, propedêutica adequada e condutas eficazes.
MÉTODOS: Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico que incluiu pacientes de ambos os sexos, atendidos consecutivamente no setor de urgência e emergência de um hospital público da região metropolitana de Belo Horizonte, M.G. Os dados aqui contidos foram adquiridos por meio de análise manual do "Censo Diário" de janeiro de 2011 a dezembro de 2015. Todos os atendimentos nesse período de estudo que resultaram em Crise Hipertensiva como diagnóstico principal foram analisados.
RESULTADOS: No total de 60 meses analisados, 53 pacientes tiveram Crise Hipertensiva como diagnóstico principal. Destes, 27 mulheres (50,95%) e 26 homens (49,05 %). A faixa etária predominante foi de 61 a 70 anos (26,41%). A forma de entrada que prevaleceu entre os pacientes portadores de crise hipertensiva foi a Demanda Espontânea. Vinte e sete pacientes (50,94 %) chegaram ao hospital por meios próprios. Foram listados 102 itens relacionados a patologias e sinais e sintomas associados ao diagnóstico principal. Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e doenças cerebrovasculares foram as mais prevalentes. Alta hospitalar foi o principal destino dos pacientes atendidos, com permanência média de 2 a 5 dias, neste setor.
CONCLUSÃO: Reconhecer o perfil clínico dos pacientes acometidos, os fatores de risco mais prevalentes, e o tipo de crise hipertensiva em questão nos permite realizar uma abordagem mais eficaz, objetivando a rápida melhora do paciente e consequentemente diminuindo a sobrecarga no Serviço Público de Saúde.

## 46338

**Pacientes em UTI: como a boca aflige?**

DIANA RODRIGUES MOREIRA, ANA CARLA CAMPOS, ÂNGELA MELLO COELHO, MARIA DAS GRAÇAS AFONSO MIRANDA CHAVES, MARIA IZABEL SILVA BARBOSA, DELMIRA ALVES NETO BARBOSA, JOSE TADEU TESSEROLI DE SIQUEIRA, JOSE FABRI JUNIOR e GISELE MARIA CAMPOS FABRI

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

Introdução: As doenças odontológicas em ambiente de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) podem representar um foco infeccioso capaz de induzir bacteremia, agravando o quadro clínico do paciente e prolongando o período de internação. Objetivos:Caracterizar as principais queixas bucais agudas em pacientes internados na UTI coronariana observando agravantes e fatores de risco para complicações sistêmicas que possam interferir na recuperação e qualidade de vida. Metodologia:Foram avaliados 60 pacientes com idades entre 18 e 91 anos.Utilizou-se os seguintes instrumentos de avaliação:Ficha clínica (SIQUEIRA,2001) para obtenção de dados demográficos do paciente, sua história médica e caracterização das queixas bucais agudas; questionários de Avaliação socioeconômica ABA-ABIPEMI (ALMEIDA, WICKERHAUSER, 1991) e de qualidade de vida relacionada a saúde oral OHIP-14(SLADE,1997). Resultados: A idade média dos pacientes foi de 65 anos(±17,32), sendo que 34(56,67%) eram do sexo masculino, 52(86,67%) leucodermas, 8(13,33%) tabagistas e 12(20%) etilistas. No momento da avaliação, 14(23,33%) pacientes apresentaram uma queixa odontológica aguda, outros 46 não referiram queixa.As principais queixas relatadas foram prótese desconfortável em 3(21,43%) pacientes, dor na Articulação Temporomandibular(ATM) em 2(14,29%) e dor nos músculos da mastigação em outros 2(14,29%).Quando questionados sobre qual período do dia apresentavam as queixas, 12(85,71%) afirmaram ser indiferente. Sobre a periodicidade e fator desencadeador, 8(57,16%) relataram ser diária, 8(57,14%) referiram algum fator desencadeador e 6(42,85%) referiram ser espontânea.Sobre o período do dia em que piorava, 9(64,28%) disseram ser indiferente.Em relação ao tempo de duração, a média foi de 26,16 meses, variando de 0,25 a 60 meses.A intensidade média da queixa, pela Escala Visual Analógica(EVA) foi de 5,86, variando de 2 a 10.Observamos nível sócio econômico mais elevado nos pacientes com queixa aguda. A qualidade de vida relacionada a saúde oral apresentou média de 8,93(±5,99).Conclusão:No melhor de nosso conhecimento, este é o primeiro estudo que realizou uma avaliação dentária sistemática para caracterizar as queixas agudas em pacientes na UTI.A queixa bucal aguda esteve presente em 23,3% dos pacientes, sendo consideradas de média a alta intensidade pela maioria deles, sugerindo que pode impactar na saúde bucal, qualidade de vida e consequente recuperação.

## 46339

**Queixas odontológicas na UTI: é imperativo cuidar!**

DIANA RODRIGUES MOREIRA, ANA CARLA CAMPOS, ÂNGELA MELLO COELHO, MARIA DAS GRAÇAS AFONSO MIRANDA CHAVES, MARIA IZABEL SILVA BARBOSA, DELMIRA ALVES NETO BARBOSA, JOSE TADEU TESSEROLI DE SIQUEIRA, GISELE MARIA CAMPOS FABRI e JOSE FABRI JUNIOR

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

Introdução: O paciente em unidade de terapia intensiva(UTI) pode apresentar doenças odontogênicas não diagnosticadas.Essas doenças e seus sintomas podem ser agravados durante a internação, interferindo na recuperação e na qualidade de vida.Objetivos:Avaliar a presença de queixas bucais em pacientes internados na UTI coronariana classificando a qualidade de vida relacionada a saúde bucal e o nível sócio econômico.Metodologia:Foram avaliados 60 pacientes com idades entre 18 e 91 anos. Utilizou-se os seguintes instrumentos de avaliação:Ficha clínica (SIQUEIRA,2001) para obtenção de informações demográficas, história médica, odontológica e sintomas relacionados; questionários de Avaliação socioeconômica ABA-ABIPEMI (ALMEIDA,WICKERHAUSER,1991), para efeito de classificação econômica(classes A à E) e de qualidade de vida relacionada a saúde oral OHIP-14(SLADE,1997), com pontuação entre 0 e 28, onde quanto maior a pontuação, maior a influência da saúde bucal na qualidade de vida.Resultados:A idade média dos pacientes foi de 65 anos(±17,32), sendo 34(56,67%) do sexo masculino.O tempo médio de internação na unidade coronariana foi de 3,17(±2,17) dias.No momento da avaliação, 14(23,33%) pacientes apresentaram uma queixa odontológica inicial, outros 46 não referiram queixa.Porém, 43 destes, quando interrogados sobre a presença de sintomas relacionados a doenças odontológicas, responderam afirmativamente.Apenas 3 (5%) pacientes não relataram queixa e/ou sintomas odontológicos.Os principais sintomas relatados foram xerostomia em 46(80,71%) pacientes, ressecamento labial em 40(70,17%) e halitose em 22(38,60%) pacientes. O nível sócio econômico foi elevado(classe B).A qualidade de vida relacionada a saúde oral apresentou média de 5,82(±5,24) para os pacientes com queixa/sintomas e de 3,43(±4,94) para os pacientes sem queixa/sintomas.Conclusão:No melhor de nosso conhecimento, este é o primeiro estudo que realizou uma avaliação dentária sistemática para identificar as queixas orofaciais na UTI.Noventa e cinco por cento referiram alguma queixa e/ou sintoma odontológico, entretanto apenas 23,3% manifestaram uma queixa inicialmente, indicando que muitas condições odontológicas podem ser insidiosas e consequentemente, subdiagnosticadas.A intensidade das queixas relatadas e o impacto da qualidade de vida relacionada à saúde bucal são indicativos da importância da assistência odontológica em pacientes de UTI.

## 46348

**Avaliação da função sistólica do ventrículo direito após valvuloplastia mitral percutânea em pacientes com estenose mitral.**

PRISCILA LIMA TAVARES, WILLIAM ANTONIO M. ESTEVES, GUILHERME RAFAEL SANT`ANNA ATHAYDE, JULIANA RODRIGUES SOARES, LUCAS QUEIROZ FERNANDES CAMPOS, CLÁUDIO ARAÚJO SALGADO RIBEIRO, GABRIEL PRADO SAAD, FELIPE ARIEL PRADO, LUCAS LODI JUNQUEIRA e MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES

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

Introdução: A hipertensão pulmonar secundária à insuficiência cardíaca direita é uma importante causa de mortalidade em pacientes com estenose mitral (EM). A valvuloplastia mitral percutânea (VMP) reduz significativamente a pressão sistólica na artéria pulmonar (PSAP), mas sua influência na função do ventrículo direito (VD) ainda não é bem esclarecida.
Objetivos: Avaliar o efeito imediato da VMP sobre a função do VD, além de determinar os principais fatores associados à função ventricular direita após o procedimento valvar.
Métodos: 142 pacientes com EM reumática sintomática - área valvar de 0.99 ± 0.3 cm2 – submetidos à VPM no período de abril de 2008 a outubro de 2014 foram incluídos. O ecocardiograma convencional e as medidas das pressões através do cateterismo das câmaras cardíacas foram realizados antes e 24 horas após o procedimento com medida de vários parâmetros. A fração de mudança de área do VD (FMA-VD), definida como a diferença entre a área diastólica e sistólica do VD dividida pela área diastólica, em percentagem, foi utilizada para avaliar a função do VD pelo ecocardiograma.
Resultados: A idade foi de 42 ± 12 anos, 88% do sexo feminino. A pressão média medida invasivamente diminuiu de 39 ± 10 para 35 ± 12 mmHg (p<0.001), enquanto a FMA-VD aumentou de 48.2% ± 10.6 para 51.4% ± 8.5 (p=0.009) imediatamente após a VPM. Os fatores associados à função do VD na análise univariada foram a área valvar, os gradientes transvalvares, o grau de regurgitação tricúspide (RT) e a PSAP. Na análise de regressão linear multivariada, as variáveis associadas independentemente após a VMP foram a pressão sistólica na artéria pulmonar (p=0.001) e o gradiente médio transvalvar, medidos após o procedimento, e o grau de RT, antes da VMP.
Conclusões: A função do VD após a VMP com abertura valvar adequada foi associada aos parâmetros que expressam a melhora hemodinâmica com o procedimento nos casos graves: gradiente médio e PSAP após o procedimento. Além disso, o grau de RT funcional refletiu o remodelamento do VD desencadeado pela sobrecarga pressórica crônica.

## 46370

**Teleconsultorias em cardiologia de um serviço de telecardiologia de larga escala.**

ALAN CEZAR FARIA ARAUJO, MILENA SORIANO MARCOLINO e EDENIA SANTOS GARCIA OLIVEIRA

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil - Centro de Telessaúde Hospital das Clínicas, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: É realidade hoje no estado de Minas Gerais a limitação e a dificuldade de acesso a serviços especializados de cardiologia, principalmente nos locais afastados dos grandes centros. Como forma de ampliar o acesso, a telecardiologia foi implementada no estado, com laudos de exames à distância e teleconsultorias (segunda opinião). O objetivo deste estudo é analisar teleconsultorias de um serviço de telecardiologia de larga escala, explicitando as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária.
Métodos: Análise de teleconsultorias em cardiologia consecutivas, realizadas de janeiro a dezembro de 2015, de um serviço de telecardiologia que atende a Atenção Primária de 780 municípios em Minas Gerais. As teleconsultorias foram classificadas quanto ao tipo de dúvida e condição de base do paciente (doença ou alteração em propedêutica).
Resultados: No período do estudo, 243 teleconsultorias em cardiologia foram realizadas. As principais dúvidas foram em relação ao tratamento (41,2%), interpretação de exame complementar (18,9%), propedêutica (15,2%), conduta (5,4%) e elegibilidade para prática de exercício físico (5,4%). Mais de uma dúvida estava presente em 12,8% das teleconsultorias. Dentro do grupo “tratamento” (n=100), tem-se como principais condições de base a hipertensão arterial sistêmica (HAS; 20,0%), as arritmias cardíacas (20,0%, sendo a fibrilação atrial responsável por metade dos casos) e a presença de alterações no eletrocardiograma (ECG; 10,0%). No grupo “interpretação de exame complementar” (n=46), dúvidas em relação ao significado de alterações eletrocardiográficas (54,3%), dor torácica em associação com alteração em ECG (15,2%) e arritmia cardíaca (8,7%) foram os mais prevalentes. Em “propedêutica” (n=37), categoria que abrange as questões referentes ao seguimento da propedêutica, o grupo dos pacientes apresentando alteração no ECG (32,4%) e dor torácica (29,7%) foram os mais frequentes.
Conclusões: Percebe-se a frequência relativamente elevada de dúvidas em relação ao tratamento de HAS e arritmias, bem como em relação ao manejo de pacientes com alteração no ECG (seja tratamento, propedêutica adicional ou interpretação dos achados) e pacientes com dor torácica. Tal constatação permite direcionar esforços no sentido de aprimorar a formação e educação continuada dos profissionais de saúde que atuam em Atenção Primária.

## 46374

**Substituição da valva aórtica, raiz da aorta e aorta ascendente por conduto valvado biológico (INSTAR®).**

NAYARA STEPHANIE CASTELLO BRANCO, HAYANNE CASTRO BRANT, LORENA VENTURA BRANDÃO, MARINA GAZZINELLI LOBATO FURQUIM WERNECK, MIRIAN GONÇALVES COSTA, NATHÁLIA COSTA VILAÇA, PRISCILLA BENFICA CIRILO, SERGIO FIGUEIREDO CAMPOS CHRISTO, GUILHERME MARTINS CASAGRANDE e MARCELO MARTINS CASAGRANDE

Centro Universitário de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil - Hospital das Clínicas (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil - Hospital Municipal Odilon Behrens, Belo Horizonte, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO As doenças degenerativas da Aorta são responsáveis por 15.000 óbitos/ano nos EUA. A substituição da valva aórtica, raiz da aorta e aorta ascendente por conduto valvado com prótese valvar mecânica, proposta por Bentall e De Bono em 1968 tornou-se o tratamento "padrão-ouro". Esta técnica pode ser usada também em conduto valvado biológico, como o INSTAR®, bioprótese de pericárdio bovino montada em tubo de poliéster com malha tipo "woven" de porosidade "zero". MÉTODOS Avaliação do desempenho hemodinâmico e clínico do INSTAR® implantados no período compreendido entre 28/10/2008 à 31/05/2010. Os dados obtidos referem-se a cirurgias consecutivas, em serviços previamente selecionados, de 28 pacientes, sendo 18 do sexo masculino e 10 do feminino, com idade média de 58 anos. O tempo médio de circulação extracorpórea foi 123' e o de isquemia foi 93'. RESULTADOS O tempo de seguimento médio pós-operatório foi de 9,6 meses. O procedimento foi realizado dentro do padrão técnico proposto originalmente. O conduto estudado ofereceu manuseio cirúrgico adequado e apresentou sangramento habitual após neutralização da heparina. Não ocorreram óbitos no período pós-operatório hospitalar. DISCUSSÃO Os condutos valvados biológicos são montados durante o ato cirúrgico, suturando a prótese valvar biológica (bioprótese "stentless" 3f/ATS Medical) no enxerto da raiz da Aorta (Vascutek Gelweave/Terumo) antes do implante ou substituindo primeiramente a válvula aórtica/raiz da Aorta por xenoenxerto ("Freestyle"/Medtronic) e suturando uma extensão de enxerto vascular de Dacron ® no local da Aorta Ascendente aneurismática. O conduto valvado INSTAR® não necessita de montagem durante a cirurgia. Embora os resultados com a operação com valvas mecânicas se mostrem excelentes em sobrevida e durabilidade a longo prazo, a necessidade de anticoagulação permanente está relacionada a complicações hemorrágicas e tromboembólicas. O conduto valvado com prótese valvar biológica, como o INSTAR® se constitui, nesse grupo, a primeira escolha para tratamento de doenças que acometam a valva aórtica e a aorta ascendente. CONCLUSÕES O conduto valvado biológico INSTAR® mostrou ótimo desempenho hemodinâmico no período de seguimento deste estudo; as características do dispositivo garantiram manuseio cirúrgico adequado e propriedade hemostática satisfatória, sem a ocorrência de sangramento excessivo no trans e pós-operatório.

## 46385

**Urgências cardiológicas na atenção primária.**

DIOMILDO FERREIRA ANDRADE JUNIOR, FERNANDA COTRIM STEFANELLI, THALES MATHEUS MENDONA SANTOS, MARCELO HENRIQUES DE CAMARGOS, GRACE KELLY MATOS E SILVA, JOAO ANTONIO DE QUEIROZ OLIVEIRA, THIAGO ADRIANO DE DEUS QUEIROZ, ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO e MILENA SORIANO MARCOLINO

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

Introdução: O eletrocardiograma (ECG) é um exame imprescindível na identificação e manejo das urgências cardiovasculares e sua realização precoce é determinante para um prognóstico favorável. Nosso objetivo é analisar urgências cardiológicas na Atenção Primária atendidas com apoio de um serviço de telecardiologia. Método: Foram analisadas urgências cardiológicas de unidades básicas de saúde, que enviaram ECG a um serviço público de telecardiologia, o qual assiste 780 municípios de Minas Gerais, de março a setembro de 2015. Variáveis clínicas e demográficas foram obtidas por contato telefônico. Além disso, foram obtidas informações sobre o município de procedência: índice de desenvolvimento humano (IDH), número de habitantes e índice de pobreza. Resultados: Nesse período, foram atendidos 304 pacientes com urgências cardiológicas, dos quais foram obtidas informações completas em 231 (75%), sendo a mediana de idade 65 anos (intervalo interquartil [IIQ] 56-76) e 57% homens. As comorbidades mais prevalentes foram hipertensão (70%) e diabetes (18%). A mediana do IDH dos municípios de atendimento foi 0,667 (IIQ 0,638-0,696), da população 9.014 (5.594-16.399) habitantes, da proporção de pobres 16 (IIQ 8-28)% e extremamente pobres 4 (IIQ 1-13)%. Os principais diagnósticos eletrocardiográficos foram alterações sugestivas de isquemia aguda (48%), fibrilação atrial com alta resposta ventricular (21%), bloqueio atrioventricular (BAV) avançado (19%), taquicardia supraventricular (10%) e taquicardia ventricular (3%). A mortalidade foi de 12%. Entre os pacientes com alterações sugestivas de isquemia aguda, 17% foram submetidos à angioplastia e 15% faleceram. Entre os pacientes com BAV avançado, 53% foram submetidos à implantação de marcapasso e 11% faleceram. Discussão: Os principais quadros encontrados são importantes pela sua alta letalidade. Dado o elevado índice de pobreza de muitas das regiões assistidas, as unidades básicas tornam-se portas de entrada para tais pacientes. A pouca integração entre os sistemas de saúde dificulta tanto a assistência quanto a coleta de dados. Conclusão: As urgências cardiológicas, quando se manifestam na Atenção Primária, são agravadas pela baixa estrutura de assistência à saúde, o que corrobora a alta taxa de óbito observada. A maioria dos casos de urgências ocorreu em municípios pequenos, com índices de pobreza mais altos que a média no país, nos quais há dificuldade de acesso aos cuidados especializados em saúde.

## 46407

**Prevalência de hipertensão arterial entre idosas do município de Ouro Preto-MG.**

ADEMAR GONÇALVES CAIXETA NETO, LILIAN FIGUEIREDO RIBAS e ANDRÉA CAIXETA GONÇALVES

Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, MG, Brasil - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

Introdução: A hipertensão arterial é uma doença multifatorial caracterizada por níveis elevados e persistentes da pressão arterial. É frequentemente associada a alterações metabólicas, funcionais e/ou estruturais, com o consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares. Neste contexto, o objetivo do trabalho foi avaliar a prevalência da hipertensão arterial em mulheres idosas do município de Ouro Preto-MG. Métodos: Trata-se de estudo transversal, realizado no mês de junho de 2011, em um Centro de Referência de Assistência Social do município de Ouro Preto-MG, com 37 idosas selecionadas aleatoriamente. A pressão arterial foi aferida em triplicata com auxílio de estetoscópio e esfigmomanômetro aneróide, sendo usada a média aritmética dos três valores para classificação, a qual se baseou nos pontos de corte propostos pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis estudadas foi feita a distribuição de frequência percentual da variável categórica e estatística descritiva das variáveis contínuas com valores de média e desvio padrão. Resultados: Os valores médios de idade, pressão sistólica e pressão diastólica foram 67.16±6.22 anos, 149.1±21.9mmHg e 85.75±13.65mmHg, respectivamente. A prevalência de hipertensão arterial foi de 82.4% neste grupo. Discussão: A hipertensão arterial é mais prevalente em determinados subgrupos da população como os idosos e as mulheres. O conhecimento dos grupos de maior vulnerabilidade a hipertensão arterial é fundamental para a implementação de políticas públicas eficazes para controle e diagnóstico deste importante problema de saúde pública. Conclusão: Foi observada alta prevalência de hipertensão arterial neste trabalho, com valores superiores aos encontrados em outros estudos.

## 46408

**Prevalência de excesso de peso entre idosas do município de Ouro Preto-MG.**

ADEMAR GONÇALVES CAIXETA NETO, LILIAN FIGUEIREDO RIBAS, ANDRÉA CAIXETA GONÇALVES, MATEUS ROSA RIBEIRO DE CASTRO, ANILSON JUNIOR DA SILVA DE CAMPOS e FERNANDA RIBEIRO ROSA

Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, MG, Brasil - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

Introdução: A obesidade, caracterizada pelo excesso de tecido adiposo no organismo, promove o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. A antropometria é um método útil na avaliação nutricional de populações, sendo largamente empregada em estudos epidemiológicos em função de sua inocuidade, baixo custo e alta reprodutibilidade. O objetivo do estudo foi avaliar a prevalência de excesso de peso entre idosas do município de Ouro Preto-MG. Métodos: Trata-se de estudo transversal, realizado no mês de junho de 2011, em um Centro de Referência de Assistência Social do município de Ouro Preto-MG, com 37 idosas selecionadas aleatoriamente. O peso e a altura foram aferidos com o auxílio de balança digital e estadiômetro, respectivamente. O índice de massa corporal foi calculado a partir da razão do peso pelo quadrado da altura e utilizado para categorização do estado nutricional das pacientes, a qual se baseou nos pontos de cortes propostos por Lipschitz. Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis estudadas foi feita a distribuição de frequência percentual da variável categórica e estatística descritiva das variáveis continuas com valores de média e desvio padrão. Resultados: Os valores médios de idade, peso, altura e índice de massa corporal foram 67.16±6.22anos, 69.26±8.81kg, 1.54±0.05m e 29.26±3.47kg/m2, respectivamente. A prevalência de excesso de peso nesta população foi de 67.6%. Discussão: Apesar da grande variação na prevalência de excesso de peso na população geriátrica, particularmente entre os octagenários, há uma maior ocorrência em indivíduos do gênero feminino. A adequada normatização de pontos de corte específicos para a classificação do estado nutricional de idosos é necessária, dadas as alterações metabólicas desta faixa etária, a fim de que novas abordagens possam ser realizadas para o controle do excesso de peso. Conclusão: Foi observada alta prevalência de excesso de peso neste trabalho, com valores superiores aos encontrados em outros estudos.

## 46414

**Hipertensão arterial entre idosos nos asilos de Itauna.**

ELVIO MARQUES DA SILVA, IZABELA MAIA, MARCOS PIMENTA, ANA JULIA CAMARGOS

Hospital Manoel Gonçalves, Itauna, MG, Brasil - Universidade de Itauna, Itauna, MG, Brasil - UFSJ, Divinópolis, MG, Brasil.

Hipertensão Arterial entre Idosos nos Asilos de Itaúna- Estudo de Itaúna-MG
Introdução- A hipertensão arterial é uma das patologias mais frequentes especialmente na população idosa, podendo chegar a mais de sessenta por cento em termos de prevalência e suas consequências são danosas para pacientes, sistema publico de saúdce e familiares.
Métodos- Foi elaborado um amplo questionário com dados referentes a fatgres de risco para doenças cardiovasculares; os alunos das faculdades de medicina foram treinados e orientados na avaliação dos idosos. Todos os idosos dos dois asilos foram avaliados e a pressão arterial aferida no inicio e final da entrevista.
Resultados- Foram estudados 94 idosos, sendo 57 mulheres e 37 homens. A idade mínima considerada no estudo foi 60 anos e a máxima foi de 100 anos. A idade média dos idosos foi de. Dezessete idosos, sendo nove mulheres e oito homens estavam com pressão arterial elevada ou seja 18% do total de idosos com pressão arterial não controlada.A maior pressão arterial medida foi 180 x 120.Dos não controlados oito eram negros, seis brancos e tres mulatos. Quarenta e dois idosos são hipertensos cadastrados e em uso de medicação sendo 25 mulheres e 17 homens. O hipotensor mais usado entre eles foi a losartana (19%) seguida pelo captopril (12%). Nove identificados como hipertensos no estudo não tinham este diagnóstico e nem faziam uso de medicação hipotensora ou 9.5%.
Discussão- A hipertensão esteve presente em um total de 55 idosos ou em 55 % da população estuada, o que vem de encontro com os dados da literatura sobre a prevalencia da hipertensão entre os idosos. Com relação ao controle da hipertensão por estarem asilados esperava-se um controle maior da hipertensão.
Conclusões- A hipertensão arterial é a patologia mais comum entre os idosos; 18% não estão com a pressão arterial controlada e 9.5% não tinham o diagnostico anterior de hipertensos.

## 46415

**Impacto da estratégia da intervenção valvar na evolução dos pacientes com doença reumática da valva mitral.**

LUCAS QUEIROZ FERNANDES CAMPOS, MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES, CLÁUDIO ARAÚJO SALGADO RIBEIRO, LUCAS LODI JUNQUEIRA, NAYARA CAROLINA SANTOS DOURADO, MARCO AURÉLIO DA SILVA NEVES, CLÁUDIO LÉO GELAPE, PAULO HENRIQUE NOGUEIRA COSTA, VITÓRIA EMÍLIA GOMES MARQUES e RENATO BRAULIO

UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: A doença reumática (DR) permanece como a principal causa de valvulopatia mitral necessitando intervenção valvar para melhorar os sintomas e sobrevida. O impacto das estratégias de intervenção da valva mitral (VM) na evolução em longo prazo não está bem definido.
Objetivos: Este estudo identificou os fatores associados aos eventos adversos após cirurgia de troca da valva mitral (CTVM) ou valvuloplastia mitral percutânea (VMP) em pacientes com DR da MV.
Métodos: 246 pacientes com valvulopatia mitral reumática submetidos à VMP ou CTVM foram incluidos. Variáveis clínicas e ecocardiográficas foram coletadas antes do procedimento. Os desfechos avaliados foram morte, necessidade de nova intervenção valvar (VMP ou CTVM), ou acidente vascular encefálico. As análises foram realizadas de acordo com o princípio da intenção de tratar.
Resultados: A idade foi 43,8 ± 13 anos, 198 mulheres (81%), 66 pacientes (27%) com fibrilação atrial; 110 pacientes encontravam-se em classe funcional III/IV. Área valvar mitral foi de 1,08 ± 0,4 cm2, gradiente médio foi de 11,1 ± 5,3 mmHg e escore ecocardiográfico de 7 (variando de 4 a 13 pontos). Noventa pacientes (37%) foram submetidos à CTVM e 156 (63%) à VMP. Durante seguimento médio de 2,4 anos, observaram-se 42 eventos clínicos adversos. A sobrevida livre de eventos do grupo VMP foi comparável ao CTVM no primeiro ano de seguimento (HR, 0,51; intervalo de confiança de 95% [IC], 0,26 para 1,98; p=0,512). Porém, a sobrevida livre de eventos em 4 anos foi maior na CTVM do que na VMP (89% versus 83%; RH, 0,37; 95% IC, 0,15 a 0,91; p=0,024). Na análise multivariada, os preditores independentes de sobrevida livre de eventos foram classe funcional pre intervenção, idade e grupo VMP, enquanto idade e fração de ejeção do ventrículo esquerdo foram preditores de morte tardia após ambos os tipos de intervenção
Conclusão: Os preditores de eventos adversos em longo prazo após intervenção na VM foram idade, classe funcional e VMP. Idade e disfunção ventricular foram associadas à morte tardia após VMP ou CTVM. A sobrevida livre de eventos foi maior no grupo CTVM quando comparado ao grupo VMP no seguimento de 4 anos após intervenção.

## 46426

**Caracterização dos programas de reabilitação cardíaca em Minas Gerais (MG), Brasil.**

RAFAELA SANTOS DE OLIVEIRA, THAIANNE CAVALCANTE SÉRVIO, GABRIELA MOREIRA BONFIM, LILIAN PINTO DA SILVA, MARCIA MARIA OLIVEIRA LIMA, LÍLIAN PEREIRA VERARDO e RAQUEL RODRIGUES BRITTO

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil - Universidade Federal de Juiz de Fora- UFJF, Juiz de Fora, MG, Brasil - Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha e Murici- UFV, Diamantina, MG, Brasil.

Introdução: Diversos Guidelines mostram os efeitos positivos dos programas de reabilitação cardíaca (RC). Apesar disso, existem poucos programas de RC disponíveis e estes são subutilizados. Em MG, não existem dados sobre os programas de RC, assim o objetivo deste estudo é mapear estes programas considerando dados quantitativos e qualitativos. Métodos: Estudo multicêntrico e transversal, aprovado sob o número 37156614.8.1001.5149 e realizado entre março e outubro de 2015. Os coordenadores dos serviços de RC responderam um questionário sobre as características dos serviços: intensidade do exercício, serviços oferecidos, pacientes incluídos, equipe. Realizou-se estatística descritiva utilizando o SPSS versão 21.0. Resultados: Identificou-se e contatou-se 29 (7 públicos) programas de RC em MG. Somente 12 (41,3%) responderam o questionário: 4 de Belo Horizonte, 5 de Juiz de Fora e 3 de Uberaba, não sendo identificados programas de RC em Diamantina. Além disso, 6 (50%) pertenciam à rede privada/filantrópica e 6 (50%) à rede pública. Os programas atendem pacientes com diversas cardiopatias e o Sistema Único de Saúde paga pelos atendimentos em 7 (58,3%) instituições. Todos dispõem de uma equipe multidisciplinar e o atendimento é sempre supervisionado por fisioterapeuta. A escala de Borg e a frequência cardíaca máxima são usadas para prescrever a intensidade dos exercícios. A maior parte oferece as fases II e III da RC, 10 (83,3%) avaliam fatores de risco. 8 (66,7%) não dispõem de abordagem para controle do tabagismo e 5 (41,7%) têm programa de educação nutricional. Discussão: Os dados disponíveis até o momento, indicam a existência de poucos programas de RC em MG, refletindo uma importante barreira no que se refere à continuidade da atenção aos cardiopatas. Apesar disso, os programas avaliados apresentam uma estrutura aceitável, atendem diversas cardiopatias, contam com uma equipe multidisciplinar e prescrevem a intensidade dos exercícios conforme preconizado nos Guidelines. A maior parte avalia fatores de risco cardiovasculares, como tabagismo e hábitos alimentares, mas nem todos têm protocolo específico para seu controle. Conclusões: Existem poucos programas de RC em MG, em especial na rede pública, o que constitui importante barreira para continuidade do cuidado dos coronariopatas. Por outro lado, os programas avaliados apresentam boa qualidade e seguem os Guidelines no que diz respeito à equipe multidisciplinar e a ampla abordagem dos fatores de risco.

## 46427

**Barreiras para reabilitação cardíaca: participantes versus não participantes.**

RAFAELA SANTOS DE OLIVEIRA, GABRIELA MOREIRA BONFIM, THAIANNE CAVALCANTE SÉRVIO, LÍLIAN PEREIRA VERARDO, GABRIELA LIMA DE MELO GHISI, LUCIANA DUARTE NOVAIS e RAQUEL RODRIGUES BRITTO

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil - Toronto Rehabilitation Institute, Toronto, Canadá - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO: A Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca (EBRC) avalia as barreiras que afetam participação e adesão dos cardiopatas à Reabilitação Cardíaca (RC) nos níveis pessoal, profissional e institucional. O objetivo deste estudo é comparar as barreiras entre cardiopatas participantes e não participantes da RC. MÉTODOS: Estudo realizado com cardiopatas participantes (GRC) e não participantes (GNRC) de um programa de RC, aprovado sob o número 37156614.8.1001.5149. Após concordância dos pacientes, realizou-se anamnese e aplicação da EBRC. Esta é composta por 22 itens divididos em 5 domínios de fatores (F): F1-Comorbidades/estado funcional, F2-Necessidades percebidas, F3-Problemas pessoais/familiares, F4-Viagem/conflitos trabalho e F5-Acesso. Os pacientes classificaram seu grau de concordância, através de uma escala Likert de 5 pontos, que corresponde a: 1 – discordar plenamente; 2 - discordar; 3 - indeciso; 4 - concordar e 5 - concordar plenamente. Quanto maior o escore, maior o número de barreiras. Utilizou-se o teste não-paramétrico Mann-Whitney para as comparações GRC versus GNRC, considerando p<0,05 para significância estatística. RESULTADOS: Amostra composta por 108 indivíduos (77 GRC; 31 GNRC), 72 homens, média de idade 60,69±10,26 anos. A maior parte (64,8%) foi diagnosticada com doença arterial coronariana (DAC) e 79,6% já sofreu Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). O GRC apresentou maiores barreiras relacionadas ao fator 1 (comorbidades e estado funcional) (p=0,005) e ao fator 4 (viagem/conflitos trabalho) (p=0,002). Já o GNRC apresentou maiores barreiras no fator 2 (necessidades percebidas (p<0,001). DISCUSSÃO: Indivíduos participantes da RC apresentam maiores barreiras de nível pessoal, relacionadas a outras comorbidades e absenteísmo motivado por viagens e trabalho, fatos que comprometem a adesão à RC. Por outro lado, indivíduos não participantes da RC não a percebem como necessária para o seu tratamento, muitas vezes pela falta de orientação e encaminhamento dos pacientes elegíveis pelos profissionais de saúde, que não informam adequadamente aos pacientes seus benefícios. CONCLUSÕES: Os dados indicam que os programas de RC devem considerar as barreiras dos pacientes que já frequentam a RC para otimizar a adesão e a assiduidade. Além disso, os profissionais de saúde atuantes em serviços de cardiologia precisam disponibilizar mais informações para conscientizar os pacientes sobre a importância deste tipo de acompanhamento para sua saúde.

## 46428

**Avaliação da capacidade funcional e nível de atividade física após reabilitação cardíaca no IAM com e sem supra ST.**

ULLY ALÉXIA CAPRONI CORRÊA, GABRIELA SUÉLLEN DA SILVA CHAVES, JÉSSICA BLANCO LOURES, LÍLIAN PEREIRA VERARDO, GABRIELA LIMA DE MELO GHISI, PAUL OH, SHERRY GRACE e RAQUEL RODRIGUES BRITTO

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil - York University, Toronto, Canadá.

Introdução: A reabilitação cardiovascular (RC) está bem fundamentada para indivíduos com doenças cardiovasculares (DCV) com evidência na melhora da capacidade funcional. O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) apresenta alta prevalência e morbidade e, quando acompanhado do diagnóstico de supra desnivelamento do segmento ST, está associado à elevada estenose e isquemia miocárdica, podendo impactar de forma diferenciada no nível de atividade física (AF). Diante disso, é importante comparar o efeito da RC na capacidade funcional e no nível de AF em indivíduos com IAM com e sem supra de ST. Materiais e métodos: Trata-se de dados preliminares de um ensaio clínico aleatorizado. A capacidade funcional foi avaliada pelo Incremental Shuttle Walk Test (ISWT) e o nível de AF por pedômetro utilizado durante 7 dias consecutivos e pelo questionário Godin-Shephard de AF de lazer. O protocolo de RC consistiu em AF 3 vezes por semana, durante 60 minutos em intensidade de 50% a 80% da frequência cardíaca de reserva. Os dados foram avaliados com ANOVA e post hoc Bonferroni, p<0,05. Resultados: participaram 30 indivíduos (22 homens), com média de idade 59,7±8,4 anos, que sofreram IAM com supra ST (n=17) e sem supra ST (n=13). No baseline, não foi observada diferença entre os grupos em relação a idade, capacidade funcional e nível de AF. Ambos os grupos aumentaram a capacidade funcional ao final da RC (p<0,001) independente do tipo de IAM (com supra de ST uma diferença de média 109,3±92,8 metros; sem supra ST uma diferença de média 105,4±79,7 metros). Antes da RC o nível de AF no lazer avaliado pelo questionário era semelhante entre os tipos de IAM, porém indivíduos com supra de ST apresentaram melhora ao final da RC (p=0,034; diferença de média de 19,85 pontos). Não foi observada mudança do nível de AF avaliada pelo pedômetro em nenhum grupo. Discussão: A literatura evidencia que a prática regular de exercícios em pacientes pós-IAM reduz em 25% a mortalidade cardiovascular. Além disso, aumenta a capacidade da função cardiovascular e contribui para uma mudança dos hábitos de vida, reduzindo, portanto, os fatores de risco para esta doença. Conclusão: Este estudo indica que os benefícios da RC na capacidade funcional independe do tipo de infarto. No entanto o nível de AF de lazer apresenta-se superior após a reabilitação naqueles indivíduos que sofreram infarto com supra de ST.

## 46431

**Aplicações clínicas do contraste endocavitário com microbolhas – experiência inicial.**

JOSE L B PENA, DEBORA M SOUZA, NADIR P S CRUZ, LILIAN F RIBAS, MARCELA B OLIVEIRA, RENATO S VENTURA, MIGUEL R GUIMARÃES e FÁBIO Á TÓFANI

Hospital Felicio Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: A ecocardiografia ainda mostra limitações em certas janelas acústicas, apesar da grande evolução tecnológica no processamento de imagens, como a segunda harmônica. A utilização de agentes de contraste endocavitários com microbolhas (CEM) que atravessam a barreira pulmonar, atingindo as câmaras esquerdas e melhorando o sinal ecocardiográfico, pode ser extremamente útil.
Métodos: Utilizamos o CEM em 26 pacientes (pts.), (17 sexo masculino), sendo 18 em ecocardiograma sob estresse farmacológico (EEF) com dobutamina e 8 ecocardiogramas transtorácicos convencionais inconclusivos. Todos os pts. foram orientados sobre o procedimento. Realizada punção em veia periférica e preparo do contraste hexafluoreto de enxofre, Sonovue®. Após posicionamento adequado e aquisição das imagens iniciais, feitas injeções em bolus de 1,0-1,2 ml em momentos distintos para avaliar o endocárdio e a cavidade do ventrículo esquerdo (VE). Todos os pts. ficaram sob observação por 30 minutos após término do procedimento.
Resultados: O CEM foi empregado em 18 casos de EEF, quando dois ou mais segmentos contíguos não foram visibilizados no exame convencional basal. Em 4 casos seu emprego permitiu o diagnóstico de cardiomiopatia hipertrófica do tipo apical, em 1 caso foi diagnosticado associação de VE não compactado e cardiomiopatia apical, em 2 casos permitiu medida dos volumes e fração de ejeção do VE e em 1 caso confirmou diagnóstico de pseudoaneurisma da região de continuidade fibrosa mitro aórtica. Não ocorreram efeitos colaterais (EF) em nenhum dos casos.
Discussão: O uso do CEM é uma ferramenta útil em pts. com janelas limitadas em repouso e no EEF, favorecendo medições precisas e reprodutíveis do VE e o diagnóstico ecocardiográfico de anomalias estruturais do VE. Além disso, melhora a avaliação diagnóstica da motilidade segmentar, espessamento em repouso e sob estresse, aumentando a proporção de estudos diagnósticos e a confiança do médico que interpreta o exame.
Conclusão: O uso de CEM traz benefícios, sem acarretar EF significativos. Os contrastes atuais apresentam boa persistência e melhoram a imagem bidimensional nas diversas modalidades do exame ecocardiográfico. Além da praticidade, pode reduzir a necessidade de exames invasivos e de alto custo.

## 46435

**Valor do speckle tracking strain na avaliação de pacientes com doença de Chagas: estudo de campo em área endêmica de Minas Gerais.**

OMAR RIBEIRO SANTOS JUNIOR, THIAGO ADRIANO DE DEUS QUEIROZ, DAVI ALEXANDRE BARQUETTE, GABRIEL PRADO SAAD, MARINA SOARES VILELA, PEDRO FERRARI SALES DA CUNHA, MÁRCIO VINÍCIUS LINS DE BARROS, ESTER CERDEIRA SABINO, ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO e MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES

Hospital das Clinicas, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: A avaliação cardíaca do indivíduo com doença de Chagas (DC) em área endêmica é essencial para identificar progressão da doença e prioridade ao acesso aos cuidados à saúde. O bloqueio de ramo direito (BRD) constitui marcador de evolução da doença, necessitando melhor avaliação da função ventricular com outros métodos. O speckle tracking strain (STS) constitui um método acurado para detecção precoce de disfunção ventricular, pouco estudado na DC.
Objetivos: Analisar a contratilidade miocárdica com o (STS) speckle tracking strain e correlacionar com alteração ao ECG.
Métodos: Avaliou-se uma amostra populacional variada da cidade de Carbonita-MG, região endêmica para DC, composta por 67 pacientes com sorologias positivas para T. cruzi e idade de 65 ± 11 anos, variando de 35 a 93. Todos os pacientes submeteram-se ao exame clinico, ECG e ecocardiograma com obtenção do speckle tracking strain de ambos ventrículos.
Resultados: A maioria dos pacientes (81%) encontrava-se em classe funcional II da NYHA, 60% em uso de diuréticos. BRD isolado ou associado com hemibloqueio anterior esquerdo (HBAE) foi detectado em 46% e a fração de ejeção (FE) foi de 56,6 ± 12%. Comparando-se pacientes com ECG normal vs BRD, verificou-se que os parâmetros de função sistólica e diastólica foram semelhantes entre os grupos, incluindo a FE e a relação E/e'. O strain longitudinal global do VE não foi diferente, mas quando se analisou o longitudinal do eixo longo apical (APLAX) detectou-se redução dos valores do strain nos pacientes com BRD em relação aos com ECG normal (-15% vs -18%; p =0,030), com déficit contrátil predominante da parede ínfero-lateral em relação às demais paredes.
Conclusões: Pacientes com BRD em área endêmica de Chagas apresentam strain reduzido sugerindo comprometimento precoce da contratilidade, principalmente acometimento da parede ínfero-lateral.

## 46440

**Implantação da linha de cuidado do infarto em região rural no Brasil- Projeto Minas Telecardio 2.**

BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO, MARIA BEATRIZ MOREIRA ALKMIM, ANDRE PIRES ANTUNES, THATIANE DANTAS DIAS, GEISIANE SOUSA BRAGA, NATALIA RIBEIRO DA SILVA, ERIC BOERSMA e MILENA SORIANO MARCOLINO

Centro de Telessaúde do Hospital das Clínicas, UFMG, BELO HORIZONTE, MG, Brasil - Faculdade de Medicina da UFMG, BELO HORIZONTE, MG, Brasil - Department of Cardiology, Erasmus MC, Rotterdam, Holanda.

Introdução: No Brasil, existe disparidades no acesso aos cuidados `a saúde. O objetivo desse trabalho foi mostrar como a implantação da linha de cuidado do infarto afeta a qualidade da assistência e os desfechos clínicos em um região rural do Brasil com desigualdades sociais.
Métodos e resultados: A qualidade do cuidado e desfechos clínicos nos pacientes com infarto com supra ST (IAMCSST) foi avaliada em duas coortes antes (n=214) e após (n=143) a implantação da linha de cuidado do infarto na região norte de Minas Gerais. Foi utilizado um eletrocardiograma (ECG) digital em tablet para registro na ambulância e transmissão para análise por profissionais treinados. Em caso de ECG pré-hospitalar com IAMCSST era desencadeada uma cascata de respostas envolvendo a transferência direta para reperfusão por angioplastia primária se tempo de transporte menor que 2 horas, ou trombólise pré-hospitalar se tempo maior 2 horas. Após a implantação da linha de cuidado, o atraso médico ajustado (atraso de sistema menos tempo de transporte) reduziu em 40% (β-0.40, IC 95% -0,66 a -0,13; p<0,001). A proporção de pacientes elegíveis que recebeu terapia de reperfusão foi de 70,6% para 80,8% (p=0,045), com aumento no uso da aspirina (94,2% para 100 % [p=0,003]) e inibidor P2Y12 (87,5% para 100% [p<0,001]). Mortalidade intra-hospitalar foi de 17.2 % para 11.6% com odds não significativo (OR 0,73 [IC 95% 0,34 para 1,60]).
Conclusão: A implantação da linha de cuidado do infarto levou a melhora da qualidade ao cuidado em uma região rural do Brasil com recursos limitados.

## 46451

**Perfil de indivíduos com cardiopatia chagásica em um centro de atenção secundária em saúde do Norte de Minas Gerais, Brasil.**

MARCELO C S D NOBRE, ANDRÉ L C S D NOBRE, EDSON W S CANGUSSU e STEPHANIE C SARTORI

Centro Estadual de Atenção Especializada - Brasília de Minas, Brasília de Minas, MG, Brasil.

Introdução: A Doença de Chagas, no Brasil, é a quarta causa de óbito entre as doenças infecto-parasitárias. Estimam-se três milhões de pessoas infectadas, com aproximadamente 600 mil no estado de Minas Gerais. O Centro é referência no atendimento a hipertensos e diabéticos de alto risco cardiovascular encaminhados pela Estratégia Saúde da Família (ESF). O Centro, entre os anos de 2014 e 2015, como projeto-piloto, também era referência para portadores de cardiopatia chagásica crônica de alto risco advindos da ESF. Métodos: Trata-se de estudo transversal e analítico, realizado a partir dos dados de indivíduos chagásicos da microrregião de Brasília de Minas-São Francisco, entre janeiro de 2014 até dezembro de 2015. Eram considerados "alto risco" aqueles chagásicos com alterações eletrocardiográficas e sintomáticos, com presença de pelo menos um dos seguintes: área cardíaca aumentada, fração de ejeção ao ecocardiograma inferior a 50%, presença de aneurisma vorticelar, holter 24 horas com alta incidência de arritmias ventriculares ou ser portador de marcapasso. Resultados: O estudo contou com 203 indivíduos chagásicos, predomínio do sexo feminino (59,6%) e média de idade 56 anos. Preenchiam critérios corretos de encaminhamento ao Centro, 77% dos participantes. Arritmias ao Holter (48,8%), aumento de área cardíaca (33,0%), disfunção sistólica (22,7%), e portadores de marcapasso (20,2%) ou aneurisma vorticelar (10,3%) foram os critérios mais prevalentes. A associação hipertensão arterial e Doença de Chagas esteve presente em 43,7% dos pacientes. Discussão: Percebe-se grande proporção de encaminhamentos correto da ESF. Ressalta-se a importância de condições graves como arritmias, dilatação ventricular e disfunção sistólica relacionadas à Doença de Chagas terem sido encaminhadas para avaliação do cardiologista. A associação entre Hipertensão e Doença de Chagas que não constava como critério para encaminhamento ao Centro em outras regiões do estado, mostra-se digna de estudos futuros. Conclusão: Na indisponibilidade de outro serviço de referência na região, conclui-se que a ESF obteve uma opção importante para o referenciamento destes cardiopatas graves, fato este a ser considerado em outros Centros de Atenção Secundária em Saúde.

## 46454

**Correlação entre hipertensão arterial e alterações eletrocardiográficas em uma população de trabalhadores assintomáticos.**

SAMIR IDALÓ, LARISSA D AMICO SANTOS, FERNANDA OLIVEIRA MAGALHÃES, PABLO DOS SANTOS FLORIANO, MICHEL HAMUI SALLUM, LEANDRO FERREIRA SOUZA, LAURA DELLINE QUEIROZ OLIVEIRA, DIOGO SILVA DE CARVALHO GUISSONI, MARCELA SILVA CASTRO e THIAGO MELO REZENDE

Universidade de Uberaba, Uberaba, MG, Brasil.

Introdução: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é doença multifatorial com potencial relevante para causar lesões de órgãos alvo, destacando o coração, acarretando diversas alterações eletrocardiográficas. Métodos: O estudo é transversal de coorte e foram analisados 2002 trabalhadores assintomáticos submetidos à avaliação cardiológica de rotina. Na análise dos eletrocardiogramas buscou-se bloqueios atrioventriculares (BAV), arritmias, áreas de isquemia e eletricamente inativas, sobrecargas (SC) atriais e ventriculares. Após interpretação, fez-se a associação entre achados eletrocardiográficos em indivíduos hipertensos (IH). A relação entre os grupos foi estabelecida por teste qui-quadrado com significância definida por $p < 0,05$, processados no programa SSPS 14.0. Resultados: Mostrou-se que dos 2002 indivíduos 88 eram hipertensos; destes, 80 (90,9%) apresentava eixo cardíaco normal e 8 (9,1%) apresentaram desvio, enquanto que do total de 1876 indivíduos não hipertensos (INH), 1787 (95,3%) apresentavam eixo normal e 89 (4,7%) apresentavam desvio. Quanto a alterações sugestivas de isquemia 81 IH (92%) não apresentaram esta alteração e 7 (8%) inversão de onda T. Dos 1876 INH, 1752 (93,4%) não apresentaram alterações, 90 (4,8%) inversão de onda T, 22 (1,2%) zona elétrica inativa e 12 (6%) apresentaram inversão de onda T e zona elétrica inativa. Quanto à presença de BAV mostrou-se que dos 88 IH, 87 (98,9%) não apresentaram BAV e 1 (1,1%) apresentou BAV de 2º grau Mobitz I. Dentre os 1876 INH, 1859 (99,1%) não apresentaram esta alteração e 17 (0,9%) apresentaram BAV 1º grau. Ainda, foi analisada relação da HAS com SC e dos 88 IH, 76 (86,4%) não apresentaram SC, 9 (10,2%) apresentaram SC atrial esquerda e 3 (3,4%) SC ventricular esquerda. Dentre os 1876 INH, 1701 (90,7%) não apresentaram SC, 106 (5,7%) apresentaram SC atrial esquerda; 59 (3,1%) SC ventricular esquerda, 1 (1%) apresentou SC ventricular direita e 9 (%) apresentaram associação entre SC atrial esquerda e SC ventricular esquerda. Conclusão: Mesmo em uma população assintomática e com média de idade baixa (35,42), nota-se aumento da prevalência de alterações eletrocardiográficas em IH, como exemplo a maior incidência de SC atrial esquerda, desvio de eixo, alterações isquêmicas, BAV e discreto aumento na incidência de SC ventricular esquerda. No entanto, só houve significância pelo teste Pearson qui-square quando comparadas as incidências de BAV (Person qui-square 0,000).

## 46456

**Efeitos da asma na conduta hospitalar e no prognóstico de pacientes com infarto agudo do miocárdio: uma análise transversal de 300.000 pacientes na Inglaterra e País de Gales.**

PAULO VICTOR ALVES PINTO,

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil - Imperial College London, London, Inglaterra.

INTRODUÇÃO: Estudos anteriores correlacionaram a presença de asma com maior incidência de infarto agudo do miocárdio (IAM) e maior prevalência de fatores de risco para IAM. No entanto, nenhum estudo até o momento investigou pacientes asmáticos durante e após um IAM, e os possíveis efeitos deletérios causados pela asma, como já estabelecido em pacientes com DPOC. Os objetivos desse estudo são investigar esses desfechos em pacientes hospitalares pós-IAM. METODOLOGIA: Nós usamos o banco de dados MINAP (Myocardial infarction national audit project) para identificar pacientes admitidos com IAM em hospitais da Inglaterra e País de Gales entre 2003-2013. Os desfechos pesquisados foram: Dados demográficos e comorbidades na admissão (apresentação); atraso diagnóstico, admissão para unidade coronariana, uso de reperfusão e atraso na reperfusão, uso de tratamentos eletivos, e prevenção secundária (conduta); e mortalidade intra-hospitalar e após 6-meses. A análise foi feita via regressão logística. RESULTADOS: 300.161 pacientes foram identificados com um evento primário de IAM, dos quais 8.922 (3%),asmáticos. Na apresentação, asmáticos foram admitidos com maiores taxas de insuficiência cardíaca ( OR= 1.58 95%CI 1.47-1.70) e doença renal crônica (OR=1.29 95%CI 1.17-1.42). Asma foi um preditor independente de (a) taxas maiores de atraso diagnóstico (OR = 1.22 95%CI 1.12-1.33) (b) taxas menores de reperfusão (OR=0.88 95%CI 0.81-0.96); (c) taxas maiores de atraso na reperfusão (OR=1.24 95% CI 1.13-1.37); e taxas menores de prevenção secundária com B-bloqueadores (OR=0.30 95%CI 0.27-0.33).Asmáticos apresentaram taxas maiores de mortalidade intra-hospitalar (8,2% vs 5,2%) e pós 6 meses, explicadas por diferenças de idade e gênero (OR=0.98 95%CI 0.88-1.08 e OR=1.07 95%CI 0.97-1.18, respectivamente). CONCLUSÃO: Esse foi o primeiro estudo a investigar asmáticos em um contexto pós IAM. Maior taxa de comorbidades entre asmáticos é importante para melhor identificação destas, sobretudo para valor prognóstico, durante uma suspeita de IAM. Ainda, atrasos no diagnóstico sugerem deficiências no diagnóstico diferencial de crises asmáticas graves e dor de origem isquêmica, que refletem em atraso na reperfusão e menores taxas do seu uso. Por fim, o fato de a asma não ser fator independente para mortalidade, apesar de diferenças, ainda que pequenas, nas taxas de reperfusão, suscita mecanismos fisiopatológicos distintos para a mortalidade aumentada em pacientes com DPOC.

## 46459

**Uso de sinvastatina e atorvastatina em pacientes coronariopatas na região metropolitana de Belo Horizonte.**

ROBERTA MARA BATISTA LIMA, ISABELA G FAÉ, LUÍSA C S SILVA, ITALO U D SILVA, EMANUELE M S SILVA, KHALILA ROCHA, MARCELO V DIAS, THIAGO S FERREIRA, FLÁVIO E GIORGETO e GILMAR REIS

Pontificia Universidade Catolica de Minas Gerais, Betim, MG, Brasil - Fundação Hospitalar São Francisco de Assis, Belo Horizonte, MG, Brasil - Cardresearch - Cardiologia Assistencial e de Pesquisa, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Fundamento: O Nível de LDL colesterol (LDL-C) é o dado isolado mais importante na predição de eventos macrovasculares em pacientes (P) sob prevenção secundária, sendo a Sinvastatina (S) a medicação mais utilizada para o controle do colesterol. Em uma avaliação recente identificamos que 65% dos P tratados com sinvastatina persistiam com LDL-C > 70 mg%.
Objetivo: Avaliar em nosso meio os níveis de LDL-C e Não-HDL colesterol (Não-HDL-C) em população não selecionada de P coronariopatas tratados com 40 mg/ dia de Atorvastatina (A).
Material e Métodos: Após obtenção do consentimento livre e esclrecido foram avaliados prospectivamente 207 pacientes após evento de síndrome coronariana isquêmica aguda (6-12 semanas após evento), sendo 143 homens (69%) e idade média 59,5 ± 9,4 anos, com tempo médio de evento 2.3 ± 0,8 meses, sendo 152 (73,4%) já com diagnóstico prévio de hipercolesterolemia e Diabetes presente em 55 pacientes (26,6%). Todos estavam em uso prévio de sinvastatina 40 mg/ dia.
Resultados: P em uso de S apresentaram LDL-C de 85,11 ± 31,8 mg%; não-HDL-C de 121,2 ± 68,9mg%, sendo 34,3% dos mesmos com LDL-C < 70 mg%. Após 14 dias de A observou-se LDL-C de 71,9 ± 31,8 mg%; não-HDL-C de 100,9 ± 33,21mg%, sendo observado 51,7% de P com LDL-C < 70 mg% (incremento de 36 P).
Conclusões: Nesta amostra de P em prevenção secundária cardiovascular a Mudança de S para A propiciou incremento em 50,7% de P com LDL-C dentro das metas atualmente recomendadas. Tais achados podem ter implicações em saúde pública e direcionar o uso racional de estatinas nesta população.

## 46461

**SPECT e tomografia computadorizada de 64 canais na detecção de isquemia miocárdica: experiência inicial com uma nova técnica.**

WILTER DOS SANTOS KER, DANIEL GAMA NEVES, ALAIR AUGUSTO SARMET MOREIRA DAMAS DOS SANTOS, MARCELO SOUTO NACIF e CLAUDIO TINOCO MESQUITA

Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Niteroi, RJ, Brasil - Hospital Pró-Cardíaco, Rio de Janeiro, RJ, Brasil - Américas Medical City, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Introdução: A cardiopatia isquêmica é uma condição resultante de lesões degenerativas difusas que vão ocorrendo progressiva e lentamente, com substituição de miofibrilas por tecido fibrótico, em consequência de isquemia crônica. Objetivo: Avaliar a capacidade diagnóstica da tomografia computadorizada (TC) em detectar defeitos perfusionais significativos identificados pela cintilografia miocárdica (SPECT). Metodologia: Estudo prospectivo e aprovado pelo comitê de ética. Os pacientes são submetidos a um protocolo específico de TC, para avaliação do escore de cálcio, perfusão miocárdica de repouso e estresse, associado à avaliação anatômica coronariana. A cintilografia de perfusão miocárdica é realizada com sestamibi-99mTc utilizando-se protocolo (repouso-estresse). A aquisição de estresse é realizada após infusão de dipiridamol na dosagem de 0,56 mg/kg, em 4 minutos na sala da CT, com injeção de sestamibi-99mTc no 6 minuto, com posterior aquisição das imagens no setor de Medicina Nuclear. A injeção do 99mTc-sestamibi durante o estresse com dipiridamol foi realizada na sala da TC 40 ± 25 segundos antes da aquisição da perfusão miocárdica pela TC. Nesse protocolo fornecemos informações sobre a anatomia coronariana, perfusão de estresse e perfusão de repouso. Foi realizada análise multivariada por regressão logística e o critério de significância foi P<0,05. Resultados: A média de idade foi 57±10,4 anos, sendo 64% mulheres. A TC identificou 92% dos territórios com defeito perfusional detectados pelo SPECT na análise segmentar (p<0,001) e 100% dos pacientes com defeito perfusional na análise por paciente (p<0,001). A avaliação anatômica da angio-TC agregou na diferenciação entre defeitos perfusionais por estenose significativa (>70%) dos relacionados a ponte miocárdica. Os defeitos perfusionais segmentares (8%) que a TC não detectou podem estar relacionados a doença de microcirculação ou a falsos positivos do SPECT. Conclusão: A TC possui boa capacidade na detecção de defeitos perfusionais identificados pelo SPECT, e também pode trazer informações importantes sobre a anatomia coronariana.

## 46462

**Função ventricular esquerda: cintilografia miocárdica x tomografia computadorizada.**

WILTER DOS SANTOS KER, DANIEL GAMA NEVES, ALAIR AUGUSTO SARMET MOREIRA DAMAS DOS SANTOS, MARCELO SOUTO NACIF e CLAUDIO TINOCO MESQUITA

Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Niteroi, RJ, Brasil - Hospital Pró-Cardíaco, Rio de Janeiro, RJ, Brasil - Américas Medical City, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Fundamentos: A avaliação da função ventricular esquerda é fundamental no diagnóstico, prognóstico e na tomada de decisão terapêutica em cardiologia. O emprego de novas técnicas de imagem reprodutíveis é desejável. Objetivo: Identificar a correlação na avaliação funcional em repouso e estresse farmacológico entre a função ventricular esquerda mensurada na cintilografia miocárdica (SPECT) com a da tomografia computadorizada 64 canais (TC). Material e Métodos: Foram estudados os métodos Germano (G) e Emory (E) pelo SPECT e Quinones simplificado (QS) e modificado (QM) pela TC 64 canais. Para avaliação estatistica utilizou-se correlação de Pearson, Bland- Altmann e t-test. O critério de significância foi P<0,05. Resultados: A fração de ejeção (FE) de repouso pelo SPECT_G foi de 65±15%, pelo SPECT_E foi de 71±13%, já pela TC_QS foi de 58±16% e pelo TC_QM foi de 55±14%. O SPECT_G e SPECT_E possuem correlação positiva moderada com a TC_QS e TC_QM (r>0,55, p<0.001; para todos). A FE entre SPECT_G vs TC_QM não foram significativamente diferentes no repouso (p=0.08). Já no estresse com dipiridamol nenhuma medida de FE foi diferente entre si quando comparamos SPECT vs TC (p>0,05; para todos) e a melhor correlação foi entre SPECT_G vs TC_QS (r=0,76, p<0,001). Conclusão: Os nossos achados sugerem que a FEVE medida pela CT apresenta uma correlação satisfatória com a obtida no GATED SPECT. Os diversos softwares geram resultados com graus variados de correlação, o que deve ser levado em conta em estudos seriados.

## 46463

**Infarto agudo do miocárdio em adultos jovens - série de nove casos.**

RAFAEL DA MOTA MARIANP, ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO, GUSTAVO FONSECA WERNER, JOSE CARLOS DE FARIA GARCIA e KLEISSON ANTÔNIO PONTES MAIA

Hospital Lifecenter, Belo Horizonte, MG, Brasil.

FUNDAMENTOS: O Infarto agudo do miocárdio (IAM) ocorre principalmente em indivíduos com mais de 40 anos de idade, mas pode afetar pacientes jovens, condição essa considerada quando acomete aqueles com idade ≤ 40 anos. Nestes os principais fatores de risco (FR) são o tabagismo, história familiar de coronariopatia precoce e hipercolesterolemia. A apresentação clínica mais comum é o IAM com supra-desnivelamento do segmento ST (IAMSST). Em comparação aos indivíduos mais velhos, há predileção para o envolvimento da artéria descendente anterior e doença arterial coronariana de um único vaso. MATERIAIS E MÉTODOS: Estudo prospectivo, observacional descritivo do tipo série de casos, com pacientes na faixa etária de 18 até 40 anos de idade internados de outubro de 2013 a janeiro de 2016, em um hospital privado e terciário, na cidade de Belo Horizonte-MG, com IAMSST. Avaliou-se as seguintes variáveis: apresentações clínicas, gênero, FR para coronariopatia, número e especificação das artérias acometidas, mortalidade intra-hospitalar e re-infarto.. RESULTADOS: Foram admitidos 09 pacientes com IAMSST com idade ≤ 40 anos, sendo 8 (88%) homens. O principal FR foi o tabagismo (55%). Em 8 (88%) deles, identificou-se uma única artéria culpada para o IAM; em 2 (22%), houve coexistência de lesões moderadas a graves em duas ou mais artérias. A maioria (88%) apresentou dor torácica típica. Um paciente manifestou apenas sudorese e parestesias no membro superior direito. Quanto à classificação de Killip, 88% evoluíram em classe I e um em classe IV. Todos os pacientes foram submetidos a angioplastia primária, com implante de stent. A principal artéria acometida foi a descendente anterior (55% dos casos). Apenas um paciente re-infartou, devido a trombose aguda de stent e foi submetido a nova angioplastia, com sucesso. Um paciente, o único multivascular grave, evoluiu para o óbito na fase aguda do IAM, durante a realização da angioplastia prmária. Todos os demais receberam alta hospitalar em boas condições clínicas e assim permanecem até a presente data. CONCLUSÕES: Embora o IAMSST seja uma entidade incomum em jovens, constitui um problema impactante em termos de saúde pública, por seu potencial efeito devastador, afetando indivíduos na fase mais produtiva de suas vidas. Entretanto, se diagnosticado e tratado precocemente, apresenta boa evolução, como visto na série ora apresentada.

## 46465

**Estudo coorte do uso de sinvastatina em pacientes após síndrome coronariana aguda na região metropolitana de Belo Horizonte.**

THIAGO SANTIAGO FERREIRA, EMANUELE MARIANNE SOUZA SILVA, MARCELO VASCONCELOS DIAS, ISABELA GALIZZI FAÉ, ITALO URCELINO DINIZ SILVA, KHALILA ROCHA, LUÍSA CHAVES SIMÕES SILVA, ROBERTA MARA BATISTA LIMA, FLÁVIO EDUADO GIORGETO e GILMAR REIS

Pontificia Universidade Catolica de Minas Gerais, Betim, MG, Brasil - Fundação Hospitalar São Francisco de Assis, Belo Horizonte, MG, Brasil - Cardresearch - Cardiologia Assistencial e de Pesquisa, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Fundamento: O Nível de LDL colesterol (LDL-C) é o dado isolado mais importante na predição de eventos macrovasculares em pacientes (P) sob prevenção secundária, sendo a Sinvastatina a medicação mais utilizada para o controle do colesterol. Evidências da literatura sugerem a necessidade de manutenção de LDL-C < de 70 mg% e o não-HDL colesterol (não-HDL-C) < de 100 mg% na prevenção secundária.
Objetivo: Avaliar os níveis de LDL-C, Não-HDL-C em população não selecionada de P coronariopatas tratados com 40 mg/ dia de sinvastatina na região metropolitana de Belo Horizonte.
Material e Métodos: Após obtenção do consentimento livre e esclarecido foram avaliados prospectivamente 225 P após evento de síndrome coronariana isquêmica aguda (6-12 semanas após evento), sendo 168 homens (70%) e idade média 59,4 ± 9,7 anos, com tempo médio de evento 2.4 ± 0,8 meses, sendo 178 (73%) com diagnóstico prévio de hipercolesterolemia e Diabetes presente em 62 P (25%).
Resultados: Setenta e nove P (35%) mantiveram LDL colesterol < 70 mg% e 95 (42%) entre 70 e 100 mg%. Setenta e cinco P (33%) mantiveram não-HDL-C < 100 mg. LDL > 100 mg% foi observado em 28% desta população.
Conclusões: Nesta amostra de pacientes em prevenção secundária cardiovascular a sinvastatina 40 mg/ dia mantém somente 35%dos P dentro das metas recomendadas de LDL-C. Considerando a íntima relação entre nível de LDL-C e eventos cardiovasculares, uma estratégia alternativa deve ser avaliada para esta população.

## 46471

**Impacto da telemedicina na mortalidade por Infarto agudo do miocárdio: revisão sistemática e meta análise.**

LUCIANA MARQUES MAIA, JOAO ANTONIO DE QUEIROZ OLIVEIRA, DIOMILDO FERREIRA ANDRADE JUNIOR, BRUNO LEONARDO, ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO e MILENA SORIANO MARCOLINO

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

INTRODUÇÃO: Define-se por Telemedicina a prestação de serviços de saúde através do uso de informação e tecnologias de comunicação, em situações nas quais o profissional de saúde especializado e o paciente não se encontram no mesmo local. Seu uso em todo o mundo vem promovendo a oportunidade de comunicação entre médicos separados por longas distancias, proporcionando melhorias no cuidado ao paciente em diversos setores da medicina. No entanto, seu impacto na redução da mortalidade quando usada no atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio (IAM) ainda não foi estabelecido. O objetivo deste estudo foi estabelecer o impacto da Telemedicina na mortalidade por IAM.
METODOS: Oito bases de dados foram pesquisadas (Medline, Cochrane, LILACS,BDENF, IBECS, Web of Science, Scopus, Google scholar), além da busca em referências de artigos comparando a mortalidade (intra-hospitalar, 30 dias e em 1 ano) em pacientes atendidos com e sem o auxílio da Telemedicina na assistência ao IAM, no período de 2004 a maio de 2015. Dois examinadores independentes realizaram a seleção dos estudos e avaliação de qualidade com a escala escala de Newcastle Ottawa e GRACE. O Software Comprehensive Meta Analysis foi utilizado para combinar os resultados dos estudos usando o modelo de efeitos aleatórios. Heterogeneidade e viés de publicação através do teste de Cochran e teste de Egger de Egger, respectivamente.
RESULTADOS: A partir da análise de 5372 títulos e abstracts,16 estudos foram incluídos com um total de 9155 pacientes da Austrália, Brasil, Canadá, Coréia, Estados Unidos, Dinamarca, Holanda, Itália e Japão. Todos os estudos eram controlados não randomizados. Observou-se redução da mortalidade hospitalar em 12 estudos (n=6033), razão de riscos [RR] 0,54 (IC 95% 0,46-0,64), I2 <0,01%, sem evidências de viés de publicação, mortalidade em 30 dias em 5 estudos (n=3506), RR: 0,67 (IC95% 0,49-0,95), I2 23% e mortalidade em 1 ano em 3 estudos (n=1549), RR: 0,47 (IC95% 0,33-0,68), I2 <0,01% com o uso de ferramentas de Telemedicina.
CONCLUSÃO: A Telemedicina tem revolucionado a cardiologia moderna, promovendo cuidado mais rápido e eficaz ao paciente com infarto agudo do miocárdio, sendo mais um recurso de impacto para redução na mortalidade destes pacientes.

## 46474

**Prevalência dos fatores de risco cardiovasculares em pacientes admitidos com síndrome coronariana aguda em um hospital terciário privado de Belo Horizonte.**

IGOR HITIRO ITO VIEIRA, BRUNA EDILENA PAULINO AZEVEDO, GUSTAVO FONSECA WERNER e ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO

Hospital Lifecenter, Belo Horizonte, MG, Brasil.

FUNDAMENTOS: As síndromes coronarianas agudas (SCA) constituem importante causa de internação hospitalar no Brasil. O registro ACCEPT, da Sociedade Brasileira de Cardiologia, avaliou as práticas clínicas no manejo das SCA em 47 instituições públicas e privadas do páis. Documenta-se, neste estudo, a prevalência dos vários fatores de risco (FR) para SCA nos pacientes participantes do regIstro ACCEPT de uma instituição privada, terciária, de Belo Horizonte.
MATERIAL E MÉTODOS: Entre jan/2011 e dez/2014, 158 pacientes admitidos com SCA foram incluídos no registro ACCEP´T em nossa instituição, após leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.
RESULTADOS: A idade média dos pacientes foi de 66 ± 13 anos, sendo 61% homens. Em 65% deles, não havia história prévia de sintomas ou conhecimento de patologia cardiovascular prévios. O infarto agudo do miocárdio, sem supra-desnivelamento do segmento ST, com 43,7% dos casos, foi a principal manifestação de SCA. Dentre os FR para doença coronária, 73% eram hipertensos, 54% dislipidêmicos, 31% diabéticos, 21,5% fumantes, 24,3% ex-tabagistas. Infarto prévio foi registrado em 14% e história de doença cerebrovascular em 4,5%. A coexistência de 2 FR ocorreu em 34% dos casos, sendo a hipertensão arterial e a dislipidemia a associação mais frequente. A presença de três ou mais FR foi vista em 17%.
DISCUSSÕES E CONCLUSÕES: Assim como em outros estudos observacionais e registros, também aqui observou-se maior prevalência de SCA em idosos dgênero masculino. A hipertensão arterial sistêmica, a dislipidemia e o diabetes são muito prevalentes, ainda, em nosso meio e importantes FR para as SCA. Por serem condições clínicas associadas a poucos sintomas, nem sempre estes FR são adequadamente tratados. O reconhecimento e tratamento precoce destes FR é fundamental para reduzirmos a incidência das SCA em nosso país.

## 46475

**Perfil epidemiológico de 125 pacientes admitidos com fibrilação atrial em um hospital privado terciário de Belo Horizonte.**

ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO, IGOR HITIRO ITO VIEIRA, BRUNA EDILENA PAULINO AZEVEDO e GUSTAVO FONSECA WERNER

Hospital Lifecenter, Belo Horizonte, MG, Brasil.

FUNDAMENTOS: A fibrilação atrial (FA), aguda ou não, é uma das mais frequentes arritmias no Brasil e responde por elevadas taxas de internação hospitalar, incidência de acidente vascular cerebral (AVC) e outras morbidades. A estratificação de risco para AVC é feita por alguns escores, como o CHAD2VASC2. Indivíduos com escores ≥ 2 têm maior chance de desenvolverem AVC isquêmico e devem receber anticoagulantes orais (AO). O risco de sangramentos com os AO é calculado por escores, como o HASBLED. Registros como o GARFIELD (global anticoagulant registry in the field), multicêntrico e internacional, têm documentado dados sobre a FA no mundo real. No presente estudo, apresentamos as características epidemiológicas de 125 pacientes (pac) consecutivos, admitidos com FA, de jan/2011 a jan/2015 e incluídos no registro GARFIELD em um hospital privado e terciário de Belo Horizonte.
RESULTADOS: A idade variou entre 29 e 97 anos (média 71,2 ± 13 ), com igual distribuição entre os gêneros. Em 65,6% dos casos a FA foi classificada como nova, em 23,2% como paroxística, em 8,8% persistente e em apenas 2,4% como permanente. 31% haviam se submetido a pelo menos uma cardioversão (química ou elétrica).78% dos pac tinham história de hipertensão arterial, 33,6% de diabetes, 25% de insuficiência cardíaca sistólica, 18% de doença arterial periférica, 16,8% de insuficiência renal grau ≥2, 12,8% de AVC e 3,2% de sangramentos maiores. 36,8% faziam uso regular de quantidade ao menos moderada de álcool. Quanto ao escore CHAD2VASC2, 32% apresentavam escore =4, 18,4% =3, 12,8% =2, 11,2% =5, 8% ≥6, indicando alto risco para AVCs. 12% apresentavan escore =1 e 5,6% =0. Quanto ao escore HASBLED, 45,6% apresentavam escore =3, 20,8% =2, 19,2% =4, 5,6% =1 e nenhumn paciente apresentava índice =0.
DISCUSSÕES E CONCLUSÕES: Nesta amostra estudada, a idade média dos pac internados com FA foi elevada. Vários critérios utilizados para avaliar os riscos de AVC também são utilizados para avaliar os sangramentos em pac com FA e indicação de AO.É comum haver, em um mesmo indivíduo escores CHAD2VASC2 e HASBLED elevados, dificultando a decisão terapêutica. No presente estudo, 80% dos pac apresentavam escore CHAD2VASC2 ≥2 e 70,4% HASBLED ≥3.

## 46486

**Amiloidose cardíaca - avaliação pela ressonância magnética e confirmação por biopsia tecidual.**

AMORINO COUTO SILVA JUNIOR, CHRISTIANE PIRES MAROTA, RICARDO WANG, ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO, RODRIGO COELHO SOARES, RICARDO SIMOES, FLAVIO DE VASCONCELLOS TEODORO e MARIA HELENA ALBERNAZ SIQUEIRA

Hermes Pardini, Belo Horizonte, MG, Brasil - Santa Casa De Misericordia de BH, Belo Horizonte, MG, Brasil - Hospital Lifecenter, Belo Horizonte, MG, Brasil.

A amiloidose é uma doença sistêmica, caracterizada pelo depósito de proteínas fibrilares patogênicas no meio extracelular de diferentes tipos de tecidos e órgãos. O acometimento cardíaco ocorre quando os depósitos passam a infiltrar o miocárdio. Como consequência, o músculo torna-se rígido, desenvolvendo miocardiopatia do tipo restritiva. O seu diagnóstico baseia-se em achados histológicos e exames de imagem como o Ecocardiograma e a Ressonância magnética(RMC). Os tratamentos visam dissolver os depósitos amilóides ou interromper sua produção.Embora a amiloidose seja descrita desde o século 19, apenas nas últimas décadas deu-se luz sobre seu entendimento e às mais de 25 proteínas diferentes identificadas como contribuidores para amiloidose. O miocárdio torna-se rígido e com prejuízo à sua função. O envolvimento do sistema cardiovascular na doença é descrito como insuficiência cardíaca de padrão restritivo e distúrbios do sistema elétrico.A doença afeta 8 em cada 1 milhão de pessoas e tem a mesma incidência em ambos os sexos, geralmente após os 40 anos de idade e maior prevalência em países ricos.
Objetivos Incidência de amiloidose diagnosticada por RMC em serviço de imagem.
Metodologia: Revisão de todos os laudos dos pacientes que realizaram RMC no período entre janeiro-2014 a abril-2016 e verificar a incidência de realce tardio difusamente distribuído em VE e VD, acometendo o subendocárdio e sem respeitar território de irrigação coronariana, achados esses compatíveis com amiloidose.
Resultados: Dos 588 laudos de RMC realizados, identificamos 06 pacientes com Realce Tardio difusamente distribuídos em VE, 04 do sexo feminino e incidência de 0,010% dos casos, reproduzindo os dados da literatura. Após contato com os médicos solicitantes, todos os pacientes tiveram o diagnóstico de amiloidose confirmados por biópsias. Conclusões: Após a suspeita de amiloidose, associando-se os achados da RMC, podemos melhor selecionar os pacientes para a realização de biopsia tecidual, padrão ouro para detecção dos complexos proteicos pela técnica da coloração Vermelho Congo em amostras de tecido oriundo da aspiração de gordura abdominal.

## 46492

**Capacidade funcional e resposta da frequência cardíaca ao teste de esforço em hipertensos com descenso pressórico anormal na MAPA.**

BRUNA FERNANDA GOMES DE MORAIS, LEONARDO ANTUNES MESQUITA, BERNARDO ARANTES NEVES DE ABREU, LIGIA ARANTES NEVES DE ABREU, ANA LAURA VILELA ARFELLI, LUIZ ANTÔNIO ALVES DE ABREU, SILAMAR BREDER DE SOUZA, JOSE CARLOS DA COSTA ZANON, GLAUCO FRANCO SANTANA e ODILON GARIGLIO ALVARENGA DE FREITAS

Minascor Centro Médico, Belo Horizonte, MG, Brasil - Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: A ausência e a atenuação do descenso da pressão arterial (DPA) entre a vigília e sono estão ligadas a maior risco de mortalidade cardiovascular. Hipertensos não controlados costumam apresentar DPA menor do que normotensos e hipertensos controlados. A literatura atual tem poucos estudos referentes a avaliação da influência dos índices de capacidade funcional cardíaca e o DPA. Objetivo: Estudo piloto para avaliação de protocolo de análise das associações entre variáveis de capacidade física ao Teste de Esforço (TE) através do equivalente metabólico (MET) e frequência cardíaca máxima (FCmax), duplo-produto (DP), e o grau descenso da pressão arterial (PA), sistólica e diastólica, na monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA). Metodologia: o estudo incluiu 10 participantes voluntários, hipertensos em medida PA casual, virgens de tratamento e idade média de 48,56±4,23 anos. Submetidos a MAPA e após, pelo menos, 48 horas ao TE. O TE foi realizado em esteira rolante com protocolo de Rampa e o MAPA com duração de 24 horas. Ambos seguiram as recomendações atuais das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para sua realização e interpretação. Resultados: Os participantes conseguiram realizar os exames conforme preconizado inclusive com manutenção da rotina diária durante o MAPA. Divididos os participantes conforme comportamento do DPA. grupo 1: 4 participantes com DPA normal. grupo 2: 2 participantes com DPA ausente; grupo 3: 4 participante com DPA atenuado. A FCmáx foi maior no grupo 2 (149,6±16,1 bpm). O grupo 1 atingiu maior quantidade de METs (8,9±1,83 / 7,0±1,21 no grupo 2 / 7,5±1,64 no grupo 3). O grupo 2 apresentou valores de DP e valore da Escala de Borg maiores que os outros grupos. A média PA sistólica do grupo 2 (24 horas, vigília, sono) foi a maior dos 3 grupos e, maior no grupo 3 em relação ao grupo 1. A média PA diastólica (24 horas e sono) foi menor no grupo 1. Discussão/Conclusões: Este estudo piloto comprovou que a metodologia proposta foi passível de execução e coleta adequada de dados. Foi observado que o descenso alterado da PA está associado a capacidade física menor, médias pressóricas sistólica maiores na MAPA e percepção maior de cansaço ao TE. O prosseguimento do estudo permitirá quantificar as taxas de risco e quantificar a associação da capacidade física às alterações do descenso da pressão arterial.

## 46493

**Lesão miocárdica no per e pós-operatório de cirurgias não-cardíacas - série de nove casos.**

ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO, GUSTAVO FONSECA WERNER, JOSE CARLOS DE FARIA GARCIA e BRUNA EDILENA PAULINO AZEVEDO

Hospital Lifecenter, Belo Horizonte, MG, Brasil.

FUNDAMENTOS: Muitos pacientes (pac) desenvolvem lesões miocárdicas no período per e pós-operatório, sem preencher critérios para infarto agudo do miocárdio. Estas passam desapercebidas, pois os pac estão sedados e/ou anestesiados e não se suspeita das mesmas. O novo diagnóstico de "lesão miocárdica em cirurgia não-cardíaca" (MINS), foi estabelecido no estudo VISION em 2012. Representa condição provavelmente isquêmica, que pode ou não gerar necrose, com elevada morbi-mortalidade e que ocorre durante ou dentre os 30 dias pós-cirurgia. Caracteriza-se por elevações de troponinas (trop), associadas ou não a sintomas e alterações eletrocardiográficas (ECG). Relata-se, aqui, nove casos de MINS diagnosticados e acompanhados em nosso serviço. MATERIAIS E MÉTODOS: Em set/2015 iniciou-se, em nossa instituição, monitorização pós-operatória (12, 24 e 36 horas) de trop para cirurgias não-cardíacas de moderado a grande porte, em pac de moderado a elevado risco cardiovascular, com idade ≥ 45 anos. Toda elevação de trop ≥ 0,03 ng/mL (valor máximo da normalidade) é comunicada à equipe da cardiologia, faz-se o contato, a avaliação e acompanhamento dos pac até a alta hospitalar e contato telefônico e/ou visitas ambulatoriais em 7, 30 e 180 dias. RESULTADOS: De set/2015 a abril/2016, 19 pac apresentaram MINS. sendo que 9 concordaram em ser avaliados e acompanhados pela Cardiologia, constituindo a população desta análise. Destes, 6 eram mulheres. As cirurgias realizadas foram: artroplastia para correção de fratura de quadril, na urgência, em 3; artroplastia eletiva de quadril em 3; gastroplastia redutora eletiva em 2; e colecistectomia videolaparoscópica eletiva em 1. 4 pac eram hipertensos, 3 diabéticos, 3 dislipidêmicos e 2 sem outras comorbidades. A média dos valores de trop observados foi de 0,95 ± 0,106 . Nenhum pac apresentou sintomas ou alterações ECG de síndromes coronarianas agudas (SCA). Não houve óbito e nenhum dos pac re-internou-se com SCA num período de até 180 dias de acompanhamento. A permanência hospitalar foi maior que o habitual em 4 pac. A função ventricular, global e segmentar, ao ecocardiograma, não se alterou significativamente e nenhum pac foi submetido ao cateterismo cardíaco. Uma pac apresentou embolia pulmonar e outro necessitou de nova intervenção abdominal. CONCLUSÕES: A monitorização das trop para o diagnóstico de MINS precisa ser aceita e realizada pelos médicos e mais estudos são necessários para documentar sua real importância.

## 46500

**Avaliação da correlação de dobras cutâneas com gordura corporal estimada por bioimpedância elétrica entre pacientes de uma clínica privada de Coromandel-MG.**

ADEMAR GONÇALVES CAIXETA NETO, LILIAN FIGUEIREDO RIBAS, ANDRÉA CAIXETA GONÇALVES, ANILSON JUNIOR DA SILVA DE CAMPOS e FERNANDA RIBEIRO ROSA

Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, MG, Brasil - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

Introdução: O desenvolvimento de doenças crônicas, como as cardiovasculares, está intimamente relacionado com níveis de gordura corporal elevados, os quais apresentam prevalência global superior a 25% entre adultos e idosos. Diferentes métodos são utilizados para determinar o percentual de gordura corporal, com destaque para a bioimpedância (BIA) e as dobras cutâneas (DC). Neste contexto, objetivou-se avaliar a correlação das DC com a BIA entre adultos atendidos em uma clínica privada de Coromandel-MG. Métodos: Trata-se de estudo transversal, conduzido com 22 pacientes (4 homens e 18 mulheres), faixa etária entre 22 e 63 anos, atendidos em uma clínica de Coromandel-MG, entre os meses de junho e dezembro de 2013. A GC foi estimada por meio de BIA bipolar. As DC foram obtidas em triplicata com auxílio de adipomêtro clínico, sendo usada a média aritmética das três medidas. A análise estatística foi realizada no Predictive Analytics SoftWare Statistics (PASW 18.0). A normalidade dos dados foi verificada através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Análise bivariada de Pearson foi utilizada para determinar a correlação das dobras cutâneas bicipital (DCB), tricipital (DCT), axilar (DCAx), subescapular (DCSb), suprailíaca (DCSi), abdominal (DCAb), coxa (DCCx) e panturrilha (DCPt) com a GC, estipulando valor alfa de p<0.05. Resultados: Houve predomínio de indivíduos do gênero feminino (82%), com valores médios de idade de 36.73±13.16 anos, GC de 35.14±8.51%, DCB 15.95±8.19mm, DCT de 31.4±9.92mm, DCAx de 23.00±12.63mm, DCSb de 33.63±9.95mm, DCSi de 36.91±9.86mm, DCAb 27.33±15.37mm, DCCx de 17.40±3.28mm e DCPt de 20.50±8.73mm. Houve correlação substancial de GC com DCSi (r=0.747; p=0.001), moderada com DCT (r=0.582; p=0.005) e DCB (r=0.520; p=0.013), fraca com DCSb (r=0.496; p=0.019). Não foi observada correlação de GC com DCAb (r=0.996; 0.059), DCAx (r=0.720; p=0.170) e DCPt (r=0.461; p=0.539). Discussão: A BIA é um método seguro, rápido, aplicável à prática clínica, relativamente simples, altamente reprodutível e com boa precisão para estimar gordura corporal. As DC também são inócuas, simples, com baixo custo e boa reprodutibilidade, entretanto, possuem acurácia moderada, em função de problemas como a possível redistribuição da gordura subcutânea e seleção inadequada da equação preditiva. Conclusão: O indicador que melhor se correlacionou com a GC foi a DCSi, seguido pelas DCT e DCB.

## 45720

**Tromboembolismo pulmonar: diagnóstico diferencial de dor torácica na unidade de emergência.**

MONIQUE MARA DE PAULA FARIA, PAULA CRISTINA DE FREITAS, LUIZ FERNANDO GOUVEIA BERNARDES, JORDANA RAFAELLA FONSECA, FERNANDO DE MARTINO, MARCELO HENRIQUE BORGES, RODRIGO CUNHA DE SOUSA, ADRIANA DE NAZARÉ MIZIARA, JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA e GIOVANI LUIZ DE SANTI

Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO: O sintoma de dor torácica retroesternal está presente em 15% dos pacientes com suspeita de embolia pulmonar (EP). Em pacientes instáveis, a angiografia pulmonar pode ser considerada na investigação diagnóstica em situações nas quais a cineangiocoronariografia (CINE) excluir coronariopatia obstrutiva. DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente do gênero masculino, 52 anos, negro, tabagista, procurou pronto-atendimento queixando-se de epigastralgia intensa com irradiação para região retroesternal, em repouso, associada à náuseas, sudorese fria e dispneia, com evolução de 10 horas. Apresentava-se em regular estado geral; auscuta pulmonar limpa, FR=28irpm, saturação de oxigênio de 97% em uso de oxigenioterapia complementar; ritmo cardíaco regular, FC=121bpm, sem sopros, PA=100X76mmHg, pulsos e pressão arterial simétricos. O ECG mostrou taquicardia sinusal, FC=120bpm, alterações inespecíficas de repolarização ventricular e o Rx de tórax evidenciou discreto derrame pleural à direita. Feito diagnóstico clínico de síndrome coronariana aguda e iniciadas medidas para tal. Os marcadores de necrose miocárdica da admissão estavam discretamente elevados. Optou-se pela realização de CINE que descartou a presença de doença aterosclerótica coronariana. Contudo, a arteriografia pulmonar mostrou falhas de enchimento bilateral em ramos principais e segmentares das artérias pulmonares. Após o procedimento, o paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica, má perfusão periférica, taquidispneia e dessaturação. Foi submetido a um ecocardiograma transtorácico (ECOTT), à beira do leito, que documentou a presença de grande trombo atrial direito multilobulado, de aproximadamente 5 cm, pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP) estimada em 47mmHg e importante dilatação de câmaras direitas. Diante do quadro clínico de tromboembolismo pulmonar maciço, optou-se pela trombólise com alteplase 100mg, administrado em 2 horas. Houve melhora significativa do padrão respiratório e da instabilidade hemodinâmica. O ECOTT controle mostrou ausência de trombos cavitários e PSAP de 38mmHg. CONCLUSÕES: Ressalta-se que a EP pode ter características pleomórficas e complexas com apresentações clínicas e gravidade distintas que dificultam o diagnóstico e a instituição da terapêutica adequada. O diagnóstico correto e o tratamento imediato são indispensáveis pois impactam diretamente na morbimortalidade.

## 45738

**Acidente vascular encefalico cardioembólico como manifestação inicial da metástase cardíaca.**

JOÃO PAULO MARTINS DE CASTRO, REINALDO COUTO GOMES, LUCIANA MILAGRES DE LIMA, RENATA CAMPOLINA VELOSO, SILVIA VELOSO SOUTO GANDRA, JULIANA BARROSO ZOGHEIB, FERNANDA DE FARIA MARIANO, RODRIGO FERRARI VALORY, BIANCA SILVEIRA LAYBER e RAFAEL DE BARROS GOMES

Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: A metástase cardíaca é mais prevalente do que o tumor primário do coração. De acordo com estudos recentes possui uma incidência de 25% em pacientes com neoplasia metastática. Os tumores de pulmão e mama são os sítios mais comuns. Devido à variabilidade de apresentação clínica é imprescindível o diagnóstico diferencial com endocardite, trombos e tumores benignos como o mixoma. O tratamento visa minimizar o efeito de massa, eventos trombóticos e falência cardíaca.
Relato de Caso: Paciente sexo feminino, 56 anos, admitida com hemiplegia à esquerda associado a dislalia. Realizada TC de crânio com diagnóstico de AVC isquêmico. Durante propedêutica com ECOTE foi visualizado massa volumosa em átrio esquerdo. Aventado a hipótese de mixoma atrial como etiologia do AVC isquêmico. Radiografia de tórax com imagem sugestiva em hemitórax esquerdo. Após conduta cirúrgica, identificado lesão pediculada, de aproximadamente 4 cm, com áreas de trombo aderido em átrio esquerdo. Analise anatomopatológica e imunohistoquimica confirmaram tumor maligno pouco diferenciado (adenocarcinoma de grandes células). Condução propedêutica confirmando tumor pulmonar como foco primário neoplásico. Iniciado tratamento com quimioterapia. Paciente apresentou boa evolução clínica, recebendo alta para acompanhamento ambulatorial.
Discussão: O acometimento neoplásico do miocárdio é raro, na sua maioria composto por tumores benignos, mais comumente o mixoma. Dentre os malignos, o sarcoma é o mais frequente. A metástase apresenta incidência superior ao tumor primário do coração. Estudos recentes têm demonstrado o grande número de casos subdiagnosticado, por vezes gerando complicações e óbito. Sabe-se que o acometimento cardíaco metastático confere uma clinica diferenciada, com apresentação semelhante a doenças valvulares, insuficiência cardíaca ou taquiarritmias.
Conclusão: O acidente vascular encefálico pode ser a primeira manifestação da metástase cardíaca. Tumores metastáticos são subdiagnósticados por ter clinica silenciosa. É de fudamental importancia atentarmos para clínica de insuficiência cardíaca, fenômenos embólicos e disturbios de ritmo. O diagnóstico precoce é fundamental para o sucesso terapeutico e incremento na qualidade de vida.

## 45740

**Fístula coronária: caso incomum de isquemia miocárdica em idoso.**

ITALO URCELINO DINIZ SILVA, THIAGO SANTIAGO FERREIRA, PAOLLA GIOVANNA ROSSITO DE MAGALHÃES, ISABELLA MOREIRA GONZALEZ FONSECA, GUSTAVO MARIANO RODRIGUES SANTOS, MARCOS ANTONIO MARINO, MAURO ISOLANI PENA, ROBERTO LUIZ MARINO e BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO

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

Introdução: As fístulas coronárias (FC), usualmente de origem congênita, são comunicações entre as artérias coronárias e as cavidades cardíacas ou grandes vasos (seio coronário, artérias ou veias pulmonares ou veia cava), são más formações pouco frequentes (0,4% das cardiopatias congênitas), diagnosticadas na proporção de 1:500 estudos cinecoronariográficos A FC pode produzir um débito cardíaco aumentado devido à sobrecarga de volume e/ ou isquemia miocárdica devido a roubo de fluxo.
Caso clinico: Paciente 75 anos, masculino, diabético e hipertenso, apresentou quadro de infarto com supra segmento ST inferior trombolisado com delta T de 4 horas. Evoluiu em Killip I, encaminhado a nosso serviço para terapia fármaco-invasiva. Cateterismo evidenciou lesão suboclusiva em coronária direita (CD) e fístula importante de descendente anterior (DA) para tronco da artéria pulmonar. Submetido a angioplastia de CD.ECOTT: FEVE 50% e artéria pulmonar de diâmetro normal não se observou shunt pela fístula, artéria pulmonar. Recebeu alta e programado realizar angiotomografia (AngioTC) de coronária ambulatoriamente para melhor avalição da fístula. AngioTC demonstrou fístula de DA para TP, optado à princípio por tratamento clínico. Evoluiu com quadro de dispneia grau II, e isquemia anterior na cintilografia miocárdica. Optado por fechamento da fístula por via percutânea com implante de coil com sucesso e sem intercorrências. Apresentou boa evolução hospitalar e no controle ambulatorial sem queixas.
Discussão: As fístulas da artéria CD são mais frequentes (cerca de 70% dos casos), ocorrendo também na artéria coronária esquerda ou em ambas as artérias. A comunicação com as câmaras direitas tem incidência maior, sendo em média de 39% para o ventrículo direito, 33% para o átrio direito, seio coronário e veia cava superior, e 20% para a artéria pulmonar. A fisiopatologia e quadro clínico dependem da magnitude do fluxo de sangue através da fístula e de sua localização. Pode ocorrer o fenômeno de fuga de fluxo coronário e a sintomatologia, nesses casos, seria precordialgia ou sinais de isquemia ao eletrocardiograma convencional ou de esforço. A manifestação isquêmica não depende do tamanho da fístula e tem sido descrita mesmo com pequeno fluxo.Conclusão: FC são causas raras de isquemia e devem ser consideradas no diagnóstico diferencial dessa apresentação clínica.

## 45741

**Trombólise em paciente com embolia pulmonar e risco intermediário com disfunção de ventrículo direito.**

IZABELA MARIA AZEREDO NASCIMENTO, MARCIANO ROBSON DE MIRANDA, PEDRO PAULO MARTINS ALVARENGA, ROBERTA NASCIMENTO, RENATA ARRUDA CERQUEIRA, MAYRA ALINE CHAVES, WILLDEMAR ALVES TUNES, EDSON DELL AMORE FILHO, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO e ROBERTO LUIZ MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, Brasil - Faculdade de Medicina-UNI-BH, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: Pacientes com tromboembolismo pulmonar (TEP), estabilidade hemodinâmica, mas com disfunção VD representam 40 a 50% dos casos de TEP. A trombólise nesses pacientes com risco intermediário e disfunção VD não está bem definida nas diretrizes. No entanto, metanálise recente mostra melhora de sobrevida nesse grupo de pacientes.
Caso Clínico: Paciente 42 anos, feminina, portadora de hipertensão arterial, hipotireoidismo, obesidade, sem passado de trombose ou de trauma. Iniciou com dor em membro inferior esquerdo associado a dispneia classe III e dor torácica em fincada, com piora no dia 05/04/16 procurando atendimento em nosso serviço. Informa alergia importante a contraste iodado. Duplex Scan revelou trombose recente de veias tibiais posteriores em MIE. Eletrocardiograma com alterações características de TEP, aumento de BNP e D-dímero e gasometria arterial com pO2 de 62. Cintilografia Pulmonar com alta probabilidade para TEP. Ecocardiograma transtorácico (ECOTT) com disfunção importante de VD e hipertensão pulmonar (PSAP=55mmHg). Optado por trombólise com alteplase. Procedimento com sucesso e sem complicações hemorrágicas. Evoluiu com melhora clínica, ECOTT pós trombolise com VD normal, PSAP 33 mmHg e gasometria em ar ambiente com pO2 de 86. Recebeu alta estável, anticoagulada com rivaroxabana.
Conclusão: A trombólise reduz complicações futuras como cor pumonale e TEP crônico. Nos pacientes com embolia pulmonar e estabilidade hemodinâmica com disfunção de VD, mostrou benefício nos pacientes menores de 65 anos, com redução da mortalidade sem aumento de eventos hemorrágicos.

## 45742

**Desafio terapêutico: doença coronária grave e hemoglobinúria paroxística noturna.**

FELIPE DE CARVALHO SILVA, MAYRA ALINE CHAVES, WILLDEMAR ALVES TUNES, GUSTAVO PALMIERI ALMEIDA, IZABELA MARIA AZEREDO NASCIMENTO, CASSIO MENEZES NOGUEIRA, MARCOS ANTONIO MARINO, ERISON COSTA MACHADO, ROBERTO LUIZ MARINO e BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: A Hemoglobinúria Paroxística Noturna (HBN) é uma anemia hemolítica crônica adquirida rara, secundária defeito mutacional clonal da célula-tronco hematopoiética que leva a aumento da susceptibilidade de eritrócitos ao complemento, gerando hemólise. Tem apresentação variada, mas comumente manifesta-se com neutropenia, trombocitopenia e síndromes de falência medular.Relato de Caso: Paciente masculino, 38 anos, hipertenso, diabético, história prévia de sangramentos espontâneos (epistaxe) em 1996, quando foi diagnosticado com aplasia medular. Iniciado acompanhamento médico e submetido a terapêutica imunossupressora com ciclofosfamida e imunoglobulina com pouca resposta ao tratamento. Não possuía doador compatível para transplante de medula óssea (TMO), recebendo múltiplas transfusões até o ano 2000, quando abandonou o tratamento. Em 2015, buscou atendimento médico, com quadro de insuficiência cardíaca descompensada (ICC) com fração de ejeção reduzida (FEVE 30%). Biópsia: mielodisplasia, com proposta de TMO, mas sem doador disponível. Final de 2015, iniciou quadro de angina; solicitado teste ergométrico: positivo, encaminhado a nosso serviço para realização de cateterismo (CATE). CATE: doença aterosclerótica (DAC) grave, VE dilatado, com hipocinesia difusa grave; DA com obstrução total no terço proximal, com opacificação exuberante, grau III, do leito distal por circulação colateral intercoronariana; CX com obstrução total no terço proximal; CD com obstrução total no terço médio. Pesquisa de viabilidade com ecodopplercardiograma sob estresse farmacológico: viabilidade em parede anterior de VE e sem viabilidade em parede ínfero-póstero-lateral. Avaliação hematológica: citometria de fluxo para pesquisa HPN evidenciou presença de clone em 95% dos monócitos, 61,5% das hemácias e 91% dos neutrófilos. Diagnosticado HPN e contraindicado tratamento cardiológico invasivo antes do tratamento adequado do quadro hematológico. Recebeu alta e foi encaminhado a serviço de hematologia para iniciar terapia imunossupressora, com orientação de retornar ao nosso serviço para abordagem invasiva da DAC após tratamento hematológico.Conclusão: HPN deve ser suspeitada sempre que se estiver diante de um quadro de anemia hemolítica crônica adquirida, associada a síndromes de falência medular e trombofilia adquirida. O acometimento coronariano é raro, e quando presente, pode ser grave. O tratamento invasivo somente terá boa eficácia após o tratamento da condição trombofílica.

## 45743

**Miocardite: apresentação atípica do vírus da dengue.**

GUSTAVO PALMIERI ALMEIDA, RENATA SILVA LIMA , RAQUEL HABIBE COSTA DA SILVA, MATHEUS BONELA CAUS, FELIPE DE CARVALHO SILVA, WILLDEMAR ALVES TUNES, IZABELA MARIA AZEREDO NASCIMENTO, SERGIO LAGES MURTA, ROBERTO LUIZ MARINO e BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, Brasil - Faculdade de Medicina-UNI-BH, Belo Horizonte, MG, Brasil - Faculdade de Medicina-PUC-Betim, Betim, MG, Brasil.

Introdução: Dengue é uma infecção viral transmitida pelo mosquito do gênero Aedes com elevada prevalência no Brasil. A maioria das infecções resultam num curso relativamente benigno. No entanto, uma pequena proporção de pacientes desenvolvem grave manifestações clínicas. As manifestações cardiovasculares nesta infecção são atípicas e geralmente autolimitadas. A ressonância magnética cardíaca (RMC) está bem estabelecida para avaliação das miocardites e pode auxiliar na miocardite causada por este vírus.
Caso Clínico: Paciente do sexo feminino, 63 anos, previamente hígida. Iniciou em fevereiro de 2016, quadro de febre não termometrada, mialgia, prostração e exantema. Evoluiu com dispneia, sudorese profusa, tontura e náuseas. Procurou atendimento médico sendo admitida hipotensa, com cianose periférica, taquicardia sinusal e pulsos finos. Apresentou elevação discreta de marcadores de necrose miocárdica: TNI: 0,43/0,57, Mioglobina: 248/190 e CKMB massa: 13,3/6,30 e BNP: 616. Paciente foi transferida para UCO devido a sinais de choque e fez uso de drogas vasoativas com melhora.Realizado ecocardiograma transtorácico (ECOTT): leve derrame pericárdico e FEVE de 45%. Iniciado tratamento para insuficiência cardíaca (ICC) com inibidor da enzima conversora de angiotensina e betabloqueador e coleta sorologias virais. Considerada alteração de troponina como injúria miocárdica. Sorologias positiva para dengue (IgG: >200 e IgM:3,66) e negativa para citomegalovírus. Evoluiu com com sinais de congestão pulmonar, aumento do BNP:770, ECG com alterações de ST-T ínfero-lateral e novo ECOTT evidenciou hipocinesia ínfero-lateral e FEVE 55%. Optado por cineangicoronariografia que demonstrou coronárias isentas de processo obstrutivo. Realizada RMC que demonstrou realce tardio de padrão atípico(mesoepicárdico) ínfero-lateral associado a derrame pericárdico leve, sugerindo miocardite. Recebeu alta estável com medicação para ICC e retornou ambulatorialmente e com novo ECOTT que demontrou normalização da FEVE sendo suspensa as medicações.
Conclusão: As manifestações cardiovasculares na dengue incluem miocardite, arritmias e disfunção miocárdica. A RMC é um método não invasivo que identifica áreas de inflamação, fibrose e pode contribuir para o diagnóstico da miocardite.

## 45747

**Dengue como deflagadora de arritmia ventricular complexa em idoso sabidamente coronariopata - relato de caso.**

ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO, ROBERTO DRUMOND FERREIRA DE MELO e KLEISSON ANTÔNIO PONTES MAIA

Hospital Lifecenter, Belo Horizonte, MG, Brasil.

FUNDAMENTOS: Dengue é uma arbovirose endêmica em no Brasil. Sintomas mais comuns: febre, mialgias, artralgias, mal-estar, náuseas, vômitos. Envolvimento cardíaco, pouco relatado na literatura, varia desde formas oligossintomáticas até miocardites fatais. Distúrbios do ritmo ocorrem, mas arritmias ventriculares complexas são incomuns. Relata-se o caso de um paciente sabidamente coronariopata, com Dengue, arritmia ventricular complexa e síncopes. RELATO DO CASO: Homem, 82 anos, passado de infarto do miocárdio há 20 anos, diabético, hipertenso e dislipidêmico, em tratamento clínico regular e adequado, fisicamente ativo e previamente assintomático. Apresentou quadro de mialgias, astenia, febre, náuseas e vômitos, sem queixas cardiovasculares. Teste rápido para dengue e sorologias para Dengue positivos. Plaquetopenia importante (30.000) motivou internação hospitalar. Durante a mesma, apresentou alguns episódios de síncope, na posição sentada, sem pródromos. Exame clínico: hidratado, corado, sem hipotensão postural, íctus e ausculta cardíaca normais. Eletrocardiograma: ritmo sinusal regular, algumas extrassístoles ventriculares isoladas. Holter evidenciou episódios de taquicardia ventricular não-sustentada (TVNS) e ritmo idioventricular acelerado. Troponinas e BNP normais. Ecorcardiograma: função sistólica global normal, acinesia da porção basal da parede inferior. Cateterismo cardíaco, realizado na fase de convalescência da dengue (10 dias após o diagnóstico) mostrou oclusão provavelmente crônica da coronária direita e lesão grave e extensa no 1/3 proximal da circunflexa. Submetido a angioplastia eletiva desta artéria, com implante de stent farmacológico. Persistiu com TVNS frequentes e síncopes. No D10 após a angioplastia (D20 após o diagnóstico da dengue), já com exames laboratoriais normais, realizou estudo eletrofisiológico: intervalos normais e ausência de arritmias indutíveis. O paciente recebeu alta hospitalar. Em acompanhamento ambulatorial, não mais apresentou síncopes ou registros de arritmias ventriculares em dois holters seriados. CONCLUSÕES: Embora com substrato anatômico, este paciente nunca desenvolvera arritmias e era assintomático antes da infecção pela Dengue. A resolução das mesmas após a melhora completa da arbovirose, favorecem a hipótese de que a Dengue foi a responsável pela deflagração de TVNS e, provavelmente, pelas síncopes. Pacientes com Dengue devem ser avaliados com mais cuidado quanto às manifestações cardíacas.

## 45749

**Doença arterial coronariana grave recorrente em paciente jovem com lúpus eritematoso sistêmico.**

SAMIR IDALÓ, LARISSA D AMICO SANTOS, ANNA CRISTINA BERTOLDI LEMOS, MARCELA SILVA CASTRO, THIAGO MELO REZENDE, DIOGO SILVA DE CARVALHO GUISSONI, LAURA DELLINE QUEIROZ OLIVEIRA, PABLO DOS SANTOS FLORIANO, MICHEL HAMUI SALLUM e LEANDRO FERREIRA SOUZA

Universidade de Uberaba, Uberaba, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO: Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica auto-imune e multissistêmica. Apresenta padrão bimodal de mortalidade, sendo na fase precoce decorrente da atividade da doença e infecções e, na fase tardia, secundária às complicações ateroscleróticas. Pacientes com LES apresentam risco 50 vezes maior para doença arterial coronariana (DAC), pois fatores ligados à própria doença ou ao tratamento estão implicados em tais manifestações. A formação da placa aterosclerótica envolve a lesão endotelial secundária à atividade inflamatória do LES e o papel dos corticóides em potencializar os fatores de risco tradicionais provocando aterosclerose acelerada. A taxa de DAC clinicamente manifesta em pacientes com LES gira em torno de 6%. OBJETIVOS: Descrever associação de LES e DAC em paciente jovem. CASO CLÍNICO: I.E.A, 38 anos, masculino, branco, portador de LES e hipertensão arterial sistêmica, em uso de prednisona 5mg/dia e losartana 50mg/dia. Admitido no PS por apresentar dor precordial há 20 dias, em aperto, de caráter recorrente e progressivo, associado a palpitações, sudorese e dispneia. Eletrocardiograma e marcadores cardíacos iniciais sem alterações. Realizado cintilografia miocárdica que evidenciou hipoperfusão transitória em parede anterior do ventrículo esquerdo (17,6%). Optado por cinecoronariografia (CAC), que confirmou obstrução grave em artéria descendente anterior no terço inicial (70%) e artéria circunflexa no terço inicial (85%) e médio (98%), seguido de angioplastia com implante de 3 stents convencionais. Após 6 meses, evoluiu com angina instável e necessidade de nova estratificação. À CAC, presença de três obstruções intra-stents de 80% que foram abordadas com implante de 3 stents farmacológicos. O paciente segue em rigoroso acompanhamento cardiológico e controle da atividade do LES. Está em uso de AAS 100mg 1x/dia; Prasugrel 10mg 1x/dia; Atorvastatina 20mg 1x/dia; Losartana 50mg 2x/dia. CONCLUSÃO: Considerando a melhora da sobrevida dos pacientes com LES, DAC torna-se importante causa de óbito, apesar do controle dos fatores de risco conhecidos para aterosclerose, mantendo as altas taxas de morbi-mortalidade nesse grupo de doentes indicando que outros fatores não tradicionais como ativação endotelial, tempo de doença e remodelamento vascular continuam atuando de forma decisiva.

## 45750

**Trombose aguda de stent coronariano em paciente jovem associado a choque cardiogênico.**

SAMIR IDALÓ, ANNA CRISTINA BERTOLDI LEMOS, LARISSA D AMICO SANTOS, PABLO DOS SANTOS FLORIANO, MICHEL HAMUI SALLUM, LEANDRO FERREIRA SOUZA, LAURA DELLINE QUEIROZ OLIVEIRA, DIOGO SILVA DE CARVALHO GUISSONI, THIAGO MELO REZENDE e MARCELA SILVA CASTRO

Universidade de Uberaba, Uberaba, MG, Brasil.

A trombose aguda de stent é uma consequência rara (< 0,7%) que ocorre após uma intervenção percutânea em coronária, sendo de importante gravidade, já que pode levar a síndrome coronariana aguda e inclusive à morte. Ela pode ser definida como uma piora da estenose inicial do vaso, com fluxo distal TIMI (Thrombolysis in Miocardial Infarction) 0, independente de outras manifestações, ou TIMI 1 ou 2, acompanhado de angina ou alterações isquêmicas no eletrocardiograma, em um vaso previamente pérvio (fluxo TIMI 3), durante ou imediatamente após angioplastia.
RELATO DE CASO: A. L. C. P., 47 anos, masculino, casado, engenheiro, procurou consultório para consulta de rotina; Histórico de ingesta dieta hipercalórica, carga tabágica de 40 anos-maço e sedentarismo; Ao exame físico já apresentava níveis pressóricos elevados (160x100mmHg) em ambos os MMSS; IMC de 38kg/m2; Abdômen em avental. Eletrocardiograma com ritmo sinusal e alterações difusas da repolarização ventricular; Solicitado laboratoriais, ecocardiograma (eco) e cintilografia do miocárdio (MIBI); Iniciado perindopril 10mg. Eco mostrou hipertrofia ventricular esquerda e FE de 69%; Glicemia de jejum 137mg/dL, Hb glic 6,8%, triglicérides 379mg/dL, LDLc 115mg/dL, creatinina 1,17mg/dL; MIBI extensa hipoperfusão transitória ântero septal (16%); Iniciado ciprofibrato 100mg, metformina 500mg e AAS 100mg; Cinecoronariografia: lesão de 70% no terço médio da descendente anterior (DA); lesão de 70% no terço médio da coronária direita (CD); realizado implante de stents convencionais com sucesso; quatro horas após o procedimento, iniciou dor precordial de forte intensidade, sudorese profusa; ECG mostrou supradesnivelamento do segmento ST ínfero lateral e BAV 2:1; Nova cine mostrou oclusão de stent em CD com trombos e DA pérvia; Evoluiu com choque cardiogênico refratário ao tratamento, evoluindo a óbito 6 horas depois.
CONCLUSÃO: Trata-se de uma apresentação clinica muito grave corroborando segundo a literatura com os altos índices de mortalidade; os principais fatores de risco para trombose aguda de stent são: a interrupção precoce da terapia antiplaquetária dupla (AAS e clopidogrel), sexo masculino, pacientes com lesão renal (principalmente insuficiência renal crônica), diabetes mellitus, tabagismo e pacientes que possuem fração de ejeção ventricular baixa ( menor que 30%).

## 45764

**Endomiocardiofibrose calcificada no idoso: relato de caso.**

LEONARDO SALES DE CARVALHO, TATIANA ARAUJO JENSEN, ANA LUIZA TORRES DE LIMA, CELSO CARVALHO DE ARAUJO FILHO e PEDRO ROUSSEFF

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: a endomiocardiofibrose (EMF) é uma cardiopatia tropical restritiva que leva à deposição de tecido fibroso no endocárdio de um ou ambos os ventrículos. É a causa mais comum de cardiomiopatia restritiva no mundo. A etiologia da EMF é questionada, sendo mais aceita a da associação de eosinofilia com a fibrose, sendo rara em adultos acima de 40 anos e predileção feminina. A calcificação da fibrose é considerada uma fase mais tardia. A dispnéia e a dor torácica fazem parte do quadro clínico.
Métodos não invasivos como o ecocardiograma, tomografia e a ressonância cardíaca são importantes ferramentas no diagnóstico. Os pacientes em classe funcional I e II são mantidos em tratamento clínico sendo o tratamento cirúrgico indicado para os pacientes em classe funcional III-IV
Relato de caso: paciente, feminina, branca, 74 anos, IMC 23, independente nas AVDs e AIVDs, depressão, hipertensa, dislipidêmica, portadora de hipotireoidismo e osteoporose. Nefrectomia prévia por TBC. Em uso de atenolol 50 mid, olmesartan 20 mid, rusovastatina 10mid, escitalopran 10mid
Internada previamente há uns 10 anos em UTI com precordialgia típica, eletrocardiograma mostrando isquemia anterior extensa, tendo sido submetida ao cateterismo que mostrou coronárias isentas de obstrução e amputação de ponta do ventrículo esquerdo (VE). Ecocadiograma na ocasião mostrando somente tecido fibrose na ponta do VE. Feito então o diagnóstico de EMF. Mantida em tratamento clínico.
Durante pré operatório atual de ressecção de tu bexiga inicial, assintomática desde então, fora submetida novamente à propedêutica complementar cardiológica. Novo ECG mantinha isquemia anterior extensa, Rx tórax com massa calcificada na ponta do ve. Os exames de imagem tais como ecocardiograma, tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética demonstraram fibrose com calcificação importante de ápex do ve.
Foram orientados cuidados em seu risco cirúrgico visto a patologia restritiva da cardiopatia. A cirurgia e o pós operatório transcorreram sem intercorrências. A paciente se mantém em classe funcional I com as mesma medicações mencionadas.

## 45765

**Síndrome X cardíaca: uma importante causa de angina no idoso - relato de caso.**

TATIANA ARAUJO JENSEN, ANA LUIZA TORRES DE LIMA, CELSO CARVALHO DE ARAUJO FILHO, MARIANA APARECIDA DUMBA, JACQUELINE ROSANE FERREIRA, LEONARDO SALES DE CARVALHO e PEDRO ROUSSEFF

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: a síndrome cardíaca X (SXC) é caracterizada por dor precordial anginosa típica, achados isquêmicos nos testes de esforço e coronariografia sem sinais de doença arterial coronariana (DAC) nas artérias epicárdicas.
Prevalente no sexo feminino (5:1), evidências recentes desafiam o pressuposto de que a dor anginosa sem DAC seja uma condição benigna, onde a extensa propedêutica instituída no diagnóstico da angina, gera ônus significativo para o sistema de saúde, além de deteriorar a qualidade de vida do paciente o e colocá-lo em risco de complicações e/ou morte iminente.
Relato de caso: paciente, feminina, branca, 72 anos, IMC 30, independente nas AVDs e AIVDs, transtorno de ansiedade, hipertensa, dislipidêmica, portadora de hipotireoidismo e osteoporose. Em uso de enalapril, sinvastatina, levotiroxina, alendronato.
Evoluindo há 4 meses com precordialgia definitivamente anginosa aos esforços com piora importante de sua qualidade de vida.
Anamnese e exame físico minucioso excluíram dor torácica de origem não cardíaca. Eletrocardiograma de repouso sem alterações.Submetida ao teste ergométrico com alterações isquêmicas e dor precordial típica esforço
A coronariografia não apresentou ateromatose ou qualquer outra irregularidade parietal, nem mesmo fluxo lento coronariano
Nesse contexto o diagnóstico de SXC foi fechado e o tratamento instituído foram com mudanças hábitos de vida e início de antagonista de cálcio diidropiridínico.
Boa evolução ambulatorial, com redução importante das crises anginosas e melhora na sua qualidade de vida.

## 45766

**Diagnóstico em paciente na fase adulta com tetralogia de Fallot.**

ALINE DRUMMOND COTTA, JOAO LISBOA COTTA, GABRIELA DRUMMOND COTTA e CAMILA RODRIGUES PEREIRA

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

Introdução: A Tetralogia de Fallot (T4F) é a cardiopatia congênita cianogênica, mais comum no adulto permitindo uma sobrevida até a 5°- 7° décadas de vida, entretanto apenas 3% atingem os 40 anos se não operados. O objetivo é expor um diagnóstico clínico e ecocardiográfico tardio de T4F, com sucesso cirúrgico em sua correção. Descrição do caso: B.W.R., sexo feminino, 29 anos, do lar, proveniente de Nova Serrana, MG, apresentava episódios de dispnéia para realizar atividades domésticas, ortopnéia, dispnéia paroxística noturna, além de cianose nos dedos. Nos últimos 14 meses o quadro clínico agravou, quando procurou atendimento médico em janeiro de 2015. Ao exame físico a paciente encontrava-se em regular estado geral, cianose de extremidades, baqueteamento digital e saturação na oximetria de pulso de 86% em ar ambiente. A ausculta cardíaca identificou-se um ritmo cardíaco regular, dois tempos, bulhas hiperfonéticas, sopro sistólico em foco mitral grau III de Levine com irradiação para axila e foco tricúspide. A freqüência cardíaca era de 83 bpm e a pressão arterial de 130 x 85 mmHg. A ausculta respiratória apresentava crepitações finas em ambas as bases pulmonares. O eletrocardiograma tinha um ritmo sinusal, desvio de eixo para a direita e sinais de hipertrofia ventricular direita. Ao ecodopplercardiograma observava-se dextroposição da aorta, com seu cavalgamento em mais de 50% sobre o septo interventricular, comunicação interventricular perimembranosa ampla com shunt bidirecional, hipertrofia de ventrículo direito associada à leve aumento das cavidades direita e estenose infundibular valvar pulmonar. A fração de ejeção do ventrículo esquerdo foi de 63%. Conduta:A paciente foi submetida à cirurgia corretiva total da Tetralogia de Fallot, com bom resultado, mantêm-se assintomática e em acompanhamento ambulatorial no serviço de cardiologia. Conclusão: A ecocardiografia apresenta boa acurácia para o diagnóstico de T4F e a cirugia aberta garante a sobrevida, com bons resultados pós operatórios e riscos aceitáveis, semelhantes aos das crianças.

## 45767

**Síndrome de charge associada a valva aórtica bicuspide e endocardite bacteriana de repetição.**

SAMIR IDALÓ, DIOGO SILVA DE CARVALHO GUISSONI, LAURA DELLINE QUEIROZ OLIVEIRA, LEANDRO FERREIRA SOUZA, LAIRA CAPEL MORETTI, GABRIELA CARDOSO BARRETO, LARISSA D AMICO SANTOS e ANNA CRISTINA BERTOLDI LEMOS

Universidade de Uberaba, Uberaba, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO: Valva Aórtica Bicúspide (VAB) é uma das anomalias congênitas mais comuns (prevalência 0,5-2%) predomínio sexo masculino (2:1), com apresentação isolada ou associado a síndromes. As complicações são estenose, calcificação valvar progressiva, insuficiência, aneurisma, dissecção e endocardites infecciosas (EI) de repetição, sendo o tratamento basicamente cirúrgico. A Síndrome de Charge (hipogonadismo hipogonadotrófico) é uma doença autossômica dominante rara (1:100000) ligada a mutação do gene CDH7 localizado no locus 8q12. Diagnóstico feito pelos sinais maiores e menores, pelo acrônimo CHARGE: Coloboma; Cardiopatia congênita; Atresia de coanas; Retardo de crescimento; Genitais anormais e Anomalias do ouvido. METODOLOGIA: Relato de Síndrome de Charge com VAB e suas complicações. RELATO DE CASO: B.S.B.V. 16 anos, feminina, solteira, branca, biotipo de criança de 8 anos. Admitida para investigação de febre origem indeterminada, (39-41ºC) há 33 dias, diária, intermitente. Internação prévia por EI em 2011. Ao exame, regular estado geral, estrabismo convergente, febril 38ºc, acusia, pulmões com roncos, FR 26 irpm, saturando 94%. Bulhas rítmicas com sopro holossistólico 4+/6+ com irradiação para axila e dorso de tórax, FC 104 bpm, PA 100/70 mmhg. Abdome e membros sem alterações. Radiografia de tórax: velamento reticular em bases pulmonares; área cardíaca aumentada. Eletrocardiograma: ritmo sinusal, sobrecarga ventricular esquerda. Hemograma com leucocitose e PCR elevada. Fator reumatoide negativo. Hemoculturas: Staphylococcus coagulase negativa. Função renal normal. Ecocardiografia Transesofágica: Ao 22; AE 27; VE 32x18; FE 75%. Hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo. Valva aórtica bivalvulada e com estenose acentuada (gradiente máximo 147 mmhg, médio 100 mmhg e área estimada em 0,5 cm²) além de espessamento perivalvar. Hipótese diagnóstica de Endocardite infecciosa subaguda (critérios de DUKE modificados) com Valva Aórtica Bicúspide e Estenose. Tratado EB com vancomicina e gentamicina por 4 semanas; aguardando cirurgia de troca valvar. CONCLUSÃO: A síndrome de CHARGE tem como um dos critérios diagnósticos alterações cardíacas, estando a VAB presente em menos de 1% dos casos. Apresenta altos índices de morbimortalidade quando associado a endocardite bacteriana de repetição.

## 45770

**Revascularização do miocárdio em paciente com anomalia de artéria coronária descendente anterior: coronária dupla.**

SAMIR IDALÓ, ANNA CRISTINA BERTOLDI LEMOS, LARISSA D AMICO SANTOS, MARCELA SILVA CASTRO, THIAGO MELO REZENDE, DIOGO SILVA DE CARVALHO GUISSONI, LAURA DELLINE QUEIROZ OLIVEIRA, PABLO DOS SANTOS FLORIANO, MICHEL HAMUI SALLUM e LEANDRO FERREIRA SOUZA

Universidade de Uberaba, Uberaba, MG, Brasil.

Introdução: Anomalias das artérias coronárias são identificadas em cerca de 1,3% dos pacientes submetidos a cateterismo cardíaco[1-3]e em 0,2% da população geral[4]. 80% dessas anomalias coronarianas são benignas, mas 20% podem causar problemas. A duplicidade da artéria coronária descendente anterior (DA) é uma condição muito rara[3]e já foi categorizada em 4 subtipos baseados na origem, curso e término da DA longa e curta[5]. A presença de DA dupla tem pouca significância clínica na ausência de estenose, mas quando há indicação cirúrgica para esse território, sua anatomia deve ser completamente conhecida para se garantir uma revascularização no ramo correto[5]. Relato do caso: A.T.A., 64 anos, masculino, hipertenso, diabético, dislipidêmico, etilista, tabagista, obeso foi assintomático para consulta de rotina em consultório de cardiologia. Eletrocardiograma demonstrou alteração de repolarização em parede anterior. Ecocardiograma com fração de ejeção normal. Foi solicitado cintilografia miocárdica com sestamibi, que demonstrou hipocaptação transitória de grande área de parede anterior, indicando cinecoronariografia (CATE). O CATE revelou DA fechada após a emissão do primeiro ramo septal, lesões em óstio de ramo circunflexo de coronária esquerda e seu primeiro ramo marginal. A coronária direita era dominante e emitia um ramo que passava pela via de saída de ventrículo direito até encontrar o SIA, descendendo o mesmo como DA acessória. Esse ramo descrito apresentava lesão de 80% em seu terço médio, em via de saída de ventrículo direito. Indicado cirurgia de revascularização miocárdica na qual foram revascularizadas a DA longa e o ramo marginal da circunflexa. Conclusão: A ocorrência de DA dupla é rara e sem significado clínico quando o paciente não tem coronariopatias, mas o conhecimento completo de sua anatomia assume crucial importância quando da indicação cirúrgica para se evitar uma revascularização mal posicionada.

## 45771

**Bloqueio atrioventricular total secundário a hipertireoidismo por Doença de Graves.**

LUIZ FERNANDO GOUVEIA BERNARDES, PAULA CRISTINA DE FREITAS, MONIQUE MARA DE PAULA FARIA, JORDANA RAFAELLA FONSECA, MARIA PAULA GOUVEIA BERNARDES, LETICIA ANDRADE SANTOS, MARIANA FURTADO SILVA, MARCELO HENRIQUE BORGES, JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA e GIOVANI LUIZ DE SANTI

Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO: Na vigência de hipertireoidismo por doença de Graves, a presença de taquiarritmias é bem documentada. Por outro lado, o bloqueio atrioventricular total (BAVT) representa uma complicação rara, mas potencialmente grave. Acredita-se que infiltrados de linfócitos e histiócitos no miocárdio de pacientes tireotóxicos podem atingir o sistema de condução e determinar diferentes graus de bloqueios atrioventriculares. DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente, feminino, 20 anos, admitida em unidade de emergência, queixando-se de tontura, palidez e um episódio de síncope há 06 horas. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, confusa e agitada. Ausculta pulmonar limpa e simétrica, frequência respiratória de 30irpm, SatO2=96% com O2 suplementar. RCR, 2 tempos, PA=100x50mmHg, FC=35bpm, abdômen inocente, membros sem edemas, perfusão periférica >3 segundos. Relatava histórico de hipertireoidismo diagnosticado há 06 meses, em tratamento irregular com metimazol e propranolol. O ECG evidenciou BAVT. Os exames da admissão mostravam TSH=0,005mUI/L, T4L=5,1ng/dl, TGO=1430U/L e TGP=935U/L, definindo as seguintes hipóteses diagnósticas: síncope secundária ao BAVT, hipertireoidismo e hepatite medicamentosa. Como abordagem inicial, optou-se então, visto a instabilidade hemodinâmica, por posicionamento de marcapasso transvenoso provisório. Do ponto de vista farmacológico, foi prescrito corticoide com a finalidade de reduzir a conversão de T4 em T3 e suspensão do metimazol. Mesmo em vigência da terapêutica inicial, apresentou instabilidade hemodinâmica e insuficiência respiratória, secundárias a choque séptico de foco pulmonar, necessitando de suporte ventilatório, vasopressores e antibioticoterapia de amplo espectro por 14 dias. No curso deste tratamento, em unidade de terapia intensiva, evoluiu com melhora progressiva das transaminases e normalização da função tireoidiana. Contudo, antes de retornar espontaneamente ao ritmo sinusal, também apresentou um episódio de fibrilação atrial de alta resposta revertida quimicamente com amiodarona. Após resolução do BAVT e da hepatite medicamentosa, a paciente foi submetida a tireoidectomia total para tratamento definitivo do hipertireoidismo. CONCLUSÃO: O hipertireoidismo é uma causa incomum de BAVT e o controle dos níveis hormonais tireoidianos está associado ao retorno do ritmo sinusal, diferente da evolução do BAVT em outras etiologias mais frequentes, para as quais o marcapasso definitivo é indicado.

## 45772

**Doença de chagas aguda, transmissão por enxerto renal - relato de caso.**

PEDRO MARQUES DE OLIVEIRA TRISTÃO, SABRINA JUNQUEIRA LIMA, SILVANA MARIA CARVALHO MIRANDA, SAMANTHA BAGGIO FRANCO PEREZ, CARLOS RAFAEL DE ALMEIDA FELIPE;, RODOLFO LUIZ AMORIM DE OLIVEIRA, MARCUS VINICIUS DE PAULA DA SILVA, FORTUNATO FRANCO BORGES JUNIOR, SAMARA MARIA LEANDRO DA COSTA e ANTONIO CANDIDO DA SILVA FILHO

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

A doença de Chagas (DC) pode se apresentar por vias menos clássicas de transmissão, por exemplo, através de órgãos sólidos transplantados. O objetivo desse relato é descrever o caso de um paciente receptor de rim proveniente de doador portador de DC. Trata-se de paciente do sexo feminino, 68 anos, portadora de doença renal crônica e marca-passo definitivo tipo VVI, desde 2010, internada por quadro compatível com insuficiência cardíaca (IC) descompensada, quem havia recebido um rim de doador morto, sabidamente portador de DC, em fase indeterminada, evoluindo sem necessidade de terapia dialítica de resgate. A investigação inicial apontou para sepse urinária, como causa da descompensação, até intercorrer com piora do quadro, com sinais de hipoperfusão, sendo então encaminhada para a unidade coronariana. Após exclusão de outras causas, aventou-se a hipótese de infecção aguda pelo protozoário através do enxerto, tendo sido iniciado Benznidazol empírico à medida que se tentava a confirmação diagnóstica, realizada, apenas, após identificação direta do Trypanosoma cruzi por gota espessa, uma vez que as sorologias eram negativas. A paciente evoluiu com resposta frustra, dependência de inotrópicos, culminando em arritmias ventriculares, deterioração hemodinâmica, com necessidade de terapia dialítica e evolução para choque circulatório refratário e óbito. A utilização de rim de doador portador de DC deixou de ser uma contraindicação após uma série de pequenos estudos oriundos da Argentina, por meio dos quais os autores consideraram possível o transplante de rim e fígado de doadores infectados, desde que haja capacidade para monitorização e eventual tratamento. Quanto ao caso, cabe ressaltar que a paciente já possuía marca-passo, por um BAVT sem causa bem definida, com prova isquêmica negativa, sendo possível que a mesma já fosse portadora de DC em fase crônica estágio B1, mas com sorologias pré-transplante falso-negativas, de forma que a imunossupressão pode, na realidade, ter ocasionado uma reativação da doença. A paciente e a equipe de nefrologia tinham pleno conhecimento do status do doador e optaram, de forma consciente, pelo transplante; mas as dificuldades enfrentadas fizeram com que a equipe reconsiderasse a inclusão desses pacientes como potenciais doadores. A combinação de escassez de órgãos para doação com a alta prevalência de DC no Brasil faz com que, mesmo quando premeditado, o transplante, nesse contexto, permaneça um desafio a ser solucionado.

### 45785

**Miocardiopatia Takotsubo: relato de caso.**


ERICA SILVA, THIAGO YUKIO SPIRANDELI, THEMISSA HELENA VOSS, VILMAR JOSE PEREIRA, LIVIA MARIA AMBROSIO DA SILVA, MURILO ALVES SANTOS e JOSE HENRIQUE DE ANDRADE

Universidade Federal de Uberlândia - UFU, Uberlândia, MG, Brasil.


INTRODUÇÃO: Miocardiopatia Takotsubo ou síndrome do coração partido faz analogia ao pote usado para pesca de polvos que lembra o balonamento apical da forma típica da doença. Comum em mulheres (9:1), 60-75 anos, com transtorno psiquiátrico (55,8%), estresse físico ou emocional. Sem patogênese definida, a crise mimetiza síndrome coronariana aguda (SCA) com alterações eletrocardiográficas e de marcadores miocárdicos. Outros critérios diagnósticos visam identificar a disfunção ventricular esquerda e o tratamento é direcionado para insuficiência cardíaca que se instala. Embora a maioria tenha resolução total, alguns podem evoluir com disfunção ventricular grave e irreversível. RELATO DE CASO: AVC, 73 anos, feminino, hipertensa com nefropatia crônica, apresentou dor torácica típica e procurou atendimento após 7 horas do início dos sintomas. Ao eletrocardiograma da admissão, elevação do segmento ST em parede ínfero-ântero-septal. Diante de paciente com alto risco cardiovascular que mantinha dor, aventou-se a hipótese de SCA. Encaminhada à hemodinâmica com urgência que visualizou lesão moderada médio-distal na artéria descendente anterior tratada com angioplastia percutânea. No dia seguinte, revisando o caso, verificou-se que a topografia da lesão coronariana não correspondia à alteração segmentar da ventriculografia. Submetida ao ecocardiograma que evidenciou hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo com função reduzida (45%), discinesia apical e hipercontratilidade dos segmentos médio-basal. Neste caso, após nova análise, foi inferida a hipótese de miocardiopatia Takotsubo. Comprovando o diagnóstico, o exame foi repetido nove dias depois com paciente estável clinicamente e verificado a recuperação completa da função ventricular (65%). DISCUSSÃO: embora maioria dos casos seja benigno, a doença é potencialmente fatal, pois as anormalidades ventriculares são súbitas e sem tempo definido para reversibilidade. Apesar de não ser critério diagnóstico, o cateterismo cardíaco é comumente realizado para afastar SCA. Quando realizado, espera-se a ausência de doença coronariana ou se for encontrada não deve correlacionar com alteração segmentar de contratilidade. Neste caso, a angioplastia instituída na fase aguda, não teve relevância na evolução clínica visto que a placa não promovia restrição de fluxo e não tinha correspondência anatômica segmentar. A despeito da lesão coronariana tratada, os achados clínicos e a evolução confirmaram o diagnóstico de Takotsubo.

### 45791

**Feocromocitoma: relato de caso.**


PAULA CAMPOLINA CAMPOS FERREIRA, LORENA SILVA FONSECA, KAREN PIRES DE CASTRO SANTOS, FRANCISCO REZENDE SILVEIRA, CARLOS HENRIQUE GARCEZ DE CARVALHO, RODRIGO PINHEIRO LANNA, MARIO RIBEIRO, SÉPHORA FONSECA, NAYARA PERES AGUIAR e DEBORA FERREIRA FRANCO GOMIDE

Hospital Semper, Belo Horizonte, MG, Brasil.


Introdução: Feocromocitoma é um tumor neuroendócrino raro, ocorrendo em menos de 0,2% de pacientes com hipertensão. A incidência anual estimada é de aproximadamente 0,8 em 100.000 pessoas/ano. Em 10% dos casos é maligno. A tríade clássica é composta por cefaléia, sudorese e taquicardia. Descrição do caso: Paciente gênero feminino, 39 anos, melanodérmica, solteira, auxiliar de produção de peças, iniciou dia 03/10/2015 episódios recorrentes de dor torácica em fincada, de início súbito, progressiva, com irradiação para o dorso e membros superiores, com duração de cerca de 10 minutos, associada à sudorese profusa, cefaleia occipital, palidez cutâneo mucosa, taquicardia e aumento dos níveis pressóricos. Admitida no CTI do Hospital Semper para propedêutica. ECG mostrava ARV anterior e radiografia de tórax sem alterações. Troponina negativa. D-dímero 1230, BNP 430. Realizados durante a internação ecodopplercardiograma transtorácico que mostrou FEVE 70% e hipocinesia apical do VE. Cineangiocoronariografia com coronárias normais e aortografia normal. Ultrassonografia de abdome com presença de formação nodular hipoecogênica, heterogênea em topografia de suprarrenal direita. Hipóteses diagnósticas: Síndrome coronariana aguda; tromboembolismo pulmonar; síndrome de Takotsubo; feocromocitoma. Condutas adotadas: Solicitada tomografia de abdome que evidenciou nódulo em topografia de adrenal direita de 4,5 x 3,0 x 4,0 cm. Aventada hipótese de feocromocitoma e solicitado metanefrinas urinárias e catecolaminas plasmáticas, que mostraram-se elevadas. Realizou cintilografia de corpo inteiro com MIGB que evidenciou área nodular hipercaptante em projeção de glândula suprarrenal direita, compatível com a suspeita clínica de feocromocitoma, sem alterações extra-abdominais. Submetida a exérese tumoral em 30/03/2016, intercorreu com labilidade pressórica, episódios de taquicardia e instabilidade hemodinâmica. Anátomo-patológico ratificou feocromocitoma benigno. Permaneceu em unidade de terapia intensiva no pós-operatório imediato, evoluiu sem intercorrências, transferida à unidade de internação e posteriormente recebeu alta hospitalar. Conclusões: Feocromocitoma é geralmente suspeitado em paciente sintomático, com achado de massa adrenal incidental. A sobrevida em 5 anos é inferior a 50% nos casos de tumor metastático. A cirurgia nem sempre leva à cura a longo prazo. A recorrência é maior dos casos de feocromocitoma familiar, tumores da adrenal direita e tumores extra-adrenais.

### 45801

**Documentação de trombose em falsa luz de dissecção aórtica do tipo B: relato de caso.**


FORTUNATO FRANCO BORGES JUNIOR, LEONARDO ANTONIO DOS SANTOS BALTAZAR, FLAVIA VERONICA FERREIRA LOPES, ANTONIO CARLOS MANSUR BEDETI, RICARDO WANG, MARIO LUCIO FRANCO PEREZ, PEDRO MARQUES DE OLIVEIRA TRISTÃO, MARCUS VINICIUS DE PAULA DA SILVA, RODOLFO LUIZ AMORIM DE OLIVEIRA e JULIANA GUIMARAES SOUZA YOST

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


Introdução: Dissecção de aorta é definida como uma rotura na íntima que expõe uma camada média doente à pressão de pulso na aorta, proporcionando separação de duas camadas, expansão longitudinal e formação de um falso lúmen repleto de sangue. Dissecções do tipo B tem incidência estimada em 5/100.000/ano. Representam 40% das dissecções. Quando a dissecção ocorre na aorta descendente é chamada tipo B, que possui melhor taxa de sobrevida quando comparada aquelas que envolvem a aorta ascendente – tipo A. Cerca de 89% dos pacientes com dissecção do tipo B sobrevivem após receberem tratamento adequado em ambiente hospitalar. Porém, apesar de uma baixa mortalidade intra-hospitalar, o prognóstico a curto e longo prazo após a alta é heterogêneo, que varia de 56 a 92% em um ano. Relato de Caso: R.B.,79 anos, feminino, hipertensa, com precordialgia seguida de síncope, procurou Pneumologista, que solicitou Ecocardiograma Transtorácico (ECO TT) que mostrou aneurisma de Aorta Ascendente com trombo aderido a parede do Arco Aórtico. Encaminhada ao Hospital local, onde realizou Angiotomografia (Angio TC) de Aorta Toraco-Abdominal que evidenciou presença de Aneurisma de Aorta Infrarrenal com suspeita de dissecção de Aorta Torácica. A paciente foi então encaminhada. Admitida estável hemodinamicamente, com dispneia leve, boa saturação periférica. Avaliada pela equipe de cirurgia cardiovascular (CCV) que sugeriu observação clínica e programação de Angio TC de Tórax/abdome/pelve com diagnóstico de Aneurisma fusiforme da aorta abdominal infrarrenal com trombo intramural e ateromatose calcificada difusa. Realizou também novo ECO TT que mostrou dilatação aneurismática de aorta, e presença de imagem sugestiva de flap em arco aórtico. Diante da boa evolução clínica e devido a anatomia desfavorável para procedimento intervencionista, optado por acompanhamento clínico do caso. A paciente recebeu alta hospitalar e encaminhamento para seguimento, com avaliações periódicas. Conclusão: A mortalidade dos pacientes com dissecção aguda de Aorta do Tipo B é elevada após a alta hospitalar. Alguns fatores podem estar correlacionados a evolução prognóstica após a alta hospitalar, entre eles podemos destacar a existência de trombose em falsa luz da dissecção, quando completa reduz a mortalidade, quando parcial, aumenta esta mortalidade, em comparação a luz patente.

### 45805

**Fístula aorta - átrio direito: relato de caso.**


FILIPE MENDONÇA CABRAL, NATÁLIA COUTINHO CHAVES, SAULO RODRIGUES DE OLIVEIRA LEITE, PRISCILA PIMENTEL BERNO, LUIS EDUARDO DINIZ COUTO, FELIPE AUGUSTO CARVALHO RIBEIRO, MAIRA DUARTE FERREIRA, HENRIQUE DE MATOS BALMANT BERBERT, ALEXANDRE HENRIQUE COBUCCI SANTANA e MILENA BELLEI LEITE

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, Brasil - PUC, Belo Horizonte, MG, Brasil.


INTRODUÇÃO: As fístulas aorta-átrio direito (Ao-AD) são anomalias raras, que podem ser congênitas ou adquiridas. As adquiridas podem ser causadas por um processo infeccioso, após procedimentos cirúrgicos ou por aneurisma do seio de valsalva. As comunicações vasculares extracardíacas podem ter origem em qualquer um dos seios de valsalva, porém é rara apartir de um seio não coronariano. Os sintomas característicos são dispnéia leve, palpitações e infecções recorrentes do trato respiratório, embora seja em geral assintomático. O ecocardiograma (ECO) é útil para identificar fístulas, no entanto, a aortografia pode ser essencial para demonstrar o seu trajeto. RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 24 anos, admitido em 14/05/2015 com relato de dispnéia progressiva aos esforços com 4 meses de evolução e edema de MMII há 15 dias. Ao exame físico, apresentava ritmo cardíaco regular, sopro contínuo mais audível em foco aórtico 4+/6+, ventrículo direito (VD) propulsivo com frêmito importante, roncos e sibilos difusos pulmonares e fígado palpável a 8 cm do rebordo costal direito. Realizado ECO transtorácico (14/05/15) que evidenciou válvula aórtica bicúspide com dilatação importante da aorta ao nível do seio de valsalva, presença de aneurisma de seio de valsalva não coronariano, roto, com moderado "shunt" Ao-AD. Fluxo turbulento e contínuo ao Doppler gerando gradiente de pico sistólico de 81mmHg. Evidenciado dilatação importante de AD, aumento leve de átrio esquerdo, dilatação moderada de VD. Pressão sistólica da artéria pulmonar de 55mmHg. Submetido a correção de fistula Ao-AD (19/05/15) por rafia. Realizada ressuspensão da válvula aórtica e troca da aorta ascendente utilizando prótese de Dacron. Evoluiu com choque cardiogênico no primeiro dia pós operatório. Realizado ECO transesofágico que confirmou a permanência da comunicação Ao-AD com fluxo significativo. Apresentou sangramento aumentado no pós operatório com grave instabilidade hemodinâmica e bloqueio átrio ventricular total, necessitando marcapasso temporário. Evoluiu com parada cardiorespiratória constatando óbito em 25/05/2015. CONCLUSÃO: As fístulas Ao-AD possuem diversas apresentações clínicas, necessitando abordagem individualizada. O tratamento cirúrgico é instituído baseado na gravidade da comunicação ao ECO e pela repercussão clínica ao paciente. Outros métodos podem auxiliar o manejo cirúrgico como a ressonância magnética, tomografia e o ECO tridimensional.

## 45812

**Cardiomiopatia hipertrófica apical: manifestação arritmogênica em paciente octagenário.**

ROBERTA NASCIMENTO, FILIPE MENDONÇA CABRAL, LEONARDO MAGNO DE SOUZA, PEDRO ROUSSEFF, RENATO MORAIS ARAUJO, RAVI AZEVEDO BERNARDES, MARCOS ANTONIO MARINO, CARLOS EDUARDO DE SOUZA MIRANDA, WALTER RABELO e BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, Brasil - Faculdade de Medicina-UNI-BH, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: A cardiomiopatia hipertrófica apical (CMH) é uma variante fenotípica da CMH não obstrutiva, na qual a hipertrofia do miocárdio envolve predominantemente o ápice ventricular esquerdo (VE). É comum nas populações asiáticas e apresenta prognóstico relativamente benigno em termos de mortalidade cardiovascular. No entanto, é comum a formação de aneurismas ventriculares, trombos apical, disfunção diastólica, fibrilação atrial e infarto.
Relato de Caso: Paciente sexo masculino, 82 anos, portador de HAS, em uso crônico de verapamil, AAS e clonazepan, internado com história de tontura e sudorese, após sofrer um estresse agudo. Atendido em Mariana com quadro de taquicardia ventricular e encaminhado a nosso serviço para propedêutica. Ecodopplercardiograma transtorácico (ECOTT) revelou fração de ejeção= 54%, AE=46 mm, VE(s)=36 e VE (d)=55 e acinesia no ápex do VE. Cineangiocoronariografia: coronárias sem obstrução e VE com hipertrofia apical com formação de aneurisma no ápex. Já em uso de amiodarona apresentou episódio de taquicardia ventricular sustentada monomórfica submetido a cardioversão elétrica. A ressonância cardíaca (RNM) revelou CMH apical com formação de aneurisma em ápex. Submetido a implante de cardiodesfibrilador implantável para prevenção secundária e recebeu alta estável. Atualmente em acompanhamento ambulatorial e sem novos episódios de arritmia.
Conclusão: A manifestação arritmogênica na CMH apical é rara, porém, determinante do risco de morte súbita. A RNM apresenta maior sensibilidade do que o ECOTT no diagnóstico e identificação de diferente expressões fenotípicas da CMH. Além disso, também é utilizada para estratificação de risco nestes pacientes.

## 45843

**Controle da pressão arterial sistêmica secundária com angioplastia da artéria renal: relato de caso.**

NATASHA SOARES SIMÕES DOS SANTOS, MARIANA OLIVEIRA REZENDE, OLIVIA XIMENES DE QUEIROGA, MURILO CASTRO FERREIRA, ALEXANDRE JOSÉ AGUIAR ANDRADE, NELSON HENRIQUE GOES SCORSIONI, CELSO AMODEO, FLAVIO ANTONIO DE OLIVEIRA BORELLI e AMANDA GUERRA DE MORAES REGO SOUSA

Intituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: A hipertensão arterial (HAS) é considerada a doença mais prevalente do mundo, acometendo cerca de 10% a 20% da população, sendo que cerca de 5% a 10% apresentam HAS secundária. O tratamento endovascular da doença renal hipertensiva, mostrou ser efetivo no melhor controle pressórico em casos selecionados. Relato do caso: Paciente, sexo feminino, 70 anos, branca, obesa, ex-tabagista, HAS, DM, DLP e DAOP. Portadora de doença arterial coronariana evidenciada através de cineangiocoronariografia (CATE – 2006) realizado devido a quadro de angina estável CCS II, revelando lesões menores que 50%; sendo optado no período por manter em tratamento clínico. Evoluiu ambulatorialmente com dificuldade do controle dos níveis pressóricos, iniciado-se pesquisa de possíveis causas secundárias. Doppler de artérias renais mostrou lesão maior que 60% bilateral, confirmada por angiografia das artérias renais, 70% à direita e 90% à esquerda. Paciente evoluiu com piora da classe funcional e retorno do quadro de angina. Em outubro de 2013, apresentou IAMSST, sendo realizado novo CATE que não evidenciou progressão das lesões. Durante internação, evoluiu com descontrole da PA necessitando de aumento dos anti-hipertensivos. Após 2 dias de internação, com prescrição de mais de três classes de anti-hipertensivos, apresentou piora do parâmetros hemodinâmicos com níveis elevados da PA e importante congestão pulmonar. Devido à refratariedade e da gravidade do quadro, além da deteriorização da função renal, optado por intervenção percutânea da estenose da artéria renal. Realizada angioplastia e implante de stent em artéria renal esquerda com sucesso. Após intervenção, evoluiu com controle pressórico. Conclusão: O controle da HAS é de extrema importância na redução de eventos cardiovasculares,sendo a abordagem invasiva uma opção terapêutica em casos selecionados.

## 45907

**Fibroelastoma de valva mitral como causa de acidente vascular isquêmico.**

FILIPE MENDONÇA CABRAL, ALEXANDRE HENRIQUE COBUCCI SANTANA, FABIO BARROS DOS REIS, SUSANA DRUMOND PERES, ERICA LEITE AVELINO PEREIRA, PRISCILA PIMENTEL BERNO, FELIPE AUGUSTO CARVALHO RIBEIRO, HENRIQUE DE MATOS BALMANT BERBERT, MAIRA DUARTE FERREIRA e LUIS EDUARDO DINIZ COUTO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, Brasil - PUC Minas, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: Tumores primários são raros e correspondem a menos de 5% de todos tumores cardíacos e os 95% restantes constituem-se nos tumores metastáticos para o coração. Os tumores cardíacos benignos correspondem a 75% dos casos de tumores primários, e os mais comuns são os mixomas. Os fibroelastomas papilares são tumores cardíacos primários benignos raros e seu significado clínico foi desconhecido durante muito tempo. Hoje é reconhecido como causa de sintomas neurológicos e cardíacos. Relato de caso: A.B.O, 66 anos, admitido em 19/04/16 com confusão mental e hemiparesia esquerda. Submetido a Ressonância Magnética cerebral que evidenciou área de isquemia aguda no lobo frontal direito e no lobo parietal esquerdo. Diagnosticado com Acidente vascular cerebral isquêmico (AVC) e solicitado avaliação cardiológica. Dupplex de artérias carótidas e vertebrais sem processo obstrutivo siginicativo. Ecocardiograma transtorácico mostrava câmaras cardíacas com dimensões normais, sem trombos em seu interior e fração de ejeção do ventrículo esquerdo normal. A valva mitral apresentava espessamento degenerativo, ampla mobilidade de seus folhetos e massa hiperrefringente de pouca mobilidade na face atrial do folheto mitral anterior, medindo 9mmx9mm. Ecocardiograma transesofágico (23/04/16) com massa ecogênica arredondada de textura homogênea, móvel, aderido a face atrial do folheto mitral anterior, medindo 7,1 mm x 5,5 mm sugestiva de fibroelastoma. Assumiu-se o diagnóstico de tumor cardíaco como possível fonte emboligênica e indicação de retirada cirúrgica do tumor. Conclusão: Os fibroelastomas papilares são tumores cardíacos primários, benignos, raros e classificados como tumores endocárdicos. Podem manifestar- se com insuficiência valvar, obstrução coronariana, se localizado na face arterial da valva aórtica ou com complicação embólica. As conseqüências neurológicas da embolização incluem ataques isquêmicos transitórios, convulsões, síncopes e AVC. A distribuição valvar é predominante no lado esquerdo do coração, sendo 29% dos casos envolvendo valva aórtica, 25% dos casos valva mitral, 17% valva tricúspide e 13% valva pulmonar. Devido ao potencial de embolização sistêmica do fibroelastoma, essas lesões devem ser excisadas, apesar de seu aspecto histologicamente benigno e pequena dimensão.

## 45908

**Estenose pulmonar grave: abordagem terapêutica – relato de caso.**

FILIPE MENDONÇA CABRAL, ALEXANDRE HENRIQUE COBUCCI SANTANA, SUSANA DRUMOND PERES, FABIO BARROS DOS REIS, ERICA LEITE AVELINO PEREIRA, PRISCILA PIMENTEL BERNO, FELIPE AUGUSTO CARVALHO RIBEIRO, HENRIQUE DE MATOS BALMANT BERBERT, MAIRA DUARTE FERREIRA e SAULO RODRIGUES DE OLIVEIRA LEITE

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, Brasil - PUC Minas, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: Na grande maioria dos casos, a estenose pulmonar (EP) é uma anomalia congênita primária e ocorre em 7% dos pacientes portadores de cardiopatia congênita. A valva pulmonar frequentemente é bicúspide, está tipicamente espessada e abaulada com restrição do movimento na sístole. Em alguns casos, observa-se uma valva pulmonar muito espessada, displásica, mixomatosa com estenose grave e hipoplasia da artéria pulmonar principal. Nas formas mais graves de EP, a sobrecarga crônica de pressão sobre o ventrículo direito (VD) pode resultar em disfunção sistólica com desenvolvimento de sinais e sintomas de falência cardíaca direita. Relato de Caso: Paciente K.K.F.S, 19 anos, com relato de dispnéia classe III e cianose labial com início aos 15 anos de idade. Realizada propedêutica clínica e complementar com diagnóstico de EP grave. Em 2016 apresentou piora da dispnéia e internou para tratamento. Ecodopplercardiograma transtóracico (ETT) 12/04/16: Ventrículo esquerdo (VE) com função sistodistólica normal, VD hipertrófico, dilatado com função sistólica preservada e EP grave com gradiente ventrículo direito-artéria pulmonar (VD-AP) máximo de 100 mmHg e médio de 50 mmHg em repouso, com leve regurgitação valvular ao Doppler. Tronco pulmonar e seus ramos com calibres reduzidos. Estudo cineangiocardiográfico (13/04/16): manometria VD 105 X2 mmHg TP 5X1 mmHg. Dia 14/04/16 foi submetida a valvuloplastia pulmonar percutânea com cateter balão Maxi LD 25X40mm, com manometria pós procedimento de: VD 25 X2 mmHg TP 10X2 mmHg e gradiente VD/TP de 15 mmHg. Paciente evoluiu no pós operatório com melhora significativa da dispnéia. ETT (14/04/16): Estenose valvar pulmonar leve residual com gradiente VD-AP máximo de 24 mmHg e médio de 13 mmHg, em repouso. Presença de leve regurgitação valvular ao Doppler. Conclusão: O caso clínico mostra que eventualmente a manifestação dos sintomas da EP congênita pode manifestar tardiamente, quando os gradientes de fluxo da válvula pulmonar já encontram-se elevados. Portanto pacientes com estenose pulmonar moderada ou grave devem realizar tratamento precocemente, prevenindo as complicações, sendo a insuficiência cardíaca a mais comum. O Ecodopplercardiograma é o exame que permite o rápido diagnóstico desta patologia, assim como as possíveis associações com outras malformações. Na atualidade a valvuplastia por cateter balão é o procedimento terapêutico de escolha.

## 45909

**Correlação de história clínica e achados ecocardiográficos de endocardite infecciosa em prótese valvar – relato de caso.**


FILIPE MENDONÇA CABRAL, ALEXANDRE HENRIQUE COBUCCI SANTANA, SUSANA DRUMOND PERES, FABIO BARROS DOS REIS, PRISCILA PIMENTEL BERNO, FELIPE AUGUSTO CARVALHO RIBEIRO, HENRIQUE DE MATOS BALMANT BERBERT, MAIRA DUARTE FERREIRA, GUILHERME HENRIQUE FIGUEIREDO DE OLIVEIRA e LUIS EDUARDO DINIZ COUTO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, Brasil - PUC Minas, Belo Horizonte, MG, Brasil.


Introdução: A endocardite infecciosa (EI) é uma doença com altas taxas de morbidade e mortalidade, apesar do avanço no diagnóstico clínico, do advento de novos tipos de antibióticos e do aperfeiçoamento de técnicas cirúrgicas. O Ecocardiograma (ECO) exerce um papel importante no diagnóstico e no manejo de pacientes com EI. Além disso, é peça chave para a detecção de complicações e para a avaliação prognóstica. Relato de Caso: H.F.A, 67 anos, submetida a troca mitral com implante de prótese biológica St. Jude Biocor 29 em 20-10-15, devido à insuficiência mitral reumática grave. ECO transtorácico (ETT) de pós operatório: prótese normofuncionante, ventrículo esquerdo (VE) com função sistólica normal, PSAP 40mmHg. Em Março de 2016 reinternou com quadro de dor torácica, emagrecimento e febre intermitente com 1 mês de evolução. ECO transesofágico (ETE) em 11-03-16: VE com função sistólica preservada. Prótese mitral biológica bem implantada, com várias imagens filamentares, hiperecogênicas, com movimentação independente, a maior medindo cerca de 15 mm de comprimento, localizadas na face atrial dos folhetos protéticos, sugestivas de vegetações. Gradientes transprotéticos elevados: máximo de 39mmHg e médio de 19 mmHg. Discreta regurgitação protética central. Presença de imagem sugestiva de Patch de exclusão do apêndice atrial esquerdo com perfuração, ocasionando shunt bidirecional. PSAP 64mmHg. Foi submetida a tratamento cirúrgico em 14-03-16 e visualizado inúmeras massas sugestivas de vegetação aderidas aos folhetos da prótese mitral. Paciente evoluiu ao óbito em pós-operatório imediato. Conclusão: O diagnóstico de EI tem como base o quadro clínico, hemoculturas positivas e achados ecocardiográficos. O ETT tem sensibilidade de 62% a 79% para detecção de vegetações, enquanto que o ETE tem sensibilidade e especificidade > 90%, sendo a técnica de imagem preferida para o diagnóstico de EI em valva nativa ou em prótese valvar. As complicações perivalvares (deformação valvar, ruptura de cordoalha tendínea, perfurações de folhetos, abscessos, fístulas e pseudoaneurismas) também são mais bem definidas pelo ETE. O conhecimento sobre a EI tem crescido ultimamente e a participação do ECO, sempre associada à clínica, se torna cada vez mais essencial para definição diagnóstica e proposta terapêutica.

## 45918

**Síndrome do roubo da subclávia - relato de caso.**


ADRIANA CRISTINA PINTO SILVA, CHRISTIAN NERY FREITAS, CHRISTIANA CONCEICAO DE OLIVEIRA, ALEX COUTO GARCIA, CLAUDIO LUIZ AMARAL, IVAN GENEROSO MAGALHAES BARROSO, ARIANGELO ARAUJO MESQUITA e RALDNER BORGES E REGES

Hospital São João de Deus, Divinópolis, Brasil.


A Síndrome do roubo da subclávia é caracterizada por estenose severa ou oclusão da artéria subclávia ou, mais raramente, da inominada, proximal à origem da artéria vertebral, ocorrendo inversão do fluxo da artéria vertebral, apresentando sintomas decorrentes da hipoperfusão cerebral vértebro-basilar e/ou isquemia do membro superior acometido.
Há prevalência de homens em relação às mulheres. A principal etiologia é a doença ateromatosa, com prevalência três vezes maior à esquerda. É necessária a medida da pressão arterial nos membros superiores, além da palpação de pulsos periféricos e pesquisa de sopros.
Método diagnóstico mais sensível e específico é a ultrassonografia com Doppler. Outro método diagnóstico disponível é a angiografia. O tratamento da síndrome do roubo da subclávia é realizado, tradicionalmente, através de abordagem cirúrgica, objetivo do tratamento é restaurar o fluxo normal da artéria vertebral, acabando com a hipoperfusão cerebral e seus sintomas associados.
Relato: Paciente do sexo feminino, 75 anos apresentando vertigem, hemiparesia em membro superior direito. Diferença de pressão em membros superiores, sopro carotídeo à direita, pulsos mais fortes e cheios em membro superior esquerdo. A angioTC evidenciava obstrução de subclávia direita e a ultrassonografia com duplex scan de carótidas mostrou alteração do fluxo na artéria vertebral direita (fluxo retrógado).
Conclusão: A Síndrome do Roubo Subclávio é uma doença relativamente rara. Devendo ser subdiagnosticada, devido a maioria ser assintomática. Faz-se necessário, uma história clínica detalhada e um exame físico minucioso em busca dos principais sinais e sintomas, para realização correta do diagnóstico e instituição do tratamento.

## 45920

**Hepatotoxicidade grave e reversível, associada ao uso endovenoso de amiodarona - relato de caso.**


ALEX FROEDE SILVA, THEODORO DE MORAES SEIXAS NETO, LAURO HENRIQUE CARNEIRO TAVARES e ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO

Hospital Lifecenter, Belo Horizonte, MG, Brasil.


FUNDAMENTOS: A amiodarona é um fármaco de conhecida importância na reversão química das taquiarritmias, com uso bem fundamentado para os tratamentos agudo e crônico. Hepatotoxicidade relacionada a seu uso endovenoso é evento considerado raro, com poucos registros na literatura.
RELATO DO CASO: Mulher, 61 anos, portadora de miocardiopatia dilatada e fibrilação atrial (FA) paroxística, já em uso de Amiodarona oral e Rivaroxabana. Deu entrada no pronto atendimento novo quadro de FA, com resposta ventricular acelerada, estabilidade pressórica e sem sinais de insuficiência cardíaca. Foi transferida à Unidade Coronariana, onde iniciou-se infusão endovenosa (EV) de Amiodarona (dose de impregnação de 900mg em 24 horas). Houve reversão ao ritmo sinusal, mas a paciente iniciou com desconforto epigástrico e náuseas. Evidenciou-se elevação importante de transaminases (TGO = 1275 UI/L e TGP = 1365 UI/L). Sorologias para hepatites virais, pesquisa de doenças auto-imunes e neoplásicas, demais provas de função hepática e enzimas pancreáticas foram todas normais. Ultrassonografia abdominal revelou esteatose hepática, sem sinais de colestase. Após a suspensão da medicação, em cinco dias houve redução significativa do nível sérico das transaminases (TGO = 76 UI/L e TGP = 446 UI/L). Utilizou-se o escore Roussel Uclaf Causality Assessment Method (RUCAM SCORE), que mede a associação entre hepatotoxicidade e as medicações em uso. Em relação à amiodarona endovenosa, o resultado foi de 10 pontos, considerado de alta probabilidade para hepatotoxicidade medicamentosa. Houve boa evolução clínica e laboratorial. A paciente recebeu alta hospitalar assintomática, em ritmo sinusal, com normalização das transaminases.
DISCUSSÃO E CONCLUSÕES: Revisão sistemática da literatura (de 1990 a 2010), publicada em 2011, identificou 22 casos de hepatotoxicidade relacionada ao uso de amiodarona endovenosa. A evolução foi benigna na maioria dos casos. O RUCAM SCORE, apesar de ter limitações, pode ser uma ferramenta importante para determinar a associação entre hepatotoxicidade e o fármaco em questão. No presente caso, o elevado valor no RUCAM SCORE, a ausência de outras prováveis causas, a rápida melhora laboratorial após a suspensão da Amiodarona EV favorecem a hipótese de hepatotoxicidade.

## 45921

**Infarto agudo do miocárdio em atleta jovem, por trombose coronariana associada ao uso de oxandrolona e estanozolol.**


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

Hospital Lifecenter, Belo Horizonte, MG, Brasil.


FUNDAMENTOS: Esteróides anabolizantes androgênicos (EAA) são utilizadas em todo o mundo para ajudar os atletas a ganhar massa e força muscular, apesar de serem proibidos em muitos países, como no Brasil. Seu uso e abuso está associado a diversos efeitos colaterais, incluindo infarto agudo do miocárdio (IAM). EAA induzem aumento ligeiro, mas transitório, da pressão arterial e também conferem estado pró-trombótico aumentado, predominantemente através da ativação e da agregação plaquetária. Há poucos relatos na literatura sugerindo trombose intracoronária com o abuso da testosterona e seus derivados sintéticos. Estanozolol e oxandrolona são esteróides anabolizantes sintéticos derivados de di-hidro-testosterona. Relatamos o caso de um jovem, que desenvolveu IAM, pelo uso de estanozolol e oxandrolona.
RELATO DO CASO: Homem, 21 anos, sem fatores de risco tradicionais para doença arterial coronária, atleta. Em uso regular de Estanozolol e oxandrolona por três meses, por via intramuscular. Iniciou com súbita e intensa dor torácica anginosa, típica, em repouso, com dispnéia moderada. Admitido no setor de emergência, com 40 minutos do início dos sintomas, com pressão arterial, ausculta cardíaca e pulmonar normais. Eletrocardiograma mostrou supra-desnivelamento do segmento ST, de até 3 mm, de V1 a V5. Cateterismo cardíaco imediato (CATE) revelou a presença de um grande trombo, não oclusivo, no 1/3 proximal da artéria coronária descendente anterior (DA), com oclusão de sua borda distal, sem aterosclerose coronária visível. Hipocinesia apical grave foi vista à ventriculografia. As demais artérias eram angiograficamente normais. A Troponina T elevou-se. A análise bioquímica foi negativa para trombofilias. O paciente foi tratado com aspirina, prasugrel, tirofiban, enoxaparina, carvedilol, valsartana e atorvastatina. Ele evoluiu satisfatoriamente, em classe I de Killip. Após 10 dias do evento, CATE de controle mostrou recanalização completa da DA e normalização da função ventricular. O paciente recebeu alta hospitalar, com aspirina e prasugrel, reiniciou atividades físicas e está bem, após 15 meses de acompanhamento.
CONCLUSÕES: Pelo que sabemos, este é o primeiro relato de IAM ocorrido em um jovem após uso de estanazolol e oxandrolona. Por causa das graves complicações cardiovasculares dos esteróides anabolizantes, os médicos devem conhecer os efeitos e consequências destas drogas e desestimular seu uso.

## 45925

**Fibroelastoma papilífero: relato de caso.**

IVAN GENEROSO MAGALHAES BARROSO, IGOR GENEROSO MAGALHAES BARROSO, MIRIAN ELIZABETE DE SOUZA VIEGAS, RALDNER BORGES E REGES, EDUARDO DIAS CHULA, GILDO ANTONIO DA SILVA, CHRISTIAN NERY FREITAS, ADRIANA CRISTINA PINTO SILVA, CHRISTIANA CONCEICAO DE OLIVEIRA e ARIANGELO ARAUJO MESQUITA

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

INTRODUÇÃO: O Fibroelastoma Papilífero (FEP) é um tumor cardíaco benigno, de baixa incidência (8%). Acomete principalmente as valvas e apresenta-se em forma de massa pedunculada, frequentemente única, avascular, móvel e bem delimitada. Geralmente é assintomático, no entanto apresenta grande potencial em promover fenômenos embólicos.
O diagnóstico, na maioria das vezes, ocorre por acaso, durante a investigação de doenças cardiovasculares através da realização do Ecoccardiograma Transtorácico.
RELATO DE CASO: CPR, feminino, 70 anos, hipertensa, diabética, em propedêutica cardiológica devido história de dispneia aos esforços, palpitações e astenia. Durante estudo ecocardiográfico transtorácico foi identificado imagem pedunculada, móvel, aderida à face ventricular do folheto septal da valva tricúspide. Realizado Ecocardiograma transesofágico com contraste por microbolhas, o qual contribuiu para o diagnóstico. Submetida a exérese da massa. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de FEP.
DISCUSSÃO: O FEP corresponde, em frequência, ao terceiro tumor primário cardíaco, antecedido pelo mixoma e lipoma.
Pode acometer todas as superfícies endocárdicas, com predileção pelas valvas, sendo a aórtica a mais acometida (44%).
Ocorre em qualquer faixa etária, sendo mais comum a partir dos 40 anos, com manifestações inespecíficas (dor torácica, dispnéia, síncope, morte súbita).
A complicação mais temida é a embolização e não está claro se a anticoagulação sistêmica poderia prevenir tais eventos.
A exérese cirúrgica é o tratamento de escolha.
CONCLUSÃO: O FEP acometendo valva tricúspide é muito raro. O Ecocardiograma foi ferramenta fundamental para tal diagnóstico. Embora de natureza benigna, existe alta morbimortalidade associada a eventos embólicos e o tratamento definitivo é cirúrgico.

## 45926

**Cleft de valva mitral e correção cirúrgica parcial de CIA - avaliação ao ECO.**

RICARDO LAGE RAYDAN, RODRIGO LAGE RAYDAN, RODRIGO COELHO SOARES, FLAVIO DE VASCONCELLOS TEODORO, ANTÔNIO CARLOS ROMANO CABRAL, ALESSANDRA MARIA DE ALMEIDA ZERINGOTA, ALEXANDRA ANTUNES NEIVA, HEBE FLÁVIA PEREIRA LOPES, SERGIO LUIZ BARROTE e MARIA HELENA ALBERNAZ SIQUEIRA

Hospital Belo Horizonte - Unieco, BH, MG, Brasil - Hermes Pardini, BH, MG, Brasil.

O cleft isolado da valva mitral (CIVM) é uma causa rara de insuficiência mitral (IM) congênita e pode estar associado a um defeito septal atrial (CIA). Dados da literatura sugerem que o tratamento cirúrgico é indicado na presença de importante regurgitação, mesmo em pacientes assintomáticos. Acredita-se que o CIVM seja o resultado de uma expressão incompleta de um defeito do coxim endocárdico, geralmente envolvendo o folheto anterior e dividindo-o na sua totalidade. A reparação cirúrgica consiste na sutura direta da fenda ou utilização de enxerto pericárdico autólogo (patch). O ecocardiograma (Eco) é a técnica adequada para avaliar anomalias congênitas suspeitas e conhecidas da valva mitral.
Analisaremos dois casos de CIVM associado à CIA submetidos à correção cirúrgica parcial.
DESCRIÇÃO DOS CASOS: Caso 1: Paciente do sexo feminino, 47 anos, com relato de dispneia aos esforços há 04 anos. Tem história de cirurgia cardíaca pregressa de correção de CIA há 35 anos. Realizado Eco que mostrou "patch" em septo interatrial e CIVM com IM importante, além de átrio esquerdo (AE) com dimensões aumentadas em grau importante. Realiza Eco anualmente para acompanhamento da IM.
Caso 2: Paciente do sexo feminino, 32 anos, portadora de síndrome de Down, com dispneia aos médios esforços. Tem história de cirurgia cardíaca pregressa de correção de CIA há 30 anos, com resolução completa dos sintomas no período pós-cirúrgico. Realizado Eco que evidenciou "patch" em septo interatrial, CIVM com IM importante e átrio esquerdo (AE) com dimensões moderadamente aumentadas. Realiza Eco anualmente para acompanhamento da IM.
CONCLUSÃO:
A correção cirúrgica precoce do CIVM está relacionada com evolução favorável dos sintomas. O ecocardiograma 2-D tem a capacidade de diferenciar CIVM de outras causas de IM. Pode ser, portanto, de extrema valia na identificação de um subgrupo de pacientes com IM congênita nos quais o reparo da valva é factível sem a substituição da mesma. Nos casos descritos, o não-diagnóstico do CIVM impediu essa correção. A melhora da acurácia diagnóstica das patologias congênitas ao Eco tem atualmente permitido a conduta cirúrgica adequada nos casos de CIVM associado à CIA.

## 45937

**Situs inversus totalis e coarctação de aorta: relato de caso.**

MARCUS VINICIUS DE PAULA DA SILVA, PEDRO MARQUES DE OLIVEIRA TRISTÃO, FORTUNATO FRANCO BORGES JUNIOR, RODOLFO LUIZ AMORIM DE OLIVEIRA, ANTONIO CANDIDO DA SILVA FILHO, ELUAN ALBUQUERQUE DE LIMA, SAMARA MARIA LEANDRO DA COSTA, ANDERSON PEREIRA DE OLIVEIRA, HUMBERTO DE FREITAS BOY e RENATA FARIA SIMONE PRADO

Hospital Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: situs inversus totalis com dextrocardia é uma anomalia congênita rara, autossômica recessiva. Incidência de 1:10.000 crianças nascidas vivas. Coarctação do arco aórtico normalmente indica uma constrição no istmo aórtico. Este trabalho tem por objetivo relatar um caso inusitado de uma paciente com o diagnóstico na fase adulta de dextrocardia em situs inversus totalis, coarctação da aorta descendente proximal ao nível do ducto arterioso patente. Descrição do caso: paciente do sexo feminino, 45 anos, com quadro há 6 meses de dispneia progressiva aos esforços, tonteira, dor intermitente em região do dorso esquerdo de característica mal definida, palpitações, fraqueza em membros inferiores associado a fadiga. Procurou atendimento médico em Montes Claros, realizou na ocasião exames de ecocardiograma e angiotomografia de tórax que evidenciaram situs inversus totalis e coarctação da aorta. Transferida para tratamento da cardiopatia congênita. Admitida na enfermaria de Cardiologia estável hemodinamicamente. Ao exame físico encontrava-se com valores de pressão arterial de 150 por 100 mmHg no membro superior direito e esquerdo e de 100 por 60 mmHg nos membros inferiores. Era audível as bulhas cardíacas rítmicas no hemitórax direito. Os pulsos femorais eram de baixa amplitude. Realizou os seguintes exames complementares: angiotomografia de tórax e tomografia de abdome e pelve que apresentaram a seguinte impressão: coarctação de aorta descendente proximal ao nível do ducto arterioso patente, situs inversus totalis. O cateterismo cardíaco evidenciou coarctação de aorta distante da artéria subclávia direita cerca de 20 milímetros (Gradiente 40 mmHg), artérias coronárias sem lesões, situs inversus com dextrocardia. Conduta: submetida a angioplastia com balão da coarctação de aorta com sucesso. Ato sem intercorrências, recebeu alta para seguimento clínico no ambulatório de cardiologia e hemodinâmica do hospital. Conclusão: o caso relatado traz a discussão da terapêutica de uma situação complexa e incomum e evidencia que o tratamento com angioplastia com cateter balão quando bem executado e em pacientes adequadamente selecionados pode ser capaz de gerar resultados satisfatórios e caso ocorra complicações como obstruções recorrentes ou residuais, essas podem ser diagnosticadas e tratadas com eficácia.

## 45938

**Associação de lupus com SAAF e cardiomiopatia dilatada – relato de caso em homem jovem.**

CONRADO PEDROSO BALBO, VICTOR GUALDA GALORO, RAFAEL RAFAINI LLORET, YURI FERREIRA MARROQUIM, AUGUSTO MARCUSSI DEGIOVANI, JULIANA BARBOSA MATSUMOTO, LEONARDO CEZAR BARROS CAMPOS, BERNARDO NOYA ALVES DE ABREU, RICARDO PAVANELLO e LEOPOLDO SOARES PIEGAS

Hospital do Coração, São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: O Lupus Eritematoso Sistemico (LES), uma desordem autoimune de etiologia desconhecida, com prevalência entre 20 a 40 casos/100.000 e baixa prevalência em homens. Pode acometer qualquer órgão ou tecido, principalmente: pele, rins, sistema nervoso central, medula óssea, membranas serosas e raramente o coração. Relato de Caso: D.F.S., masculino, 43 anos, branco, solteiro, adotado. Há 2 anos iniciou com edema súbito de membros inferiores (MMII) associados à eritema nodoso e ulcerações, além de artralgia de mãos e joelhos com flogose intensa e recorrente. Há 2 meses passou apresentar dispnéia progressiva (atualmente aos mínimos esforços), ortopnéia leve, piora das lesões de pele, alucinações visuais e lesão ulcerada em glânde, sem outras queixas.Ao exame: estase jugular, ritmo de galope, presença de sopro sistólico em foco mitral, hepatomegalia, crepitações pulmonares até terço médio bilateral e edema de MMII, além de lesões crônicas em MMII e glânde, indolores, úlceradas e não secretiva.Exames complementares: ECG com BAV 1º Grau e HVE; ECO: FEVE 29%, VE: 69/55mm, hipocinesia difusa com acinesia médio-basal inferior e insuficiência mitral moderada; RX de Tórax: serosite; NT-PróBNP:6510pg/ml; TropoUS(+):0,038ng/ml; anemia hemolítica; proteinúria discreta; complementos normal e dismorfismo eritrocitário (-); FAN positivo pontilhado (1/640); anti-SM e anti-Ro(+); anti-DNA(-); anticoagulante lúpico(+); anti-cardiolipina fracamente(+); p-ANCA e c-ANCA(-); sorologias negativas(inclui Chagas); biópsia de pele inconclusiva; Doppler de MMII: aneurisma de a. poplítea direita e oclusão crônica de Aa. tibiais anteriores bilaterais; AngioTc cardíaca sem obstruções. Diagnosticado como cardiomiodiopatia dilatada secundária à miocardite lúpica associado à SAAF (síndrome do anticorpo antifosfolípide) e iniciado tratamento específico para LES(coticoterapia e hidroxicloroquina), anticoagulação, além de terapia para IC.Discussão: Entre as complicações do LES encontra-se o acometimento cardiovascular, com prevalência de 50 a 60%. Pode acometer qualquer estrutura cardíaca, causando, desde pericardite (o mais frequente), miocardite, endocardite e arterite lúpica. A miocardite lúpica corresponde a apenas 10% e pode levar a IC.A evolução com cardiomiopatia dilatada é um desafio no manejo, sendo necessário controle clínico e sintomático agressivo para prevenir a progressão e piora da doença.

### 45940

**Relato de caso - diagnóstico de amiloidose após suspeição de doença infiltrativa por meio da ecocardiografia.**


CHRISTIAN NERY FREITAS, ADRIANA CRISTINA PINTO SILVA, CHRISTIANA CONCEICAO DE OLIVEIRA, EDUARDO DIAS CHULA, CLAUDIO LUIZ AMARAL, IVAN GENEROSO MAGALHAES BARROSO e MIRIAN ELIZABETE DE SOUZA VIEGAS

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


Introdução: A amiloidose é uma doença resultante de deposição tecidual de proteínas (amilóide) que pode ser encontrada em quase todos os órgãos. Pode ser primária (adquirida), secundária, familiar (hereditária) e sistêmica senil. A Amiloidose Cardíaca é uma cardiomiopatia infiltrativa progressiva, de prognóstico reservado. Na amiloidose senil a infiltração pode ser atrial isolada até acometimento ventricular extenso, gerando grave cardiomiopatia restritiva. No exame histológico há coloração do amiloide pelos corantes vermelho-congo ou picrosirius, entremeando os cardiomiócitos. A amiloidose cardíaca pode ocorrer sob 4 formas sindrômicas que podem se sobrepor: cariomiopatia restritiva, insuficiência cardíaca sistólica, hipertensão ortostática e distúrbio do sistema de condução. OBJETIVO: Relatar um caso de amiloidose em biópsia de tecido cutâneo abdominal após suspeição de doença infiltrativa por meio de ecocardiografia. RELATO DE CASO: RN, 82 anos, masculino, hipertenso, tabagista, passado de troca valvar mitral internado na UPA e encaminhado para internação hospitalar em 01/09/15, com quadro de dispneia aos pequenos esforços, afebril. Rx de tórax com grande área de opacidade em base pulmonar direita. TC de tórax que evidenciou volumoso derrame pleural à direita e moderado à esquerda, com atelectasia do parênquima adjacente. Submetido a toracoscopia e drenado volumoso derrame pleural em 21/09/15, depois encaminhado ao centro de terapia intensiva (CTI). Em 23/09/15 exibiu turgência e jugular foi submetido à ecocardiografia que evidenciou cardiopatia restritiva, com disfunção sistólica global importante em repouso. Padrão restritivo diastólico ventricular esquerdo. Ventrículo direito com aumento moderado de suas dimensões e disfunção sistólica moderada. Aumento leve do volume atrial esquerdo e moderado do direito. Regurgitação tricúspide importante. Hipertensão pulmonar com repercussão em câmaras direitas. Regurgitação mitral leve. Espessamento pericárdico moderado. Foi então realizada biópsia de tecido subcutâneo abdominal e encaminhado material para estudo anatomopatológico, no qual detectou-se coloração do amiloide pelo corante vermelho congo. CONCLUSÃO: A ecocardiografia apresentou-se como método complementar de grande utilidade no diagnóstico da amiloidose, que foi confirmado com subsequente estudo anátomo patológico de tecido subcutâneo por se tratar de caso com intensa infiltração tecidual.

### 45943

**Diagnóstico precoce de esclerose tuberosa- relato de caso.**


CHRISTIANA CONCEICAO DE OLIVEIRA, CHRISTIAN NERY FREITAS, CLAUDIO LUIZ AMARAL, EDUARDO DIAS CHULA, ADRIANA CRISTINA PINTO SILVA, IVAN GENEROSO MAGALHAES BARROSO, RALDNER BORGES E REGES e MIRIAN ELIZABETE DE SOUZA VIEGAS

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


A esclerose tuberosa (ET) é uma doença genética autossômica dominante decorrente de mutação nos genes TSC-1 ou TSC-2. A incidência é de 1:10.000. Há heterogeneidade clínica e formação de hamartomas em vários órgãos. A tríade diagnóstica clássica é epilepsia, déficit cognitivo e angiofibromas faciais. Os rabdomiomas cardíacos (RC) estão presentes em 66% dos doentes com ET. OBJETIVO: Relatar um caso de RC associados a ET. RELATO CASO: RN a termo, no 3˚dia de vida com quadro dispneia. Ao exame identificou-se 5 máculas acrômicas em tronco e membros inferiores, taquicardia, sopro sistólico. Realizado ecocardiograma no 14˚ dia de vida exibindo massas intraventriculares, sugestivas de RC. Ao 3˚ mês iniciou crises convulsivas e a ressonância cerebral (RNM) evidenciou nódulos subependimários, túberes corticais e bandas radiais encefálicas. Cessaram-se as crises após início de vigabatrina. Eco de controle aos 4 meses mostrou leve involução das massas e com 11 meses progrediu a redução das mesmas. Segue assintomática e com desenvolvimento neuropsicomotor normal para idade. DISCUSSÃO: Critérios maiores: angiofibromas faciais, nervos do tecido conjuntivo, 3 ou > máculas hipopigmentadas, fibromas periungueais, agiomiolipoma renal, hamartomas retinianos, túberos corticais, nódulo subependimário, astrocitoma de células gigantes. Critérios menores: múltiplas máculas hipopigmentadas de menores dimensões, fibromas gengivais, alterações do esmalte dentário, pólipos retais hamatomatosos, quistos renais múltiplos, quistos ósseos. Classificação diagnóstica para a ET: ET definitiva (2 critérios maiores ou 1 maior e 2 menores), ET provável (1 critério maior e 1 critério menor) e ET possível (1 critério maior ou 2 ou mais critérios menores). É infrequente o diagnóstico de ET no RN, mas a identificação dos RC e a presença das máculas acrômicas definiu o diagnóstico de ET. A seguir a RNM evidenciou critérios maiores. Diante de um RN com RC e a associação destes com ET existir em cerca de 2⁄3 dos casos, a hipótese deverá ser averiguada. A maioria involuem ao longo do tempo, como a paciente relatada. CONCLUSÃO: A ET tem apresentação clínica variável devido a sua natureza displásica e acometimento de múltiplos órgãos. A precocidade diagnóstica é imprescindível para seguimento clínico e vigilância das complicações, e o ecocardiograma foi uma ferramenta essencial para este fim.

### 45944

**Endocardiomiofibrose em paciente de 64 anos - relato de caso.**


ADRIANA CRISTINA PINTO SILVA, ALINE BATISTA DA SILVA, CHRISTIANA CONCEICAO DE OLIVEIRA, CHRISTIAN NERY FREITAS, CLAUDIO LUIZ AMARAL, GABRIEL MAGALHÃES BRAGA, CRISTIANA ROSA DE LIMA MACHADO, MARILIA DOS SANTOS ANTONIETTO, MIRIAN ELIZABETE DE SOUZA VIEGAS e IVAN GENEROSO MAGALHAES BARROSO

Hospital e Maternidade Santa Mônica, Divinópolis, MG, Brasil.


Introdução:a endomiocardiofibrose (ECMF) é uma cardiomiopatia restritiva rara de etiologia ainda desconhecida.Tem predileção pelo sexo feminino e costuma acometer pacientes jovens.O diferencial deste caso relatado em relação às outras publicações da literatura é a idade avançada da paciente no momento do diagnóstico. Relato de caso: Paciente 64 anos, hipertenso, diabético, com queixa de tosse, dispneia aos mínimos esforços, apresentando internação frequente por embolia pulmonar e fibrilação atrial (FA) paroxística. Ao exame físico: ritmo regular, com sopro sistólico B3 e B4. ECG: presença de extrassístoles ventriculares frequentes, BRD e inversão de onda T V1 a V6. Ecocardiograma: ventrículo esquerdo (VE) hipertrofia apical com função sistólica normal, grau II de disfunção diastólica do VE, PASP: 42mmHg, aumento de átrio esquerdo. Diante do quadro descrito foi solicitado ressonância magnética (RM) que evidenciou aumento da parede importante antero basal, basal e ínfero lateral sugestivo de EMF. Optou-se com tratamento clínico apresentando melhora do quadro. Discussão: EMF caracteriza-se pela presença de fibrose em regiões apicais das cavidades ventriculares, ocasionando disfunção no processo de enchimento ventricular, levando à clínica de IC do tipo restritivo. Há maior prevalência em regiões tropicais, tais como a África Central e América do Sul (Brasil). Estudos tentaram estabelecer sua prevalência, que varia entre 0,2 % e 25 %. Apresenta frequência bimodal em relação à idade 10 anos e 30 anos de idade. Há maior prevalência no sexo feminino, com predomínio na etnia negra. A principal sintomatologia inclui sinais e sintomas de insuficiência cardíaca. A FA está presente em 37% dos casos (pior prognóstico) e apresentações graves através de morte súbita abortada por arritmias ventriculares fatais foram registradas. Angiograficamente, a EMF se caracteriza pela imagem típica de amputação dos ventrículos, por ausência de preenchimento de contraste. A realização de biopsia endomiocárdica não é recomendada de rotina pelo risco de fenômenos tromboembólicos e pela pouca especificidade dos achados. A tomografia computadorizada com multidetector de canais e a RM na EMF surgem como ferramentas promissoras no diagnóstico por imagem. Tratamentos direcionados para IC com componentes diastólicos e restritivos tornam-se a principal direção terapêutica.

### 45946

**Trombose de tronco braquicefálico com acometimento de carótida interna: desafio terapêutico.**


RENATO MORAIS ARAUJO, MARIANE JAMAL RIBEIRO, ANITA CHAVEZ AZEVEDO, JESSICA DE OLIVEIRA MELO, LUCAS MARTINS MAGALHÃES, SILVANA VILAS BOAS SAFAR, DEBORAH DEMING LEÃO BRANDÃO,, RAVI AZEVEDO BERNARDES, MARCOS ANTONIO MARINO e BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO

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


Introdução: As patologias da aorta e seus ramos principais apresentam alta mortalidade, no entanto com avanços da propedêutica e terapêutica, ocorreu uma melhora na sobrevida destes pacientes. O diagnóstico precoce e os sintomas tem importância na implicação terapêutica. A trombose do tronco braquiocefálico com acometimento da carótida interna é rara e o seu tratamento não está estabelecido nas diretrizes. A apresentação clínica mais comum é o acidente vascular transitorio devido ao roubo de fluxo pelo território vértebro-basilar. Relato de caso: Paciente 59 anos, sexo feminino,previamiante hígida, sem uso de terapia hormonal, iniciou 15 dias antes da internação com quadro de cefaléia sem melhora com uso de analgésicos habituais. Procurou atendimento, realizado tomografia (TC) de crânio: sem alterações; liberada com analgesia. Uma semana depois, apresentou quadro de amaurose fugaz,paresia em membro superior direito e cefaléia frontal intensa. Encaminhada a nosso serviço para propedêutica. Solicitado arteriografia dos vasos da base que evidenciou: lesão obstrutiva de tronco braquiocefálico acometendo também a artéria carótida interna direita.Iniciada anticoagulação com heparina. Solicitada TC de crânio, ressonância (RNM), angioressonância e exames para pesquisa de trombofilia. Pesquisa de trombofilia:negativa, angioressonância de vasos cervicais:oclusão na origem tronco braquicefálico com reduçao significativa fluxo nas carótidas comum, interna e externa direita; fluxo satisfatório na subclávia direita devido a circulação colateral e fluxo retrógado da vertebral direita; RNM encéfalo: boa perfusão cerebral. Evoluiu com estabilidade hemodinâmica,sem sintomas durante a internação e com recuperação dos déficits. Em reunião clínica multiprofissional com neurologia, cardiologia, neurointervenção, cirurgia cardiovascular e reumatologia foi optado por a tratamento clínico conservador e anticoagulação com varfarina, diante da recuperação clínica da paciente. Recebeu alta estável, se encontra em acompanhamento ambulatóral e em uso de varfarina.Conclusão: Exitem poucos estudos na literatura relacionados à trombose de tronco braquiocefálico, e a maioria consite em relato de casos. Dessa forma, o tratmento deve ser individualizado, de modo a escolher cuidadosamente dentre as várias opções terapêuticas, considerando o risco e o benefício. O tratamento tanto na fase sintomática ou mesmo na fase assintomática depende de uma discussão multidisciplinar.

## 45948

**Anomalia de Ebstein associado a taquiarritmia supraventricular.**

REINALDO COUTO GOMES, JOÃO PAULO MARTINS DE CASTRO, RENATO SOARES VENTURA, MARCUS VINICIUS MEDRADO AMORIM, NATALIA DE SA MORAES, SILEMA TURIA MARINHO CARNEIRO, GIOVANNI LUIZ MUSSO, MARCOS HENRIQUE BORGES, BRUNO LUÍS FONSECA DE MENEZES e FERNANDA NOBRE TORRES

Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: Anomalia de Ebstein é uma malformação congênita caracterizada pelo deslocamento apical do folheto septal da tricúspide, gerando atrialização do ventrículo direito. Com o advento do ecocardiograma, mais casos começaram a ser relatados. Afeta aproximadamente 0,5% das cardiopatias congênitas. Apresentaremos um caso de Anomalia de Ebstein associado a taquiarritmia supraventricular. Relato de Caso: Trata-se de uma paciente, sexo feminino, 20 anos, sabidamente portadora de cardiopatia congênita de Ebstein, diagnósticada durante a infância. Apresentou episódio de dor torácica em aperto, sem irradiação, de inicio súbito, sem fator agravante e atenuado parcialmente com o repouso acompanhado de dispneia e palpitações. Realizado Eletrocardiograma que evidenciou taquicardia supraventricular por reentrada nodal. Após monitorização, realizado manobra vagal sem sucesso na reversão da taquiarritmia. Introduzido por via venosa 6 miligramas de adenosina, com retomada do ritmo sinusal e súbita melhora da sintomatologia. Solicitado ecocardiograma transtorácico que mostrou átrio esquerdo de 25 mm, fração de ejeção sob o método de Teicholz de 70% e atrio direito de tamanho aumentado, com válvula tricúspide com aspecto hiperefringente, abertura com discreta restrição e descolamento do anel funcional da válvula em direção ao ventrículo. Presença de " atrialização" da via de entrada do ventrículo direto com área funcional pequena. Encaminhada ao serviço de eletrofisiologia, com identificação do foco de reentrada nodal e posterior ablação. Paciente evoluiu com melhora importante dos sintomas, sem recorrência sintomatológica. Discussão: A anomalia de Ebstein é uma doença rara, de diagnóstico difícil, porém muito estudada na ultima década. A história natural de pacientes com anomalia de Ebstein depende de sua gravidade. Na sua forma leve, o paciente pode ser assintomático, sem limitação funcional. Por outro lado, na forma grave, quando a deformidade e disfunção da valva tricúspide são extremas, ocorre morte intra-útero por hidropsia fetal. É comum a associação com outras doenças congênitas, estruturais ou do sistema de condução, incluindo shunts intra-cardiacos, lesão valvular e doenças de condução por via acessória. Taquicardia supraventricular ocorre em aproximadamente um terço de todos os pacientes. Conclusão: É comum a presença de taquiarritmias na anomalia de Ebstein. Sua identificação e correta condução terapêutica é de fundamental importância.

## 45950

**A importância da terapia trombolítica em tromboembolismo maciço - achados ecocardiográficos.**

JOÃO PAULO MARTINS DE CASTRO, REINALDO COUTO GOMES, RENATO SOARES VENTURA, LEVINDO COSTA CARVALHO FILHO, ISABELA LOPES TIAGO, SAULO EMANUEL BARBOSA DE OLIVEIRA, HUGO FREITAS BARROS, JOAO DE SOUZA CUNHA, ANTONIO VITOR SANTOS FIUZA e RENATA CAMPOLINA VELOSO

Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: O tromboembolismo pulmonar é uma condição clínica complexa e frequente, podendo surgir como manifestação primária ou como complicação no contexto das mais diversas situações médicas. A terapia trombolítica é de grande importância em casos bem indicados, exercendo efeitos benéficos nos parâmetros hemodinâmicos. Essa terapia é categoricamente indicada nos casos de obstrução maciça, sendo o grupo de pior prognóstico caracterizado por instabilidade hemodinâmica com disfunção de VD. Relato de caso: Paciente E.D.B, sexo feminino, 73 anos, admitida com quadro de dispnéia progressiva. À admissão encontrava-se pálida, taquicárdica, taquipneica, hipoxêmica e hipotensa. Ausculta cardiovascular sem sopros, com hiperfonese de B2 em foco pulmonar. Previamente hígida e sem relato de história familiar positiva para doenças cardiovasculares. O eletrocardiograma apresenta Taquicardia sinusial e a Gasometria arterial, hipoxemia e hipocapnia. Feito Duplex Scan Venoso de membros inferiores que evidenciou trombose venosa profunda. Submetida a ECOTT que mostrou aumento das câmaras direitas associado a hipertensão pulmonar. Foi realizado a infusão de alteplase e encaminhada para o CTI. Evoluiu com melhora expressiva dos parâmetros clínicos, hemodinâmicos e angiográficos. Iniciou-se anticoagulação com heparina e posteriormente Warfarina, mantendo-se o RNI terapêutico. Sem complicações vasculares ou sangramentos maiores, a paciente teve alta hospitalar. Após 30 dias da alta, foi repetido o Ecocardiograma que demonstrou melhora ecocardiográfica importante. Discussão A abordagem inicial dos pacientes com suspeita de TEP deve concentrar-se na estabilização, enquanto a avaliação clínica e testes diagnósticos definitivos estão em curso. A estratificação de risco é crucial, mas o início do tratamento não depende de confirmação diagnóstica. Instabilidade hemodinâmica e disfunção do VD, representam o subgrupo de pior prognóstico, tendo indicação para o uso trombolítico preferencialmente nas primeiras 48 horas. Contudo, se o quadro clínico persistir, pode ser realizado até 14 dias após o evento agudo. Há controvérsias do uso de trombolíticos em pacientes estáveis hemodinamicamente, mas com sinais de disfunção de VD ao Ecocardiograma, pois estudos não mostraram redução da mortalidade nesses casos, por isso a terapia deve ser individualizada. Conclusão: A indicação trombolítica é de fundamental importância em pacientes com TEP associado a disfunção ventricular direita.

## 45952

**Ablação por cateter de vias acessórias anterosseptais pela cúspide aórtica não coronariana: uma alternativa segura e eficaz.**

HUGO BELLOTTI LOPES, REYNALDO DE CASTRO MIRANDA, ANDRÉ ASSIS LOPES DO CARMO, BRUNNA LOPES DE OLIVEIRA, VITOR FREITAS FONTES e HENRIQUE BARROSO MOREIRA

Hospital Universitário São José, belo horizonte, MG, Brasil - hospital das clínicas - UFMG, belo horizonte, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO: As vias acessórias (VA) anterosseptais, devido a proximidade com o nó átrio-ventricular (NAV), apresentam o bloqueio átrio ventricular (BAV) como complicação mais temida. A abordagem terapêutica convencional para a ablação é realizada através do anel tricuspídeo. Entretanto, raramente, essas vias acessórias apresentam trajetos não habituais, podendo levar a aplicações de radiofrequência (RF) desnecessárias no anel tricuspídeo, aumentando o risco de bloqueio do NAV.
OBJETIVO: Relato de caso: ablação de VA hissiana através da cúspide aórtica não coronariana (CANC).
DESCRIÇÃO: Paciente masculino, 22 anos, ecocardiograma normal, submetido previamente a ablação de via acessória hissiana pelo anel tricuspídeo sem sucesso, apresentando queixas de palpiptações e crises de taquicardia supraventricular recorrentes mesmo sob uso de amiodarona 400mg/dia. O eletrocardiograma basal demonstrava pré-excitação ventricular intermitente (onda delta positiva em DI, DII, DIII e aVF, negativa em V1 e V2, com transição em V3). Durante o estudo eletrofisiológico, houve indução de taquicardia supraventricular mediada por VA de localização hissiana. Observou-se maior precocidade do eletrograma atrial (13ms) na porção atrial do anel tricúspide, durante o mapeamento em taquicardia. Desta forma, realizamos o mapeamento da CANC via aórtico retrógrado, local em que havia a maior precocidade (8ms) além de não ser observado potencial de His. Os pulsos de RF interromperam a taquicardia após 5s. Ao final, testes com adenosina e estimulação ventricular confirmaram ausência de condução elétrica por VA.
CONCLUSÃO: As vias acessórias anterosseptais que apresentam trajetos não habituais são raras. A abordagem pela CANC pode ser uma alternativa segura e eficaz, principalmente, nos casos de insucesso em tentativas de ablações prévias. A porção atrial anterosseptal do anel tricuspídeo como alvo adequado para aplicação de RF, pode ser um indício de que a VA se situe na CANC devido à localização posterior.

## 45968

**Endocardite infecciosa (EI) grave em paciente com comunicação interventricular (CIV) não corrigida - relato de caso.**

RAQUEL DE SOUZA NOVAES COSTA, ANDRÉ SILVA RODRIGUES, MARLON VIEIRA RODRIGUES, THIAGO GUIMARAES ROSA CARVALHO, FLAVIA NASCIMENTO DUTRA, MOACIR RODRIGUES DE LIMA JUNIOR, PAULA CARVALHO PINTO GUIMARAES, RAFAELA ANSELMO SOARES BARBOSA, MAURO SOARES MOTTA e GUILHERME FERRAZ MESSINA PADUA ANDRADE

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

Introdução: EI de válvulas nativas é uma doença rara e dependente de fatores predisponentes. A incidência na população geral é em media 11: 100000 pessoas-ano, já naqueles com cardiopatia congênita aumenta para 135: 100000. Complicações cardíacas são a principal causa de morte, sendo mais prevalentes no acometimento aórtico e em infecções por S. aureus. A abordagem cirúrgica precoce nesses casos reduz a mortalidade média de 75% para menos de 25 %. Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 16 anos, encaminhada ao serviço de Cardiologia em 22/03/16 por dispneia em piora (CF NYHA II> IV) e febre de evolução há 1 semana. Histórico de cardiopatia congênita com abandono de tratamento na infância. À admissão, taquipneica em repouso, estável hemodinamicamente, presença de sopro sistólico grau V/VI mais audível em borda esternal esquerda, sopro diastólico IV/VI mais audível foco aórtico, além de pulso bisferiens. Ecocardiograma TT (22/03/16): dilatação importante de VE (diâmetro diastólico final de 79 mm), FEV preservada (66%), CIV subaórtico medindo 5,5 mm com shunt E-D importante, associado a imagens ecodensas lineares sugestivas de vegetações. Valva aórtica com insuficiência severa, associada a vegetações de até 10 mm em face ventricular. Valva mitral de aspecto normal. Valva pulmonar com vegetação em face ventricular medindo 9 mm e fluxo sistólico turbulento. Hipótese diagnóstica: Possível endocardite segundo critérios de Duke associada à insuficiência aórtica aguda e acometimento de valva pulmonar. Condutas adotadas: Colhidas hemoculturas, iniciada antibioticoterapia (ATB) empírica (Ampicilina/ sulbactam + gentamicina), abordagem cirúrgica em 24/03/16 troca aórtica com implante de prótese biológica, fechamento de CIV e plastia de valva pulmonar. Ato sem intercorrências, apesar da complexidade; extração de grande carga de vegetações (CEC 131'/Clamp aórtico 120'). Boa evolução em pós-operatório. Hemoculturas e culturas de vegetações sem crescimento bacteriano, mantido ATB por 6 semanas. Ecocardiograma de controle (03/05/16) com função sistólica preservada, prótese aórtica com aspecto e função normais, regurgitação leve a moderada por leak paraprotético lateral. "Patch" cirúrgico em septo IV bem posicionado, pequeno CIV residual. Paciente recebeu alta assintomática para seguimento ambulatorial. Conclusão: O reconhecimento e a abordagem cirúrgica precoces na endocardite complicada mudam seu prognóstico.

### 45971

**Sinal de Mcconnell na identificação de tromboembolismo pulmonar.**


JOÃO PAULO MARTINS DE CASTRO, RENATO SOARES VENTURA, REINALDO COUTO GOMES, SILVIA VELOSO SOUTO GANDRA, JULIANA BARROSO ZOGHEIB, FERNANDA DE FARIA MARIANO, NATALIA DE SA MORAES, SILEMA TURIA MARINHO CARNEIRO, DIOGO ARATAQUE e BRUNO LUÍS FONSECA DE MENEZES

Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, Brasil.


Introdução: O sinal de McConnell é caracterizado por uma hipocinesia da parede livre e base do ventrículo direito, poupando a região do ápice. Este achado encontra-se frequentemente associado a pacientes com diagnóstico de tromboembolismo pulmonar. Quando o sinal de McConnell está presente, verifica-se uma sensibilidade de 77% e especificidade de 94%. Sua identificação é de grande valida para continuação terapêutica.
Relato de Caso: Paciente, L.M.B, sexo feminino, 28 anos, previamente hígida, admitida com queixa de dispnéia intermitente associado a mal estar geral e síncopes. Refere inicio dos sintomas há 13 dias, com intensificação nas ultimas 24 horas. Faz uso de anticoncepcional oral e informa viagem de navio recente. Exame físico de admissão mostrando taquipneia associado a leve esforço respiratório. Murmúrio vesicular universalmente presente, com estertores bibasais, respirando em cateter nasal a 3 litros por minuto com saturação periférica de 90% Solicitou-se exames laboratoriais: D-Dímero ( 17.629ng/ml ) e Troponina (0,37ug/ L). Eletrocardiograma com taquicardia sinusal. Aventado a hipótese de tromboembolismo pulmonar. Conduzido para realização de Ecotranstorácico, que mostrou aumento de câmaras direitas, hipocinesia de toda parede livre do VD poupando o ápex (sinal de McConnell), PSAP=48mmhg, FE: 72%. Devido a suspeita de Tromboembolismo pulmonar, realizou-se angiotomografia de tórax que foi compatível com o diagnóstico de TEP bilateral maciça. Realizado trombolitico venoso com melhora importante da sintomatologia com o progredir dos dias. Hoje paciente em acompanhamento ambulatório recebendo anticoagulante oral.
Discussão: O tromboembolismo pulmonar é uma causa importante de morbimortalidade e seu prognóstico está associado á instabilidade hemodinâmica decorrente da disfunção sistólica do VD. Portanto, o sinal de McConnel, mesmo não sendo patognomônico para o diagnóstico de TEP aguda, é um importante achado ecocardiográfico devido sua alta especificidade diagnóstica, principalmente quando associados as manifestações clínicas desenvolvidas pela paciente.
Conclusão: O sinal de Mcconnell é um achado ecocardiográfico importante nos paciente com diagnóstico de TEP. É de fundamental o sua identicação nos laboratórios de ecocardiografia para o adequado diagnóstico e condução terapêutica.

### 45974

**Amiloidose primária (AL) com envolvimento cardíaco isolado: relato de caso e considerações associadas.**


SAMARA MARIA LEANDRO DA COSTA, ANTONIO CANDIDO DA SILVA FILHO, MARCUS VINICIUS DE PAULA DA SILVA, DELFINO COSTA MACHADO FILHO, PEDRO MARQUES DE OLIVEIRA TRISTÃO, CRISTINA MARQUES, HUMBERTO DE FREITAS BOY, THIAGO DIAS BRAGA, RENATA FARIA SIMONE PRADO e FLAVIA VERONICA FERREIRA LOPES

Hospital Santa Casa de Misericordia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil.


Amiloidose cardíaca é uma cardiomiopatia infiltrativa com prognóstico reservado.O acometimento cardíaco isolado na Amiloidose AL foi descrito em apenas 3,9% dos casos. Em 10% dos casos,há associação com mieloma múltiplo.M.A.S.O.,sexo feminino,44 anos,branca,natural de Minas Gerais.Em agosto de 2014,iniciou anasarca, perda ponderal( 5 Kg em 2 meses),fadiga e dispnéia aos esforços habituais.Ecocardiografia e diversos exames laboratoriais desse período foram normais.Biópsia de intestino grosso verificou colite crônica leve difusa.Exames de imagem,verificaram somente ascite e derrame pericárdico.Admitida em nosso serviço de cardiologia no dia 19\10\2015,com clínica de insuficiência cardíaca direita(síndrome de congestão sistêmica).Radiografia de tórax demonstou derrame pericárdico.Holter de 24 horas verificou bloqueio átrio ventricular de 1º grau e bloqueio de ramo direito.Eletrocardiograma com ritmo sinusal, baixa voltagem em derivações precordiais e desvio de eixo cardíaco para direita.Novo ecocardiograma transtorácico evidenciou derrame pericárdico moderado e alterações sugestivas de doença infiltrativa.Iniciou-se então, propedêutica para amiloidose.Todos os exames(provas de função hepática,renal, reumáticas,marcadores tumorais,eletroforese de proteínas,proteinúria em urina de 24 horas,albumina sérica,dentre outros),foram refeitos e demonstraram-se normais.Biópsia de gordura pré-peritoneal subcutânea foi negativa para amiloidose.Ressonância Nuclear magnética cardíaca com gadolíneo,evidenciou hipocinesia difusa e áreas de realce tardio mais mesocárdicas na parede lateral do ventrículo esquerdo,bem como toda parede livre de ventrículo direito,aumento das espessuras das paredes ínfero-septal e inferior ao nível basal.Cateterismo cardíaco demonstrou sinal clássico da raiz quadrada de queda e platô,sem outras alterações.A biópsia endomiocárdica demonstrou-se positiva para amiloidose cardíaca, corando com Vermelho Congo.Biópsia de crista ilíaca e radiografias de esqueleto axial,normais,excluindo mieloma múltiplo.A imunoeletroforese com imunofixação foi negativa no plasma e positiva na urina de 24 horas,com presença de proteína monoclonal kappa isolada(25% dos casos de Amiloidose AL).Iniciado então, o primeiro ciclo de quimioterapia, com Melphalan e corticóide.Retornou ao serviço em 08/04/16,com nova e grave descompensação da insuficiência cardíaca evoluindo para o óbito por refratariedade ao tratamento.

### 45978

**Pseudoaneurisma da fibrosa intervalvar: uma grave complicação de endocardite.**


PAULA CARVALHO PINTO GUIMARAES, FLAVIA NASCIMENTO DUTRA, JULIANA RODRIGUES SOARES, MAURO SOARES MOTTA, MOACIR RODRIGUES DE LIMA JUNIOR, RAFAELA ANSELMO SOARES BARBOSA, ANDRÉ SILVA RODRIGUES, MARLON VIEIRA RODRIGUES, RAQUEL DE SOUZA NOVAES COSTA e THIAGO GUIMARAES ROSA CARVALHO

Fundação Hospitalar São Francisco de Assis, Belo Horizonte, MG, Brasil.


Introdução: Pseudoaneurisma da fibrosa intervalvar mitro-aórtica (PFMA) é uma rara e grave complicação cardíaca que pode ser visualizada ao ecocardiograma (ECO). É definida como um pseudoaneurisma da zona interanular entre a válvula mitral e aórtica e se comunica com a via de saída do ventrículo esquerdo (VE), entre a coronária esquerda ou cúspide aórtica não coronária e folheto anterior da valva mitral. Tem como fator predisponente mais frequente a endocardite e a cirurgia de valva aórtica. É relacionada a situações como compressão de coronárias, trajeto fistuloso e tamponamento cardíaco. Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 43 anos, passado de valvopatia mitral reumática, admitida com quadro de febre e prostração. Ao exame físico: pressão arterial de 120/70 mmHg, frequência cardíaca 95 bpm, temperatura 38,7 °C, sons respiratórios abolidos a esquerda, sopro sistólico em foco aórtico, grau IV, pico tardio. Raio X de tórax com aumento da área cardíaca e derrame pleural a esquerda. Leucocitose e anemia na revisão laboratorial. ECO transtorácico (TT) mostrou valva aórtica bicúspide com rafe, vegetação, imagem de abscesso perivalvar e estenose aórtica grave, além de estenose mitral moderada associada; VE com função sistólica global normal. Recebeu tratamento medicamentoso para endocardite e foi submetida a dupla troca valvar biológica. Em pós-operatório apresentou dor torácica e sintomas de insuficiência cardíaca. Ao novo ECOTT visualizou-se aneurisma importante da fibrosa intervalvar mitro-aórtica com fluxo sisto-diastólico e formação de cavidade para-atrial esquerda. Tal diagnóstico foi confirmado na ressonância cardíaca com medidas de 5,4cm x 9,7cm x 6,3cm e colo de 1,9 cm. Conduta: após revisão e discussão entre equipe do serviço foi indicada a correção cirúrgica, realizado o fechamento com retalho de Dacron e trocada a prótese aórtica. Evoluiu bem posteriormente, com melhora do quadro clínico. Realizado ECOTT de controle que mostrou próteses mitral e aórtica com aspecto e função normais, com boa função do VE. Conclusão: Como a endocardite é prevalente no país, é necessário ter conhecimento e diagnosticar o PFMA para evitar desfechos desfavoráveis. Portanto, um exame ecocardiográfico focado nas estruturas subaórticas e folheto anterior da válvula mitral é essencial. Estudos recentes mostram que o ECO transesofágico é o exame mais sensível para sua detecção. Massa pulsátil com expansão sistólica e colabamento diastólico sugere tal alteração.

### 45980

**Oclusão da descendente anterior anômala tipo 4 durante angioplastia primária de coronária direita - relato de caso.**


KELSON GONÇALVES CAJAZEIRO, CIRILO PEREIRA DA FONSECA NETO, JOSE CARLOS DE FARIA GARCIA, JAMIL ABDALLA SAAD e EDUARDO KEI MARQUESINI WASHIZU

Hospital Unimed Betim, Betim, MG, Brasil.


A artéria descendente anterior (DA) é a coronária com padrão anatômico mais constante em trajeto e distribuição da circulação. Variações anatômicas de origem, trajeto e padrão de distribuição são raras (incidência de 0,131 a 1,38%2,3.) Apresentamos um caso de paciente com oclusão da DA anômala do tipo IV durante angioplastia primária de Coronária Direita (CD).
Caso Clínico: Paciente M.J., masculino, 53 anos, admitido com precordialgia e supra ST inferior ao ECG.Coronariografia evidenciou Tronco de coronária esquerda (TCE) trifurcado sem obstruções, Circunflexa e ramos sem obstruções, DA percorrendo o terço inicial do sulco interventricular anterior (SIA) sem obstruções e CD ocluída no terço proximal após a origem da DA anômala do tipo IV (Fig 1), pérvia e percorrendo os 2/3 distais do SIA. Durante trombectomia mecânica com cateter de aspiração de trombos na CD, houve recanalização do vaso e embolização retrógrada de trombos com oclusão total no terço médio da DA anômala originária da CD. Realizado aspiração dos trombos no terço médio da DA anômala não obtendo sucesso na recanalização, sendo necessário angioplastia com implante de stent com fluxo TIMI III. Em seguida realizado angioplastia com dois stents na CD com obtenção de fluxo final TIMI III (Fig 2).
Paciente apresentou boa evolução. Conclusão: A DA dupla é definida por duas artérias dentro do SIA, sendo denominada do tipo IV quando nota-se uma DA rudimentar com origem no TCE terminando na porção medial do SIA e outra DA anômala originando-se do seio coronário direito e percorrendo o restante do sulco. Tuncer et al.4, em análise de 70.850 coronariografias, encontraram 171 casos com anomalias coronárias, dos quais 0,017% eram DA dupla. Dentre as complicações do cateter de aspiração, destaca-se a embolização retrógrada de trombos com acidente vascular encefálico embólico na maioria das vezes. No caso, houve oclusão da DA anômala por embolização retrógrada de trombos após o uso do cateter de aspiração sendo necessário angioplastia com implante de stent para restauração do seu fluxo.

## 45985

**Dissecção aguda de aorta em paciente com síndrome de Marfan.**

ALINE DRUMMOND COTTA, CAMILA RODRIGUES PEREIRA, GABRIELA DRUMMOND COTTA, JOAO LISBOA COTTA e MARIA CECILIA DE SOUSA VALARINI

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

Introdução: A dissecção aguda da aorta é sabidamente uma emergência médica, que exige diagnóstico e conduta imediatas, já que sua mortalidade é de 50% em 48 horas. Além dos fatores de risco conhecidos como hipertensão arterial, trauma de tórax, idade avançada, os pacientes com Síndrome de Marfan têm maior predisposição à dissecção de aorta. Descrição do caso: J.T.P., 17 anos, sexo masculino, estudante, natural de Sem Peixe, sem acompanhamento ambulatorial adequado, deu entrada no pronto socorro, com história de durante atividade recreativa escolar, apresentar quadro súbito de dor opressiva retroesternal de forte intensidade, palidez, sudorese e lipotimia. A ausculta cardiopulmonar evidenciava somente sopro sistólico pancardíaco. Conduta: Realizado ecocardiograma na emergência que mostrou importante dilatação da aorta, presença de lâmina de dissecção com inicio aorta ascendente até crosta, insuficiência aórtica grave. A tomografia de tórax confirmou dissecção de aorta ascendente tipo A de Stanford. Nas primeiras 36 horas do início dos sintomas, o paciente foi submetido a cirurgia de Bentall. Foi anticogulado, recebendo alta da terapia intensiva após quatro dias. Manteve-se estável no pós-operatório e evolui bem sem intercorrências. Conclusão: A dissecção de aorta constitui um dos motivos principais de óbito da Síndrome de Marfan, embora o diagnóstico e o tratamentos precoce, como visto no presente relato, colaborem na redução desses números.

## 45986

**Volumoso mixoma em átrio direito.**

CAMILA RODRIGUES PEREIRA, ALINE DRUMMOND COTTA e DANIEL SOARES DE SOUSA

ULTRACENTER, Belo Horizonte, MG, Brasil - Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: o mixoma cardíaco é uma neoplasia benigna rara. A idade média dos pacientes é de 56 anos, sendo mais comum em mulheres. Cerca de 80% estão localizados em átrio esquerdo e mais de 90% são solitários. O objetivo é relatar um caso de mixoma em átrio direito com prolapso para ventrículo direito, através da valva tricúspide e suas repercussões clínicas e hemodinâmicas. Descrição do caso: M.B.R, 75 anos, sexo feminino, costureira, viúva, natural de Itabuna – Bahia. Procurou atendimento em julho/2014, sendo realizado um ecocardiograma transtorácico, que visualizou uma massa em átrio direito, sugestivo de mixoma. Optado apenas por acompanhamento clínico e ecocardiográfico. Após 9 meses, evoluiu com dispnéia em repouso associado a episódios de lipotímia. Devido ao aumento da massa em novo ecocardiograma, e piora dos sintomas, a paciente foi internada, com proposta de tratamento cirúrgico. Discussão: dentre os tumores benignos primários, o mixoma cardíaco é o mais comum. Tem sido descrito em síndromes familiares como modo de transmissão autossômica dominante ou recessivo. Apresentam-se com uma ou mais manifestações da tríade: obstrução intracavitária, embolização sistêmica e sintomas constitucionais. Tumores em átrio direito, geralmente, apresentam sintomas de insuficência cardíaca direita. O ecocardiograma é o teste de escolha para detecção do tumor. A completa ressecção da massa é imperativa para cura da doença, evitando recidivas e subseqüentes reoperações. Conclusão: apesar do relato ser em átrio direito, a paciente não apresentava sinais e/ou sintomas de insuficiência cardíaca direita. Ressaltamos a importância da retirada do tumor precocemente, para diminuir as chances de embolização e morbidade dos paciente.

## 45988

**A evolução do paciente com coarctação de aorta corrigida.**

NATALIA DE SA MORAES, JOAO ALEXANDRE BRIOSCHI, IGOR GENEROSO MAGALHAES BARROSO, SAULO EMANUEL BARBOSA DE OLIVEIRA, JOAO DE SOUZA CUNHA, MARCUS VINICIUS MEDRADO AMORIM, HUGO FREITAS BARROS, SILEMA TURIA MARINHO CARNEIRO e LUCIANA MILAGRES DE LIMA

Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: A coarctação da aorta é uma forma relativamente comum de doença cardíaca congênita (3 casos/10000 nascimentos). Se apresenta em todas as faixas etárias, com varios sintomas clínicos. As intervenções apresentam baixa morbimortalidade, mas resultados adversos são possíveis. Descrição do Caso: L.M.L, 21 anos, feminino, cirurgia endovascular aos 6 meses de idade devido à coartação da aorta. Excelente evolução com seguimento clínico, eletrocardiográfico e hemodinâmico durante anos, apesar do sedentarismo e dispnéia aos grandes esforços. Entretanto, há 3 meses paciente relatou piora da dispnéia. Ao exame físico, a pressão arterial estava 150/100 mmHg e a pressão dos membros inferiores 140/90 mmHg. Os membros superiores e inferiores apresentavam pulsos simétricos e amplos. A ausculta cardíaca não revelava sopros. Na investigação foram realizados teste ergométrico que mostrou hipertensão sistólica reativa; o ecocardiograma se mostrou normal, com fração de ejeção de 68% e angiotomografia revelou ausência de estenose da endoprótese. Foi iniciado, então, medicamentos anti-hipertensivos e acompanhamento clínico. Discussão do Caso: A causa de hipertensão arterial tardia nos pacientes operados de coarctação da aorta permanece desconhecida. Mesmo pacientes operados no período neonatal, alguns estudos mostram uma prevalência de hipertensão de 30% em 10 anos. A hiper-reatividade da pressão arterial sistólica ao exercício é comum e tem sido observada em associação ao gradiente da pressão arterial sistólica entre braço e perna o que poderia refletir lesões residuais ou ainda diferenças na complacência aórtica. Nos pacientes com bom resultado operatório e hipertensos ao exercício, sugere-se a hipótese de reatividade anormal dos vasos acima da região coartada, ou ainda, vasoconstrição periférica. Conclusão: A coartação da aorta continua a desafiar os investigadores, clínicos e cirurgiões. O tratamento com cirurgia, angioplastia com cateter balão, stents ou a combinação de terapias podem apresentar obstruções recorrentes ou residuais. Alterações fisiológicas importantes, sob a forma de hipertrofia ventricular esquerda, hipertensão arterial sistêmica ou doença vascular podem surgir décadas após o procedimento inicial. Assim, para a prevenção das complicações futuras, o paciente deverá ter acompanhamento médico rigoroso

## 45998

**Tratamento de coarctação da aorta associada a estenose crítica da aorta descente distal – diagnóstico e tratamento: relato de caso.**

RICARDO M ARAUJO, THIAGO R FAGUNDES, LAIS G RORIZ, THIAGO O FIGUEIREDO, DANIELA M VIANA, ANA C M ARAUJO, JAILTON N FERNANDES, GILSELE R PURIFICATE, GUILHERME H MOREIRA e RICARDO N B MELLO

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

Introdução:Coarctação, do latim coartatio, quando se refere ao arco aórtico, normalmente indica uma constrição no istmo aórtico, entre a origem da artéria subclávia esquerda e o ductus arteriosus. Os problemas que envolvem o tratamento da coarctação da aorta estão centrados em três pontos: idade na realização do procedimento, tipo de técnica cirúrgica empregada e anomalias associadas. O presente relato, refere-se ao diagnóstico e decisão de tratamento de um caso Coarctação da Aorta (CoAo), associada à anomalia- Estenose Crítica de Aorta Descendente (ECAoD). Relato do caso: M.F.C., feminino, 26 anos, Hipertensa, em uso domiciliar de Atenolol 50mg BID, Anlodipino 5mg BID e Clortalidona 12,5mg MID. Internada, inicialmente, para tratamento percutâneo eletivo CoAo. Admitida no dia 23/06/2015 na Unidade Coronariana para ajuste medicamentoso e preparo pré-operatório, apresentou em Estudo Angiográfico, realizado por ocasião, interrupção da Aorta (Ao) após a emergência da Artéria Subclávia Esquerda (ASE), associado a enchimento da Ao descendente por extensa rede de colaterais. Optado, então por abordagem via cirurgia aberta. Submetida no dia 07/07/2015 a toracotomia póstero-lateral esquerda, dissecção intrapleural da Ao torácica descende, ASE e arco Aórtico. Realizada a ressecção do segmento coarctado e a interposição de prótese de Dacron 18 mm, anastomoses término – lateral com chuleio contínuo. Encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no pós-operatório imediato, onde respondeu ao tratamento multidisciplinar instituído. Recebeu alta da UTI para a Unidade de Internação para otimização do tratamento. Recebeu alta hospitalar no dia 14/07/15, assintomática, em uso de Losartano 50mg BID, Metropolol 50 BID e Anlodipino 5mg BID, clinica e hemodinamicamente estável, com proposta de controle ambulatorial. Objetivo: Demonstrar a importância da determinação anatômica precisa da Coarctação da Aorta e de suas possíveis anomalias associadas na individualização do tratamento proposto. Conclusão: A CoAo, em função da rede desenvolvida de colaterais para as porções descentes da Aorta Descente Criticamente Estenosada, pode ser compatível com uma sintomatologia menos exuberante e menores complicações que as esperadas para este grau de obstrução ao fluxo. Dentre os diferentes pontos a serem considerados na programação cirúrgica, a determinação anatômica precisa, por estudo angiográfico é peça fundamental na programação terapêutica.

## 45999

**Taquicardiomiopatia secundária a extrassístoles ventriculares frequentes.**


MARLON VIEIRA RODRIGUES, THIAGO GUIMARAES ROSA CARVALHO, ANDRÉ SILVA RODRIGUES, RAQUEL DE SOUZA NOVAES COSTA, FLAVIA NASCIMENTO DUTRA, MOACIR RODRIGUES DE LIMA JUNIOR, PAULA CARVALHO PINTO GUIMARAES, RAFAELA ANSELMO SOARES BARBOSA, JORDAN VIEIRA DE OLIVEIRA e GUILHERME FERRAZ MESSINA PADUA ANDRADE

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


Introdução: A taquicardiomiopatia é uma rara entidade caracterizada pela disfunção miocárdica secundária a taquiarritmias incessantes, sejam elas supraventriculares ou ventriculares. Manifesta-se com sintomas de insuficiência cardíaca sistólica como dispneia, ortopneia e fadiga. O reconhecimento deve ser rápido uma vez que, com tratamento, pode ocorrer reversão completa do quadro. Relatamos o caso de um paciente que apresentou melhora da insuficiência cardíaca após tratamento da taquiarritmia. Descrição do caso: paciente masculino, 27 anos, admitido em setembro/2011 com quadro de adinamia e dispneia NYHA III. Relatou diagnóstico de "arritmia" em 2008 e desde então fazia uso de amiodarona. Trazia consigo: Holter 24h (2009): arritmia ventricular complexa caracterizada por extrassístoles ventriculares (ESV) polimórficas, pareadas e curtos episódios de taquicardia ventricular não sustentada (35% do total de batimentos); e ECOTT (2009): FEVE: 30%. Na internação permaneceu estável hemodinamicamente; ECG: ESV frequentes (30 por minuto); ECOTT (2011): FEVE 31% e Holter 24h: 35% ESV, polimórficas. Realizado cintilografia e ressonância magnética cardíacas (2012) que não evidenciaram isquemia, cicatriz ou displasia arritmogênica do VD como possíveis etiologias da miocardiopatia dilatada. Hipótese diagnóstica: taquicardiomiopatia induzida por ectopia ventricular frequente. Condutas adotadas: tratamento otimizado da insuficiência cardíaca, com betabloqueador em dose máxima, sem melhora. Em janeiro de 2013 realizou estudo eletrofisiológico que evidenciou ESV de via de saída de VD, ablacionada por radiofrequência. Após 4 meses, retornou assintomático, com ECOTT: FEVE 59% e Holter 24h: 11% ESV. Ao longo dos 3 anos seguintes, a frequência das ectopias ventriculares provenientes de outro foco aumentou de forma progressiva, concomitantemente à redução da fração de ejeção, comprovando a relação direta entre a taquiarritmia e a disfunção ventricular. No momento, encontra-se em NYHA II e aguarda novo estudo eletrofisiológico. Conclusão: o reconhecimento precoce da taquicardiomiopatia é de suma importância pois trata-se de uma causa potencialmente reversível de miocardiopatia dilatada.

## 46006

**O impacto do tratamento endovascular nas patologias da aorta**


MONIQUE MARA DE PAULA FARIA, LUIZ FERNANDO GOUVEIA BERNARDES, PAULA CRISTINA DE FREITAS, JORDANA RAFAELLA FONSECA, MARCELO HENRIQUE BORGES, JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA, RODRIGO CUNHA DE SOUSA, GIOVANI LUIZ DE SANTI e RICARDO SOFFIATTI MESQUITA OLIVEIRA

Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.


Introdução: O tratamento cirúrgico das patologias da aorta tem elevadas taxas de morbimortalidade, mesmo em centros de excelência. A abordagem endovascular dos aneurismas foi desenvolvida em 1994 pelo grupo da Stanford University. Inicialmente, o tratamento endovascular era direcionado para os aneurismas de aorta torácica descendente, sendo posteriormente estendido para o tratamento dos aneurismas de aorta abdominal e dissecções de aorta. Descrição do caso: Paciente gênero masculino, 74 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, fibrilação atrial permanente e dissecção aórtica aguda prévia com correção cirúrgica através de prótese tubular no ano de 2005. Foi admitido em unidade de emergência relatando dispneia de repouso e rouquidão com evolução de cerca de três meses. Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral; ausculta pulmonar limpa, frequência respiratória de 23irpm, saturação de oxigênio de 95% em ar ambiente; ritmo cardíaco irregular, sem sopros, frequência cardíaca de 84bpm, e pressão arterial de 120x70mmHg; abdome sem alterações; e membros com pulsos amplos e simétricos. A radiografia de tórax evidenciava um importante alargamento do mediastino e parênquima pulmonar normal. Dentre os diagnósticos diferenciais de alargamento do mediastino, foram aventadas as hipóteses de aneurisma de aorta torácica, tumor ou cisto de mediastino. Foi realizada angiotomografia de tórax e abdome que mostrou a presença de dissecção aórtica crônica tipo B, iniciando na croça da aorta adjacente à emergência da subclávia esquerda com extensão até ilíaca comum esquerda, associada à grande dilatação aneurismática da aorta torácica. Optou-se por tratamento endovascular com implante de endoprótese cônica na topografia do aneurisma proximal e implante de stent recobrindo a porção comprometida pela dissecção distal. O procedimento transcorreu sem intercorrências, sendo observada a exclusão do aneurisma, uma ótima expansão da luz aórtica e uma perfusão normal das artérias viscerais. Conclusão: Com o aprimoramento das técnicas endovasculares e o avanço das endopróteses e dos stents, o tratamento endovascular das patologias da aorta é considerado de primeira escolha, principalmente em pacientes com alto risco cirúrgico. A abordagem endovascular apresenta menor morbimortabilidade, menor tempo de internação e resultados semelhantes quanto à necessidade de reintervenções futuras, comparativamente ao tratamento cirúrgico.

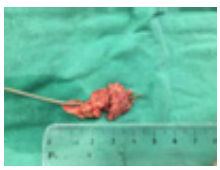
## 46025

**Pneumonia por embolia séptica associada à vegetação em cabo de marcapasso subendocárdico.**


FERNANDA DE FARIA MARIANO, JOÃO PAULO MARTINS DE CASTRO, MATHEUS MONTES SIMO, ELIANE MARIA FERREIRA DE MOURA, REINALDO COUTO GOMES, RENATA CAMPOLINA VELOSO, DIOGO ARATAQUE, NATALIA DE SA MORAES, BIANCA SILVEIRA LAYBER e RODRIGO FERRARI VALORY

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


INTRODUÇÃO: Pneumonia por embolia pulmonar séptica é uma condição incomum e bastante complexa. Os achados clínicos são variados e inespecíficos tornando seu diagnóstico difícil. Os fatores de risco incluem o consumo intravenoso de drogas, doença cardíaca congênita, cateteres intravasculares como também dispositivos intracardíacos. DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente de 57 anos, sexo masculino, portador de megacolón e miocardiopatia chagásica, em uso de marcapasso subendocárdico, foi admitido com quadro de dor abdominal, náuseas e diarreia. Evoluiu no oitavo dia de internação com tosse produtiva, febre e dessaturação progressiva a despeito de oxigenoterapia suplementar, sendo internado em centro de terapia intensiva. À radiografia de tórax, áreas de consolidação simétricas, com broncogramas aéreos em 1/3 médio bilateral. Apresentava leucocitose e provas de atividade inflamatória aumentadas. HD: Pneumonia. CONDUTAS ADOTADAS: Coletadas hemoculturas e iniciada antibioticoterapia empírica com Moxifloxacino, sem resposta efetiva. Solicitado tomografia computadorizada de tórax que evidenciou consolidações com broncogramas aéreos associadas a opacidades em vidro fosco peri-hilares difusas. Foi, então, aventada hipótese de endocardite de câmaras direitas. Realizado ecocardiograma transesofágico que revelou vegetação exuberante em cabo de marcapasso. Ampliado cobertura antibiótica com adição de vancomicina e conduzida à extração cirúrgica do cabo de marcapasso com circulação extracorpórea (CEC). Paciente progrediu com piora clínica e choque misto. Evoluiu com falência de múltiplos órgãos, indo ao óbito no 20° dia de internação. CONCLUSÕES: A embolia séptica é incomum, mas é frequentemente associada a infecções de dispositivos intracardíacos. Dessa maneira, torna-se imprescindível o conhecimento da propedêutica adequada favorecendo o diagnóstico precoce bem como a terapêutica efetiva.



## 46039

**Defeito do septo atrioventricular em paciente portador de síndrome de Down - abordagens diagnósticas e terapêuticas: relato de caso.**


ANNA CORINA DE ANDRADA COUTO E ANDRADA, ANDRÉ NASCIMENTO CAMPOS, ISABELA D`HERONVILLE PIAU VIEIRA, RAYMARA ALVES DA SILVA MENDES e ANDRE LUIZ VILLALBA CODORNIZ

Faculdade de Medicina de Barbacena - FAME, Barbacena, MG, Brasil.


INTRODUÇÃO: O defeito do septo atrioventricular (DSAV) caracteriza-se por um fechamento incompleto do septo atrioventricular e defeito das valvas atrioventriculares. Na forma total, as quatro câmaras cardíacas se comunicam, gerando hiperfluxo pulmonar nas primeiras semanas. A subclassificação de Rastelli envolve o local de inserção das cordoalhas dessas valvas. No tipo A, inserem-se na crista do septo interventricular. O DSAV é frequente, 3% das cardiopatias congênitas. Está associado geralmente à síndrome de Down, sendo que 40% destes cursam com o DSAV. Sem tratamento cirúrgico, as crianças evoluem a óbito nos primeiros três anos de vida. DESCRIÇÃO DO CASO: A.V. R. L., nove dias de vida, sexo feminino, portadora de síndrome de Down cujo diagnóstico clínico foi feito ao nascimento. Durante o exame físico pediátrico realizado em seu primeiro dia de vida foi observada alteração cardíaca à ausculta, além de cianose e teste do coraçãozinho anormal. Solicitada avaliação cardiológica que evidenciou a presença de 2a bulha com desdobramento fixo curto e hiperfonético, praticamente sem sopros. A radiografia de tórax mostrou cardiomegalia de ventrículo direito e o ecocardiograma, cardiopatia congênita. A recém nascida recebeu alta hospitalar dentro da 1a semana, para controle ambulatorial. Iniciou dispnéia às mamadas aos nove dias, com aumento progressivo da freqüência respiratória associado à tiragem intercostal subdiafragmática, fígado aumentado 1cm do rebordo costal e acianótica. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: síndrome de Down associada a defeito do septo atrioventricular, presença de sinais clínicos de hiperfluxo pulmonar e insuficiência cardíaca congestiva. CONDUTA: Iniciada terapêutica anticongestiva com Furosemida duas vezes ao dia. Após duas semanas, aumento da posologia e associada a Espironolactona pela manhã para alívio dos sintomas. Em seguida, foi realizado planejamento cirúrgico e encaminhamento para o serviço de alta complexidade para o tratamento definitivo da cardiopatia congênita. CONCLUSÃO: Conhecer as alterações anatomofuncionais do DSAV é fundamental, pois evidencia a importância de um diagnóstico e tratamento precoce. Dessa forma, seria possível impedir a progressão desfavorável da doença e proporcionar a esses pacientes um melhor prognóstico e maior sobrevida.

## 46045

**Paciente com síndrome de QT longo congênito e morte súbita.**

MILENE SOUZA CASTRO, FILIPE RODRIGUES CUNHA, FRANCIELE DE ANGELIS SILVA, LYS BEATRIZ BRANDO LOPES, LUCIANA GONTIJO VIVIAN, JOSANA LUCAS ARAUJO, EULER VILLELA, MAURO LUCIO CHIARADIA ZARATTINI, PAULA VALLE VERSIANI e THIAGO DA ROCHA RODRIGUES

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonteo, MG, Brasil.

Introdução-A síndrome de QT longo congênito (SQTLc) é doença genética causada por mutações que afetam genes de canais iônicos. É caracterizada por QTc aumentado no ECG e propensão para arritmias ventriculares, síncopes e mortes súbitas. A prevalência é de 1:2500 nascidos vivos. Objetivos-Descrever caso de SQTLc que ilustra a dificuldade de estratificação de risco de morte súbita na SQTLc. Descrição-Paciente (PT) LXT, feminino, 50 anos, desde os 20 anos com desmaios e convulsões e em uso de anticonvulsivantes. EEGs e tomografia do encéfalo normais. Teste de inclinação positivo para síncope vasovagal. Após desmaio em 2005, foi diagnosticado SQTLc, e os anticonvulsivantes foram substituídos por corgard e, posteriormente, propranolol. Em 13/11/2009 foi despertada por telefone e imediatamente perdeu a consciência, ficando cianótica e com respiração agônica por minutos. Poucos dias após, apresentou nova perda de consciência ao acordar com telefone. O ECG de admissão mostrou ritmo sinusal, bigeminismo juncional e QTc de 0,51 s. A PT usava propranolol 20 mg BID de forma irregular. Ela foi internada e a medicação trocada por succinato de metoprolol 50 mg BID. Nos ECGs de controle, as extrassístoles desapareceram e a PT tornou-se assintomática, sendo orientada a não dormir ao lado de telefones e despertadores. Exercícios físicos intensos foram proibidos. A única filha foi examinada e diagnosticada com SQTLc, iniciando o uso de beta-bloqueador (BB), embora assintomática. Após 6 anos em uso regular do BB e estando assintomática, a PT acordou com o despertador, perdeu a consciência e apresentou morte súbita. Discussão-O consenso HRS/EHRA (2013) para arritmias hereditárias considera que o desfibrilador pode ser útil (classe IIa) para PTs que apresentam síncopes em uso de BB.5 A diretriz ESC 2015 para arritmias ventriculares e morte súbita recomenda (classe I-B) o uso de BB para todos os PTs com SQTLc, a despeito da presença de sintomas.4 Ela também recomenda o desfibrilador para PTs recuperados de morte súbita (classe I-B). Para PTs com síncopes em uso de doses adequadas de BB, a diretriz considera útil o uso do desfibrilador (classe IIa-B). Após adequação da dose do BB em sua 1a admissão, o 1o sintoma por ela apresentado após 6 anos foi a morte súbita, o que revela a limitação dos nossos meios de estratificação de risco. Conclusão- Este caso ilustra as limitações das diretrizes para o tratamento de SQTLc quanto à estratificação de risco para morte súbita na SQTLc.

## 46074

**Endocardite infecciosa tardia por enterococcus faecalis em idosa, secundária a infecção de endoprótese das vias biliares - relato de caso.**

SAMARA BIANCA RODRIGES DE CAMPOS, ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO e ROBERTO DRUMOND FERREIRA DE MELO

Hospital Lifecenter, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Fundamentos: a endocardite infecciosa (ei) acomete especial-mente as valvas cardíacas. a presença de lesões valvares pré-vias, associada a bacteremias, favorece sua instalação. as ma-nifestações clínicas variam, mas os critérios de duke facilitam o diagnóstico. colangite aguda (cga) associa-se à obstrução das vias biliares. coexistência de cga e ei é rara. relata-se caso de nítida associação entre ambas. relato do caso: mulher, 79 anos, história prévia de cga, calculosa, em jan/2016 quando tentou-se colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (cpre). durante o procedimento, a paciente apre-sentou sangramento aumentado e evoluiu com infarto agudo do miocárdio secun-dário. devido ao alto risco cirúrgico em nova cpre ou cirurgia aberta, instalou-se, provisoriamente, endoprótese (edp), para desobstrução das vias biliares. eco-cardiograma (eco), mostrou feve =40%, sem distúrbios seg-mentares ou alterações valvares significativas. recebeu alta após 3 semanas do evento, com tratamento clínico otimizado e proposta de posterior retirada da edp. evoluiu com signi-ficativa melhora clínica e funcional até iniciar, em abril, com febre, calafrios, dor abdominal no hipocôndrio direito, náu-seas, hiporexia, leucocitose, elevação de proteína c reativa, sem ictería clínica ou laboratorial. não apresentava altera-ções à ausculta cardíaca ou outros critérios clínicos de ei. níveis pressóricos normais. sem taquicardia. colhidas hemo-culturas e optado por iniciar antibioticoterapia empírica para infecção das vias biliares. isolado enterococcus faecalis. imaginologia abdominal afastou migração ou obstrução da edp. devido à persistência da febre, calafrios e hiporexia, pensou-se em ei. eco transesofágico confirmou vegetação de 9,3 mm na face atrial do folheto anterior da valva mitral, sem sinais de perfuração ou insuficiência valvar significativa. função sistólica preservada. redirecionou-se o tratamento clínico para a ei, com daptomicina (paciente alérgica à ampi-cilina) e piperacilina / tazobactam. programou-se antecipação da cpre para retirada da edp e extração dos cálculos biliares. conclusões: nem sempre a ei manifesta-se com sinais clí-nicos muito evidentes. da mesma forma, usualmente não se pensa na ei como complicação de infecções abdominais. o pre-sente caso mostra que a manipulação de vias presumivelmente estéreis (como a biliar) pode levar à bacteremia e, secunda-riamente, à ei. a hipótese de ei deve fazer parte do diagnóstico diferencial de febre persistente.

## 46078

**Lesões coronárias complexas envolvendo bifurcação em idosos: qual o melhor tratamento?**

RODOLFO LUIZ AMORIM DE OLIVEIRA, FORTUNATO FRANCO BORGES JUNIOR, ANTONIO CARLOS MANSUR BEDETI, PEDRO MARQUES DE OLIVEIRA TRISTÃO, MARCUS VINICIUS DE PAULA DA SILVA, RAFAEL DE OLIVEIRA CARDOSO, ELUAN ALBUQUERQUE DE LIMA, MARCELO LUIZ DE ALMEIDA, ANDERSON PEREIRA DE OLIVEIRA e FLAVIA VERONICA FERREIRA LOPES

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

A lesão coronariana em bifurcação ocorre em uma divisão significativa de uma grande artéria coronária epicárdica – quando ambos os ramos envolvidos têm tamanho suficiente para serem tratados com stents. Bifurcações são responsáveis por 15-20% de todas as intervenções coronárias percutânea. Atualmente, a principal questão é a decisão pelo uso de um stent (stent no ramo principal e angioplastia com balão do ramo lateral) versus dois stents (uso provisional ou sistemático). A técnica do crushing é uma opção de abordagem, com resultados animadores em relação à restenose. Ao utilizar dois stents sistematicamente, sua principal característica é a cobertura metálica de todos os pontos da bifurcação. Paciente J. F. N, feminina, 85 anos, hipertensa, diabética, coronariopata (2015 – angioplastia com stent convencional em DA e balão em 1º DG), apresentando quadro de precordialgia aos esforços há cerca de uma semana. Em março de 2016 evoluiu com piora da precordialgia. Encaminhada a UPA, ECG mostrou infradesnivelamento do segmento ST em V4 e V5, troponina positiva. ECG evidenciou onda T negativa em V4 – V6, troponina 27. Admitida estável, com o diagnóstico de IAM sem Supra de ST – Timi 07. Optado por realização de CATE o qual evidenciou artéria DA subocluída (restenose intra-stent), ramo 1º DG ocluído, ventriculografia evidenciando ventrículo esquerdo com acinesia apical. Trata-se de uma bifurcação verdadeira, Classificação de Medina 1.1.1. Discutido caso pelo Heart Team do serviço considerando as condições clinicas (Euroscore II -5,03%) e a preferência da paciente foi optado tratamento com dois stents farmacológicos pela técnica de Double Kissing Crush(DK Crush). Após ultrapassado as obstruções e dilatado ambos os vasos, foi implantado um stent farmacológico no 1º DG com 2mm dentro da DA para completa cobertura do óstio. Em seguida realizado crush do stent liberado no 1º DG com balão posicionado em DA. Após recruzar as hastes do stent do 1º DG realizado kissing balloon (DA/1º DG) com balões não complacentes. Em seguida, retirado o guia do 1º DG seguido de implante do segundo stent farmacológico em DA. Ao final, realizado segundo kissing balloon (DA/1º DG) com balões não complacentes. As injeções de contraste pós procedimento mostram completa regressão das obstruções com implante ótimo dos stents. Paciente evoluiu estável, com melhora dos sintomas, recebendo alta hospitalar no 7º dia de internação.

## 46083

**Infarto agudo do miocárdio em paciente jovem.**

LUCAS ANTONIO FAVERI, NATHALIE DAHER, JOÃO PEDRO COSTA LEMES DA SILVA, MURILO FERNANDES PERES, LUIZ SERGIO CORTEZ SANCHEZ e JOAO CLIMA DA SILVA

Uniara, Araraquara, SP, Brasil.

Introdução: A incidência de IAM em pacientes jovens é baixa. O objetivo deste trabalho é relatar a manifestação de IAM em um paciente jovem e discutir sua relação com o uso de cocaína e outras causas.
Descrição do caso: Masculino, 24 anos, em uso de sildenafil. Negou tabagismo, história familiar de IAM e uso de drogas ilícitas. Admitido na emergência com dor precordial súbita em repouso há 8 horas. ECG observou supradesnivelamento do segmento ST em parede ântero-lateral, associado à elevação de troponina (1535ng/L) e de CK-MB (92UI/l). A cineangiocoronariografia revelou ausência de coronariopatia obstrutiva e espasmo em artéria descendente anterior.
Hipóteses diagnósticas: Dentre as causas de SCA em paciente jovem sem lesões ateroscleróticas, deve-se considerar principalmente o uso de drogas ilícitas, como cocaína. Nos doentes críticos, o tromboembolismo venoso está associado ao IAM, podendo afetar mais de 50% dessa população. Com o uso de sildenafil, a redistribuição do fluxo sanguíneo pode perturbar a perfusão coronária normal e causar isquemia miocárdica. A miocardite pode mimetizar um IAM com elevação de ST ou bloqueio de ramo no ECG e elevação dos marcadores cardíacos. A síndrome de Takotsubo caracteriza-se por disfunção transitória do ventrículo esquerdo com clínica semelhante ao IAM, por estimulação simpática exagerada.
Conduta: Administrado AAS 100mg/dia, clopidogrel 75mg/dia, diltiazem 30mg 2x ao dia, diazepam 10mg/dia e losartana 25mg 2x ao dia.
Recebeu alta hospitalar no 5° dia de internação em BEG e em uso de losartana 12,5mg 2x ao dia, diltiazem 30mg 3x ao dia e AAS 100mg/dia, após resolução do supradesnívelamento do segmento ST e curva descendente de troponina (1342ng/L) e CK-MB (13UI/l).
Conclusão: Diante de um jovem com diagnóstico de IAM, sem fatores de risco coronários e sem lesões angiograficamente visíveis, torna-se imperativo a suspeita de SCA induzida por drogas. Deve-se ter cautela na avaliação clínica e fazer estudo amplo sobre a natureza de outras possíveis etiologias.

### 46089

**Acidente vascular cerebral em paciente portador de endocardite bacteriana.**


HUMBERTO DE FREITAS BOY, ELUAN ALBUQUERQUE DE LIMA, ANDERSON PEREIRA DE OLIVEIRA, MARCUS VINICIUS DE PAULA DA SILVA, SAMARA MARIA LEANDRO DA COSTA, ANTONIO CANDIDO DA SILVA FILHO, RAFAEL DE OLIVEIRA CARDOSO, FLAVIA VERONICA FERREIRA LOPES, MARCELLA LYDIANE LUCAS DE SÁ e VINICIUS PEREIRA DOURADO

Santa Casa, Belo Horizonte, MG, Brasil.


Introdução: endocardite bacteriana é uma doença grave com altas taxas de morbidade e mortalidade, principalmente em pacientes com internações frequentes. Diante do espectro de manifestações clínicas, o diagnóstico demanda investigação e tempo. Os critérios de DUKE são empregados no contexto diagnóstico. O pilar do tratamento compõe o uso de antibióticos e suporte clínico cardiológico. Complicações são frequentes, variando de fenômenos vasculares, imunológicos até insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, abscessos e alterações estruturais valvar. O tratamento cirúrgico é indicado em 33% dos casos. Relato de caso: Paciente D.A.M., 20 anos, sexo masculino, casado, desempregado. Relato de aproximadamente 2 meses com início de quadro febril, astenia, procurando atendimento médico, sendo medicado e referenciado ao domicílio. Paciente retorna ictérico após 5 dias referindo febre, artralgia com dificuldade para deambular, cefaléia, hiporexia sendo internado e transferido ao HEM em regime de CTI. Descartada hipótese de dengue, leptospirose e após realização de ECO transesofágico é levantada hipótese de endocardite, confirmada com hemocultura mediante os critérios de DUKE. Paciente com história patológica pregressa de febre reumática aos 10 anos, abandono da profilaxia, com Penicilina, aos 18 anos. Refere uso de drogas ilícitas. Paciente apresenta ao exame fisico sinais clássicos de endocardite bacteriana, nódulo de Osler, lesões de Jeneway, manchas de Splinter. Aparelho cardíaco com insuficiência valvar mitral, sinais de insuficiência cardíaca. Neurológico com déficit a direita, hemiparesia braquial, redução da força grau III. Exames complementares: ecocardiograma transesofágico evidenciando imagem móvel medindo 6 mm em folheto anterior e no anel valvar, sugestivo de vegetação. Hemocultura positiva para staphylococcus aureus sensível a oxacilina. TC de crânio com hipodensidade de parênquima cerebral em região cortical/subcortical fronto parietal. Conduta: iniciado oxacilina porém paciente mantém febre no quarto dia de tratamento, sendo iniciada vancomicina. Paciente submetido a tratamento cirúrgico de troca valvar aórtica com prótese biológica. Discussão: assunto abrangente porém com lacunas no que diz respeito ao diagnóstico, uma vez que o tratamento precoce contribui para desfecho com menor número de complicações e intervenções cirúrgicas. Paciente de difícil manejo, internação prolongada, refletindo alto custo hospitalar.

### 46099

**Aorta em porcelana secundária a radioterapia.**


PAULA VALLE VERSIANI, LUCIANA FRANCISCA VILELA MONTEIRO, LYS BEATRIZ BRANDO LOPES, MAURO LUCIO CHIARADIA ZARATTINI, FÁBIO RIBEIRO PEDROZO DE PAULA, LOURENCO GONCALVES FERREIRA, LORENA RAMOS SANTOS, FRANCIELE DE ANGELIS SILVA, LUIS PAULO ALVES GOMES e JOÃO BATISTA GUSMÃO

Hospital Felicio Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.


Introdução: A radioterapia em região mediastinal pode levar a diversos danos ao sistema cardiovascular, como disfunção diastólica, alterações de condução, pericardite constritiva, doença valvar e doença aterosclerótica importante. O processo de aterosclerose acelerada e calcificação intimal da aorta pode levar a formação da aorta em porcelana. A aorta em porcelana é caracterizada por calcificação do arco aórtico e aorta ascendente por toda a circunferência ou grande parte dela. A aorta em porcelana está associada a maior morbidade e mortalidade, e especialmente como resultado de maior risco perioperatório de acidente vascular encefálico. Descrição do caso: DOF, sexo feminino, 61 anos, procura atendimento com queixa de fadiga e pouca resistência para atividades de 3 meses de evolução. Relata um episódio de dor leve “no peito”. Questionada sobre comorbidades prévias, relata rinite alérgica e asma na infância, tratamento para Linfoma Hodgkin em mediastino com radioterapia e quimioterapia dos 20 aos 24 anos de idade, quando necessitou também de hemotransfusões e corticoterapia em doses altas e evoluiu com osteonecrose de quadril à esquerda. HAS de inicio recente em 2014 em uso atual de Atenolol 25mg. Irmãos falecidos por tumor cerebral e AVCi. Ao exame físico, paciente estava hipertensa e à ausculta cardíaca apresentava sopro sistólico grau III/VI audível em todo precórdio, principalmente em foco aórtico acessório e com B2 única, ictus normoposicionado. Solicitado Ecocardiograma que evidenciou função sistólica e diastólica preservada, valva aórtica trivalvular espessada e calcificada com área de 0,6cm², fluxo sistólico transvalvar com velocidade máxima aumentada: 4,31m/s, com gradiente de 74mmHg (pico) e 42mmHg (médio), as paredes da aorta apresentaram espessamento difuso. Hipótese diagnóstica: estenose aórtica grave em contexto de aorta em porcelana secundária a radioterapia. Conduta: Foi realizada angiotomografia de tórax que mostrou arco aórtico com calcificação parietal circunferencial compatível com aorta em porcelana, alem de calcificação difusa de todos os outros segmentos da aorta. Conclusão: Pacientes com história de radioterapia mediastinal devem realizar acompanhamento cardiológico devido maior risco cardiovascular. Em caso de evolução com estenose aórtica grave, deve ser pesquisada a presença de aorta em porcelana para melhor planejamento cirúrgico.

### 46104

**Implante transcateter de prótese valvar aórtica em paciente com cirrose e aorta em porcelana.**


PAULA VALLE VERSIANI, LUCIANA FRANCISCA VILELA MONTEIRO, LYS BEATRIZ BRANDO LOPES, LORENA RAMOS SANTOS, DANIELLE ALENCAR PEREIRA, LUCIANA GONTIJO VIVIAN, JULIANA COSTA, FILIPE RODRIGUES CUNHA, LOURENCO GONCALVES FERREIRA e JOÃO BATISTA GUSMÃO

Hospital Felicio Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.


Introdução: Pacientes com cirrose, quando submetidos a cirurgias cardíacas, apresentam alta morbidade e mortalidade. São mais susceptíveis a distúrbios da coagulação e à disfunção de órgãos. Considerando a alta complexidade desse grupo e a prática mais difundida do implante transcateter de prótese valvar aórtica (TAVI), é questionada a superioridade desse método em relação à cirurgia convencional. Descrição do caso: DOF, sexo feminino, 61 anos, queixa fadiga e pouca resistência para atividades de 3 meses de evolução. Linfoma Hodgkin em mediastino submetida a radioterapia e quimioterapia aos 20anos, quando necessitou de hemotransfusões. Ao exame, estava hipertensa, apresentava sopro sistólico grau III/VI audível em todo precórdio, principalmente em foco aórtico acessório e com B2 única, hepatomegalia importante. Solicitado propedêutica extensa. EcoTT: função sistólica e diastólica preservadas, valva aórtica trivalvular espessada e calcificada com área de 0,6cm², fluxo sistólico transvalvar com velocidade máxima aumentada: 4,31m/s, com gradiente de 74mmHg (pico) e 42mmHg (médio), as paredes da aorta apresentaram espessamento difuso. AngioTC de tórax: arco aórtico com calcificação parietal circunferencial, compatível com aorta em porcelana. US de abdome evidenciou sinais de hepatopatia crônica. Exames laboratoriais Hb:14 GL:3500 PQT:100000 albumina:3,34 TGO:156 TGP:90 BT:2,1 (BI:1,5) BNP:269 RNI:1,5, cinética do ferro, Vit B12 e acido fólico normais, anti-HCV positivo. Hipótese diagnóstica: Estenose aórtica grave e aorta em porcelana em paciente cirrótico Child-Pugh B. Conduta: Optado por realização de TAVI. Durante o procedimento, imediatamente após implante de prótese, paciente apresentou PCR por 10min em FV revertida após múltiplas desfibrilações, e ao final do procedimento apresentou perfuração de artéria femoral em sítio de punção, submetida a rafia. Evoluiu com instabilidade em CTI, acidose metabólica grave, sangramento acentuado, e após 20h do procedimento, faleceu após tempestade elétrica. Conclusão: Em alguns estudos, a TAVI se mostrou superior à cirurgia convencional em relação a menor sangramento, menor tempo de internação e menos complicações perioperatórias em pacientes cirróticos. No entanto, os estudos disponíveis ainda apresentam limitações, como número pequeno de pacientes, e em nenhum deles havia relato de aorta em porcelana associado. Ainda são necessários mais estudos para melhor condução desses casos com tamanha complexidade.

### 46118

**Resultados clínicos e funcionais da reabilitação cardiovascular na miocardiopatia isquêmica secundária a IAM – um relato de caso.**


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

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


Introdução: Miocardiopatia Isquêmica (MI) é causa frequente de Insuficiência Cardíaca (IC) no Brasil. Parte do tratamento da MI e após eventos isquêmicos agudos, a Reabilitação Cardiovascular (RC) contribui na melhora da capacidade funcional, diminuição da mortalidade e aumento da qualidade de vida dos pacientes. Caso clínico: Mulher, 78 anos, apresentou Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) não-reperfundido. Ecocardiograma Transtorácico (ECOTT) mostrou hipocinesia importante ântero-septal, fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE) de 39%. CATE: doença coronariana multivascular grave. Indicou-se cirurgia de revascularização do miocárdio; a paciente e familiares recusaram. Optou-se por tratamento clínico otimizado - TCO (Enalapril, Bisoprolol, Espironolactona, AAS, Ticagrelor, Atorvastatina). Encaminhada para Fase 2 da RC, iniciada 25 dias após a alta hospitalar. As sessões supervisionadas e monitorizadas constituíram-se de exercícios aeróbicos (50-70% FC de reserva), associados aos de resistência muscular, equilíbrio e propriocepção, em quatro sessões semanais, com duração de uma hora, durante um mês. As avaliações, inicial e final, foram realizadas através do Teste funcional Incremental Shuttle Walk Test (ISWT), Teste de endurance (sentar e levantar da cadeira), Teste de função muscular respiratória (pressão inspiratória máxima – PImax e pressão expiratória máxima – PEmax) através de um manuvacuômetro analógico, Questionário de Qualidade de Vida (QQV de Minessota), ECOTT e Biomarcadores séricos cardíacos (NT-ProBNP e Proteína C Reativa ultrasensível – PCRus). Resultados: Após 18 sessões de RC, houve aumento na distância caminhada no ISWT (60m è 108m; Δ48m), aumento do número de repetições no teste da cadeira (3 è 7 repetições; Δ4 repetições), aumento na PImax (71,3±8,1cmH2O è 80±4cmH2O) e na PEmax (35,3±6,4cmH2O è 42,7±2,3cmH2O), melhora no escore QQV (64 è 12 pontos; Δ52pontos), melhora na FEVE (39% è 77% - Δ38%) e diminuição dos níveis de NT-proBNP (258pg/mL è 20pg/mL; Δ228pg/mL) e PCRus (21,20mg/Lè3,18mg/L; Δ18,02mg/L). Conclusão: A fase 2 da RC, associada ao TCO, contribuiu para melhora clínica e funcional da paciente. A normalização da FEVE, a redução do NT-proBNP e da PCRus, após as intervenções, contribuem para melhorar o prognóstico e reduzir o risco cardiovascular. A RC mostrou-se extremamente eficaz nesta paciente.

## 46129

**Condição rara simulando pseudoaneurisma de ventriculo esquerdo com dissecção após infarto agudo do miocárdio.**

TIAGO BERNARDO NERY, CLÁUDIO LÉO GELAPE, LUIZ GUILHERME PASSAGLIA, MARCO PAULO TOMAZ BARBOSA, RENATO BRAULIO, PAULO HENRIQUE NOGUEIRA COSTA e GABRIEL ASSIS LOPES DO CARMO

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

Introdução: Ruptura da parede miocárdica pode ocorrer em até 10% dos pacientes com infarto agudo com supra de ST que evoluem a óbito durante a internação. Acomete mais frequentemente mulheres idosas e pacientes hipertensos e estão associados a infartos extensos com comprometimento de mais de 20% do ventrículo esquerdo (VE). Comumente ocorrem entre o 1º e o 4º dia após o evento isquêmico e apresenta altas taxas de letalidade. Descrição do caso: Homem de 59 anos, ex-tabagista, procurou atendimento com quadro de infarto agudo do miocárdio (IAM) com supra de segmento ST de 1mm em V3-V6 e DII, DIII e aVF, com 6 horas de evolução. Foi iniciado tratamento para IAM e indicada angioplastia primária como terapia de reperfusão. Após 11 horas do início dos sintomas foi evidenciada foi evidenciada oclusão distal em artéria Descendente Anterior e optado por tratamento medicamentoso, uma vez que o paciente não mais apresentava dor. Durante a internação foi realizado Ecocardiograma que mostrou acinesia apical de VE e de segmento apical do septo epresença de imagem sugestiva de pseudoaneurisma (hematoma dissecante), o que foi corroborado pelos achados da ressonância magnética. Diante da potencial gravidade do caso foi optado por abordagem cirúrgica.
Hipótese diagnóstica: Pseudoaneurisma de VE com sinais de ruptura miocárdica.
Conduta: Cirurgia cardíaca.
Conclusão: Durante o procedimento foi identificada lesão de cerca de 2,5cm em face em região apical de VE, caracterizada como uma vesícula de membrana transparente, parede espessada, parte do conteúdo fracamente gelatinoso e parte semissólido, acinzentado. Estudo anatomopatológico revelou tratar-se de cisticercose cardíaca, uma doença considerada rara. A sintomatologia depende do número, localização e do estágio de desenvolvimento do cisticerco, da duração da infecção, de fatores do hospedeiro como imunidade e presença de comorbidades. Não há nenhuma recomendação específica acerca do tratamento. Nos casos em que há comprometimento cardíaco pode-se usar antiparasitários associado a corticosteroides em sua fase inicial, com o intuito de diminuir a resposta inflamatória. O diagnóstico diferencial é fundamental e o médico assistente deverá atentar para esta condição antes de indicar tratamento cirúrgico.

## 46145

**Terapia fibrinolítica na trombose de prótese valvar.**

PEDRO IVO CARMO CAMPOS, ANA LUIZA VIEIRA DE RESENDE, EDUARDA FARIA BARBOSA, LUIZA ELIAS MORATO, IGOR DOMINGOS DE SOUSA, REBECA GOECKING RUAS, LETÍCIA DE OLIVEIRA SANTIAGO, NAYARA CECÍLIA FERREIRA SILVA, FRANCIANE BRAGA DE ABREU e DANIEL FURTADO VIDIGAL

Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, MG, Brasil.

Introdução: O avanço científico no campo da medicina vem proporcionando não somente um aumento na qualidade de vida da população, como também a possibilidade de adoção de condutas mais precisas por parte dos profissionais da saúde. Na área da cardiologia, é possível destacar o advento da técnica cirúrgica para troca de valvas cardíacas defeituosas por próteses mecânicas ou biológicas, o que levou a um aumento significativo na sobrevida de pacientes portadores de valvopatias. A decisão de usar um ou outro tipo de prótese artificial varia de acordo com a história clínica, bem como com a expectativa de vida de cada paciente. Ainda que as próteses mecânicas ofereçam um bom desempenho hemodinâmico e uma maior durabilidade, denotam um maior risco tromboembólico.Uma alternativa para reversão de tal quadro seria o uso de fármacos trombolíticos em detrimento do método cirúrgico. Descrição do caso: Paciente de 60 anos, admitida em pronto atendimento dispnéica e com moderado edema de membros inferiores, foi internada. Portadora de fibrilação atrial crônica e prótese mitral metálica, em uso de Varfarina, Levotiroxina, Espironolactona, Sinvastatina e Digoxina. Sinvastatina e Digoxina. Histórico de duas substituições valvares; a primeira por complicações de valvopatia reumática e a segunda por trombose da prótese. Radiografia de tórax evidenciou congestão pulmonar, sendo utilizadas medidas de suporte clínico. Ecocardiografia transtorácica e transesofágica evidenciaram trombo valvar levando a obstrução protética. Hipótese diagnóstica: Disfunção protética mitral provocada por trombo em paciente não devidamente anticoagulada. Conduta adotada: Após suporte clinico e estabilização do quadro, paciente foi internada em unidade de terapia intensiva para administração de estreptoquinase. Apesar de grande elevação do tempo de tromboplastina parcial ativada, não houve maiores complicações, ocorrendo total dissolução do trombo. Após terapia trombolítica, foi reiniciada anticoagulação com heparina, seguida de anticoagulação oral com Marevan para a prevenção de novos fenômenos trombóticos. Conclusões: Apesar da indicação de substituição protética em trombose valvar, devem ser consideradas a urgência e presença de comorbidades na decisão de medidas terapêuticas em caso de trombose. Logo, a terapia trombolítica é uma opção a se considerar nestes casos.

## 46175

**Teste ergométrico e correlação anatômica - vale a pena confiar?**

LEONARDO ANTONIO DOS SANTOS BALTAZAR, FLAVIA VERONICA FERREIRA LOPES, FORTUNATO FRANCO BORGES JUNIOR, ANTONIO CARLOS MANSUR BEDETI, RICARDO WANG, MARIO LUCIO FRANCO PEREZ, ROBERTO MAGNO VIEIRA DE OLIVEIRA, RODOLFO LUIZ AMORIM DE OLIVEIRA, MARCELO LUIZ DE ALMEIDA e DELFINO COSTA MACHADO FILHO

Santa Casa, Belo Horizonte, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO: o objetivo do Teste Ergométrico é avaliar o comportamento do Sistema Cardiovascular perante stress físico, sob monitorização clínica, eletrocardiográfica e hemodinâmica, com indicação Classe I, nível de evidência A na avaliação de pacientes com quadro de Angina Estável.
RESUMO DO CASO: paciente S.G.S., masculino, 55 anos, previamente hipertenso, tabagista e dislipidêmico, em uso domiciliar de Hidroclorotiazida e Sinvastatina, com história de episódios de dor torácica relacionados ao esforço físico - CCS 2, em aperto, sem irradiação, com melhora em menos de cinco minutos de repouso, iniciada há quatro meses. Procurou assistência médica, sendo então encaminhado para Teste Ergométrico.
O paciente foi então submetido ao Teste Ergométrico (TE) em protocolo de Bruce, interrompido devido à dor anginosa limitante, atingindo 90% da frequência cardíaca máxima. Houve dor típica no segundo minuto com duração superior a sete minutos a despeito de utilização de nitrato sublingual. À eletrocardiografia o teste evidenciou extrassístoles ventriculares isoladas, pareadas, frequentes e polimórficas, vistas principalmente durante o período álgico. Ocorreu infradesnivelamento adicional do ponto J do segmento ST atingindo aproximadamente três milímetros de amplitude do tipo descendente nas derivações DII, DIII, aVF, DI, aVL, V3, V4, V5 e CM5, durante o esforço com 2 minutos de exame, com retorno lento aos padrões iniciais do exame na fase de recuperação (duração da angina coincide com alterações do traçado). Apresentou no mesmo momento supradesnivelamento do segmento ST nas derivações aVR e V1, Score de Duke -20 pontos.
Paciente com TE positivo, alto risco para Doença Arterial Coronariana, encaminhado para realização de Cineangiocoronariografia (CATE), que evidenciou lesões graves em Tronco de Coronária Esquerda (70%), em Artéria Descendente Anterior (90%), em Diagonalis(80%) em Artéria Circunflexa (80%), Ventrículo Esquerdo com contratilidade preservada.
Conclusão: paciente realizou TE que evidenciou Supradesnivelamento importante do segmento ST em AVR, que tem o significado eletrocardiográfico de lesão em Tronco de Coronária Esquerda, que foi confirmado pelo CATE.

## 46176

**Estenose aórtica baixo fluxo/baixo gradiente (paradoxal) - relato de caso.**

FILIPE MENDONÇA CABRAL, PRISCILA PIMENTEL BERNO, FELIPE AUGUSTO CARVALHO RIBEIRO, HENRIQUE DE MATOS BALMANT BERBERT, MAIRA DUARTE FERREIRA, ALEXANDRE HENRIQUE COBUCCI SANTANA, SUSANA DRUMOND PERES, FABIO BARROS DOS REIS, NATÁLIA COUTINHO CHAVES e GUILHERME HENRIQUE FIGUEIREDO DE OLIVEIRA

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, Brasil - PUC Minas, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: Estenose Aórtica (EAo) acomete cerca de 4,5 % da população mundial > 75 anos. O processo degenerativo das cúspides constitui a principal etiologia. A Estenose Aórtica Baixo Fluxo/ Baixo Gradiente (EAo BF/BG) grave com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) preservada é também conhecida como EAo grave BF/BG Paradoxal. É uma forma peculiar da EAo, considerada uma doença sistêmica envolvendo válvula, miocárdio e patologia vascular. Relato de caso: M.C.A.B, 88 anos, sexo feminino, hipertensa, admitida em 23/03/2016 com dispnéia grau III. Relato de dispnéia progressiva, com piora nos últimos meses. Ecocardiograma transtorácico (ETT) - 24/03/2016: VE função sistólica global e segmentar preservada. Hipertrofia concêntrica do VE (HVE) leve. Valva aórtica com espessamento e calcificação importantes de seus folhetos, compatível com processo degenerativo. Área valvar aórtica de 0,69 cm² pela "equação de continuidade" e de 0,34 cm²/m² após indexação pela área de superfície corporal (ASC). Gradiente transvalvar VE-Ao: máximo de 60 mmHg e médio de 35 mmHg. Volume sistólico indexado (VSI) pela ASC de 29 ml/m² (valor normal > 35). Relação TVI VSVE/TVI VAo estimada em 0,22. Aumento de câmaras atriais. PSAP 35 mmHg. Portanto, tratava-se de EAo grave BF/BG paradoxal. Dia 14/04/2016 foi submetida a implante transcateter de válvula aórtica (TAVI) com prótese Edwards Sapien, sendo o procedimento guiado por Ecocardiograma transesofágico intraoperatório. ETT (pós-operatório) - 18/04/2016: Prótese valvar aórtica bem implantada, com ampla abertura sistólica de seus folhetos. Gradiente VE-AO máximo de 17 mmHg e médio 9 mmHg. Presença de leve regurgitação protética central, sem leak. Conclusão: EAo grave BF/BG paradoxal apresenta uma fisiopatologia restritiva, com maior remodelamento concêntrico e menor cavidade do VE, com consequente disfunção diastólica. Há uma disfunção miocárdica intrínseca, com FEVE preservada. Observa-se uma maior e mais longa duração de carga hemodinâmica global do VE, refletida pela maior impedância valvulo-arterial. Consequentemente, esses pacientes apresentarão VSI e gradientes pressóricos transvalvar reduzidos. Apresentam alta morbimortalidade e há um benefício de sobrevida significativo com cirurgia valvar aórtica convencional ou transcateter, quando sintomáticos. Sua adequada classificação requer o máximo de cautela e precisão, uma vez que a indicação cirúrgica aumentará a sobrevida dos pacientes.

## 46196

**Precordialgia associado a supra de segmento st é igual a trombólise?**


FLAVIA VERONICA FERREIRA LOPES, FORTUNATO FRANCO BORGES JUNIOR, LEONARDO ANTONIO DOS SANTOS BALTAZAR, MARCIO COSTA DINIZ, ROBERTO MAGNO VIEIRA DE OLIVEIRA, JULIANA GUIMARAES SOUZA YOST, ANTONIO CARLOS MANSUR BEDETI, RICARDO WANG, RODOLFO LUIZ AMORIM DE OLIVEIRA e DANIEL LUCAS AFONSO

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


Introdução: A elevação do segmento ST no eletrocardiograma é um grande marcador de isquemia miocárdica.Porém outras patologias podem levar a uma alteração nesse segmento sem representar isquemia. Dentre elas, podemos citar: Pericardite Aguda, Cardiomiopatia de Takotsubo, alterações hidroeletrolíticas e Síndrome de Brugada. RESUMO DO CASO: L.E.C., 23 anos, masculino, apresentou faringoamigdalite e fez uso de Ibuprofeno e Amoxicilina. Após três dias evoluiu com precordialgia com melhora espontânea. Em 24horas nova precordialgia intensa, em repouso, sem irradiação, que melhorava ao sentar e piorava com decúbito. Procurou Pronto Atendimento em Capelinha-MG, no qual foi realizado Eletrocardiograma que evidenciou supra de segmento ST em DI, DII, aVL, aVF, V4 a V6. Iniciado Protocolo para Síndrome Coronariana Aguda, necessitando, devido a intensidade da dor, de analgesia com opioide. Marcadores de Necrose Miocárdica alterados. Como não houve regressão do supra, optado por iniciar Trombolítico. Após a medicação o quadro álgico manteve-se leve e houve regressão discreta do supra de segmento ST, acompanhado com Eletrocardiograma seriado. Transferido para Diamantina para cuidados intensivos. Realizado Ecocardiograma Transtorácico que evidenciou acinesia apical de todas as paredes, com fração de ejeção de 44%, além de derrame pericárdico discreto. Transferido para a Unidade Coronariana para prosseguir propedêutica. Mantendo quadro de precordialgia, foi solicitado Cineangiocoronariografia que não evidenciou lesões ateromatosas, tornando quadro de Miopericardite a hipótese diagnóstica mais plausível. Iniciado tratamento medicamentoso com anti-inflamatórios. Evoluiu com melhora clínica, com melhora progressiva da precordialgia e após 4 semanas de tratamento realizou novo Ecocardiograma com melhora significativa da fração de ejeção de Ventrículo Esquerdo (64%) e ausência de derrame pericárdico. Recebeu alta hospitalar estável e assintomático.
CONCLUSÃO: o envolvimento do pericárdio e miocárdio é uma realidade possível no contexto de infeções virais. Embora a maioria dos quadros apresente resolução completa e autolimitada sem sequelas funcionais, são essenciais a vigilância de complicações precoces e o alerta para o diagnóstico diferencial, em particular com o síndrome coronariana aguda e com variantes eletrocardiográficas não patológicas.

## 46206

**Síndrome de Brugada: por trás de V1 a V3 se esconde a morte súbita.**


HELENA VASCONCELOS NUNES DE CARVALHO, THAIS CARREIRO DE MORAIS, LUISA MARCAL DE PAULA, NATÁLIA ALVES LIMA MENDES, MARCOS TADEU TRINDADE FILHO, THAYS DE OLIVEIRA ROCHA, NATHALIA BARROSO COELHO, JACKELINE CHANTELL OLIVEIRA MOURA, CAMILA VASCONCELOS NUNES SOARES e THATIANE OLIVIER TICOM

Hospital Márcio Cunha, Ipatinga, MG, Brasil.


Descrita há pouco mais de 20 anos pelos irmãos Brugada, a síndrome de Brugada é uma condição rara, mas responsável por mais de 10 % das mortes súbitas em portadores de coração estruturalmente normal.
A síndrome é caracterizada por um padrão eletrocardiográfico típico e sintomas que podem variar de síncope à morte súbita, relacionados à taquiarritmia ventricular maligna, geralmente taquicardia ventricular polimórfica autolimitada ou que degenera para fibrilação ventricular (FV). A entidade é determinada geneticamente, com transmissão autossômica dominante, sendo ligada principalmente à mutação no gene SCN5A, o que causa disfunção no canal de sódio.
Em geral, os episódios ocorrem em repouso e à noite durante o sono, como aconteceu com o caso em questão de A.O.M., 32 anos, que apresentou quadro de parada cardiorrespiratória (PCR) durante o sono. Como o padrão eletrocardiográfico característico da síndrome pode sofrer modificações entre ECGs sucessivos ou traçados de Holter, nos quadros febris e também se tornar evidente após a administração de certas medicações, como antiarrítmicos do grupo I (bloqueadores dos canais de sódio), o diagnóstico do caso em questão só foi possível após administração de ajmalina 1mg/kg.
Evidenciaram-se alterações eletrocardiográficas de padrão tipo 1 além da taquiarritmia ventricular (FV). O implante de Cardiodesfibrilador geralmente é indicado visando a prevenção da morte súbita cardíaca e foi realizado no paciente em questão.
A importância do diagnóstico diferencial de síncope e PCR em jovens com coração estruturalmente normal está bem documentada no presente caso, uma vez que a ausência de expertise clínica da equipe neste diagnóstico não atuaria na prevenção da morte súbita em um provável segundo evento.

## 46211

**Grande aneurisma do ventrículo esquerdo como complicação mecânica do infarto agudo do miocárdio.**


FELIPE DE CARVALHO SILVA, GUSTAVO PALMIERI ALMEIDA, DÉBORA CHAVES MORAES RIBEIRO, ANYELLE CORREIA BALTHA, ESTELLA ELIZABETH ANNE NILDA DE AZEVEDO, ISADORA THAMIRES PACHECO CELESTINO, TATIANA RAMOS FONSECA, FILIPE MENDONÇA CABRAL, ERISON COSTA MACHADO e BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO

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


Introdução: Com a melhora nas taxas da terapia de reperfusão do infarto agudo do miocárdio (IAM) ocorreu uma redução das complicações mecânicas. O aneurisma do ventrículo esquerdo (VE) é uma complicação mecânica do IAM e é mais comum na parede antero-lateral do VE. Sua presença eleva em seis vezes o risco de morte desses pacientes. Relato de Caso: Paciente masculino, 70 anos, com história pregressa de hipertensão, dislipidemia e angina estável CCS II com cerca de 18 meses de evolução, internado com quadro de angina instável. À propedêutica inicial, apresentava área elétrica inativa em parede inferior ao ECG; Ecocardiograma transtorácico (ECOTT) evidenciando acinesia sem fibrose da porção basal da parede ínfero-lateral; discinesia com afilamento e hiperrefringência compatível com fibrose da porção basal da parede inferior, com conformação aneurismática grande, medindo cerca de 29 mm de profundidade, sem trombo ou shunt associado e com fração de ejeção (FE) estimada em 60% pelo método de Simpson. Solicitada cineangiocoronariografia com ventriculografia, que mostrou lesão segmentar grave de 99% em Descendente Anterior (DA) proximal e Coronária Direita (CD) ocluída no óstio; Ventrículo com hipocinesia difusa e dilatação aneurismática importante em parede inferior basal, com movimento discinético. Submetido a Cirurgia de Revascularização Miocárdica com ponte de mamária para DA e ponte de safena da aorta para 1° ramo diagonal. Correção do pseudoaneurisma foi feita com patch de pericárdio bovino. Paciente apresentou boa evolução no pós-operatório. O ECOTT de controle após a cirurgia evidenciava presença de formação aneurismática da porção basal da parede inferior com imagem hiperrefringente (patch de correção do pseudoaneurisma) e FE estimada pelo método de Simpson de 48%. Recebeu alta após 6 dias da abordagem cirúrgica.
Conclusão: O tratamento cirúrgico do aneurisma de VE é indicado para os pacientes que se apresentem com aneurisma verdadeiro, taquicardia ventricular refratária ao tratamento clínico e com comprometimento progressivo da função ventricular. Frequentemente, a correção do aneurisma é realizada concomitantemente com a revascularização do miocárdio.

## 46214

**Uso de ECMO como ponte para recuperação pulmonar.**


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

Hospital Santa Genoveva, Uberlândia, MG, Brasil - Universidade de Uberaba, Uberaba, MG, Brasil.


Introdução: A partir de 2009, houve aumento significativo do uso de ECMO (membrana extracorpórea de oxigenação). O objetivo da ECMO é a manutenção adequada da oferta de oxigênio aos tecidos e remoção do gás carbônico. Descrição do caso: Paciente, sexo feminino, 53 anos, com passado de valvulopatia aórtica reumática e cardiopatia arritmogênica, já tendo realizado cirurgia de troca de válvula aórtica metálica e implante de marcapasso definitivo há 3 anos, apresentou queda ao solo e fratura de fêmur a esquerda. À admissão, apresentava-se em classe funcional I (NYHA). No 2° dia de internação, foi realizada correção de fratura de fêmur. No 2° pós-operatório, iniciou com dispneia intensa e cianose. Paciente foi colocada em ventilação mecânica protetora(VCV, FIO2: 100%, PEEP: 16, FR: 24, SO2: 95% e VC 6ml/Kg/min) no 4° pós-operatório. A partir do 8° pós-operatório, houve piora clínica: acidose respiratória, hipoxemia e hipercapnia refratárias. Feito RESP-Score: 50% e MURRAY SCORE: 3.5 e implantado ECMO veno-venosa. Exame físico: descorada, afebril, pulmões: estertores subcrepitantes bilateralmente; ritmo cardíaco regular, FC:60bpm, PAM:65mmHg.
Exames complementares: hemograma: Hb: 8,0; leucocitose com desvio a esquerda; plaquetas normais; INR: 3,1; dímero D: normal; gasometria arterial pré-ECMO: ph: 7,14 pCO2:84 pO2:51 SO2:73% HCO3:28 BE:-1,6; relação pO2/ FiO2: 51; Gasometria pós-ECMO: ph: 7,56 pCO2:25 pO2:172 HCO3:28 SO2:100%; relação pO2/FiO2: 286; culturas: negativas; rx de tórax: infiltrado intersticial difuso ; angiotomografia pulmonar: ausência de tromboembolismo pulmonar e presença de infiltrado pulmonar intersticial difuso; ecocardiograma: prótese aórtica normofuncionante e função de ventrículo esquerdo normal. Hipótese diagnóstica: Síndrome do desconforto respiratório do adulto(SDRA) por provável embolia gordurosa associada a pneumonia.
Condutas adotadas: restrição de fluidos, antibióticos, ventilação mecânica protetora, ECMO tipo veno-venosa. Paciente manteve-se estável por 48 horas após ECMO, quando iniciou com sinais de hipovolemia e disfunção orgânica e evoluiu a óbito. Conclusão: O dispositivo de assistência circulatória ECMO foi utilizado como ponte para recuperação pulmonar e contribuiu inicialmente para melhora clínica da paciente.

## 46215

**Dor torácica, troponina positiva e supra desnivelo de segmento ST é igual a infarto agudo do miocárdio?**

LEONARDO ANTONIO DOS SANTOS BALTAZAR, FORTUNATO FRANCO BORGES JUNIOR, FLAVIA VERONICA FERREIRA LOPES, ANTONIO CARLOS MANSUR BEDETI, RICARDO WANG, RAFAEL DE OLIVEIRA CARDOSO, THIAGO DIAS BRAGA, MARIO LUCIO FRANCO PEREZ, CRISTINA MARQUES e EVARISTO MACHADO NETO

Santa Casa, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: de 15% a 20% dos casos de dor torácica anginosa apresentam coronárias isentas de lesões significativas. Diante desse grupo de pacientes submetidos à Cineangiocoronariografia e que não apresentam lesões coronarianas, deve-se considerar diagnósticos diferenciais alternativos.
Relato de Caso: A.M.P., 71 anos, feminino, hipertensa, depressão, história familiar positiva para doença arterial coronária, em uso de Enalapril, Donarem e Clonazepam, apresentou precordialgia típica, de forte intensidade, sem irradiação, associada a náuseas, vômitos, diaforese e dispneia. Procurou atendimento médico sendo realizado eletrocardiograma (ECG) que evidenciou supradesnível do segmento ST de parede anterior, não sendo submetido à trombólise. Marcadores de necrose do miocárdio foram positivos. Iniciado protocolo para Síndrome Coronariana Aguda, com melhora dos sintomas, evoluindo nos ECGs subsequentes com fase subaguda de supradesnivelamento anterior e negativação da onda T em DII, DIII e AVF. Encaminhada para propedêutica cardiovascular na Unidade Coronariana, onde foi admitida com desconforto torácico leve, estável hemodinamicamente, bom padrão respiratório, Killip I. Realizado Ecocardiograma transtorácico que evidenciou aumento leve biatrial, Ventrículo direito com hipocontratilidade difusa, Ventrículo Esquerdo com acinesia do ápex e hipocinesia importante médio apical de todas as paredes, demais segmentos normocontráteis, fração de ejeção de Ventrículo Esquerdo de 43%. Encaminhada ao cateterismo cardíaco que mostrou coronárias sem lesões obstrutivas e à ventriculografia foi observado acinesia da região apical.
Conclusão: a Cardiomiopatia Induzida pelo Estresse (Takotsubo/Síndrome do Coração Partido/Síndrome do Balonamento Apical) é caracterizada pela ocorrência de disfunção sistólica transitória, dos segmentos médio e apical do Ventrículo Esquerdo, que simula um IAM, porém sem lesão obstrutiva. A função contrátil dos segmentos médio e apical encontra-se deprimida e há hipercinesia compensatória do segmento basal na sístole, o que leva a conformação característica da patologia – armadilha para polvos.

## 46289

**Hemangioma cavernoso da válvula mitral como fonte emboligênica para o sistema nervoso central.**

GUSTAVO PALMIERI ALMEIDA, RENATA SILVA LIMA , RAQUEL HABIBE COSTA DA SILVA, BRUNA AMARAL Brasil, FERNANDA PRESTES DAMAZIO, LAIS CAMPOLINA ALMEIDA, LIZA PEREIRA LEOCADIO, MATHEUS BONELA CAUS, ERNESTO LENTZ DA SILVEIRA MONTEIRO e BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, Brasil - Faculdade de Medicina-UNI-BH, Belo Horizonte, MG, Brasil - Faculdade de Medicina-PUC-Betim, Betim, MG, Brasil.

Introdução: O hemangioma cavernoso é um tumor cardíaco primário, raro e benigno que pode se localizar em qualquer lugar do coração. A sua localização em estruturas avasculares como as válvulas cardíacas é extremamente rara. Existem poucos relatos de casos na literatura e dependendo da localização tumoral, são descritso sintomas cardiovasculares distintos. Caso Clínico: Homem de 67 anos, com diagnóstico de Doença de Alzheimer há 6 anos, em tratamento clínico, parcialmente dependente das atividades de vida diária. Apresentou quadros de ausência e hemiparesia esquerda, quando foi internado para a propedêutica de Acidente Vascular Encefálico. Tomografia computadorizada sem sinais de hemorragia ou isquemia. Ressonância magnética (RNM) mostrou áreas isquêmicas agudas no lobo frontal direito e parietal esquerdo. Para pesquisa de fontes emboligênicas, foi realizado duplex de artéria carótidas e cerebrais que não evidenciou ateromatose ou processo obstrutivo significativo e Ecocardiograma transtorácico. Neste último, observou-se imagem hiperrefringente de pouca mobilidade localizada na face atrial do folheto mitral anterior, medindo 9mmx9mm. Endocardite foi excluída diante de hemoculturas e provas de atividade inflamatória negativas, além da ausência de febre e sinais clínicos indicativos de processo infeccioso. Realizado ecocardiograma transesofágico que mostrou massa ecogênica arredondada, de textura homogênea, móvel e aspecto gelatinoso, aderida a face atrial do folheto anterior da mitral (Fibroelastoma?). A RNM cerebral de 2012 já mostrava sinais de comprometimento isquêmico, levando a crer que o comprometimento neurológico crônico desenvolvido pelo paciente seria secundário a isquemia e não a doença neurodegenerativa. Somado ao quadro agudo desenvolvido recentemente, optou-se pela exérese cirúrgica do tumor. Submetido a ressecção do tumoral e anatomopatológico evidenciou hemangioma cavernoso da válvula mitral.Conclusão: Embora o hemangioma cavernoso seja classificado como tumor cardíaco benigno, dependendo da sua localização, pode causar sintomas cardiovasculares, como angina, insuficiência cardíaca. A sua localização na válvula mitral pode causar eventos sistêmicos embólicos, tais como acidente vascular cerebral. A ecocardiografia é de grande importância no diagnóstico da doença. A sua rápida identificação permite a excisão cirúrgica, evitando assim eventos tromboembólicos.

## 46290

**Valvuloplastia Pulmonar Percutânea: relato de casos.**

KÊNNYA GONÇALVES CAPANEMA, CAROLINA SOARES REIS LEMOS FREIRE, SYLVIA APARECIDA DIAS TURANI, THAIS KER BRETAS WERNER, SABRINA BARBOSA DA SILVA, LUCAS AMORIM BRAGA, LETÍCIA CARVALHO PINTO GUIMARÃES, ISADORA GARCIA DE PAULA FRANCO, GUSTAVO PALMIERI ALMEIDA e MARCOS ANTONIO MARINO

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

Introdução: A Estenose Pulmonar representa 8% das cardiopatias congênitas. A valvuloplastia com balão tem sido o tratamento de escolha desde os anos 80, e é comumente indicada em pacientes sintomáticos com gradiente ventrículo direito (VD)/átrio direito(AP) > 40 mmHg, e disfunção VD.
Descrição do caso: Paciente (1) do sexo feminino, 28 anos, com relato de "sopro cardíaco" conhecido desde a infância sem investigação propedêutica, evoluiu com episódios de dispnéia e dor torácica durante gestação, em 2012. Feito Ecocardiograma transtoracico (ECOTT) em 2014, que evidenciou estenose importante valva pulmonar (gradiente médio de 49 mmHg) e insuficiência valvar de grau discreto; função sistólica biventricular importante e hipertensão de artéria pulmonar (HAP) importante (PSAP 83mmHg). Encaminhada eletivamente para realização de valvuloplastia pulmonar com cateter balão Maxi LD 25x40mm, feito com sucesso e sem intercorrências. Manometria pré-procedimento: TP 22x9mmHg, VD 102x2mmHg, gradiente VD/TP 86mmHg. Manometria pós-procedimento: TP 22x9mmHg, VD 40x2mmHg, gradiente VD/TP 18mmHg.Paciente (2) do sexo feminino, 19 anos, com histórico de aos 15 anos iniciar quadro de cianose labial e dispnéia classe III. Encaminhada em 2014 para cirurgia eletiva. Manteve quadro de dor torácica aos esforços e dispnéia. ECOTT de controle 2 anos após cirurgia: Estenose valvular pulmonar grave (gradiente máximo de 100 mmHg e médio de 50 mmHg), VD hipertrófico, dilatado, fração de ejeção (FEVE) de 68%. Encaminhada para realização de valvuloplastia pulmonar com cateter balão Maxi LD 25x40mm, feito com sucesso e sem intercorrências. Manometria pré-procedimento: TP 5x1mmHg, VD 105x2mmHg, gradiente VD/TP 100mmHg. Manometria pós-procedimento: TP 10x2mmHg, VD 25x2mmHg, gradiente VD/TP 15mmHg.
Conclusão:A valvuloplastia pulmonar percutânea com balão é, atualmente, considerada o método terapêutico de escolha para o tratamento da estenose da valva pulmonar em qualquer grupo etário e qualquer morfologia valvar. É uma técnica segura e eficaz, com baixos índices de mortalidade e de incidência de complicações importantes quando comparada a outras técnicas.

## 46297

**Valvuloplastia mitral percutânea por cateter balão em paciente submetida à cirúrgica cardíaca prévia com implante de anel valvar protético.**

CLÁUDIO ARAÚJO SALGADO RIBEIRO, MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES, LUCAS LODI JUNQUEIRA, GUILHERME RAFAEL SANT`ANNA ATHAYDE, DIOGO ANTÔNIO GOMES TIAGO, PRISCILA LIMA TAVARES, GABRIEL PRADO SAAD, LUCAS QUEIROZ FERNANDES CAMPOS, FELIPE ARIEL PRADO e JULIANA RODRIGUES SOARES

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

Introdução: Valvuloplastia mitral percutânea (VMP) em valvas previamente submetidas à plastia com colocação de anel é incomum. As lesões valvares reumáticas causam extensa deformação da valva, dificultando a identificação do anel. O presente relato descreve um caso de VMP em paciente submetida à plastia prévia com implante de anel valvar. Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 33 anos, com diagnóstico de febre reumática na infância, apresenta-se com dispneia aos esforços, limitando as suas atividades habituais. História pregressa de cirurgia cardíaca aos 21 anos para reparo valvar mitral, mas sem informações técnicas da cirurgia. Ao exame físico, paciente encontrava-se em ritmo cardíaco regular, hiperfone de B1 e ruflar holodiastólico com reforço pre-sistólico na região apical. Ecocardiograma convencional confirmou estenose mitral (EM) com área valvar de 1,10 cm2, gradientes máximo e médio de 17 e 9 mmHg, respectivamente, associada à regurgitação mitral leve. Observou-se espessamento reumático da valva tricúspide com dupla lesão leve. Anatomia valvar favorável para o procedimento percutâneo com calcificação apenas na base dos folhetos. Durante acompanhamento ambulatorial, paciente apresentou acidente vascular cerebral isquêmico, sendo documentados episódios paroxísticos de flutter atrial. Ecocardiograma transesofágico (ETE) bidimensional pré-VMP não evidenciou trombos e mostrava apenas pontos de calcificação nos folhetos valvares. ETE tridimensional para avaliação das comissuras revelou anel biológico envolvendo quase toda a circunferência da valva mitral com mobilidade reduzida dos folhetos e estenose valvar crítica. A VMP foi realizada com sucesso, utilizando-se um menor volume do balão e guiada pelo eco. Conclusões: O anel protético biológico radiotransparente foi identificado apenas através do ETE 3D, permitindo melhor definição da conduta. A EM crítica com restrição à abertura da extremidade dos folhetos após correção prévia da regurgitação indica progressão da doença reumática. Apesar da VMP não ser a opção inicial de tratamento para pacientes que já tenham realizado plastia mitral com colocação de anel, esse procedimento constitui uma opção terapêutica em casos selecionados. Figura 1: Ecocardiograma convencional mostrando estenose mitral (esquerda) e eco 3D evidenciando anel mitral protético (direita).

## 46298

**Tratamento cirúrgico da tetralogia de Fallot em paciente sintomático aos 28 anos de idade.**


ANDERSON PEREIRA DE OLIVEIRA, ELUAN ALBUQUERQUE DE LIMA, HUMBERTO DE FREITAS BOY, MARCELO LUIZ DE ALMEIDA, MARCUS VINICIUS DE PAULA DA SILVA, RODOLFO LUIZ AMORIM DE OLIVEIRA, RAFAEL DE OLIVEIRA CARDOSO, EDUARDO AUGUSTO MORAES HUBNER DE SOUZA, FLAVIA VERONICA FERREIRA LOPES e LEONARDO ANTONIO DOS SANTOS BALTAZAR

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


A tetralogia de Fallot (TOF) é a forma mais predominante de doença cardíaca cianótica no mundo, ocorrendo em 1 a cada 3000 nascimentos vivos e responde por 10% de todas as principais doenças cardíacas congênitas. A doença consiste em defeito de septo ventricular, estenose pulmonar, dextro-posição de aorta e hipertrofia de ventrículo direito (VD), secundários ao desvio anterior do septo infundibular, que é a sua principal característica. Objetivamos relatar as características pré e pós cirúrgicas de uma paciente com TOF e sua correção aos 28 anos de idade. Método: relato de caso. Paciente 28 anos, feminino, diagnóstico ecocardiográfico de tetralogia de Fallot e clínica de insuficiência cardíaca direita com função sistólica de VE preservada. Iniciou há cerca de três meses dispneia aos médios esforços e edema importante de membros inferiores. Procurou atendimento, sendo realizado ecocardiograma que revelou septo ventricular com comunicação interventricular perimembranosa com shunt VE-VD significativo, valva tricúspide espessada com regurgitação moderada a importante, tronco da artéria pulmonar levemente dilatado com persistência do canal arterial, dextroposição da aorta e hipertrofia de ventrículo direito. Outros achados foram hipoplasia de quirodáctilos, escoliose acentuada de coluna lombar e face sindrômica. Realizado procedimento cirúrgico com dissecção e ligadura do canal arterial patente, atriotomia direita longitudinal e correção de comunicação interventricular. Também feito ventriculotomia direita infundibular com ressecção de estenose infundibular e comissurotomia de válvula pulmonar. Discussão: O conhecimento mais amplo do ponto de vista embriológico, fisiopatológico e clínico, juntamente com recursos terapêuticos, direcionaram à melhoria do tratamento clínico e principalmente aos avanços cirúrgicos da tetralogia de Fallot, ocasionando atualmente diminuição progressiva da idade à operação corretiva, resultando uma indicação quase irrestrita da correção precoce. Analisando a sobrevivência de crianças com tetralogia de Fallot operadas nos primeiros 18 meses de vida, considerou-se que a correção primária precoce parece proteger a função neurológica, a função ventricular esquerda e produzir menos arritmias. Poucos casos na literatura descrevem o procedimento e as características hemodinâmicas pré e pós-operatórias em pacientes adultos, sendo este um estudo complementar para conhecimento desta patologia.

## 46299

**Bloqueio atrioventricular total no pós operatório tardio da Tetralogia de Fallot.**


ROSANE CARDOSO FERREIRA, DIOGO ARAÚJO REBELLO e ANA ISABEL NOBRE MAIA

Hospital Aroldo Tourinho, Montes claros, MG, Brasil.


Tetralogia de Fallot é uma cardiopatia congênita na qual observamos comunicação interventricular (CIV), hipertrofia de ventrículo direito (VD), obstrução de via saída de VD e cavalgamento da aorta. Os distúrbios de condução podem ocorrer após a cirurgia de correção dessa cardiopatia. O nó atrioventricular, o feixe de His e as suas divisões estão muito próximas a CIV e podem ser lesados durante a cirurgia. Um bloqueio atrioventricular permanente após a cirurgia é raro. Quando presente, ele deve ser tratado com implante de um marcapasso definitivo. Mesmo um bloqueio atrioventricular transitório no período pós operatório imediato é raro nos pacientes com tetralogia. A Tetralogia de Fallot pode estar associada a maior incidência de bloqueio atrioventricular completo de início tardio e morte súbita. No ECG observamos com frequência desvio do eixo para direita e bloqueio de ramo direito. O presente relato trata-se do paciente de 36 anos, com Tetralogia de Fallot, com correção cirúrgica aos 9 anos de idade. Uso domiciliar de captopril e furosemida. Durante todo esse tempo permaneceu estável, sem queixas, em acompanhamento irregular com cardiologista. Porém, em março 2016 procurou atendimento médico com quadro de mal estar, edema em membros inferiores e dispnéia em repouso com evolução de aproximadamente um mês. Realizado ECG que evidenciou Bloqueio Atrioventricular Total (BAVT). Ecocardiograma mostrou correção cirúrgica da Tetralogia de Fallot, Fração de ejeção 71%, estrutura compatível com PATCH no septo interventricular perimembranoso, sem evidência de shunt residual, dilatação importante das câmaras direitas, disfunção sistólica de VD, comunicação Ventriculo esquerdo/ átrio Direito com dimensão aproximada de 4 mm, câmaras esquerdas com dilatação leve, artéria pulmonar e seus ramos com hipoplasia leve, PSAP:39 mmhg, valva pulmonar com espessamento leve,sem gradiente sistólico de significado hemodinâmico. Optado pela implante de marcapasso. Porém, durante procedimento, houve dificuldade na progressão do eletrodo para o átrio direito, implantado, por isso, marcapasso unicameral. Paciente recebeu alta com bom estado geral, sem queixas. Esse relato tem o objetivo de demonstrar a ocorrência de bloqueio atrioventricular total em pós operatório tardio da Tetralogia de Fallot com resultado favorável para o paciente após implante de marcapasso, como também a dificuldade técnica para o implante do dispositivo,devido a malformação decorrente dessa cardiopatia congênita.

## 46301

**Fístula aorta-átrio direito por endocardite infecciosa - relato de caso.**


FILIPE MENDONÇA CABRAL, PRISCILA PIMENTEL BERNO, FELIPE AUGUSTO CARVALHO RIBEIRO, HENRIQUE DE MATOS BALMANT BERBERT, MAIRA DUARTE FERREIRA, ALEXANDRE HENRIQUE COBUCCI SANTANA, SUSANA DRUMOND PERES, FABIO BARROS DOS REIS, NATÁLIA COUTINHO CHAVES e GUILHERME HENRIQUE FIGUEIREDO DE OLIVEIRA

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, Brasil - PUC Minas, Belo Horizonte, MG, Brasil.


Introdução: A formação de fístulas por Endocardite Infecciosa (EI) é rara, no entanto, a sua presença coloca o paciente em alto risco de insuficiência cardíaca (ICC) e morte. A incidência é de aproximadamente 1,6% dos casos EI, e o principal microrganismo associado é Staphylococcus aureus. Relato de caso: M.A.S., 51 anos, hipertenso, diabético, dislipidêmico, portador de insuficiência renal crônica, valvopata com troca aórtica biológica em 2005. Histórico de EI em set/2015 com uso prolongado de antibioticoterapia e retroca valva aórtica com reconstrução do anel valvar em set/2015, no Hospital Metropolitano Serra-ES. Evoluiu em domicílio com dispnéia progressiva, quando procurou atendimento médico em Itabira-MG onde realizou Ecocardiograma transtorácico mostrando prótese aórtica normofuncionante com regurgitação moderada e imagem sugestiva de fístula aorta-átrio direito (AO-AD). Transferido em 20/11/2015. Internado na UTI devido ICC, submetido ao Ecocardiograma transesofágico que mostrou prótese aórtica disfuncionante com regurgitação grave, disfunção do ventrículo direito (VD), Insuficiência tricúspide moderada, PSAP 80 mmHg, fístula AO-AD. No dia 27/11/2015 foi submetido a retroca aórtica com prótese biológica n° 21 e correção da fístula. Conclusão: A fístula ocorre quando o abscesso corrói duas estruturas adjacentes, levando à comunicação entre essas estruturas. O abscesso perivalvar da EI da valva aórtica pode levar à formação de fístula com qualquer câmara cardíaca. A infecção da cúspide coronariana direita pode levar à fístula entre AO e o AD ou VD; a infecção da cúspide coronariana esquerda resulta em fístula com o átrio esquerdo (AE), já a infecção da cúspide não coronariana leva á fístula com o AD ou o AE. Sem a correção cirúrgica, a erosão do espaço pericárdio é fatal, devido ao tamponamento por hemopericárdio. As complicações mais frequentes e importantes da EI são a ICC, extensão perianular e eventos embólicos. A ecocardiografia desempenha um papel importante na detecção dessas complicações, que geralmente são as principais causas de tratamento cirúrgico precoce.

## 46304

**Drenagem anômala total das veias pulmonares, comunicação interventricular e hipertensão arterial pulmonar grave: relato de caso.**


TAMARA CAROLINE SILVA RIBEIRO, MARIA EMILIA BATISTA ROSA, ALEXANDRA CUMANI TOLEDO, DANIELA FLÁVIA DE OLIVEIRA e SARA DA SILVA GUEDES
Hospital Universitário - UFJF, Juiz de Fora, MG, Brasil - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.


Introdução - A Drenagem Anômala Total das Veias Pulmonares (DATVP) é uma doença rara, responsável por 1 a 3% das anomalias cardíacas congênitas. Nessa doença, as quatro veias pulmonares não se conectam no átrio esquerdo e todo o sangue que está retornando dos pulmões é drenado para o átrio direito, por meio, ou não, de um saco coletor. Relato de caso - MGL, masculino, 12 anos, nascido em 23/06/2005 com cansaço, taquipnéia e taquicardia. Após 1 mês, foi diagnosticado com Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) grave sendo então internado e medicado com Digoxina, Captopril e Furosemida. Logo após, realizou ECO e diagnosticou-se defeito no septo atrioventricular forma intermediária, que foi repetido para melhor avaliação e mostrou se tratar de DATVP em seio coronariano com pressão sistólica na artéria pulmonar (PSAP) estimada em 100mmHg e comunicação interventricular (CIV) muscular trabecular. Na evolução, mantinha sinais de ICC. Realizou-se, então, correção cirúrgica de DATVP e cerclagem de artéria pulmonar aos 3 meses. O paciente evoluiu com hipertensão arterial pulmonar (HAP) importante e aos 2 anos foi submetido a um cateterismo com o resultado: MANOMETRIA (TP-VD-70/30- 70/12; AD-10; VCS-10; VE/Ao- 80/25-80/40) e OXIMETRIA (VCSA-89%; AD-88%; VD-94%; TP-93%; Ao-91%). Em razão disso, iniciou-se o uso de Sildenafil, 0,5mg/Kg/dose, 2x ao dia e, posteriormente, 3. O quadro evoluiu com melhora da ICC. O uso de Furosemida e Digoxina foi suspenso, enquanto o de Espirolonactona, Captopril e Sildenafil foi mantido. Apresentava-se assintomático, mas um ECO, aos 7 anos e 11 meses, manteve CIV no septo médio, medindo aproximadamente 0,6 cm com QP/QS de 3,7/1. Além disso, observou-se dilatação discreta de ventrículo esquerdo e PSAP de 45mmHg medida pelo refluxo tricúspide. Aos 8 anos foi realizado um novo cateterismo no qual obteve-se: MANOMETRIA (TP-VD-43/22-43/12; VD-AD-SGD; AD-10;VCS-10; VE-Ao-96/20-96/60) e relação FP/FS= 2,76/1; RAP total=0,93 unid wood; RAS total= 9,3 unid wood; relação RAP/RAS=0,1. Com base nesses resultados, foi indicada correção da CIV, obtendo-se ótimo resultado cirúrgico. Conclusão - Paciente com cardiopatia congênita cianótica grave e rara, com manifestação na primeira semana de vida, foi submetido à correção cirúrgica de DATVP e controle. O tratamento para ICC e HAP com uso de Sildenafil possibilitou melhora progressiva e a correção cirúrgica da CIV, que não pôde ser abordada na primeira cirurgia e que seria difícil sem essa terapêutica.

## 46306

**Miocardiopatia alcóolica.**

JESSICA RODRIGUES GIRUNDI GUIMARAES, RODRIGO ANDRADE CARMELLO e SILVANA DE ARAUJO SILVA

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

Introdução: A miocardiopatia alcoólica (MCA) é uma miocardiopatia dilatada (MCD) incomum associada ao uso do álcool. Entre os etilistas tem prevalência de 0,43% em mulheres e 0,25% em homens. Representa 23 a 47% das MCD. Objetivos: Descrever achados clínicos e radiológicos que permitem diferenciar essa miocardiopatia das demais. Relato de caso: Paciente masculino, 30 anos, natural e procedente de Belo Horizonte evoluindo há sete meses com dispneia aos pequenos esforços e edema de membros inferiores. Admitido em anasarca. Exame físico: sopro sistólico grau II em borda esternal esquerda baixa. Etilista pesado e usuário de drogas ilícitas não injetáveis desde os 16 anos. Portador de marcapasso devido à bloqueio atrioventricular total prévio. Radiografia de tórax: índice cardiotorácico aumentado às custas de ventrículo esquerdo (VE), congestão e derrame pleural à direita. Ecocardiograma: insuficiência do VE. Sorologias para doença de Chagas negativas. Hipóteses diagnósticas: Sintomas de insuficiência cardíaca (IC) com área cardíaca aumentada sugerem MCD. Principais etiologias: isquêmica, chagásica, valvular e alcoólica. Paciente jovem, sem fatores de risco para etiologia isquêmica e sem dor torácica; não procedente de área endêmica e sorologias negativas para Doença de Chagas; ausculta pouco comprometida tornam menos prováveis as três primeiras etiologias. Por exclusão, juntamente com a grande ingesta de álcool, a principal hipótese foi a MCA. MCA é considerada a principal causa de MCD não isquêmica em países ocidentais. Não há critérios para o diagnóstico, o qual é feito em pacientes com MCD sem causa identificada e longa história de abuso de álcool. A quantidade e duração do uso de álcool não estão estabelecidas, mas o consumo de 90g/dia por cinco anos é relacionado com alto risco. Há uma fase assintomática com dilatação e aumento da massa do VE e disfunção diastólica. Na fase sintomática, em que há procura pelo atendimento médico, ocorrem incremento da dilatação e do aumento da massa do VE, afinamento da parede cardíaca, disfunção sistólica e arritmias. Condutas: Abstinência alcoólica e tratamento da IC. Conclusão: Considerando a abordagem da MCA, deve-se atentar ao diagnóstico dessa enfermidade em pacientes que possuem história de etilismo pesado, ainda na fase assintomática, e deve-se ressaltar a importância da abstinência alcoólica, fundamental para o restabelecimento cardíaco, principalmente se for implantada precocemente.

## 46319

**Síndrome de Takotsubo: relato de caso.**

ELUAN ALBUQUERQUE DE LIMA, ANDERSON PEREIRA DE OLIVEIRA, HUMBERTO DE FREITAS BOY, LOHANA DE CARVALHO FERREIRA, MARCUS VINICIUS DE PAULA DA SILVA, RODOLFO LUIZ AMORIM DE OLIVEIRA, RAFAEL DE OLIVEIRA CARDOSO e EDUARDO AUGUSTO MORAES HUBNER DE SOUZA

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

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Takotsubo (ST) foi descrita pela primeira vez em 1991 no Japão, como uma condição reversível, em que ocorre uma disfunção transitória do ventrículo esquerdo conferindo um aspecto de balão, com hipocinesia apical importante, geralmente precipitada por um estresse físico ou emocional. A ST é mais comum em mulheres, com mais de 50 anos, pós-menopausa. Seu quadro clínico é indistinto de uma SCA. DESCRIÇÃO DO CASO: MICM, 63 anos, branca, sexo feminino, natural de Belo Horizonte, com história de transtorno de ansiedade e relato de estresse emocional na noite de 15/03/2016, evoluiu na madrugada do dia 16/03/2016, com dor torácica típica, de forte intensidade, que irradiava para membro superior esquerdo, associado a dispneia. Procurou atendimento em UPA após 2 horas do inicio dos sintomas. Na entrada realizou ECG que evidenciou alteração dinâmica da onda T, com posterior inversão em V3-V5, aumento discreto de CPK e CKMB, sendo iniciado protocolo para SCA e solicitado vaga de CTI em hospital. No mesmo dia deu entrada no CTI, estável, assintomática, ao exame encontrava-se em bom estado geral, eucárdica, eupneica, normotensa, aparelho respiratório e cardiovascular sem alterações; solicitado novo ECG que evidenciou inversão de onda T em V2-V5 e alteração da repolarização ventricular em parede inferior, troponina positiva, com alteração discreta. No dia seguinte realizou cineangiocoronariografia que revelou coronárias isentas de obstruções, VE com acinesia apical, balonamento apical e segmentos basais normocinéticos. No dia 18/03/2016 recebeu alta para a enfermaria para continuidade do tratamento. Em 21/03/2016 realizou ecocardiografia que evidenciou uma cardiopatia segmentar com função preservada, acinesia do apex, disfunção diastólica leve. Em 23/03/2016 recebeu alta para domicilio, com encaminhamento para ambulatório de cardiologia. HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: SCA / Síndrome de Takotsubo. CONDUTA: Realizado inicialmente protocolo para SCA, com IECA, beta-bloqueador, AAS, clopidogrel, fondaparinux. Após o diagnóstico de ST foram suspensos AAS e clopidogrel e mantido apenas o beta-bloqueador e IECA. CONCLUSÃO: A ST é uma entidade que deve ser considerada no diagnóstico de SCA, especialmente quando os sintomas forem desencadeados após estresse. Caracteriza-se com uma boa evolução, baixa mortalidade e alta reversibilidade da disfunção cardíaca.

## 46321

**Múltiplas microfístulas coronárias como causa de insuficência cardíaca grave.**

LUCIANA GONTIJO VIVIAN, JULIANA COSTA, ARI MANDIL, JAMIL ABDALLA SAAD, EDUARDO K M WASHIZU, EFRAIM LUNARDI FLAM, JOSANA LUCAS ARAUJO, PAULA VALLE VERSIANI, FÁBIO ÁVILA TÓFANI e EDUARDO BELISÁRIO FALQUETO

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução:A fístula coronária é uma anomalia caracterizada por uma comunicação anormal entre a artéria coronária e uma câmara cardíaca e artéria pulmonar. Podem ser congênitas, na maior parte dos casos, ou adquiridas como complicação de algum procedimento invasivo. Apresenta manifestação clínica variável, dependendo do volume do débito, localização e de outras comorbidades.
Descrição do caso: Paciente, 53 anos, feminina, previamente hígida, com história de desconforto retroesternal, caracterizado como dor torácica atípica e dispnéia aos esforços. O teste ergométrico foi interrompido aos três minutos do exame devido a alteração eletrocardiográfica isquêmica. O ecocardiograma transtorácico evidenciou fração de ejeção do ventrículo esquerco (VE) de 29%;
VE aumentado em grau importante; acinesia do segmento basal da parede inferior, do segmento basal infero-lateral e insuficiência mitral leve. Diante desses resultados foi solicitada cinecoronariografia (CATE), que mostrou artérias coronárias muito dilatadas e tortuosas, isentas de obstrução angiograficamente significativas. Foram visualizadas múltiplas microfístulas entre as coronárias direita e esquerda e ventrículo esquerdo. Paciente não apresentava outros
comemorativos em sua história pregressa e exames complementares que justificassem outras etiologias para insuficiência cardíaca.
Hipótese diagnóstica: Insuficiência cardíaca grave causada por múltiplas microfístulas coronárias.
Conduta: Paciente manteve tratamento clínico otimizado para insuficiência cardíaca e permaneceu sintomática, sendo iniciada avaliação para o transplante cardíaco.
Conclusão: Entre as causas de insuficiência cardíaca, as anomalias de coronárias são eventos raros, quando presentes, usualmente são de pequena repercussão clínica. No entanto, quando associadas à insuficiência cardíaca, o fazem pelos mecanismos de alto débito e isquemia. Raramente tais casos evoluem com a necessidade de transplante cardíaco.

## 46322

**Implante de nova valva aórtica percutânea após identificação de leak paravalvar.**

LUCIANA GONTIJO VIVIAN, JULIANA COSTA, JAMIL ABDALLA SAAD, EDUARDO K M WASHIZU, EFRAIM LUNARDI FLAM, EULER VILLELA, MILENE SOUZA CASTRO, JOSANA LUCAS ARAUJO, ARI MANDIL e EDUARDO BELISÁRIO FALQUETO

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: O implante da valva aórtica percutânea (TAVI) tem revelado resultados eficazes para pacientes com risco intermediário e alto para cirurgia cardíaca. Os estudos têm-se centrado na compreensão e redução das complicações da TAVI, como o leak paravalvar (LPV). O LPV é causado por aposição incompleta da prótese com o anel aórtico. A sua identificação e abordagem durante a realização da TAVI são de grande importância devido a associação do LPV com resultados adversos após o procedimento, como aumento da mortalidade em um ano, redução na melhora da classe funcional e maiores taxas de re-hospitalização.
Descrição do Caso: Paciente, masculino, 81 anos, hipertenso, déficit cognitivo, IMC 16, portador de estenose aórtica grave por critérios ecocardiográficos com classe funcional NYHA III. Possui STS score com risco intermediário e 23,6% de morbimortalidade para abordagem cirúrgica. Optado por realização de TAVI. Na avaliação da angiotomografia de aorta a medida do ânulo aórtico indicava o implante da prótese número 23. Paciente submetido a TAVI via femoral. Após valvoplastia aórica com balão 20mmx4cm foi implantada bioprótese aórtica Edward Sapien 23 com auxílio do ecocardiograma transesofágico e, após overpacing com marcapasso, feito aortografia que evidenciou regurgitação aórtica significativa compatível com leak paravalvar.
Hipótese diagnóstica: Leak paravalvar grave.
Conduta: Optado por implante de uma segunda endoprótese Edward, no qual houve bom resultado final. Ao ecocardiograma após o procedimento houve queda do gradiente médio de 58 para 15mmHg. Em avaliação após um ano de acompanhamento paciente apresenta-se em classe funcional I, sem complicações.
Conclusão: Devido a associação do LPV com futuros desfechos desfavoráveis, a imediata identificação e correção no mesmo ato operatório neste caso esteve associado a sua boa evolução tardia. O implante de uma segunda prótese sobre a primeira prótese previamente implantada é um procedimento factível e está indicado na presença de LPV.

### 46324

**Acidente vascular encefálico isquêmico por embolização de mixoma atrial.**


FLAVIA VERONICA FERREIRA LOPES, LEONARDO ANTONIO DOS SANTOS BALTAZAR, FORTUNATO FRANCO BORGES JUNIOR, RAFAEL SANTOS PRADO, MARIO LUCIO FRANCO PEREZ, SAMARA MARIA LEANDRO DA COSTA, ANTONIO CANDIDO DA SILVA FILHO, HUMBERTO DE FREITAS BOY, ANDERSON PEREIRA DE OLIVEIRA e EDUARDO AUGUSTO MORAES HUBNER DE SOUZA

Santa Casa de Misericordica, Belo Horizonte, MG, Brasil.


INTRODUÇÃO: Os Mixomas Cardíacos são o tumor primário mais comum do coração e representam,aproximadamente,75%a80%dotumorescardíacoscirúrgicos.Aprevalência maior se encontra em mulheres, localizando-se principalmente no átrio esquerdo, com uma incidência superior a 70% nesta câmara, chegando a 94% dos tumores solitários. RELATO DE CASO: T.A, sexo feminino, 42 anos, previamente hígida, encaminhada a unidade de Pronto Atendimento após episódio de síncope em via pública, seguido por hemiparesia a direita, disartria, desvio de comissura labial para esquerda, sialorreia e liberação esfincteriana. Realizado Tomografia Computadorizada de Crânio, que confirmou Acidente Vascular Encefálico Isquêmico em região de cápsula interna esquerda. Durante rastreio, solicitado Ecocardiograma Transtorácico e observado grande massa aderida a átrio esquerdo. Com isso, optado por transferência da paciente para Hospital de referência.
Repetido Ecocardiograma que confirmou presença de grande massa homogênea aderida ao septo interatrial esquerdo medindo 5,0x1,0x2,7 cm, sugestivo de mixoma atrial, fração de ejeção de 66% e função biventricular preservada. Optado por correção cirúrgica através de ressecção do Mixoma (Tumor comprovado posteriormente através de exame Histopatologico). Ato dito sem intercorrências.
Evoluiu com estabilidade hemodinamica, sem novas queixas, mantendo disartria leve e hemiparesia a direita. Recebeu alta hospitalar melhorada com proposta de acompanhamento ambulatorial.
CONCLUSÃO: Os portadores de Mixoma cardíaco apresentam-se com uma tríade clássica dos sintomas: manifestações constitucionais, embólicas ou obstrutivas. No caso relatado, a única manifestação apresentada foi embolização proveniente do Mixoma Atrial para o Sistema Nervoso Central; Apesar de raro, deve-se sempre atentar para este diagnóstico, principalmente em mulheres, sem comorbidades.

### 46326

**Identificação da artéria culpada no infarto agudo do miocárdio sem supra de ST pela ressonância magnética cardíaca.**


JULIANA COSTA, LUCIANA GONTIJO VIVIAN, JAMIL ABDALLA SAAD, ARI MANDIL, EDUARDO K M WASHIZU, MILENE SOUZA CASTRO, LUIZ CHAVES MENDES, EFRAIM LUNARDI FLAM, TANIA F L FONSECA e EDUARDO BELISÁRIO FALQUETO

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.


Introdução: No infarto agudo do miocárdio sem supra de ST (IAMSSST) um terço dos pacientes possui lesão coronariana única, o que define a artéria a ser abordada na revascularização. Nas lesões multiarteriais a decisão é mais complexa e a escolha tem de ser feita entre angioplastia da lesão culpada, de múltiplos vasos e cirurgia de revascularização. A identificação da lesão culpada é de grande importância. Alguns aspectos dão indícios para sua identificação: lesões críticas, sinais angiográficos de possíveis trombos, alteração do fluxo. Os métodos de imagem colaboram para identificação do miocárdio lesado, sendo a Ressonância Magnética Cardíaca (RMC) um método com elevada acurácia e reprodutibilidade para análise das funções global e segmentar do miocárdio e caracterização da área de necrose/fibrose resultante do infarto agudo/crônico. A RMC demonstra correlação quase exata entre os valores da massa infartada e anatomia patológica. Descrição do Caso: Paciente 62 anos, masculino, hipertenso, com história de angioplastia em artéria coronária direita (CD) há 5 anos, procura atendimento médico em nível ambulatorial com queixa de dor torácica atípica CCSII há cerca de 2 meses. Solicitada RMC como teste funcional que evidenciou fibrose em parede inferior e isquemia anterior. Diante deste resultado foi solicitada cinecoronariografia (CATE) eletivamente. Antes da realização deste exame, paciente apresentou quadro de dor torácica típica em repouso, elevação de troponina e ECG com ritmo idioventricular acelerado. No CATE havia lesão grave (95%) em óstio do 1º ramo diagonal e lesões discretas em descendente anterior (DA); stent em CD pérvio. O ramo diagonal era fino e de difícil abordagem percutânea; além disso, a isquemia da RMC não correspondia ao território de irrigação do ramo diagonal. Hipótese diagnóstica: IAMSSST. Conduta: Desta maneira, optou-se por realizar nova RMC para avaliar área de infarto agudo. Esta evidenciou edema e necrose de parede anterior, correspondente a área de irrigação da DA, sendo esta a artéria culpada. Optado pela não revascularização da lesão do ramo diagonal. Mantido o paciente em tratamento clínico. Conclusão: Angioplastia da lesão culpada é geralmente a primeira escolha na maioria dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda e multiarteriais. Algumas lesões culpadas podem ser angiograficamente leves do ponto de vista obstrutivo de modo que não necessitam de angioplastia, sendo deficiente sua avaliação apenas pelo método angiográfico.

### 46327

**Reativação da doença de chagas após transplante cardíaco: relato de caso.**


JULIANA COSTA, LUCIANA GONTIJO VIVIAN, JOSANA LUCAS ARAUJO, MILENE SOUZA CASTRO, LUIZ CHAVES MENDES, EULER VILLELA, LYS B B LOPES, PAULA VALLE VERSIANI, FRANCIELE A SILVA e FÁBIO ÁVILA TÓFANI

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.


Introdução: A persistência do Trypanosoma cruzi (TC) no coração e em outros órgãos nos pacientes transplantados com Doença de Chagas (DC) tem sido demonstrada, o que pode propiciar a sua reativação com o uso dos imunossupressores. Ela é caracterizada por um retorno aos níveis elevados de replicação do parasita semelhantes aos observados na infecção aguda. Apesar da reativação ser frequente (25-90%) a sobrevida a longo prazo é considerável. O caso relatado corresponde a um paciente submetido a transplante cardíaco, portador da DC e com desfecho negativo após reativação. Descrição do Caso: E.P.F., 59 anos, leucoderma, portador de miocardiopatia chagásica, classe funcional IV. Submetido a transplante cardíaco em dezembro de 2015, sendo iniciado tratamento imunossupressor (ciclosporina, micofenolato e prednisona). No pós-operatório imediato evoluiu sem intercorrências. Um mês após o transplante cardíaco retorna com quadro de lesões nodulares, hiperemiadas e dolorosas em membros inferiores. Evoluiu com piora da função renal, leucocitose, plaquetopenia e provas inflamatórias elevadas. Hipótese diagnóstica: Aventada como diagnóstico a reativação da DC. Conduta: Realizada biópsia das lesões da pele e subcutâneo que revelou histiócitos contendo formas parasitárias amastigotas compatíveis com TC. A biópsia endomiocárdica não observou alterações degenerativas ou processo inflamatório. Iniciado Alopurinol, sendo substituído por Benzonidazol. Evoluiu com infecção bacteriana sendo iniciada antibioticoterapia guiada por culturas. Devido piora da função renal necessitou de hemodiálise, Ciclosporina foi substituída por Sirolimus e suspendeu-se a prednisona. Paciente evolui com choque séptico e óbito. Conclusão: A terapia imunossupressora em pacientes chagásicos após transplante cardíaco deve ser mantida na menor dose possível livre de rejeição para evitar a reativação da DC. Terapia antitrypanosomal geralmente não é recomendada para pacientes em risco de reativação, pois o tratamento é improvável que seja curativo neste cenário e carrega um risco substancial de efeitos adversos. A hipótese diagnóstica deve ser considerada em pacientes com febre indeterminada, nódulos subcutâneos, manifestações neurológicas, pancitopenia, persistência de rejeição, arritmias, fragmento de biopsia miocárdica com detecção do TC. Apesar da reativação ter bom prognóstico, pode ser fator de risco para outros comemorativos como infecções bacterianas secundárias e reduzir a sobrevida do paciente.

### 46329

**Rabdomiólise decorrente do uso de estatina: relato de caso.**


GUSTAVO AMARAL SILVA, KELLEN SILVA SOUSA, CARLOS EDUARDO MESSINGER SALOMAO e PATRICIA MARIA MARQUES PIMENTA

Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, MG, Brasil - Hospital Universitário Ciências Médicas, Belo Horizonte, MG, Brasil.


Introdução: As estatinas são fármacos utilizados no tratamento de dislipidemias, sendo a primeira opção medicamentosa nas prevenções primária e secundária de eventos cardiovasculares. Apesar dos eventos adversos serem raros, estes, quando presentes, podem ter elevada morbimortalidade, destacando-se miopatia e hepatopatia. Quando há lesão muscular, grandes quantidades de creatinofosfoquinase (CPK) são liberadas na circulação, sendo observadas em 3% dos pacientes em uso de estatina, enquanto a miopatia significativa ocorre em apenas 0,1%, podendo causar lesão renal aguda. Descrição do Caso: Paciente de 54 anos, sexo feminino, admitida com quadro de prostração, astenia e mialgia generalizada. Ao exame apresentava-se bradipsíquica e com edema facial e de membros inferiores (+/4+). Paciente hipotireoidea, em uso de levotiroxina sódica (100mcg), e dislipidêmica, em uso de sinvastatina (40mg). Exames laboratoriais à admissão: CPK sérica: 3.015 UI/L; Creatinina sérica: 2,2 mg/dL; e TSH: 9,21mUI/L. Hipóteses Diagnósticas: O diagnóstico de rabdomiólise baseia-se em um quadro clínico sugestivo, elevação dos níveis de enzimas musculares e lesão de órgão-alvo. A tríade clássica, mas nem sempre presente, é composta por mialgia, fraqueza muscular e urina escurecida. Diante de um caso de rabdomiólise, deve-se pensar em quatro grupos etiológicos: trauma, excesso de atividade muscular, defeitos enzimáticos hereditários e outras causas clínicas, incluindo medicações e doenças endócrinas. Neste caso, as hipóteses foram hipotireoidismo descompensado, detectado pela elevação dos níveis de TSH, e, principalmente, o uso de estatinas, devido à relação entre o uso recente do medicamento e os sintomas. Conduta: O objetivo primário na rabdomiólise é a prevenção de fatores que potencializam a lesão renal aguda. Dessa forma, instituiu-se hidratação vigorosa. Não foi necessária a alcalinização urinária, uma vez que o pH da urina estava acima de 6,5. Feita também a otimização da dose de levotiroxina e suspensão da estatina. Após conduta adotada, paciente evoluiu com melhora clínico-laboratorial. Conclusão: Sabendo-se dos possíveis efeitos colaterais das estatinas, é fundamental o acompanhamento do paciente, a fim de minimizar os riscos de miopatia. São aceitáveis elevações de CPK até 5 vezes o limite superior da normalidade e orientado a suspensão do tratamento se níveis acima deste valor, bem como a persistência de sintomas musculares.

## 46330

**Impacto da cirurgia gastroplastia redutora no pós-operatório de cirurgia de cirurgia cardíaca.**

MIRIAM DAMIÃO GOMES SEABRA, PAULO CÉSAR SANTOS, LUDMILA GONCALVES FREITAS, VIVIAN DAMIÃO SEABRA COELHO, ANA LUIA COUTINHO FERREIRA DA SILVA e LEANDRO ALVES GARCIA

Hospital Santa Genoveva, Uberlândia, MG, Brasil - Universidade de Uberaba, Uberaba, MG, Brasil.

Introdução: Os resultados da cirugia cardíaca estão relacionados aos fatores de risco pré-operatórios e ao adequado manejo da homeostase durante e após o procedimento cirúrgico. O presente relato, objetiva mostrar o impacto da gastroplastia redutora à Capella no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Descrição do caso: Paciente 43 anos, sexo feminino, passado de valvopatia reumática, já tendo realizado duas cirurgias de troca de válvula mitral e aórtica, por prótese biológica, aos 15 e 35 anos de idade e gastroplastia redutora à Capella há 7 anos, vinha sem acompanhamento nutricional e cardiológico. Há 2 meses, apresentou piora da dispneia e deu entrada em serviço terciario em edema agudo de pulmão. Realizou cirurgia de retroca mitral e aórtica e plastia tricúspide (EuroSCORE II: 16.18% e AMBLER et al: 14.3%). Houve dificuldade com terapia nutricional, devido a síndrome disabsortiva, resultando em hipoalbuminemia, anasarca refratárias e úlcera de pressão em região sacral. Após resolução dessas complicações, recebeu alta no 28º dia de pós-operatório. Exame físico: peso inicial: 85Kg, hipocorada, afebril, acianótica; pulmões: estertoses bolhosos até ápice bilateralmente; ritmo cardiaco regular, ruflar diastólico em foco mitral +++/++++, sopro sistólico em foco aórtico ++/++++; abdomen: fígado 3cm RCD; membros: edema ++/++++. Exames complementares: hemograma: anemia discreta, leucocitose; hiponatremia; creatinina: normal; hipoalbuminemia: 2,5g/dl; deficiência de vitamina B12 e ferro. Ecocardiograma transesofágico: disfunção tipo estenose de bioprótese mitral importante, disfunção de bioprótese aórtica tipo estenose moderada, insuficiência tricúspide, hipertensão arterial pulmonar (PSAP: 112mmHg). Hipótese diagnóstica: edema agudo de pulmão,estenose de prótese mitral e aórtica, hipertensão arterial pulmonar e síndrome disabsortiva. Condutas adotadas: Suporte nutricional: suplemento oral, dieta enteral hiperproteica e hipercalórica, tratamento da síndrome disabsortiva, reposição micronutrientes e albumina. Cirurgia de retroca de valva mitral nº 27 e aótica nº 21 por próteses biológicas e plastia tricúspide. Conclusão: A cirurgia de gastroplastia redutora à Capella para tratamento de obesidade foi um fator agravante no pós-operatório de cirurgia cardíaca e prolongou consideralvente o estado nutricional e o tempo de internação.

## 46331

**Comunicação aortocameral associada a coarctação aórtica extrema.**

THEMISSA HELENA VOSS, MURILO ALVES SANTOS, LIVIA MARIA AMBROSIO DA SILVA, VILMAR JOSE PEREIRA e ERICA SILVA

Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

Introdução: Comunicações aortocamerais podem simular a apresentação clínica e achados no exame físico de defeitos dos coxins endocárdicos. Causas adquiridas incluem lesões traumáticas, procedimentos invasivos, complicações pós operatórias, aortopatias ou infecções; destacando-se o túnel aortocameral e o aneurisma do seio de Valsalva. Coarctação aórtica é causa de hipertensão em jovens, com indicação de correção cirúrgica na maioria dos casos. Não há relato prévio de associação destas entidades. Descrição do caso: Mulher, 27 anos, fisicamente ativa, relatava diagnóstico prévio de HAS, sem farmacoterapia por não adesão. Admitida com dispneia CFNYHA III, ortopneia, DPN, edema de membros inferiores, aumento do volume abdominal e ganho ponderal de 17Kg nos 4 meses prévios. Ao exame, havia sinais de IC descompensada perfil B, com presença de sopro holossistólico 6+/6+, mais audível na borda esternal esquerda baixa, irradiando para regiões axilar e interescapular com frêmito, pulsos periféricos assimétricos (MMSS > MMII) e ITB de 0,7. A propedêutica sugeria disfunção global e o ECO mostrava aumento biatrial, hipertensão pulmonar, disfunção diastólica do VE, valva aórtica bicúspide e defeito parcial do septo atrioventricular. A avaliação com cateterismo cardíaco revelou SIV íntegro, coarctação extrema de aorta e fístula aortocameral entre o seio de Valsalva direito e o AD (Qp/Qs 2:1 IC 7L/min/m$^2$). Hipóteses diagnósticas: A avaliação hemodinâmica confirmou a coarctação aórtica suspeitada pela diferença de pulsos. Pela evolução e exame físico, a presença de CIV foi aventada; apenas o cateterismo cardíaco revelou a natureza do defeito intracardíaco, mostrando abaulamento do seio coronariano direito e fluxo em direção ao AD. Fístulas aortocamerais congênitas são raras e mais comuns no seio coronariano esquerdo, enquanto a rotura espontânea de um aneurisma de seio de Valsalva apresenta repercussão hemodinâmica aguda, compatível com o caso descrito. Condutas: Após compensação, foi submetida a correção cirúrgica da fístula aortocameral com patch de dácron e bypass da aorta ascendente para descendente com prótese de dácron, com evolução clínica favorável. Conclusão: Associação de coarctação aórtica extrema e comunicação aortocameral não encontra precedentes na literatura nacional e internacional. Reforça-se a necessidade de exame físico minucioso, além da importância da propêutica complementar para identificação de defeitos raros e programação de intervenções.

## 46334

**Valor da ecocardiografia tridimensional no diagnóstico de leak protético para-valvar.**

MARCELA B OLIVEIRA, RENATO S VENTURA, DEBORA M SOUZA, NADIR P S CRUZ, LILIAN F RIBAS e JOSE L B PENA

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: O leak paravalvar refere-se à comunicação anormal entre câmaras cardíacas adjacentes. Representa complicação após o implante de prótese valvar, seja através de cirurgia ou de abordagem percutânea (TAVI). Ocorre mais comumente em próteses mecânicas e em posição mitral (7-17%).
O leak paraprotético valvar ocorre devido à deiscência de sutura da prótese com o anel valvar e varia em tamanho. Pequenas regurgitações podem cursar de forma assintomática ou causar hemólise e gerar anemia. Já as grandes regurgitações podem acarretar insuficiência cardíaca e alto risco de endocardite infecciosa.
Descrição do caso: Paciente de 73 anos, sexo feminino, previamente submetida a duas trocas valvares mitrais, a última há dois anos. Vinha evoluindo com quadro de dispneia aos médios esforços há dois meses. Ecocardiograma transtorácico evidenciou prótese valvar com boa morfologia e movimentação dos folhetos e fluxo turbulento discreto na região posterior da prótese. Ecocardiograma transesofágico demonstrou leak para protético posterior. Utilizando a tecnologia transesofágica 3D o leak pode ser avaliado em localização precisa, dimensões e áreas. O aspecto, forma e quantificação do jato insuficiente foram detalhados.
Conclusões: A ecocardiografia transesofágica 3D avalia de forma completa a localização, forma, dimensões e áreas dos leaks. O reparo ou a substituição cirúrgica constituem o padrão ouro no tratamento do leak paravalvar mitral. Como tais procedimentos podem apresentar alta morbimortalidade operatória, foram desenvolvidos dispositivos e técnicas percutâneas recentes para o fechamento das regurgitações paravalvares. O estudo completo pelo eco 3D permite a escolha do modelo mais apropriado do dispositivo e planejamento da melhor estratégia de oclusão.

## 46337

**Dilatações gigantes de artérias coronárias - relato de caso.**

RAFAELA ANSELMO SOARES BARBOSA, MOACIR RODRIGUES DE LIMA JUNIOR, FÁBIO MORATO CASTILHO, JULIANA RODRIGUES SOARES, FLAVIA NASCIMENTO DUTRA, PAULA CARVALHO PINTO GUIMARAES, ANDRÉ SILVA RODRIGUES, MARLON VIEIRA RODRIGUES, RAQUEL DE SOUZA NOVAES COSTA e THIAGO GUIMARAES ROSA CARVALHO

Fundação Hospitalar São Francisco de Assis, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: as dilatações das artérias coronárias são eventos raros; sua patogênese e terapia não são bem entendidos. Acredita-se ser na maioria das vezes variante da doença arterial coronariana (DAC). Descrição do caso: A.C.B, sexo masculino, 50 anos, hipertenso, diabético, história de AVE isquêmico em 2008 (US de carótidas e ecoTT sem alterações), internado com quadro de síndrome coronariana aguda em maio/2015. ECG e enzimas cardíacas sem isquemia aguda. Iniciado protocolo para angina instável. Novo ecoTT sem déficits segmentares, fração de ejeção preservada. Teste ergométrico isquêmico. CATE com ectasia das artérias coronarianas (CD: 6,9mm, DA: 8,0mm e Cx: 6,3mm) e do TCE (9,1mm), com prejuízo do fluxo, sem obstruções. Propedêutica reumatológica e exames de imagem cerebral, torácico e abdominal sem alterações. Hipótese diagnóstica: ectasia de coronárias. Conduta adotada: varfarina, AAS, sinvastatina e controle adequado da PA e do DM. Manteve-se assintomático, com RNI terapêutico. Conclusões: define-se dilatação coronariana diâmetro ≥ 1,5 vezes do trecho normal adjacente. Sua incidência varia entre 1,5-4,9% dos pacientes submetidos à CATE. Tal discrepância se deve a confusão conceitual entre aneurisma e ectasia coronariana. Aneurisma é uma dilatação localizada e ectasia, difusa. Quando o diâmetro excede 4 vezes o valor do segmento normal dá-se o nome de dilatações gigantes. Sua etiologia é variável, sendo a DAC responsável por 50% dos casos. Existe predileção para sexo masculino e acometimento da artéria CD. Ectasia das 3 coronárias e do TCE é raro. De acordo com Markis et al, modificado por Nyamu et al (Tipos I: ectasia difusa isolada, II: ectasia difusa e localizada, III: ectasia localizada isolada; IV: envolvimento do TCE, IVb: envolvimento concomitante de outros vasos) nosso paciente foi classificado como tipo IVb. Usando a classificação proposta por Markis et al, modificado por Harikrishnan et al (Tipos I: ectasia difusa de 2-3 vasos; Ia: difusa em 3 vasos, II: ectasia difusa em 1 vaso e localizada em outro,III: ectasia difusa em 1 vaso; IV: ectasia localizada em 1-3 vasos) o paciente foi classificado como Ia. A ectasia acarreta em fluxo lento e predispõe à trombos. Sugere-se como tratamento a associação de antiagregante plaquetário e anticoagulante, além de bloqueadores do canal de cálcio/nitratos. Alguns casos podem necessitar intervenção cirúrgica. Ainda há dúvidas sobre o assunto, ficando evidente que requer mais estudos para abordagem adequada.

## 46340

**Valor da ecocardiografia no diagnóstico e acompanhamento das complicações da endocardite infecciosa.**


LILIAN FIGUEIREDO RIBAS, MARCELA BRANDÃO DE OLIVEIRA, DEBORA MAGALHES DE SOUZA, RENATO SOARES VENTURA, NADIR PRISCILA SILVA DA CRUZ, CHARLES SIMÃO FILHO e JOSE LUIZ BARROS PENA

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.


Introdução: O ecocardiograma, pelos critérios de Duke, é colocado em destaque para o diagnóstico de endocardite. A sensibilidade e especificidade do método transtorácico (ETT) são cerca de 60% e de 98%, respectivamente. O ecocardiograma transesofágico (ETE), particularmente útil nos portadores de próteses valvares e na avaliação das complicações, tem sensibilidade de 75-95% e especificidade de 85-98%. Relato do caso: Paciente sexo feminino, 43 anos, renal crônica não dialítica, portadora de insuficiência aórtica importante, sintomática. Submetida a troca valvar aórtica por prótese biológica 21. ETT no pós operatório imediato evidenciou mismatch da prótese aórtica (gradiente médio 28 mmHg, velocidade de pico 3,03 m/s, orifício efetivo transprotético 0,55 cm²/m²), sem sinais de leaks trans ou paraprotético e comprometimento miocárdico importante da função sistólica do VE. Paciente apresentou status epilepticus durante permanência no CTI, com necessidade de traqueostomia. No 70 dia pós operatório, realizado ETE devido a sepse com hemoculturas positivas para Staphylococcus epidermidis, não sendo detectadas vegetações. Quatro semanas após tratamento antibiótico, feito novos estudos ecocardiográficos, verificando dilatação do seio de Valsalva, próximo à origem da coronária esquerda, e ao Doppler, detectado "leak" paraprotético de grau discreto. Quinze dias após, o ETT com uso de contraste com microbolhas verificou-se abaulamento da parede posterior da aorta, ao nível do seio não coronariano, com comunicação para a cavidade ventricular esquerda, na região de continuidade mitro-aórtica, o Doppler com mapeamento de fluxo em cores, demonstrou fluxo turbulento através da referida estrutura, indicando tratar-se de pseudoaneurisma. Após injeção de contraste endocavitário de micro bolhas, verificamos com maior nitidez o abaulamento do seio não coronariano, corroborando o diagnóstico. Realizada correção cirúrgica do pseudoaneurisma e retroca valvar aórtica. Não foram visibilizadas vegetações. Conclusões: O ecocardiograma é recomendado como exame de primeira linha em caso de suspeita de endocardite infecciosa. A utilização da ecocardiografia transesofágica é obrigatória em suspeita de acometimento de prótese valvar. Exames seriados são necessários para diagnóstico de endocardite infecciosa e muitas vezes apenas complicações são verificadas. O uso do contraste endocavitário com microbolhas pode auxiliar no diagnóstico devido a melhor visibilização das estruturas cardíacas.

## 46341

**Realce tardio do gadolínio em coração de atleta: relato de caso.**


MARIANA OLIVEIRA REZENDE, MARCEL HENRIQUE SAKAI, RAFAEL CARLOS PEREIRA, NATASHA SOARES SIMÕES DOS SANTOS, NELSON HENRIQUE GOES SCORSIONI, ALEXANDRE JOSÉ AGUIAR ANDRADE, OLIVIA XIMENES DE QUEIROGA, MURILO CASTRO FERREIRA, LUCAS FRANCHINI REZENDE e NABIL GHORAYEB

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Sao Paulo, SP, Brasil.


RELATO DE CASO:Zagueiro profissional, branco, 28 anos. Prática esportiva desde infância, profissional há 12 anos com 3h/dia 5x/sem. Assintomático, avaliação pré-participação anual sem restrições até jan/2011, quando:ECG ritmo sinusal regular (RSR), SVE (padrão de strain), distúrbio de condução do ramo direito(DCRD). Teste ergométrico (TE): normal.ECO-TT: AE 36mm, DDVE 52mm, Septo e PPVE 11mm, FE 68%, índice de massa 120 g/m2, hipertrofia isolada de músculo papilar anterolateral. Ressonância Magnética do coração (RMC): alterações fisiológicas de coração de atleta. Mantido na profissão. Avaliação set/2014: ECG: semelhante aos anteriores. RMC: Hipertrofia assimétrica de VE, parede medial inferolateral 14mm e demais paredes 11mm, função sisto-diastólica preservada, ausência de realce tardio. Afastado da profissão por hipótese diagnóstica de Cardiomiopatia Hipertrófica. Paciente buscou segunda opinião, sendo repetido RMC: aumento discreto biventricular com função sisto-diastólica preservada, realce tardio mesocárdico em ápice de VE de pequena extensão. Afastado por 90 dias. Sorologia para Coxsackie B tipo 3: 1/512 (fortemente positiva). Permaneceu assintomático; repetiu exames em jan/2015: ECG: RSR, SVE (ausência de padrão de strain), DCRD; ECO-TT: AE 32mm, DDVE 49mm, Septo 9mm, PPVE 9mm, FE 66%, índice de massa 92,68g/m2. TE: normal sob FC superior à máx.RMC: dilatação biventricular leve com função sistólica preservada, desaparecimento do realce tardio. Liberado para atividades profissionais;Repetidos exames em jan/2016 RMC septo 11mm, ausência de hipertrofia assimétrica ou de realce tardio. DISCUSSÃO:A forte suspeita inicial de Cardiomiopatia Hipertrófica não se confirmou na evolução e a sua inelegibilidade foi suspensa. O achado do realce tardio provocou confusão diagnóstica, entretanto a regressão deste achado associado à positividade da sorologia para Coxsackie definiram o diagnóstico de miocardite associada a Coração de Atleta. A regressão da cardiomegalia registrada indica alterações adaptativas não patológicas.CONCLUSÃO:O diagnóstico diferencial entre Cardiomiopatia Hipertrófica assimétrica e Coração de Atleta deve ser investigado com critério, a fim de evitar condutas precipitadas de proibição da atividade profissional. O destreinamento é uma das práticas em casos semelhantes para elucidar o quadro clínico. Recomenda-se manter controles periódicos como todo atleta profissional.

## 46345

**Dissecção arterial coronariana como diagnostico diferencial na SCA: relato de casos.**


SIMONE RODRIGUES RAMALHO, ANTONIO CARLOS NEVES FERREIRA, JOSE GUILHERME CARNEIRO, TATIANA DE BRITO MOREIRA KLEIN e ALISSON PEREIRA LEOCADIO

Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, Brasil.


INTRODUÇÃO: A dissecção espontânea de artéria coronária é uma condição rara, mais frequente no sexo feminino (90%), com um expecto clínico variável, desde angina pectoris até morte súbita. A incidência é desconhecida. Etiologia indefinida e ocorre na maioria das vezes esporadicamente sem relação genética confirmada. O diagnóstico é principalmente através da arteriografia coronária, embora outras modalidades de imagem como ultrassom intracoronariano(USIC), tomografia de coerência óptica (OCT) e angio tomografia de coronárias (angio TC) auxiliem no diagnóstico.
DESCRIÇÃO: Registros do nosso banco de dados da hemodinâmica, de pacientes com coronariografias realizadas por SCA e que tiveram o diagnóstico de dissecção espontânea coronária confirmada.
CASO 1. CASO 1. MMMA, 59 anos, hipertensa, hipotireoidéia e diabética não insulino requerente procura pronto socorro (PS) com dor torácica em aperto, irradiando para MSE e associada a sudorese. Sintomas iniciados há 1 hora e recorrentes. Marcadores de isquemia positivos e ECG sem alterações. Inciado protocolo para SCA sem supra ST e encaminhada á hemodinâmica.Coronariografia apresentando dissecção coronariana de primeiro ramo obtuso marginal. Realizada conduta conservadora recebendo alta após estabilização do quadro.
CASO 2. MELO, 70 a, HAS e dislipidemia. Dor torácica em aperto, sudorese e mal estar. ECG: supradesnivelamento de STs em parede inferior. Tratada inicialmente com antigregaçao plaquetaria dupla e admitida á hemodinâmica. Coronariografia: dissecção espontânea em terço distal de ramo diagonalis. Tratamento conservador com foco nas patologias prévias. Seguimento ambulatorial.
CASO 3. LVA, 53 anos. Previamente hígida. Ao PS com dor torácica irradiando para dorso após stress emocional ECG: supradesnivelamento de STs em parede anterior. Durante atendimento,parada cardiorrespiratória (PCR) em fibrilação ventricular (FV) recuperada com sucesso. Após retornar a circulação espontânea evoluiu com choque cardiogênico.Coronariografia A: estenose segmentar de 95% da DA terço médio e distal sugestiva de dissecção espontânea. Tratamento conservador da estenose e clínico otimizado do choque cardiogênico. nova Coronariografia B: melhora significativa e espontânea das estenoses após 1 semana.

## 46346

**Estenose aórtica valvar com estigmas de insuficiência cardíaca congestiva: um relato de caso.**


MAIANA NAIARA FERREIRA RODRIGUES, GUSTAVO OLIVEIRA MEINICKE, LAIS SALES TEIXEIRA, VÍVIAN FIGUEIREDO CAMILO, MAYSA VIEIRA MORAIS e TÂNIA MARIA GONÇALVES QUINTÃO

Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, MG, Brasil.


INTRODUÇÃO: Estenose valvar aórtica (EAo) é definida como abertura incompleta da valva aórtica, que gera um gradiente pressórico sistólico entre o ventrículo esquerdo e a raiz da aorta. Levando, então, à calcificação e redução do orifício valvar, que determina uma hipertrofia ventricular esquerda (HVE), com progressiva disfunção ventricular (inicialmente diastólica e depois, sistólica), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), isquemia e dano miocárdicos e até mesmo Morte Súbita. A Ecocardiografia com Doppler (ECO) permite confirmação diagnóstica e estratificação de gravidade. DESCRIÇÃO DO CASO: C.G.F.F., feminino, 51 anos, queixando-se de dispneia discreta aos esforços, tosse seca, distensão abdominal e edema de membros inferiores. Exame físico: estado geral regular, edema de membros inferiores 3+/4+ e turgência jugular. Normotensa, pulso 87 ppm, ausculta cardiovascular com ritmo regular, presença de sopro sistólico aórtico ejetivo rude, que irradia para região cervical e sopro sistólico mitral 3+/6+. Eupneica, murmúrio vesicular reduzido e creptações em bases pulmonares. Abdome globoso, hipotimpânico e doloroso à palpação. História prévia de Cardiopatia Reumática e ICC, em tratamento clínico contínuo. Nega cirurgias prévias, Hipertensão Arterial Sistêmica e outras doenças. Tomografia Computadorizada de abdome: cardiomegalia, derrame pleural bilateral, derrame pericárdico sem tamponamento, ascite e hepatocongestão venosa. ECO: EAo grave, gradiente pressórico transvalvular de 101 mmHg e orifício de 0,3cm, aumento de volume atrial esquerdo, HVE importante e fração de ejeção ventricular esquerda de 58%. Cineangiocoronariografia: obstrução ateromatosa de 70% na Artéria Coronária Direita. HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: EAo, ICC, Doença Reumática, Insuficiência Coronariana, Miocardiopatia dilatada. CONDUTAS ADOTADAS: tratamento hospitalar para ICC e encaminhamento à Cirurgia para troca valvar aórtica. CONCLUSÕES: trata-se de uma paciente portadora de cardiopatia valvar grave sintomática que evoluiu com diversas complicações, como ICC, e possui alto risco de morte súbita. Esta paciente se enquadra na classe I de indicação cirúrgica para a substituição valvar, devido à gravidade da EAo concomitante com a sintomatologia abundante. A cirurgia de troca valvar aórtica, devido aos excelentes resultados, tornou-se o tratamento padrão para esta doença.

## 46347

**Fibroelastoma sintomático de valva aórtica: relato de caso.**

MAIANA NAIARA FERREIRA RODRIGUES, GUSTAVO OLIVEIRA MEINICKE, LAIS SALES TEIXEIRA, MAYSA VIEIRA MORAIS, VÍVIAN FIGUEIREDO CAMILO e MARIANA NATALIA FERREIRA RODRIGUES

Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO: o Fibroelastoma Papilífero (FEP) é um tumor cardíaco pedunculado, avascular, móvel e benigno, encontrado predominantemente nas válvulas cardíacas. Geralmente assintomático, porém a sintomatologia, quando presente, é inespecífica ou associada a sua grande capacidade de embolização, podendo gerar IAM, AVE, AIT, entre outros. Frequentemente são diagnosticados ao acaso em exames de imagem de rotina ou em cirurgias valvares e autópsias. O Ecocardiograma (Eco) é um exame que possui alta sensibilidade e especificidade para esse tumor, já a RNM permite ver uma melhor etiologia e definição deste. DESCRIÇÃO DO CASO: M.L.G.S, 57 anos, feminino, apresentou quadro de dor torácica tipo B associado à náuseas e dispneia. Atendimento em serviço de urgência onde realizou ECG sem alterações isquêmicas agudas e sinais de HVE. Curva de enzimas cardíacas sem alterações. Iniciado protocolo para SCA e encaminhada para Unidade Coronariana de um Hospital em Belo Horizonte para monitorização e propedêutica. Mantendo assintomática e estável hemodinamicamente. Exame físico: estado geral regular, aparelhos cardiovarcular e pulmonar normais. Familiares relataram história prévia de demência vascular acentuada devido Acidente Vascular Cerebral Isquêmico e Hipertensão Arterial Sistêmica, em uso irregular de Captopril. Negaram quadro prévio semelhante ao atual. Eco transtorácico evidenciou valva aórtica com alterações degenerativas leves e imagem ecodensa aderida a face valvar, móvel, heterogênea e medindo 4,1X 3,8mm, fluxo transvalvar normal e ausência de regurgitação. Associado a HVE moderada com função sistólica global preservada e ausência de déficits segmentares. Ver imagem 1. Realizou posteriormente, ECO TE para melhor visualização. Levantada a hipótese de FEP. HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: Vegetações, trombos, tecido de degeneração valvar, excrescência de Laml ou outros tumores cardíacos. CONDUTAS ADOTADAS: tratamento conservador, com acompanhamento da massa tumoral e a anticoagulação plena. CONCLUSÕES: o diagnóstico definitivo e o tratamento de escolha remetem à ressecção cirúrgica. Entretanto, visto as condições gerais da paciente, optou-se pela conduta conservadora. Devido à sua raridade, o tratamento ainda é controvérsio, o que faz que os relatos de caso acerca do FEP sejam de grande importância.

## 46349

**Embolização séptica cerebral secundária à endocardite infecciosa em paciente portador de valvopatia mitral reumática.**

GABRIEL CERQUEIRA GONZALES, MATEUS ARANTES PRATA, PAULA CRISTINA DE FREITAS, JORDANA RAFAELLA FONSECA, BLENDA SOUSA CARLI RODRIGUES, ADRIANA DE NAZARÉ MIZIARA, RODRIGO CUNHA DE SOUSA, MARCELO HENRIQUE BORGES, JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA e GIOVANI LUIZ DE SANTI

Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

Introdução: A doença valvar reumática constitui-se em um fator de risco para a endocardite infecciosa (EI). Vegetações valvares maiores de 10mm apresentam alto risco de embolização séptica (ES) que pode acometer o sistema nervoso central. A ocorrência de infartos cerebrais em diferentes estágios evolutivos, secundários à EI, indica a necessidade de intervenção cirúrgica cardíaca. Descrição do caso: Paciente do sexo masculino, 40 anos, hígido, com história de febre há 15 dias, associada à dispneia e tosse. Admitido em unidade de emergência sob ventilação mecânica, hemodinamicamente instável, sendo iniciada antibioticoterapia com cefalosporina, devido a imagem radiológica compatível com pneumonia. Apresentou melhora clínica progressiva evoluindo para extubação orotraqueal. Apesar da antibioticoterapia prescrita, permanecia com uma síndrome febril e a ausculta cardíaca revelou um sopro holossistólico com intensidade (4+/6+) no foco mitral e irradiação para região axilar. O ecocardiograma transesofágico documentou a presença de imagem filamentar móvel de 1,2cm em face atrial da valva mitral que encontrava-se espessada, com fusão comissural, e dupla lesão valvar moderada. As hemoculturas não cursaram com crescimento bacteriano. Associou-se oxacilina ao esquema terapêutico devido ao diagnóstico de EI, baseado nos critérios de Duke modificados. Posteriormente, o paciente apresentou disfonia e disfagia, associadas à paresia e à ataxia axial súbita com comprometimento de pares cranianos baixos. A ressonância magnética do encéfalo mostrou a presença de infarto isquêmico subagudo em cerebelo e mesencéfalo à direita e tardio em lobo parietal esquerdo. Tendo em vista a ocorrência de ES cerebral, o paciente foi submetido à cirurgia de troca valvar mitral. À macroscopia, notou-se espessamento valvar e vegetação aderida de 1,7x0,7x0,4cm. À microscopia, observou-se espessamento conjuntivo da valva por fibrose e inflamação crônica. A vegetação correspondia à fibrina permeada por neutrófilos e calcificação distrófica, compatível com doença valvar de etiologia reumática. A cultura do material retirado cursou com crescimento de Acinetobacter baumannii sensível a carbapenêmicos, sendo trocado o esquema terapêutico. Conclusões: As complicações de alto risco na EI, como a ES cerebral, definem a necessidade da abordagem cirúrgica. A troca valvar resulta em uma maior probabilidade de cura bacteriológica e uma menor morbimortalidade, comparativamente ao tratamento clínico isolado.

## 46350

**Miocardite subaguda pós infecção por arbovirose.**

LUCIANA C DIAMANTINO, PAULA REZENDE TEIXEIRA, AMANDA ALCÂNTARA CUNHA DOS REIS, MARINA HENRIQUES DE MATOS, SHIRLEY MARIETA ALVES DOS SANTOS, GERALDO MAGELA ALVARENGA JÚNIOR e FAUSTINO VENDRAME FILHO

Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: Miocardite caracteriza-se pela presença de resposta inflamatória do miocárdio, devido a uma agressão primária em outro sítio. O agente agressor mais comum é infeccioso, dentre eles o vírus da Dengue. Descrição: Trata-se de paciente R.G.M, 38 anos, leucodermo, natural e procedente de Belo Horizonte. Previamente hígido, relata que apresentou quadro de palpitação, sudorese, dispneia de duração de 45 minutos, com melhora espontânea. Recorreu com o quadro no dia seguinte e procurou então atendimento médico. Admitido estável hemodinamicamente, alerta, orientado, eupnéico; ritmo cardíaco regular, bulhas hipofonéticas, taquicárdico (220bpm), sem outras alterações. ECG à admissão foi considerado como taquicardia com QRS largo com morfologia de BRD. Foi administrado adenosina 6mg e 12mg sem resposta; apresentou conversão espontânea após 5 minutos. O ECG após a conversão mostrava ritmo regular, infra de ST 2mm em D2 e AVF, HBAE, ESSV isolada. Curva de troponina alterada (0,38 e 1,07ug/L). Iniciado atenolol 25mg. Ao reavaliar o ECG constatou-se TV sustentada monomórfica e paciente foi então internado para propedêutica. Foi realizado Ecocardiograma com fração de ejeção preservada e sem alterações segmentares e Cateterismo com coronárias isentas de processo ateromatoso significativo. Paciente foi submetido ao Estudo Eletrofisiológico para elucidação diagnóstica, com indução de TVNS polimórfica, ausência de taquicardias sustentadas, presença de dupla via nodal, sendo realizada ablação de via lenta e ablação de parede inferior de VE com potenciais Purkinge. Submetido à Ressonância miocárdica evidenciado pontos de fibrose ínfero-septal lateral apical inferior e fibrose acentuada transmural ântero e ínfero-lateral médio basal. HD: TVS secundária a miocardite em paciente com relato de infecção por Dengue há 1 mês CD: Após a ablação o paciente manteve-se estável e recebeu alta para acompanhamento ambulatorial cardiológico em uso de anti-inflamatórios e atenolol 25mg/dia. Conclusões: A manifestação cardíaca devido a Dengue é considerada rara. Há relatos de casos com distúrbios de condução atrioventricular, arritmias supraventriculares e miocardites. Consideramos de relevância demonstrar um paciente que apresentou um quadro de miocardite subaguda, que evoluiu com uma arritmia complexa e alterações estruturais na via de condução miocárdica, conforme encontrado ao estudo eletrofisiológico, devido a epidemia de arbovirose em que se encontra o Brasil.

## 46351

**Relato de caso: origem anômala de coronária direita.**

JOSE LUIZ ROSA DE OLIVEIRA, LUANA PORTO DE SOUZA, RICARDO FORTES MONTEIRO DE CASTRO, ANA PAULA ROCHA FERREIRA VENUTO, THIAGO VENUTO e ANTÔNIO FERNANDINO BAHIA NETO

Hospital Nossa Senhora das Graças, Sete Lagoas, MG, Brasil.

Introdução:A origem anômala das artérias coronárias é uma forma rara de malformação congênita. Considerando-se os quadros em que não há isquemia miocárdica, sua prevalência é menor que 1% da população geral. A forma de apresentação mais comum é a origem de artéria circunflexa no seio coronário direito.
Descrição do caso: R.S.C., masculino, 88 anos, previamente hipertenso e hipotireoideo, em uso domiciliar de Captopril, Furosemida, Puran T4 e Omeprazol. Encaminhado eletivamente a um hospital terciário no interior de Minas Gerais para realização de cateterismo cardíaco, devido precordialgia, dispnéia aos esforços e síncope. Apresentava no Holter 24h: sete episódios de taquicardia ventricular e escape idioventricular com frequência cardíaca (FC): 40bpm, além de 928 eventos de bradicardia com FC de até 33bpm. Coronariografia evidenciou origem anômala da coronária direita (CD) na porção distal da artéria circunflexa (CX), com agenesia de óstio da CD e obstrução importante (80%) na transição entre as duas coronárias.
Hipótese diagnóstica: Doença arterial coronariana importante associada à origem anômala de coronária direita na artéria circunflexa.
Discussão: Trata-se de uma anomalia congênita rara, com incidência descrita de 0,002%.Geralmente apresenta bom prognóstico e os pacientes são assintomáticos. No entanto, quando associada a outras condições como obstruções intraluminais ateroscleróticas e comprometimento do fluxo epicárdico, sintomas podem fazer parte do quadro. Neste caso específico, o diagnóstico da anomalia coronária só foi possível pela correlação entre a localização peculiar da lesão coronária e a isquemia do sistema de condução átrio ventricular, o que motivou a extensão da propedêutica.
Conduta: Proposta de revascularização percutânea da bifurcação entre a artéria circunflexa e a coronária direita.
Conclusões: Trata-se de anomalia coronária rara, com pouca descrição na literatura. O diagnóstico é difícil devido ao bom prognóstico e caráter silencioso da doença. Em casos específicos, é fundamental o conhecimento anatômico e fisiopatológico para correta proposta terapêutica.

## 46355

**Trombose aguda de stent e trombo intraventricular: manejo clínico.**


ERICA SILVA, THIAGO MACHADO DE LIMA MOTA, FLAVIA BITTAR BRITTO ARANTES, JOAO LUCAS O´CONNEL e JOSE HENRIQUE DE ANDRADE

Universidade Federal de Uberlândia - UFU, Uberlândia, MG, Brasil.


INTRODUÇÃO: Na ultima década, presenciamos o avanço de antiagregantes plaquetários, anticoagulantes e novos medicamentos como alternativas à heparina e aos antagonistas de vitamina K. Ainda há dificuldade em conduzir casos especiais que exijam associações dessas drogas, embora haja evidências de que a terapia dupla (warfarina e clopidogrel) seja melhor. Em outro cenário, quando a alternativa for outros antiagregantes associados à warfarina, há poucos relatos na literatura com perfil de segurança adequado. RELATO DE CASO: Masculino, 59 anos, hipertenso, diabético e tabagista, apresentou dor típica e procurou atendimento após 10 horas do início dos sintomas. O eletrocardiograma da admissão identificou elevação de segmento-ST em parede ântero-septal e foi levado à hemodinâmica com urgência por manutenção da dor. Visualizada oclusão em terço médio da artéria descendente anterior (ADA) envolvendo óstio do diagonal. Submetido à angioplastia com implante de stent em ADA e diagonal pela técnica “mini-crush” e kissing ballon final. Seis horas após o tratamento percutâneo, apresentou recorrência da dor associado ao aumento do supradesnivelamento-ST em parede ântero-septal e elevação de segmento-ST em parede lateral alta. Novamente encaminhado a cineangiocoronariografia de urgência e verificado trombose aguda intrastent tratada com angioplastia, com sucesso. Ao ecocardiograma foi evidenciado área discinética anterior com trombo no ventrículo esquerdo. No quarto dia pós-infarto, diante da trombose intrastent e trombo ventricular, havia necessidade da dupla antiagregação e anticoagulação. Feita revisão da literatura e optado por ticagrelor associado à warfarina por 3 meses com controle estreito de RNI seguido de ecocardiograma controle que, após esse período, mostrou melhora da discinesia e resolução do trombo. Sendo assim, retornado à terapia dupla com AAS e ticagrelor até completar 1 ano do evento. Paciente segue em acompanhamento com boa resposta. DISCUSSÃO: A dupla antiagregação visa minimizar os riscos de trombose de stent em pacientes com doença coronariana aguda. Apesar de rara, apresenta alta mortalidade e ocorre, dentre outras causas, devido à resistência ao clopidogrel (30% da população). Nesse contexto, o ticagrelor mostrou-se mais seguro pela potência e melhor perfil hemodinâmico. No entanto, dados sobre o uso concomitante de ticagrelor e warfarina são escassos na literatura, sendo necessários estudos randomizados para comprovar sua eficácia e segurança.

## 46356

**Cardiopatia isquêmica com disfunção sistólica grave: manejos alternativos frente ao tratamento medicamentoso otimizado.**


PATRICIA G MAGALHAES, NAARA G REZENDE, ISABELA S A SOUSA, RAISSA L S BARBOSA e ANA C L ALBRICKER

UniBH, Belo Horizonte, MG, Brasil.


Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma doença de alta prevalência, progressiva e com alta morbimortalidade, principalmente na forma sintomática. Cerca de 50% dos óbitos por IC são decorrentes de morte súbita. No Brasil é a 3ª maior causa de hospitalizações pelo SUS. Projeções da A.H.A. demonstram que a prevalência da IC aumentará 46% de 2012-2030.
Descrição do caso: Mulher, V.F.G., (48), histórico de IAM anterior e angioplastia primária complicada por trombose aguda de stent na artéria descendente anterior (DA) há 5 anos, revertida por revascularização miocárdica convencional com ponte de MIE-DA, evoluindo para ICC CFII. IC agravada após quadro infeccioso. Foi feito novo cateterismo, o qual revelou perda luminal de 30% da DA e oclusão do bypass. Ao exame notou-se hipotensão e ritmo cardíaco regular, sem sinais de congestão pulmonar. ECG prévio com inatividade elétrica anterior e BRE completo. ECO mostrou aneurisma ínfero-apical sem trombos, acinesia apical e FE 31%. Em uso regular de terapêutica otimizada para IC, além de Aspirina, Trimetazidina, Digoxina e Sinvastatina. Hipótese diagnóstica: Cardiopatia isquêmica crônica com disfunção sistólica grave, CF III.
Conduta: O tratamento (TTO) medicamentoso nesse caso está otimizado, de modo que a associação de outras medicações provocaria pouca melhora clínica. Com a paciente descompensada, novas abordagens terapêuticas devem ser incorporadas. Uma opção é a ressincronização cardíaca, que melhora a capacidade funcional com redução da mortalidade. É indicada quando o ritmo é sinusal, CF II/III em TTO clínico otimizado e quando FE≤35%, sendo os 2 últimos também indicação de cardiodesfibrilador implantável (CDI). Outra indicação do CDI é histórico de cardiomiopatia isquêmica após IAM com 6 meses de evolução, o que reduz o risco de morte súbita. Já o transplante cardíaco é indicado em IC refratária ao TTO medicamentoso ou suporte de vida, doença isquêmica sem possibilidade de revascularização, arritmia ventricular refratária e CF III/IV persistente. Conclusão:A ressincronização cardíaca é a terapia coadjuvante recomendada mediante o quadro de ICC CF III, com disfunção sistólica de VE, dissincronia cardíaca e FE 31%. O CDI apresenta-se eficaz na prevenção 1ª(risco de morte súbita) e 2ª, porém apresenta alto custo e maiores complicações. O transplante não se aplica neste caso, já que ainda não se encontra em IC refratária.

## 46361

**Angioplastia transluminal percutânea para tratamento de hipertensão arterial secundária à displasia fibromuscular renal.**


ANA LUIZA NUNES FRANÇA, IARA MARTINS LOPES, AMANDA FONSECA MARTINS COSTA, CAMILA MARTINS LOPES, MAIARA PINHEIRO DE MACEDO MARQUES, MARINA VIEIRA RODRIGUES DE QUEIROZ, FERNANDA FONSECA MARTINS COSTA, LUCAS FERREIRA BOTELHO e TULIO PINHO NAVARRO

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


INTRODUÇÃO: A displasia fibromuscular renal é responsável por 10% dos casos de hipertensão renovascular. Sua etiologia é desconhecida, mas sabe-se que é uma doença não inflamatória e não aterosclerótica que afeta os dois terços distais das artérias renais. Acomete tipicamente mulheres caucasianas entre 20-50 anos. A lesão da camada média das artérias compõe a maioria dos casos, cuja representação clássica nos exames de imagem é o aspecto de “contas de rosário”. O quadro pode ser assintomático ou avançar para estenose com hipertensão arterial de difícil controle. O diagnóstico pode ser realizado com angiotomografia computadorizada, ultrassonografia com Doppler ou arteriografia de artérias renais. O tratamento de escolha é a angioplastia transluminal percutânea, na maioria das vezes sem a necessidade de implante de stent. DESCRIÇÃO DO CASO: Mulher de 51 anos encaminhada por hipertensão arterial descontrolada há 30 anos. Não alcança o controle pressórico com o uso de anlodipino, espironolactona, hidralazina e propranolol. Nega histórico de eventos cardiovasculares, diabetes mellitus, tabagismo ou doença renal. Arteriografia de artérias renais e tomografia computadorizada são sugestivas de displasia fibromuscular de ambas as artérias renais, com estenoses focais leves a moderadas, de 60% da luz arterial. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Hipertensão secundária a displasia fibromuscular de artérias renais bilaterais. CONDUTA: Realizada angioplastia da artéria renal direita e da porção proximal da artéria esquerda com o balão Sterling. Optou-se por não tratar o segmento distal à esquerda pelo risco de hipotensão peroperatória importante. Após dois meses, paciente retorna ao ambulatório com resultado de Ultrassonografia com Doppler: estenose hemodinamicamente significativa de terço distal de artérias renais bilaterais. Velocidade sistólica > 200 cm/s; relação velocidade artéria renal-aorta >3,5. Realizada nova angioplastia na artéria renal esquerda com sucesso angiográfico imediato. A pressão arterial não invasiva inicial era de 150x100 mmHg e se reduziu a 110x80 mmHg após a angioplastia. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, apresentando pressão arterial de 130x70 mmHg. CONCLUSÃO: O diagnóstico de displasia fibromuscular exige alta suspeição clínica da equipe médica para uma hipertensão arterial de difícil manejo. A angioplastia em doença renovascular por aterosclerose apresenta pouco impacto terapêutico, mas é um procedimento eficaz em caso de displasia.

## 46365

**Diagnóstico tardio de Síndrome de Shone: relato de caso.**


CINTHIA NIEGE SANTOS SILVA, RAFAEL AUGUSTO MENDES DOMICIANO, VICTOR GUALDA GALORO, LÍVIA FERRAZ ACCORSI, RAFAEL RAFAINI LLORET, JUSSARA REGINA SOUSA RODRIGUES, DEIVIDE RIBEIRO SILVEIRA, LEONARDO OTAVIO MENDES DOMICIANO, LEOPOLDO SOARES PIEGAS e RICARDO PAVANELLO

Hospital do Coração, São Paulo, SP, Brasil.


A síndrome de Shone é caracterizada por anel supravalvar mitral, valva mitral em pára-quedas, estenose subaórtica e coarctação de aorta. É condição rara, de etiologia desconhecida, podendo ser encontrada nas formas completa (quando os quatro defeitos estão presentes) ou incompleta. A incidência dessa síndrome é estimada em menos de 0,8 em 10.000 nascidos vivos, na sua forma completa ou incompleta. A evolução clínica depende da gravidade das alterações cardíacas e em alguns casos o diagnóstico é feito tardiamente. O tratamento depende da evolução clínica, sendo que a terapia cirúrgica deve ser precoce e individualizada, com o objetivo de evitar que os pacientes desenvolvam síndrome de insuficiência cardíaca. O grau de envolvimento da valva mitral e a presença de hipertensão pulmonar secundária determinam pior prognóstico durante o tratamento cirúrgico. MÉTODOS: Relato de caso de diagnóstico tardio de Síndrome de Shone em mulher adulta e revisão da literatura sobre o tema. RELATO DE CASO: Relatamos caso de mulher, 35 anos, com história de correção de coarctação de aorta em 1992, sem uso de medicação no momento e sem acompanhamento, admitida com taquicardia supraventricular, após estabilização apresentou flutter atrial. Foi realizado ecodopplercardiograma que evidenciou valva mitral displásica com abertura tunelizada e reduzida, cordoalhas redundantes (aspecto “em paraquedas”), anel mitral com 29,2mm, músculo papilar único, insuficiência mitral moderada; valva aórtica bivalvulada com estenose subaórtica e arco aórtico com istmoplastia efetiva. Realizado diagnóstico de Síndrome de Shone, foi encaminhada para tratamento cirúrgico (troca valvar mitral, comissurotomia de aorta, aortoplastia e exclusão de auriculeta esquerda). Apresentou boa evolução no pós-operatório, está em seguimento ambulatorial. CONCLUSÃO: A síndrome de Shone é condição rara, diagnóstico pouco frequente. É importante que haja o diagnóstico precoce uma vez que, o prognóstico da doença depende da correção cirúrgica das alterações cardíacas. O diagnóstico tardio está relacionado com complicações como arritmias, descompensação da doença valvar, hipertensão pulmonar grave e mortalidade aumentada em procedimentos cirúrgicos.

## 46366

**Duplicidade de artéria descendente anterior associado à arritmia ventricular – relato de caso.**

CINTHIA NIEGE SANTOS SILVA, RAFAEL AUGUSTO MENDES DOMICIANO, LEONARDO OTAVIO MENDES DOMICIANO, DEIVIDE RIBEIRO SILVEIRA, JUSSARA REGINA SOUSA RODRIGUES, LÍVIA FERRAZ ACCORSI, RAFAEL RAFAINI LLORET, VICTOR GUALDA GALORO, RICARDO PAVANELLO e LEOPOLDO SOARES PIEGAS

Hospital do Coração, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO: As anomalias coronarianas sem a associação com outros defeitos congênitos são raras, sendo identificadas em apenas 0,25 a 0,9% das cinecoronariografias. A mais comum é a origem da artéria circunflexa do seio de Valsalva direito ou da artéria coronária direita (ACD), sendo a duplicidade da origem da artéria descendente anterior (ADA) extremamente rara. Esta patologia tem sido implicada como causa de dor torácica, morte súbita, insuficiência cardíaca, síncope, dispneia, fibrilação ventricular e infarto do miocárdio, sendo a origem e o trajeto das artérias coronárias os principais fatores preditivos de gravidade. Quando seu trajeto é interarterial(trajeto entre a aorta e o tronco da artéria pulmonar) há maior risco de morte súbita. MÉTODOS: Revisão de prontuário e da literatura para realizar relato de caso de dupla-origem de ADA associado arritmia ventricular. RELATO: SDB, 62 anos, com história de hipertensão arterial sistêmica, diabetes, dislipidemia, duas ablações de feixe anômalo em 2005 e implante de marcapasso em 2009. Admitida com queixa de diarreia há 2 dias e palpitações há 1 hora. Durante avaliação foi diagnosticado taquicardia ventricular estável e iniciado tratamento com amiodarona, sem reversão do ritmo, sendo necessário realizar cardioversão elétrica sincronizada com reversão para ritmo sinusal. Foi realizada angiotomografia de artérias coronárias que evidenciou: duplicação da artéria descendente anterior (ADA) do tipo 4, ACD com origem anômala (à 4mm acima da junção sinotubular), ADA com origem anômala na porção proximal da ACD, com trajeto anterior ao tronco pulmonar, percorrendo os terços médio e distal do sulco interventricular anterior. Não apresentou novos episódios de arritmia e recebeu alta com tratamento clínico e seguimento ambulatorial. CONCLUSÃO: Há controvérsias na literatura quanto à influência clínica da duplicidade de ADA, sendo considerada inicialmente como benigna, no entanto, podem associar-se a quadro de angina estável, infarto agudo do miocárdio, angina pós-infarto e arritmias. Os trajetos anômalos dos ramos ADA podem provocar oclusão transitória aguda destes vasos, em decorrência das mudanças do débito cardíaco ocasionadas pela compressão ou distensão dos vasos da base, mais evidentes durante o esforço. O diagnóstico dessa anomalia é difícil, pois o indivíduo pode ser assintomático até antes do evento. Os exames complementares, sobretudo os de imagem cardiovascular, são ferramentas importantes para o diagnóstico.

## 46367

**Manejo clínico de isquemia do miocárdio associado a fistula coronario-cavitária – um relato de caso.**

CINTHIA NIEGE SANTOS SILVA, RAFAEL AUGUSTO MENDES DOMICIANO, RAFAEL RAFAINI LLORET, LÍVIA FERRAZ ACCORSI, VICTOR GUALDA GALORO, DEIVIDE RIBEIRO SILVEIRA, JUSSARA REGINA SOUSA RODRIGUES, LEONARDO OTAVIO MENDES DOMICIANO, LEOPOLDO SOARES PIEGAS e RICARDO PAVANELLO

Hospital do Coração, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO: As FAC (fístulas das artérias coronárias) são comunicações entre a rede coronária e as cavidades cardíacas, artéria pulmonar ou seio coronário. Podem ser congênita ou secundária a processos traumáticos e/ou inflamatórios. São mais comuns drenando para câmaras direitas, sendo a FAC da artéria coronária direita (ACD) para o ventrículo esquerdo (VE), rara. MÉTODOS: Revisão de prontuário e da literatura para realizar relato de caso de fístula coronariana direita para VE. RELATO DE CASO: HT, masculino, 66 anos, admitido com precordialgia típica em repouso e duração de 15 minutos. Antecedente de síncope há 1 ano sem investigação, tabagista 40 anos-maço, sedentário, obeso. Exame físico e eletrocardiograma sem alterações; marcadores de necrose miocárdica elevados. Iniciado protocolo para síndrome coronariana aguda sem supra de ST e realizada cinecoronariografia que evidenciou ACD com lesão discreta distal e presença de FAC para VE, lesão proximal de 80% em artéria descendente anterior (ADA) com circulação colateral para ACD, com hipocontratilidade médio basal da parede inferior. Realizada angioplastia primária com stent farmacológico em ADA. A angiotomografia de coronárias (Angio-TC) confirmou a presença da FAC da ACD para o VE. Ecocardiograma com cavidades cardíacas normais, FEVE 62%, sem alteração da contratilidade segmentar. Recebeu alta em uso AAS, clopidogrel, enalapril, metoprolol, estatina e conduta conservadora em relação à FAC, uma vez que o paciente não apresentava repercussão clínica e estrutural miocárdica. Posteriormente realizou cintilografia de perfusão miocárdica que evidenciou apenas hipocaptação transitória de pequena extensão mediobasal das paredes inferior e inferolateral do VE; paciente assintomático em seguimento clínico da doença. DISCUSSÃO: A maioria dos pacientes com FAC é assintomática; quando sintomático, os sintomas variam desde insuficiência cardíaca, dispneia aos esforços, palpitações e dor torácica isquêmica. No exame físico, faz-se suspeitar na presença de sopros contínuos. Como propedêutica complementar, destacam-se a radiografia, o eletrocardiograma, o ecocardiograma, a cinecoronariografia(padrão- ouro) e a Angio-TC, que vem ganhando grande relevância por visualizar melhor trajeto e estruturas adjacentes. O tratamento pode ser clínico ou invasivo(cirúrgico ou percutâneo) a depender de seu fluxo e suas repercussões hemodinâmicas e clínicas.

## 46368

**Miocardite por dengue: relato de caso.**

NATHALIA COELHO DE CASTRO, TATIANA DE BRITO MOREIRA KLEIN, LUIZ GUILHERME PASSAGLIA, CARLOS EDUARDO ORNELAS, RENATO MOREIRA LINHARES, ARIANE VIEIRA SCARLATELLI MACEDO e HENRIQUE PATRUS MUNDIM PENA

Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, Brasil - Faculdade de Ciências Médicas - FELUMA, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: Dengue é uma doença viral epidêmica com manifestação clínica variável, desde ausência de sintomas até choque grave. O conhecimento científico atual é escasso em relação ao acometimento cardíaco na Dengue. Na literatura, constam poucos relatos de caso e séries, com descrição de manifestações cardíacas diversas: Bloqueios átrio-ventriculares, fibrilação atrial, insuficiência cardíaca e choque cardiogênico. Uma coorte de 81 pacientes internados com Dengue identificou acometimento cardíaco em 15% destes (definido pela elevação de troponina). A fisiopatologia não está bem esclarecida, sendo aventada, em um relato de caso, a hipótese de lesão direta pelo vírus. Nosso objetivo é descrever e analisar o caso de um paciente com diagnóstico de Dengue e acometimento cardíaco, caracterizado pela elevação da troponina e arritmia cardíaca transitória.
Relato de caso: Paciente masculino, 66 anos, história pregressa de hipertensão arterial e plasmocitoma. Internado com diagnostico de dengue (quadro clínico de febre, mialgia, náuseas, e confirmação laboratorial: antígeno NS1 positivo). No 8º dia de evolução da doença, apresentou dispneia e tonteira. Exame físico identificou bradicardia (não havia bradicardia prévia). ECG mostrou Bradicardia Sinusal, frequência cardíaca 36 bpm, e períodos de escape juncional. Cursou com elevação de troponina (<0,01-> 0,14-> 0,28-> 0,06. Valor de referência <0,01). Ecocardiograma mostrou aumento de átrio esquerdo (AE:52mm), ventrículo esquerdo com dimensões normais, função sistólica preservada (fração de ejeção: 69%), sem alterações segmentares de contratilidade, e pericárdico sem alterações. Ressonância Magnética mostrou derrame pericárdico discreto. O paciente foi monitorizado em Unidade Intensiva e tratado com Dobutamina por 24 horas, Evoluiu com melhora sintomática e remissão da bradicardia. Apresentou paroxismos de Fibrilação Atrial. Manteve, a seguir, ritmo sinusal, frequência cardíaca 68 bpm. Houve remissão progressiva dos sintomas clínicos de Dengue.
Conclusão: O acometimento cardíaco na Dengue é raro, provavelmente pouco reconhecido, e de evolução potencialmente grave. O clínico deve, portanto, atentar para o reconhecimento e tratamento específico de manifestações cardíacas possivelmente associadas à Dengue, especialmente sinais e sintomas de insuficiência cardíaca e arritmias cardíacas.

## 46371

**Fibrilação atrial aguda em contexto de infecção por Zika vírus - relato de caso.**

SAMARA BIANCA RODRIGES DE CAMPOS, ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO, DANIEL DE FREITAS MORAES, ROBERTO DRUMOND FERREIRA DE MELO, KLEISSON ANTÔNIO PONTES MAIA e GUSTAVO FONSECA WERNER

Hospital Lifecenter, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Fundamentos: zika é um arbovírus de circulação recente no Brasil, transmitido pelo mosquito aedes, epidêmico no país. pouco se sabe sobre o acometimento cardíaco pelo zika. relata-se o caso de fibrilação atrial (fa) aguda, desencadeada por zika vírus. relato do caso: mulher, 73 anos, portadora de valva aórtica bicúspide, sem estenose significativa, e hipertensão arterial leve, sem outras comorbidades ou história de arritmias. deu entrada em nosso hospital, queixando-se de mialgia, prostração, febre, cefaléia e exantema máculo-papular iniciados havia sete dias. nos dois dias anteriores à internação, apresentou, ainda, dispnéia e palpitações taquicárdicas irregulares, mesmo em repouso. exame clínico à admissão: consciente, hidratada no limiar, corada, febril (38°c), anictérica. pulmões limpos. pa = 130/80 mmhg, fc = 120-130 bpm. pulso venoso sem ondas "a". pulsos arteriais simétricos, mas irregulares. bulhas arrítmicas, fonese variável, sem b3, b4 ou sopros. ausência de visceromegalias. eletrocardiograma: rítmo de fa, sem sinais de sobrecargas ou isquemia. optou-se pelo controle da frequência cardíaca (fc), com β-bloqueadores, e monitorização na unidade coronariana. exames laboratoriais: discreta linfopenia, sem anemia ou plaquetopenia. antígeno ns1 (para dengue) negativo. glicemias, ionogramas, funções tireoideana, renal e hepática normais. sorologias para dengue e chikungunya negativas. reação de cadeia da polimerase para zika vírus positiva. iniciou-se anticoagulação com enoxiparina. após uma semana de internação e já sem os sintomas iniciais, mas ainda em rítmo de fa, procedeu-se a ecocardiograma transesofágico: átrio esquerdo 41 mm, fração de ejeção ventricular esquerda 60%, ausência de alterações valvares significativas, vegetações ou trombos intracavitários. realizou-se, então, cardioversão química com amiodarona endovenosa e a paciente recobrou o rítmo sinusal, com fc controlada. não recorreu qualquer arritmia. recebeu alta hospitalar assintomática, em uso de enalapril (5mg mid), dabigratana (150 mg bid) e bisoprolol (5mg mid), para acompanhamento ambulatorial e proposta de possível suspensão do anticoagulante, tendo em vista que a fa foi episódio único e desencadeado pelo quadro viral. conclusão: numa época de epidemia pelas arboviroses, não se pode negligenciar as manifestações atípicas destas doenças. o presente caso mostrou relação direta entre infecção por zika vírus e um quadro potencialmente grave, que é a fa de alta resposta ventricular.

## 46378

**Endocardite por Aerococcus Viridans: primeiro relato no Brasil.**


JULIANE AGUSTINI ORATI, CINTHIA NIEGE SANTOS SILVA, DANIELA SICA SILVA DE ARAUJO, PEDRO IVO DE MARQUI MORAES, NATHÁLIA ANTÔNIO MONTEIRO CASTRO e ANTONIO CARLOS DE CAMARGO CARVALHO

Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil - Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.


Introdução: A endocardite infecciosa (EI) é uma doença causada pela proliferação de microrganismos no endotélio cardíaco principalmente em valvas, entretanto pode ocorrer sobre um defeito septal, cordoalha tendínea ou no endocárdio mural. Pode ser causada por inúmeros patógenos mas os principais agentes são estreptococos, estafilococos, enterococos e fungos, sendo o Aerococcus viridans (A. viridans) raramente encontrado como patógeno humano e mais ainda causando EI. Ele é prevalente no ar em locais fechados, porém não há relatos de ser encontrado em ambiente hospitalar. Relata-se um caso de EI por A. viridans, o qual ainda não possui descrição comprovada no Brasil. Descrição: mulher, 56 anos com queda do estado geral, confusão mental, picos febris de 38°C, mialgia,artralgia e fadiga há 4 dias. Sem queixas em outros sistemas. Nega contato com animais domésticos ou silvestres. No exame físico apenas presença de sopro regurgitativo em foco mitral. Nos exames laboratoriais apresentou fator reumatóide positivo e 2 hemoculturas com A. viridans, com antibiograma sensível à ampicilina, levofloxacino, penicilina G e vancomicina. Doenças como dengue e afecções reumatológicas foram descartadas. Pelos critérios de Duke modificados, apresentou um fenômeno imunológico, febre, evidência de envolvimento endocárdico, além da evidência microbiológica com hemocultura positiva para A. viridans.Conclusão: O A. viridans não é agente bacteriano comum na população, e EI por esse agente é extremamente rara. Em recente revisão há apenas 11 casos descritos de EI por A. viridans, com abordagem cirúrgica em 5 dos 11 casos, e óbito em 1, mostrando ser um agente virulento. Observou-se também que as vegetações foram encontradas apenas nas valvas mitral ou aórtica. A. viridans é geralmente sensível à penicilina, sulfametoxazol-trimetropim e glicopeptídeos e em apenas 3 casos a cepa foi resistente à penicilina ou quinolonas. Neste caso a paciente iniciou tratamento com ceftriaxona, que foi substituído por vancomicina guiado por cultura, porém obteve melhora clínica somente após a troca para ampicilina totalizando 42 dias de tratamento. Não houve desenvolvimento de IC ou piora da regurgitação valvar. Este caso apresenta particular relevância cardiológica e infecciosa pelo fato de não haver relatos prévios de EI por A. viridans no Brasil.

## 46386

**Impacto de um programa de reabilitação cardiovascular em paciente com miocardiopatia dilatada – relato de caso clínico.**


RENATA C RIBAS, GABRIELA S S CHAVES, SABRINA C LIMA e ALEXANDRE H C SANTANA

Reabilitação Cardíaca BH, Belo Horizonte, MG, Brasil - Espaço Cardiológico, Belo Horizonte, MG, Brasil.


INTRODUÇÃO: A Reabilitação Cardiovascular (RC) na Miocardiopatia Dilatada (MD) tem o objetivo de aumentar a capacidade funcional através do exercício físico. DESCRIÇÃO: I.B.S., sexo masculino, 43 anos, hipertenso, diagnóstico de MD do VE, com internações prévias por descompensação e edema agudo de pulmão, foi encaminhado ao serviço de RC. Na avaliação pré-admissão foi submetido a Ecocardiograma Transtorácico (ECOTT) e Ressonância Magnética (RM) sob stress farmacológico que evidenciaram importante comprometimento da função sistólica do VE e aumento de câmaras e volumes esquerdos. ECOTT: AE= 46mm, diâmetro diastólico VE=73mm, diâmetro sistólico VE = 58mm, FE=40,67%, volume diastólico final VE=147,20ml/m2, volume sistólico final VE=87,39ml/m2l. RM: AE = 44mm, diâmetro diastólico VE = 65mm, FE=31%, volume diastólico final VE=198ml, volume sistólico final VE =137ml, volume sistólico ejetado=61ml. Na avaliação da RC foi realizado o teste de endurance de levantar e sentar da cadeira, no qual o paciente realizou 12 repetições, e aplicado o Questionário de Qualidade de Vida (QQV) de Minnessota, com escore obtido de 6 pontos. CONDUTA: O programa de RC constituiu-se de exercícios aeróbicos, de intensidade leve a moderada (50-70% da FC de reserva - 121bpm a 143bpm) e exercícios de resistência muscular, equilíbrio e propriocepção, em duas sessões semanais, por quatro meses. Após este período o paciente foi reavaliado e ao ECOTT apresentou sinais de remodelamento reverso do VE, com redução das dimensões e volumes cavitários e significativo aumento da FE (AE = 37mm, diâmetro diastólico VE = 57mm, diâmetro sistólico VE = 40mm, FE = 56,26%, volume diastólico final VE = 86,43ml/m2, volume sistólico final VE = 37,80ml/m2). No teste de endurance realizou 17 repetições e obteve 2 pontos no QQV. Diante o desejo do paciente de voltar a pedalar, foi realizado o Teste Cardiopulmonar de Exercício (TCP) na bicicleta. Atingiu esforço máximo, com VO2 pico de 35,9ml/kg.min (89% do previsto) e Pulso de O2 pico de 15,3ml/batimento (95,4% do previsto), corroborando com sua melhora clínica. A FC atingida no Limiar ventilatório (LVI) do TCP foi de 114bpm e a FC no LV2 foi de 143bpm, correspondendo aos valores da FC de treinamento na RC. CONCLUSÃO: A RC associada ao tratamento clínico padronizado contribuiu para uma melhora funcional e clínica do paciente. Houveram sinais de remodelamento reverso do VE evidenciadas por redução das dimensões e volumes cavitários e aumento da FE.

## 46396

**ECMO como ponte para recuperação na disfunção primária do enxerto pós transplante cardíaco.**


ERICA BALBINO DA SILVA SALGADO e RENATO BUENO CHAVES

Instituto de Cardiologia do Distrito Federal, Brasilia, MG, Brasil.


Introdução: Disfunção primária do enxerto é a principal causa de óbito precoce no transplante cardíaco. A Oxigenação por Membrana Extra-corpórea (ECMO) é opção terapêutica na falência cardíaca aguda pós-transplante, possibilitando recuperação funcional do coração, reduzindo assim a mortalidade.[1]
Descrição: Masculino, 65 anos, portador de miocardiopatia chagásica avançada, disfunção biventricular grave e marcapasso desfibrilador (CDI) devido arritmia ventricular com tempestade arrítmica. Apesar de terapêutica farmacológica otimizada persistia em CF III NYHA. Medicamentos em uso prévio: Enalapril 20 mg, 12/12h, Propranolol 40mg 2cp, 8x8h, Furosemida 40mg/dia, Amiodarona 400mg 12/12h, Magnésio Z 1 cp, 8x8h; Espironolactona 25mg/dia, Hidralazina 25mg, 12/12h, Monocordil 20mg, 12/12h.
Exames: - Ergoespirometria (13/07/15): Rampa, 12 min, 2,1METs, QR: 1,32 (esforço máximo). VO2 máximo:8,45ml/kg/min (33% do previsto). 58% do pulso de O2. VExVCO2 slope:33,5 OUES:1,07. Potencia aeróbica muito fraca.
- ECO TT 15/10/2015: S9, PP7, AE index 28,06; VE 67 x 60mm,FEVE 29%, aumento discreto do VE, disfunção sistólica acentuada, comprometimento miocárdico difuso, predomínio na parede inferior e ínfero-lateral. Disfunção diastólica do VE, padrão de alteração de relaxamento. I Mi moderado. - CATE 16/12/15: sem lesões obstrutivas.
# Exame físico - PA 80 x 50 mmHg, FC 68 bpm, Sat: 96%.
- BEG, hipocorado, hidratado, anictérico, acianótico. - AR: MVF + sem RA. - ACV: RCR 2T, hipofonese de bulhas. Discretos TJ e RHJ. - Abdome: flácido, indolor, livre. - Extremidades:edema discreto.
Hipóteses Diagnósticas: Miocardiopatia Chagásica, Disfunção ventricular severa, Tempestade arrítmica. Indicação de Transplante cardíaco.
Condutas: Transplante cardíaco em 16/03/16. Apresentou disfunção biventricular à saída de CEC, com instabilidade hemodinâmica refratária, iniciada ECMO Veno-Arterial central como ponte para recuperação. Ecocardiogramas mostraram melhora da função biventricular. ECO no 5ºPO mostrou função sistólica do VE preservada, com FEVE: 54% sendo indicada a retirada da ECMO com sucesso.Ecocardiograma no 12º PO mostrava função biventricular normal com FEVE 64%.
Conclusão: ECMO temporária como ponte para recuperação é eficaz no pós transplante cardíaco que evolui com disfunção ventricular grave, com taxas favoráveis de sucesso, como em nosso serviço, onde alcança 55% de sucesso.

## 46398

**Estimulação cardíaca artificial e evolução clínica em irmãos com BAVT congênito.**


MATEUS NEVES ROMERO, PAULO HENRIQUE SANTIAGO, PEDRO HENRIQUE RAMOS CAVEANHA, JARDEL ROCHA FONSECA, RAFAEL TOLENTINO VIGNOLI FEDERMAN e EPOTAMENIDES MARIA GOOD GOD

Hospital Socor, Belo Horizonte, MG, Brasil.


Fundamento: Filhos de mães portadoras de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) desenvolvem, com frequência, Bloqueio Átrio Ventricular Total (BAVT) e necessitam estimulação cardíaca artificial (ECA). 60 a 90% dos casos de BAVT congênito são associados ao LES neonatal e estão relacionados à passagem trans-placentária dos anticorpos anti-Ro/SSA e anti-La/SSB. A prevalência de casos de BAVT em irmãos de mães com LES gira em torno de 15% e não é frequente o relato de um seguimento prolongado.
Objetivo: Apresentação da evolução clínica de 2 irmãos com BAVT congênito, submetidos à ECA, em diferentes faixas etárias, ambos já adultos e com várias trocas do sistema de ECA, sem uso de qualquer medicação.
Casuística. Paciente 1, E.A.F., 36 anos, branca, comerciante, casada, submetida ao primeiro implante de marca-passo (MP) aos 15 anos de idade. Assintomática do ponto de vista cardiovascular, sem uso de medicamentos. Última troca do gerador do MP em 11/2015. Ecocardiograma realizado em 03/2016 sem alterações. Eletrocardiograma revela ritmo sinusal, com MP inibido 100%. Paciente 2, T.A.F., 29 anos, branco, solteiro, professor de dança, submetido ao primeiro implante de MP aos 3 meses de idade. Sem sintomas cardiovasculares e também não faz uso de medicamentos. Última troca do gerador do MP em 11/2009. Ecocardiograma realizado em 03/2016 sem alterações. Eletrocardiograma: MP operando em modo DDD, (estimulação atrial e ventricular) 100% do tempo.
Conclusões: 1) A utilização de ECA nos casos de BAVT congênito relacionado ao LES é a terapêutica de escolha e apresenta ótimos resultados. 2) O prognóstico desses pacientes após o implante do MP é, em geral, excelente, permitindo aos mesmos uma vida normal, sem uso de medicamentos.

## 46399

**Diagnóstico de lesão de tronco de coronária esquerda em teste ergométrico feito como rotina.**

MATEUS NEVES ROMERO, PAULO HENRIQUE SANTIAGO, JARDEL ROCHA FONSECA, PEDRO HENRIQUE RAMOS CAVEANHA, RAFAEL TOLENTINO VIGNOLI FEDERMAN e EPOTAMENIDES MARIA GOOD GOD

Hospital Socor, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Fundamento: o Teste de Esforço (TE) é um método consagrado para o diagnóstico da doença arterial coronária (DAC) em paciente (P) assintomático ou com sintomatologia atípica, notadamente aquele com fatores de risco (FR). Pode, nestes casos, identificar pacientes com DAC grave, incluindo lesão de tronco (LTCE) ou equivalente. Mas, é raro o relato de diagnóstico de LTCE em pacientes assintomáticos, sem FR, com eletrocardiograma (ECG) basal normal, que fazem o TE como exame de avaliação rotineira ou como avaliação para a prática de atividade física. Objetivo: apresentação de um caso onde o TE, solicitado como rotina para avaliação de condicionamento físico em um P sem sintomas, sem FR, com ECG basal normal acabou por descortinar um quadro altamente sugestivo de LTCE e discutir as implicações clínicas deste achado em razão da conduta terapêutica a ser conduzida nesta situação. Paciente J.H.A.F., masculino, 73 anos, leucoderma, médico, casado, residente em Belo Horizonte, Minas Gerais. Assintomático, levando vida normal e bastante ativa para a idade, praticante regular de caminhadas e que, no seu trabalho diário, como parte da sua rotina, subia e descia escadas, sem qualquer sintoma ou desconforto. Tinha o diagnóstico clínico de hipertensão arterial sistêmica leve, em uso de candesartan 8mg MID, há vários anos, sem registro de oscilações da pressão arterial. Tinha avaliação laboratorial recente considerada normal (em especial, hemograma, glicemia, lipidograma e função renal normais). Em 24/02/2016 foi submetido a TE por exigência de empresa seguradora de saúde. O TE foi interrompido no 3º minuto da 1ª carga do protocolo de Bruce porque o paciente queixou-se de cansaço e mal-estar, tendo manifestado sinais sugestivos de comprometimento hemodinâmico: palidez cutânea, sudorese. O ECG mostrava infra desnivelamento difuso do segmento ST com supra do ST em aVR. Tais alterações mantiveram-se até o oitavo minuto de recuperação, após o exercício. Diante desses achados, o paciente foi encaminhado à angiografia coronária que revelou comprometimento trivascular grave. Conclusões: 1) O achado de LTCE em paciente assintomático, sem FR, é achado raro e tem implicações na conduta terapêutica inicial da abordagem recomendada para a SCA, considerando que estes pacientes são, geralmente, candidatos à cirurgia;2) Este relato de caso reforça o pleomorfismo da história natural da DAC, com uma apresentação clínica excepcional.

## 46400

**Acidente vascular cerebral isquêmico e endocardite de libman-sacks em paciente com primodiagnóstico de síndrome do anticorpo antifosfolipídeo: relato de caso.**

JOAO DE SOUZA CUNHA, LUCIANA MILAGRES DE LIMA, SILEMA TURIA MARINHO CARNEIRO, NATALIA DE SA MORAES, SAULO EMANUEL BARBOSA DE OLIVEIRA, HUGO FREITAS BARROS, IGOR GENEROSO MAGALHAES BARROSO, MARCUS VINICIUS MEDRADO AMORIM e JOAO ALEXANDRE BRIOSCHI

Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO:A Endocardite de Libman- Sacks (ELS) caracteriza-se por vegetações assépticas encontradas na superfície endocárdica, acometendo preferencialmente as válvulas mitral e aórtica. É considerada manifestação cardíaca do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e também associada com a Síndrome do Anticorpo Antifosfolipideo (SAAF), sendo observada em aproximadamente 30 a 50% dos pacientes com este diagnóstico, desencadeando maior propensão a tromboses recorrentes e AVC.
DESCRIÇÃO DO CASO:Paciente masculino, 24 anos, previamente hígido, estudante. Relata libação alcólica há 3 dias da admissão, e início súbito na manhã seguinte de confusão mental,disartria, ataxia de marcha, dismetria à direita e cefaleia. TC crânio realizadaà admissão confirmou isquemia cerebelar direita. Evoluiu com febre persistente e leucocitose, sem foco infeccioso definido. Realizado ECOTE que evidenciou imagem filamentar em valva mitral. Recebeu diversos cursos de antibióticos na internação, pensando inicialmente em EI, porém hemoculturas fecharam negativas. Evoluiu com melhora lenta e progressiva do quadro neurológico. Exames laboratoriais evidenciaram FAN e Ig Anticardiolipina (ACL) positivos. Optado por iniciar anticoagulação com Warfarina e também hidroxicloroquina. Alta hospitalar com proposta de repetir ACL 12 semanas após a coleta inicial. DISCUSSÃO:A ELS diferencia-se das outras formas de endocardite por ser não infecciosa em sua origem e associa-se a todas as doenças que aumentam o estado de hipercoagulabilidade, como a SAAF. A embolização sistêmica ocorre em até 42% dos pacientes, sendo o cérebro o principal destino, a exemplo do caso relatado. O objetivo do tratamento é a prevenção da embolização recorrente. A cirurgia está indicada em casos de disfunção valvular grave ou de recorrência dos eventos embólicos. No presente caso, foi adotada terapia conservadora, através da instituição de anticoagulação plena e hidroxicloroquina. CONCLUSÃO:ELS é uma patologia pouco frequente, mas provavelmente subdiagnosticada devido à inespecificidade das manifestações clínicas, aliada à necessidade de um elevado índice de suspeição diagnóstica. A utilização de corticóide e imunossupressores não têm efeito sobre as lesões, sendo a anticoagulação a pedra angular do tratamento. A hidroxicloroquina previne fenômenos trombóticos relacionados à SAAF.

## 46404

**Redução do risco associado a TAVI pelo uso de ferramentas avançadas de imagem.**

PAULA VALLE VERSIANI, JULIANA COSTA, LUCIANA GONTIJO VIVIAN, ARI MANDIL, EFRAIM LUNARDI FLAM, JAMIL ABDALLA SAAD, EDUARDO KEI MARQUESINI WASHIZU, JOÃO BATISTA GUSMÃO, LUCIANA FRANCISCA VILELA MONTEIRO e EDUARDO BELISÁRIO FALQUETO

Hospital Felicio Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: O planejamento cirúrgico para o implante percutâneo de prótese aórtica (TAVI) envolve o detalhamento anatômico da aorta, geralmente por tomografia computadorizada. Até recentemente, este estudo era feito exclusivamente antes do procedimento. Atualmente, as imagens tomográficas podem ser associadas a imagens adquiridas durante o procedimento, num processo chamado de fusão.Descrição: DOF, sexo feminino, 61 anos, hipertensa, com dispnéia e dor torácica há 3 meses. História prévia de linfoma com radioterapia torácica, quando necessitou de hemotransfusões e corticoterapia, tendo evoluído com osteonecrose de quadril e hepatite C. Exames atuais evidenciaram plaquetopenia moderada, estenose aórtica grave, aorta em porcelana e insuficiência hepática Child B.Hipótese diagnóstica: estenose aórtica grave Conduta: Optado por TAVI, com risco elevado para: sangramento, acidente vascular encefálico, perfuração miocárdica e disfunção renal. Na tentativa de reduzir estes riscos, foram utilizadas ferramentas avançadas disponíveis no aparelho Arts Q Biplane (Siemens). Inicialmente, foi adquirida uma tomografia da aorta ambulatorialmente. As artérias femorais comuns apresentavam diâmetro limítrofe (6.4mm). A prótese valvar a ser implantada foi definida (Edwards Sapiens 23), e a via femoral foi escolhida. No dia do procedimento, adquirimos imagens em 3D da região pélvica da paciente utilizando o Arts Q Biplane, sem utilização de contraste. Em seguida, a tomografia prévia foi fundida com as imagens obtidas, utilizando o software Syngo Aortic Valve Guide (Siemens). As imagens em alta definição resultantes possibilitaram a punção dos acessos femorais sem a utilização de contraste, com alta precisão anatômica. A seguir foi adquirido um segundo volume de imagens em 3D: a região torácica. Utilizando o mesmo software, foi feita reconstrução volumétrica da raiz da aorta, o que permitiu a visualização dos dispositivos utilizados durante o procedimento em sobreposição ao volume 3D exibido na tela do aparelho, em tempo real. Isto resultou em detecção automática da melhor projeção para liberação da prótese, maior precisão durante o deslocamento e liberação do dispositivo, menor manipulação dos materiais e menor volume de contraste. Conclusão: o elevado risco operatório dos pacientes submetidos a TAVI torna essencial a implementação de medidas que auxiliem na diminuição da morbimortalidade.

## 46405

**Angiossarcoma: impacto da ecocardiografia no diagnóstico e tratamento.**

LILIAN FIGUEIREDO RIBAS, DEBORA MAGALHES DE SOUZA, NADIR PRISCILA SILVA DA CRUZ, RENATO SOARES VENTURA, MARCELA BRANDÃO DE OLIVEIRA, LUCAS DE SOUSA BULBRINI FILOGONIO e JOSE LUIZ BARROS PENA

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: A incidência dos tumores cardíacos primários é de cerca de 0.02 a 0.05%, sendo os sarcomas os mais prevalentes dentre os malignos. Estes localizam-se principalmente no átrio direito, acometem pacientes do sexo masculino, na terceira e quarta décadas de vida. Apresentam curso rápido e fatal e o tratamento cirúrgico segue com resultados insatisfatórios, independente das técnicas empregadas. O ecocardiograma, com suas diferentes modalidades, é fundamental para o diagnóstico e acompanhamento das massas cardíacas. Descrição do caso: Paciente do sexo masculino, 42 anos, transplantado renal há 18 anos, com perda do enxerto renal há um ano e hipertenso. Admitido no Setor de Emergência da nossa instituição com quadro de dispneia aos pequenos esforços, iniciada há uma semana e piora progressiva. Ecocardiograma transtorácico evidenciou derrame pericárdico importante com sinais de tamponamento cardíaco. Submetido à drenagem pericárdica, sendo retirados 700 ml de líquido sanguinolento. Biópsia do pericárdio foi compatível com pericardite fibrinosa. Quatro meses após, mantinha-se assintomático. Submetido a tomografia computadorizada de abdome que mostrou formação expansiva para-atrial direita. Realizado ecocardiograma transtorácico, que mostrou massa para-atrial direita parcialmente vascularizada e trombos em átrio direito. Estudo transesofágico tridimensional, com utilização de contraste endocavitário com microbolhas permitiu a diferenciação entre trombos, infiltração da massa na cavidade atrial e possíveis metástases. Exame anatomopatológico com estudo histoquímico da massa paracardíaca diagnosticou angiossarcoma. Iniciado tratamento quimioterápico com paclitaxel. Propedêutica ecocardiográfica e tomográfica após 5 ciclos de quimioterapia evidenciou redução dos trombos intra atriais e da massa paracardíaca. Conclusão: Os tumores cardíacos malignos são raros e pouco sintomáticos. Estão associados a altas taxas de mortalidade a despeito do tratamento cirúrgico e quimioterápico. A Ecocardiografia, com suas diferentes modalidades, incluindo eco transesofágico tridimensional e uso de contraste endocavitário pode sugerir, com boa margem de segurança, a origem da massa tumoral, se primária, metastática ou trombótica, impactando a conduta diagnóstica e terapêutica.

## 46410

**Mixoma atrial direito, do diagnóstico ao tratamento - relato de caso.**


RAQUEL LEÃO SILVA, RICARDO R JARDIM, FLÁVIA S G MACHADO, BRUNO S REIS e OSMAR J LEAO

Instituto do Coração de Araçuaí e Itaobim, Araçuaí, MG, Brasil.


O mixoma cardíaco é uma neoplasia benigna, que corresponde ao tumor primário mais comum do coração. Apesar da definição oncológica de benignidade, pode cursar com embolia e morte súbita. Acometem mais mulheres. Localizam se mais comumente no átrio esquerdo (80%), átrio direito (13%) e nos ventrículos. Os pacientes podem apresentam sintomas de insuficiência cardíaca e constitucionais, além de eventos embólicos. O mixoma atrial direito pode obstruir a valva tricúspide, causando sintomas de IC direita e síncope. O tratamento de escolha é o cirúrgico, sendo sua excisão associada a excelente prognóstico e baixa recorrência. Trata se de paciente D.S.F.S., sexo feminino, 15 anos, moradora da zona rural de Berilo, MG, em investigação em sua cidade de origem, há oito meses, devido a quadro de emagrecimento, hiporexia, dispneia progressiva, tosse seca, tontura, febre e hepatomegalia. Exames laboratoriais prévios mostravam discreta anemia; aumento na VHS e PCR; e sorologia para esquistossomose indeterminado. TC do tórax prévia sem alterações; aguardando consulta com gastroenterologista e praziquantel. Foi admitida em nosso serviço dia 06/05/2015 prostrada, afebril, com queixa de dispneia aos mínimos esforços, fadiga e dor torácica em aperto. Ausculta pulmonar fisiológica, ausculta cardíaca ritmo regular, bulhas hiperfonética, com desdobramento de B1, FC: 118bpm, com PA: 88/62mmHg, fígado palpável há 2 cm do RCD. ECG sobrecarga atrial direita; sendo realizado ECO-TT, que mostrou função sistólica global bi ventricular preservada, associado a grande massa móvel única, de consistência firme, de forma oval, medindo 6,2 x 4,2 cm, inserida no átrio direito, com seu pedículo aderido no septo interatrial que movia para o interior do ventrículo direito através da valva tricúspide, sugestivo de mixoma de átrio direito. A paciente foi encaminhada à internação; e transferida ao hospital de referência, onde foi submetida à exérese da massa cardíaca no dia 13/05/2015, sem intercorrências, com análise histopatológica; que mostrou características benignas, compatível com mixoma atrial, recebendo alta hospitalar assintomática; e permanecendo assim até o momento. Este caso mostrou que devido a uma apresentação clínica inespecífica dos sintomas, o diagnóstico clínico pode tornar se tardio, principalmente em regiões distante dos grandes centros. E que mesmo com caráter histológico benigno, eles podem levar a uma evolução desfavorável e complicações incapacitantes.

## 46417

**Insuficiência cardíaca e bigeminismo ventricular secundários à provável miocardite.**


PAULA REZENDE TEIXEIRA, FAUSTINO VENDRAME FILHO, SHIRLEY MARIETA ALVES DOS SANTOS, LUCIANA C DIAMANTINO, MARINA HENRIQUES DE MATOS, DIOGO VILELA NOGUEIRA e AMANDA ALCÂNTARA CUNHA DOS REIS

Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, Brasil.


Introdução: Insuficiência cardíaca e arritmias ventriculares são complicações relativamente comuns de miocardite, que é, definida como um processo inflamatório do miocárdio devido a uma agressão primária em outro sítio. O agente agressor mais comum é infeccioso. Descrição: Trata-se de L.G.C.A. 56 anos, leucodermo, procedente de Belo Horizonte, atendido em consulta de cardiologia em 11/ 2014. DM, obeso e ex-tabagista, com relato de episódios de dor retroesternal, em queimação, de curta duração, não relacionada a atividade física e evolução de um ano. Ao EF: eupneico, RCR, bulhas hipofonéticas, PA: 140x80mmHg, FC:75bpm, sem alterações. Solicitada propedêutica com realização de ECOTT FE 69%, VE sem alterações segmentares, AE pouco aumentado e TE inconclusivo para isquemia miocárdica. Foi liberado para retorno ambulatorial. Retornou em 12/2014 com relato de piora da dispnéia que se apresentava aos mínimos esforços; foi então aventada hipótese de equivalente anginoso sendo encaminhado para internação, iniciado protocolo de SCA, realizado ECO FE reduzida (48%) AE aumentado, VE com hipocinesia da porção médio basal das paredes lateral, ant. e septo ant., RDA grau I. Ao Holter 686 ESV/h, polimórfica, isolada, bigeminada e 105 TVNS; à CM hipoperfusão persistente em regiões septal e ínfero-septal; CATE sem lesões significativas. Manteve ao ECG bigeminismo e trigeminismo ventricular frequentes. Discutido com arritmia e sem condições de EEF com ablação. HD: IC sistólica secundária a arritmia ventricular – Etiologia a/e (miocardite?) CD: Ainda internado foi otimizado tratamento para IC e houve melhora clínica sendo encaminhado para propedêutica ambulatorial. Realizou em 2/2015 RNM com FE 45%, massa miocárdica 105g, VE hipocinesia da parede lat. ao nível da base com sinais de fibrose/necrose epicárdica e mesocárdica (processo inflamatório/infeccioso prévio). Pequena área de fibrose na parede septal ao nível da inserção inferior do VD. Ao ECG mantinha bigeminismo ventricular e foi iniciado amiodarona. Retornou em 11/2015 com melhora clínica e aos exames complementares; ECO FE 60% AE pouco aumentado; ao Holter 44 ESV/24h biomórficas isoladas, 15 ESSV; ao TE sem arritmia. Conclusões: Na prática clínica nem sempre conseguimos definir diagnóstico, mas é importante o tratamento sindrômico desde que resulte em benefício para o paciente. Neste caso, houve melhora importante após início do antiarrítmico, mantém acompanhamento ambulatorial, sem diagnostico definitivo.

## 46420

**Síndrome do roubo de fluxo da artéria subclávia: relato de caso.**


LARISSA MARTINS SILVA, FILIPPE AUGUSTO VIEIRA SILVA, LAURA BURNI PEREIRA GOMES, BRUNO A COSTA, ROBERT W A ALCANTARA, PEDRO H A LIBÓRIO, IVAN F FREITAS, CARLOS A F AREAS e BRUNO R NASCIMENTO

Hospital Universitário Ciências Médicas, Belo Horizonte, MG, Brasil - Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.


Introdução: Descrita pela primeira vez em 1960 por Contorni, a síndrome do roubo de fluxo subclávio (SRFS) é caracterizada pela reversão do fluxo na artéria vertebral, resultante de uma oclusão ou obstrução severa, hemodinamicamente significativa, da artéria subclávia ipsilateral. A epidemiologia da SRFS é pouco conhecida, porém estima-se que ela esteja presente em aproximadamente 6% dos pacientes assintomáticos com sopros cervicais. Estenoses da a. subclávia são rotineiramente assintomáticas e secundárias a outras patologias, não necessitando de propedêutica específica, a não ser o tratamento da condição primária. Porém em alguns casos pode surgir sintomas de insuficiência arterial cerebral, do membro superior, ou até do miocárdio, em casos de pacientes previamente revascularizados. O tratamento da SRFS pode ser clínico, com a utilização de ácido acetilsalicílico (AAS), β-bloqueadores, estatinas em altas doses e inibidores da enzima conversora de angiotensina; cirúrgico, com a realização de by-pass carótida-subclávia, axilo-axilar, transposição carotídea ou percutâneo. Descrição do caso: Paciente masculino, 65 anos, pedreiro, ex-tabagista abstênico há 4 anos, procurou atendimento médico com queixa de parestesia em membro superior esquerdo (MSE). Neste, quando da aferição da pressão arterial, esta era quase inaudível em MSE, sendo então solicitado ultrassom de MSE que evidenciou ausência de fluxo na porção proximal da artéria subclávia. Posteriormente foi solicitada arteriografia de aorta e ramos, que revelou uma obstrução total do 1/3 proximal da artéria subclávia E, junto ao arco aórtico. Foi injetado contraste na artéria carótida direita com visualização de fluxo retrógrado pela artéria vertebral contra-lateral. Hipóteses diagnósticas: Síndrome de roubo de fluxo da subclávia, arterites, dissecção de aorta. Condutas: Adotou-se para este paciente uma conduta conservadora, tendo sido prescrito AAS e estatina.
Conclusões: Com o exposto, tem-se que a SRFS é uma síndrome cuja prevalência não é bem estabelecida, mas que acomete uma parcela razoável da população e tem morbi-mortalidade importante caso não haja tratamento eficaz. Assim, cabe aos médicos conhecerem as suas manifestações para que esta esteja dentre seus diagnósticos diferenciais quando na presença de pacientes com queixas de síncopes/pré-síncopes, parestesias, isquemias em membros superiores e até mesmo angina.

## 46422

**Pseudoaneurisma da artéria radial direita após cineangiocoronariografia - relato de caso.**


JULIANA COSTA, JAMIL ABDALLA SAAD, ARI MANDIL, EDUARDO BELISÁRIO FALQUETO, ARMANDO FAGUNDES MORATO NETO, FREDERICO LEMOS DE ALMEIDA, LUCIANA GONTIJO VIVIAN, EULER VILLELA e EDUARDO KEI MARQUESINI WASHIZU

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.


O acesso radial é descrito como primeira escolha para realização de coronariografia devido principalmente ao menor risco de complicações vasculares tais como sangramentos e formação de pseudoaneurisma. O pseudoaneurisma da artéria radial (PAR) é uma complicação rara após coronariografia utilizando-se essa via de acesso, elevando a morbimortalidade e o tempo de internação. Descrição do Caso: Paciente masculino, 71 anos,diabético, admitido com quadro de angina instável de alto risco, sendo submetido a coronariografia e angioplastia com stent através de punção da artéria radial direita e utilização de introdutor 6F. Uma hora após a angioplastia, queixou dor, edema e hematoma pulsátil no sítio da punção. A perfusão do membro superior direito (MSD) e o pulso radial estavam dentro da normalidade. Solicitado dupplex-scan arterial do MSD onde foi observado imagem em forma oval em região distal do antebraço medindo 1,77x1,01 cm, associada a artéria radial através de um pequeno colo, medindo 0,24cm em seu diâmetro transverso e 0,36 cm longitudinalmente, com fluxo bidirecional compatível com pseudoaneurisma. Conduta: Optado por tentativa de compressão do colo do PAR através de doppler, porém durante o procedimento o paciente evoluiu com dor intensa no local, sendo diagnosticado ruptura. Conduzido imediatamente ao bloco cirúrgico onde foi realizada a ligadura da artéria radial. Paciente apresentou melhora dos sintomas; alta hospitalar com perfusão e sensibilidade da mão preservados. Conclusão: A principal causa de PAR é a iatrogênica, seja após procedimentos percutâneos (como no caso relatado), seja após monitorização invasiva da pressão arterial ou punções repetidas em unidades de terapia intensiva 1. Apesar de rara, há uma tendência de aumento na incidência do PAR devido a maior escolha dessa via de acesso durante procedimentos coronarianos percutâneos diagnósticos e terapêuticos, associado ao uso de potentes agentes antiagregantes e anticoagulantes. A utilização de um método de imagem como o USG doppler é fundamental para confirmar o diagnóstico e avaliar as características do pseudoaneurisma (tamanho, presença de trombos ou septações no seu interior, compressão de estruturas adjacentes e avaliação da circulação distal no arco palmar). O diagnóstico e o tratamento precoces são essenciais para manter a adequada perfusão do membro e minimizar as complicações como ruptura espontânea, isquemia da mão, infecção e tromboembolia, melhorando o prognóstico do quadro.

## 46430

**Síndrome de Takotsubo durante tratamento endovascular de aneurisma de aorta abdominal: relato de caso.**

VITOR SOUZA GUIMARAES, CHARLES SIMÃO FILHO, EDUARDO KEI MARQUESINI WASHIZU, CYNTHIA BEATRIZ TOSTES FERREIRA, SERGIO FIGUEIREDO CAMPOS CHRISTO, PAULO VICTOR ALVES PINTO, THIAGO MENDONA NUNES DE PAULA, RAYSSA MARCELLA VIEIRA FERREIRA, RAFAELLA VALESKA BATISTA XAVIER e NICHOLAS HIDEKI KOGA MAGARIO

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

"Broken Heart Syndrome" ou cardiomiopatia de Takotsubo, é uma cardiomiopatia reversível, predominante em mulheres pós menopausa e relacionada com estresse emocional ou físico. Apresentação típica envolve dor precordial com elevação de ST e inversão de T no ECG, mimetizando síndrome coronariana aguda, porém com fluxo arterial normal. Dispneia, hipotensão e choque cardiogênico podem estar presentes. As anormalidades típicas de contratilidade encontradas são acinesia do ápice do ventrículo esquerdo e hipercinesia da base do coração. ATS, 91 anos, gênero feminino, portadora de aneurisma de aorta abdominal com indicação de tratamento endovascular. Submetida a extensa propedêutica pré-operatória incluindo avaliação coronariana (cintilografia miocárdica normal). Procedimento realizado sob anestesia geral transcorreu bem do ponto de vista técnico. Após implante de corpo de endoprótese bifurcada em aorta abdominal infra-renal paciente apresentou bruscamente hipotensão e choque cardiogênico. Procedimento foi finalizado com implante bilateral de ramos de endoprótese. Apesar de uso de drogas inotrópicas paciente evoluiu com parada cardiorrespiratória, responsiva após dez minutos de massagem cardíaca. Elaborada suspeita diagnóstica de insuficiência coronariana, solicitado ecocardiograma transesofágico peroperatório que sugeriu "broken heart syndrome" em fase de resolução. Devido à incerteza do diagnóstico foi realizada cineangiocoronariografia (paciente se encontrava em laboratório de hemodinâmica). Coronariografia normal e ventriculografia mostrou excepcional imagens de constrição ventricular esquerda em base e terço médio e acinesia apical, caracterizando "broken heart syndrome". Concomitante à injeção de contraste, paciente evoluiu novamente para choque cardiogênico e após medidas de ressuscitação restabeleceu pressão e gradativamente voltou à estabilidade hemodinâmica. Diante da evidência dos fatos consideramos que o quadro foi induzido por resposta anafilática à injeção de contraste radiológico. Paciente evoluiu bem recebendo alta sem sequelas após 48 horas. No presente estudo os autores apresentam "Broken Heart Syndrome/ cardiomiopatia de Takotsubo" com evolução catastrófica induzida por contraste radiológico (após prévia sensibilização em exame de angiotomografia diagnóstica), com imagens em tempo real, seu tratamento e pequena revisão de literatura.

## 46434

**Memória cardíaca: implicações do diagnóstico clínico-eletrocardiográfico.**

JARDEL ROCHA FONSECA, PEDRO HENRIQUE RAMOS CAVEANHA, PAULO HENRIQUE SANTIAGO, RAFAEL TOLENTINO VIGNOLI FEDERMAN, MATEUS NEVES ROMERO, SÍLVIO AMADEU DE ANDRADE, MARIA CLARA NOMAN DE ALENCAR, FÁBIO MORATO CASTILHO, LUCIA MARIA AMORIM FENELON e EPOTAMENIDES MARIA GOOD GOD

Hospital Socor, Belo Horizonte, Brasil.

Fundamento: muitos achados eletrocardiográficos, se não reconhecidos ou se mal interpretados, podem gerar condutas equivocadas. A memória elétrica cardíaca (MEC) é um fenômeno pouco reconhecido, que consiste no achado de alteração da repolarização ventricular (ARV), que se mantém após um período, especialmente quando esta ARV é secundária e decorrente da presença de um Bloqueio de Ramo Esquerdo, da presença de um marcapasso cardíaco ou durante uma taquiarritmia. A ARV se mantém quando há retorno ao ritmo cardíaco normal, podendo ser equivocadamente interpretada como dependente, por exemplo, de isquemia.
Objetivo: apresentação do caso de uma paciente com ECG basal dentro dos limites da normalidade, que após episódio transitório de taquiarritmia supra-ventricular (TSV), mantém por um período, as mesmas alterações difusas da RV e discutir as implicações clínicas deste achado paras se evitar uma tomada de decisão inadequada.
Paciente: M.F.S.F.A, sexo feminino, 56 anos, leucoderma, comerciante, casada, residente em Belo Horizonte, Minas Gerais. Assintomática, até que em 19/03/2016 iniciou subitamente pela manhã, em domicílio, quadro de palpitação rítmica, taquicárdica, com quadro de lipotímia e turvação visual. Sem comorbidades, negava uso de medicamentos. Aferiu a PA=120/80 mm Hg e FC=140 bpm e foi ao pronto-atendimento, tendo o ECG mostrado TSV sugestiva de reentrada nodal atrioventricular (TRNAV). ECG feito, minutos após, já em ritmo sinusal, mantinha as mesmas ARV, difusas, idênticas àquelas observadas durante a TSV. A paciente foi mantida em observação clinica e ECGs seguintes mostraram a normalização da ARV. Exames laboratoriais incluindo marcadores de necrose miocárdica e ecocardiograma transtorácico, ambos sem alterações. Concluido pela ocorrência do fenômeno memória cardíaca.
Conclusões: O reconhecimento do fenômeno de MEC como um achado eletrocardiográfico de mecanismo definido é importante e pode orientar a conduta médica, evitando propedêutica desnecessária, principalmente aquela relacionada com uma possível relação com isquemia miocárdica.

## 46437

**Síndrome coronariana aguda em jovem sem fatores de risco clássicos.**

MARCOS CARVALHO DE PAULA, MARINA VIEIRA NAGAHAMA, EDUARDO RODRIGUES BORATO, CASSIO DOS SANTOS NUNES, JULIMAR PEREIRA DA SILVA, MARCIO EDUARDO REZENDE, ANA GABRIELA MENEZES DE JESUS TORRES, RAFAEL MURIZINI INHAN, PRICILA ROCHA COELHO e ANA FLAVIA ALVES CAIXETA

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

Introdução. A doença arterial coronária (DAC) é a maior causa de mortalidade e morbidade em países desenvolvidos, responsável por um terço ou mais de todas as mortes em idade acima de 35 anos. Dados epidemiológicos de base populacional, como no estudo de Framingham, proporcionaram melhor avaliação dos fatores de risco. Os principais são idade avançada, dislipidemia, tabagismo, obesidade, diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial (HAS) e história familiar (HF). Apesar de incomum, DAC pode ocorrer em jovens, os quais perfazem 4-10% das vítimas de infarto agudo do miocárdio. Um estudo de autópsia com 760 jovens por mortes de causas externas evidenciou DAC avançada em 2% dos homens e em nenhuma mulher com idade entre 15 e 19 anos; já entre 30 e 34 anos, 20% dos homens e 8% das mulheres apresentavam DAC, com prevalência de estenose ≥ 40% da artéria descendente anterior (DA) de 19% e 8%, respectivamente. Descrição do caso: Homem de 27 anos, sem história de HAS, DM, obesidade, dislipidemia, tabagismo, uso de drogas ilícitas ou HF de DAC. Iniciou nas últimas semanas dor precordial típica. Exame físico sem alterações. Realizado eletrocardiograma (ECG) em repouso sem alterações isquêmicas. Em teste ergométrico sob protocolo de Rampa, paciente apresentou precordialgia opressiva iniciada aos 4 minutos de esforço; ECG no esforço apresentou infradesnivelamento do segmento ST em múltiplas derivações, com morfologia horizontalizada, chegando a 2 mm na cessação do esforço e persistindo até o 7º minuto de recuperação. Cintilografia miocárdica perfusional em repouso e esforço foi sugestiva de extensa lesão isquêmica atingindo as regiões apical, anterior, antero-septal e ínfero-septal do miocárdio ventricular esquerdo, com função sistólica global preservada. As hipóteses diagnósticas foram de origem anômala de coronárias, DAC, vasoespasmo coronariano ou ponte miocárdica. Coronariografia evidenciou: artéria coronária direita dominante, isenta de ateromatose significativa; tronco de coronária esquerda e circunflexa isentas e DA com lesão de 90% no terço proximal. Foi realizada angioplastia de DA com stent e o paciente recebeu tratamento farmacológico preconizado para DAC. Conclusão. DAC pode acometer indivíduos sem fatores de risco tradicionais e sua prevalência provavelmente é subestimada, sobretudo entre jovens, sendo de grande importância a valorização dos sinais e sintomas e avaliação de exames de triagem para detecção precoce da doença.

## 46438

**Implante valvar aórtico pércutâneo (TAVI) em paciente com estenose aórtica grave e risco cirúrgico elevado.**

LYS BEATRIZ BRANDO LOPES, FÁBIO RIBEIRO PEDROZO DE PAULA, LUCIANA FRANCISCA VILELA MONTEIRO, JULIANA COSTA, DANIELLE ALENCAR PEREIRA, MILENE SOUZA CASTRO, FILIPE RODRIGUES CUNHA, FRANCIELE DE ANGELIS SILVA, LUCIANA GONTIJO VIVIAN e THIAGO DA ROCHA RODRIGUES

Hospital Felício Rochol, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: A estenose valvar aórtica (EAO) é a valvopatia aórtica de maior prevalência devido ao envelhecimento da população. O risco cirúrgico da população idosa é alto e, desta forma, vem ganhando espaço o implante percutâneo de valva aórtica (TAVI). Os escores STS e Euroscore podem ser usados na estratificação do risco cirúrgico. Descrição do caso: Paciente ALJ, mulher, idosa, 85 anos, debilitada, frágil e com mobilidade reduzida. Internada com dor torácica, dispneia intensa e edema agudo de pulmões (EAP). Diagnostico prévio de EAP recorrente e EAO grave. Portadora de HAS, diabetes insulino-dependente, distúrbio cognitivo, doença aterosclerótica periférica em membros inferiores, marcapasso devido a bloqueio AV total, fibrilação atrial permanente e hipotireoidismo. Várias internações prévias por EAP. Em uso de levotiroxina, zanidip, losartana, furosemida, AAS, rosuvastatina e insulina. Anticoagulante oral não vinha sendo administrado devido a HASBLED alto (4) e baixo peso. Ao exame físico apresentava ritmo de marcapasso, sopro sistólico ejetivo em foco aórtico grau III/VI, crepitações pulmonares bilaterais e jugulares ingurgitadas. EcoTT após estabilização clínica evidenciou EAO grave, insuficiência aórtica leve, função sistólica ventricular preservada, calcificação do anel mitral, hipertensão pulmonar moderada, eletrodo em câmeras direitas, hipertrófia concêntrica do ventrículo esquerdo, calcificação valvar aórtica, fluxo sistólico transvalvar aórtico com pico de velocidade aumentada (4,79 m/s), gradiente de 92mmHg (pico) e 58 mmHg (médio) e área valvar aórtica de 0,5 cm2 (0,36 cm/m2). Angiotomografia da aorta com calcificações acentuadas no anél valvar aórtico, ateromatose aórtica, dilatação fusiforme da artéria subclávia direita, aorta abdominal tortuosa e com dilatação fusiforme infrarrenal e no tronco celíaco. Cateterismo com coronárias normais. Discussão - O escore de risco STS para cirurgia de troca de valva aórtica indicava risco de morte de 19,8% e morte + morbidade de 53%. O euroscore II foi calculado em 53%. Hipótese diagnóstica: EAO grave com EAP recorrente em paciente idosa, frágil e de alto risco cirúrgico. Conduta: Optado por realização de TAVI. Procedimento realizado com sucesso e sem complicações. Paciente evoluiu com melhora do quadro de dispneia e dor torácica, apresentando boa evolução pós-operatória. Conclusão: O procedimento da TAVI é alternativa promissora para pacientes com EAO grave e risco cirúrgico elevado ou proibitivo.

## 46439

**Tratamento endovascular de sangramento agudo por ruptura de pseudo-aneurisma de artéria renal após cirurgia urológica.**


ROBERTA NASCIMENTO, RONALD DE SOUZA, PEDRO ROUSSEFF, MAURO ISOLANI PENA, BÁRBARA C A MARINO, WALTER RABELO, ROBERTO LUIZ MARINO e MARCOS ANTONIO MARINO

Hospital Madre Tereza, Belo Horizonte, MG, Brasil - Centro Universitário de Belo Horizonte UNIBh, Belo Horizonte, MG, Brasil.


Introdução:Os pseudoaneurismas (PA) são complicacões vasculares decorrentes de procedimentos invasivos, cirurgias, traumas ou mecanismos iatrogênicos. O PA de artéria renal traumático apresenta risco de ruptura, resultando em hematúria ou hematoma, com perda de função renal e risco de morte. Quando o sangramento renal é agudo, o tratamento conservador geralmente é ineficaz com altas taxas de recidiva; a nefrectomia, por sua vez, ocasiona elevada morbidade pós operatória além de poder ocasionar o comprometimento da função renal a longo prazo. Com o desenvolvimento da intervenção percutânea nos últimos anos, a embolização com cola biológica é uma alternativa eficaz ao tratamento dos sangramentos renais agudos.
Método: Relato de caso. Paciente LCGP 40 anos, sexo feminino, portadora de valvulopatia reumática com estenose mitral grave. Submetida à valvuloplastia mitral com balão há 9 anos. Evoluiu há 1 ano com ICC NYHA IV endocardite. Ecocardiograma transesofáfico revelou insuficiência mitral e vegetação na válvula nativa sendo submetida à troca mitral por prótese metálica em 13/06/14. Evoluiu estável com controle de RNI com médico assistente. No dia 17/09/15 deu entrada em outro serviço com hematúria e diagnóstico de cálculo coraliforme no rim direito sendo submetida à ressecção cirúrgica no dia 22/09/15. Anticoagulada com Heparina não fracionada, no pós operatório evoluiu com hematúria macroscópica recebendo 4200 mL de concentrado de hemácias até 06/10/15 quando foi transferida para nossa instituição. Admitida com hemoglobina de 6, creatinina 0,9. Arteriografia seletiva da artéria renal direita revelou PA da artéria renal direita e fístula arteriovenosa. Recebeu 600mL de concentrado de hemácias e submetida à embolização superseletiva de ramo segmentar renal com uso de N-butil cianoacrilato (B Braun, Alemanha) na concentração de 30%. Mantido no pós operatório imediato heparinização e reiniciado varfarina no dia 08 de outubro, mantendo Hb à alta hospitalar de 8,6mg/dL e creatinina 0,9 e RNI na faixa terapêutica. Resultado: Observado na imagem oclusão completa do PA.
Conclusão: Apesar do sucesso da técnica apresentada neste relato de caso, novos estudos são necessários para garantir a segurança e efetividade da técnica a longo prazo.

## 46441

**Síndrome de Takotsubo.**


VITOR A C LINHARES, RODRIGO A L MALVEIRA e HADISON S NOGUEIRA

Hospital Aroldo Tourinho, Montes Claros, MG, Brasil.


A Coronariopatia de Takotsubo (CT) caracteriza-se por disfunção transitória do ventrículo esquerdo que confere aspecto em balão ao ventrículo e hipocinesia apical importante. Apresenta-se como dor torácica, alterações eletrocardiográficas compatíveis com infarto agudo do miocárdio (IAM) e liberação discreta de marcadores de necrose miocárdica, entretanto, a síndrome ocorre na ausência de coronariopatia obstrutiva, avaliada através de cineangiocoronariografia (CATE) precoce1- 4
Tem sido descrita predominantemente em mulheres e ocorre frequentemente após episódio de estresse físico ou emocional. A estimulação simpática aumentada tem sido proposta como fator central em sua fisiopatologia2,5,6.
Paciente do sexo feminino, 72 anos, com história pregressa de hipertensão arterial sistêmica e transtorno da ansiedade generalizada, com história de dor precordial há 3 dias. Evoluiu com piora da dor nas últimas horas, apresentando também sudorese, palidez cutânea, pressão arterial de 80/40mmhg, crepitações em base direita e dispnéia intensa. Eletrocardiograma evidenciou supra-desnivelamento do segmento ST em derivações V2-V6, e marcadores de necrose miocárdica foram positivos.
Foi solicitado CATE que evidenciou ausência de lesões obstrutivas, ventrículo esquerdo com volumes sisto/diastólicos aumentados e discinesia médio apical sugestiva de síndrome de takotsubo.(Fig. 1)
Ecocardiograma realizado três semanas após o episódio mostrou função biventricular preservada, leve hipocinesia de ponta de ventrículo esquerdo e fração de ejeção de 80%.

Fig. 1 Ventriculografia evidenciando discinesia médio-apical de ventrículo esquerdo e balonamento apical.

## 46444

**Tratamento percutâneo da ruptura do seio de valsava: relato de casos.**


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

Hospital Vila da Serra, BH, MG, Brasil - Hospital Felicio Rocho, bh, MG, Brasil.


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

## 46445

**Ablação de taquicardia ventricular em pacientes portadores de cardio-miopatia arritmogênica do ventrículo direito - série de casos.**


ANDRÉ ASSIS LOPES DO CARMO, REYNALDO DE CASTRO MIRANDA, HENRIQUE BARROSO MOREIRA, HUGO BELLOTTI LOPES, VITOR FREITAS FONTES, ANNA TERRA FRANCA e ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO

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


Introdução: A cardiomiopatia arritmogênica do ventrículo direito (CAVD) é caracterizada por substituição difusa ou segmentar dos cardiomiócitos do ventrículo direito (VD) por fibrose ou gordura. A ocorrência de arritmias ventriculares malignas é umas das características marcantes desde o início da doença e seu manejo pode ser desafiador. Apesar de estudos iniciais demonstrarem resultados desapontadores com a ablação por cateter, ensaios clínicos mais recentes apresentaram melhora significativa no controle da arritmia com a utilização de abordagem mais extensa. Apresentamos uma série de pacientes com CAVD submetidos a ablação de taquicardia ventricular sustentada (TV). Métodos: Todos os pacientes encaminhados para ablação de TV de janeiro de 2012 a dezembro de 2015 que preenchiam os critérios da International Task Force para diagnóstico de CAVD foram incluídos. A ablação foi realizada com cateter irrigado e o mapeamento eletroanatômico utilizado quando disponível. A abordagem combinada endocárdica e epicárdica foi realizada de acordo com o julgamento do operador. O êxito imediato foi definido como ausência de indução de TV monomórfica ao final do procedimento (3 extra-estímulos, ciclo 430 ms). Todos os pacientes foram acompanhados no Ambulatório de Arritmias Cardíacas e a manutenção dos antiarrítmicos foi realizada de acordo com o médico assistente. Resultados: Três pacientes (100% sexo masculino) com CAVD, todos portadores de CDI, foram encaminhados para ablação devido a tempestade elétrica refratária ao tratamento com amiodarona e betabloqueador. A idade média foi de 31 anos (22 a 42) e o tempo médio de segmento de 15 meses (7 a 26). Um paciente (33%) perdeu o segmento com 12 meses após o procedimento. Em dois procedimentos, foi utilizado mapeamento eletroanatômico com abordagem combinada endocárdica e epicárdica (66%). Em um paciente (33%) foi utilizado mapeamento convencional com abordagem exclusiva endocárdica. Em todos os pacientes houve êxito imediato do procedimento. Durante o seguimento não houve recorrência da taquicardia ventricular em nenhum dos pacientes. No último seguimento, 2 pacientes (66%) estavam em uso exclusivo de betabloqueador e 1 (33%) estava em uso de betabloqueador e amiodarona. Conclusão: Nesta série de casos, a ablação por cateter da TV em pacientes portadores de CAVD apresentou elevada eficácia num seguimento médio de 15 meses. Todos os pacientes apresentaram controle completo da TV com uso limitado de antiarrítmicos.

## 46446

**Síndrome de May-Thurner: relato de caso.**

POLIANNA MARTINS DE BRITO BARBOSA, LEONARDO FERBER DRUMOND, ROSSANA DALL ORTO ELIAS, ALVARO GABRIEL DURAES FONSECA, LAIS DE PAULA VON HELD, LUANA LORENA MOREIRA e MAURICIO REZENDE BARBOSA

Biocor Instituto, Nova Lima, MG, Brasil.

A síndrome de May-Thurner também chamada de Síndrome de compressão da veia ilíaca (SCVI), ocorre devido a compressão extrínseca da veia ilíaca comum esquerda pela artéria ilíaca comum direita. A incidência de SCVI em portadores de TVP em MIE (membro inferior esquerdo) é de 18 - 49%, com predominância no sexo feminino entre a 2ª e 4ª décadas de vida e tem como fatores precipitantes, cirurgia, gravidez e repouso prolongado. A presença de edema unilateral associado a sinais e sintomas de insuficiência venosa crônica ausência de um quadro agudo de TVP leva a suspeita do quadro. Este trabalho tem como objetivo, relatar o caso clínico da paciente L.F.G, 29 anos, sexo feminino, sem comorbidades prévias, usuária de dispositivo intrauterino (DIU) devido a quadro de metrorragia. Não utiliza medicamentos regulares. História familiar positiva para insuficiência venosa (pai). Em maio de 2015 apresentou quadro de dor em MIE intensa, acompanhada de edema, ausência de varizes e sinais flogísticos. Metrorragia controlada parcialmente com implante de DIU Em propedêutica para avaliação de dor em membros inferiores (MMII), foi realizado Doppler de membros inferiores (MMII), o qual evidenciou ausência de sinais de trombose nos MMII, com sinais com de compressão de v. ilíaca esquerda. Realizado angiotomografia de vasos Ilíacos no dia 22/06/2015 a qual mostrou sinais de compressão veia ilíaca comum esquerda pela artéria Ilíaca comum direita, sugerindo assim, a May Thurner, a qual não evidencia trombose venosa associada, sugerindo ainda hiperfluxo uterino. Ultrasom endovaginal confirmou DIU bem posionado, bexiga, útero, endométrio e ovários sem alterações. Foi confirmado a hipótese diagnóstica de Síndrome de May Turner. Após discussão clínica com equipe, optado por implante de Stent Zilver Auto Expansível na veia ilíaca esquerda, realizado no dia 15/07/2015 com sucesso angiográfico primário. Recebeu alta em uso de AAS e clopidogrel. Após 8 meses do procedimento (março/2016) paciente retorna para reavaliação com melhora dos sintoma e resultado de duplex de veia ilíaca mostrando padrão de fluxo do stent com velocidades normais. Conclusão - O tratamento endovascular de SCVI tem mostrado ser se seguro e efetivo, o implante do stent atua nas trabéculas e 'esporões' intraluminais, promove o alívio da compressão mecânica extrínseca. A anticoagulação deve ser mantida durante 6 meses e complicação como migração de stents é raro.

## 46448

**Desafio terapêutico: correção comunicação interatrial em idosa.**

NATÁLIA COUTINHO CHAVES, CAROLINE ALVES MOREIRA DA SILVA, ROBERTA NASCIMENTO, IZABELA MARIA AZEREDO NASCIMENTO, VALESSA MARIA GONTIJO CUNHA, PEDRO ROUSSEFF, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO, MARCOS ANTONIO MARINO, ROBERTO LUIZ MARINO e WALTER RABELO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, Brasil - Centro Universitário de Belo Horizonte - UNIBH, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: A comunicação interatrial (CIA) tipo ostium secundum corresponde cerca de 10-12% de todas as cardiopatias congênitas. As manifestações clínicas e o diagnóstico ocorrem primariamente na infância, adolescência ou no adulto jovem; porém, os achados clínicos podem ser sutis e o diagnóstico é realizado tardiamente. O momento diagnóstico é determinante no prognóstico desses pacientes: um CIA tardiamente diagnosticada e/ou não corrigida pode resultar em shunt direita-esquerda e evoluir para Síndrome de Eisenmenger (SE), caracterizada pela presença de cianose central, hipertensão arterial pulmonar (HAP), eritrocitose, dentre outros. A SE corresponde ao estágio final da doença obstrutiva vascular pulmonar, condição esta que contraindica a correção cirúrgica. RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 63 anos, diabética, dislipidêmica com história prévia de CIA tipo ostium secundum diagnosticada há quatro anos. Admitida em 17/05/16, para avaliar indicação de abordagem cirúrgica por via percutânea. Ao exame físico sinais de cianose central, telangectasia nasal e ausência de edemas. À avaliação cardíaca notou-se ausência de propulsão de ventrículo direito (VD), ritmo cardíaco regular com desdobramento e hiperfonese de segunda bulha, sem sopros. ECG com RSR, HAV, BRD, qV1. Solicitada propedêutica com exames para avaliação do quadro e para descartar a hipótese de SE devido aos sinais sugestivos do exame físico. Ecocardiograma transtorácico em 18/05/16: átrio esquerdo (AE): 36mm, VD: 39mm, FEVE 64%, PSAP 46mmHg, septo interatrial com grande descontinuidade tecidual em sua porção média, cerca de 1,8cm com shunt equerda-direita (E-D) ao Doppler, Qp/Qs de 2,5. Manometria AE: 09 mmHg, VD: 55/7, tronco pulmonar: 58/23(35) mmHg, AD: 09, VE: 195/8, saturação de oxigênio: 96% e hematócrito: 38%. Ao descartar SE foi realizada em 19/05/16 a oclusão de CIA com prótese Amplatz 34mm sem intercorrências com boa evolução hospitalar. CONCLUSÃO: CIA tipo otium secundum pode estar associado à SE, que representa uma manifestação avançada de HAP. A avaliação da correção da CIA deve ser criteriosa, já que correções tardias podem acarretar em complicações. Os critérios mais importantes a serem analisados a favor da abordagem cirúrgica são a saturação de oxigênio normal em repouso ou aos esforços, shunt E-D na análise ecocardiográfica e pressão sistólica da artéria pulmonar inferior a 70 mmHg. No caso relatado, o procedimento foi resolutivo apesar do diagnóstico tardio.

## 46453

**Coarctação aórtica crítica de diagnóstico tardio com aneurisma de aorta ascendente e insuficiência aórtica importante: relato de caso.**

DANIEL GARONI PETERNELLI, JULIANE AGUSTINI ORATI, PEDRO IVO DE MARQUI MORAES, MICHELLI KEIKO MOLINA, ROBERTA FERREIRA SILVESTRE, GEOVANA ARRUDA JOAO, LUCIANA SILVEIRA NINA DE AZEVEDO, MARLY MARIA UELLENDAHL LOPES, JOSE ORLANDO CAMPOS SANTOS e CELIA MARIA CAMELO SILVA

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

Introdução:Coarctação da aorta (CoAo) é uma lesão vascular congênita tipicamente diagnosticada precocemente e conta com 5 a 10% das mal formações congênitas porém alguns casos são diagnosticados somente na vida adulta. Relato: Homem branco, 61 anos, encaminhado ao nosso serviço para investigação de cardiomegalia após realização de exames de imagem por um quadro gastrointestinal há 02 anos.De antecedentes pessoais, apresentou um acidente vascular cerebral hemorrágico aos 20 anos de idade quando foi diagnosticado hipertensão arterial e iniciado tratamento medicamentoso, permanecendo com sequela motora em dimídio direito desde então. Há 5 anos diagnosticado com hepatite C, tabagista atual desde os 12 anos de idade (50 a/maço) e ex-etilista (abstinente há 8 anos).Em uso atual de enalapril e hidroclorotiaziada.De queixas cardiovasculares, vem apresentando há aproximadamente 01 ano episódios de tontura de curta duração principalmente relacionada a movimentos bruscos, dispnéia aos médios esforços associado a dor torácica retroesternal típica com melhora ao repouso. Exame físico:pressão arterial em membros superiores 170/50 e membros inferiores 80/30, bulhas cardíacas hipofonéticas com sopro diastólico aórtico 3+/6+. Radiografia de tórax com apagamento do botão aórtico e apagamento das margens inferiores das costelas (sinal de Roesler). Eletrocardiograma com alteração de repolarização difusa. Ecocardiograma evidenciou aneurisma de raiz e aorta ascendente ( 52 mm e 62 mm, respectivamente) com insuficiência aórtica importante e aorta descendente de 13 mm, hipoplásica, com fluxo lentificado. Sugerido diagnóstico de CoAo e confirmado por angiotomografia evidenciando CoAo crítica e grande quantidade de circulação colateral (fig 1).Manometria pelo cateterismo:VE e aorta ascendente 180x30 e 180x50x93 respectivamente e aorta descendente 100x60x73 configurando gradiente aórtico de 80 mmHg. Paciente com indicação cirúrgica para aneurisma de aorta ascendente e CoAo porém pela idade e o grau de circulação colateral foi considerado alto risco cirúrgico associado a síndrome de má perfusão sendo então optado por tratamento clínico. Seis meses após diagnóstico, paciente mantém os sintomas sem novas queixas. Conclusão:O diagnóstico de CoAo é clínico e deve ser realizado nos primeiros anos de vida. Em idades mais avançadas é raro, com alta mortalidade até os 50 anos de idade. Poucos relatos descrevem o tratamento de CoAo com sucesso em pacientes acima de 60 anos.

## 46455

**Fístula da artéria coronária para artéria pulmonar em adolescente sintomático.**

SAULO EMANUEL BARBOSA DE OLIVEIRA, NATALIA DE SA MORAES, IGOR GENEROSO MAGALHAES BARROSO, MARCUS VINICIUS MEDRADO AMORIM, JOAO DE SOUZA CUNHA, HUGO FREITAS BARROS, SILEMA TURIA MARINHO CARNEIRO, LUCIANA MILAGRES DE LIMA e JOAO ALEXANDRE BRIOSCHI

Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução:Fístulas das artérias coronárias têm incidência baixa entre as cardiopatias congênitas, muitas vezes assintomáticas. Podem apresentar sintomas de precordialgia ou insuficiência cardíaca e devem ser estudadas adequadamente para tratamento seguro, tanto cirúrgico como por cateterismo ou acompanhamento clínico. Descrita em 1865 por KRAUSE, a fístula de artéria coronária comunicando com cavidades cardíacas, artéria pulmonar ou seio coronário é muito rara, porém, reveste-se de importância quando o fluxo sangüíneo é de grande magnitude. A manifestação clínica é muito variável, dependendo da magnitude do fluxo, podendo não manifestar sintomas, apresentar-se como isquemia miocárdica ou insuficiência cardíaca congestiva. O diagnóstico é possível de ser realizado pelo ecocardiograma bidimensional, no entanto a cinecoronariografia é mais objetiva e orienta a conduta clínica ou cirúrgica a ser estabelecida.
Relato de Caso: Paciente do sexo feminino, com onze anos de idade, de cor branca, com queixa de dispnéia aos esforços há 1 ano com piora progressiva do quadro e na internação aos mínimos esforços. Ao exame clínico apresentava sopro contínuo em bordo esternal esquerdo no quarto, quinto e terceiro espaços intercostais. O eletrocardiograma apresentava sobrecarga biventricular. A radiografia de tórax mostrava aumento da trama vasobrônquica, átrio direito, ventrículo direito e esquerdo. Foi realizado estudo ecocardiográfico que evidenciou fístula da artéria cincunflexa com artéria pulmonar. A mesma foi submetida a tratamento intervencionista, com cateterização dupla, bicanular, com colocação de molas em coronárias e fechamento duplo-lumem. A evolução pós-operatória foi satisfatória, sem intercorrências. A paciente recebeu alta hospitalar no primeiro dia de pós-operatório, sem medicamento.
Conclusão:O resultado intervencionista relatado na literatura é muito satisfatório, com morbi-mortalidade muito baixa, porém, dependendo da faixa etária pode apresentar mortalidade mais elevada . Também relatado na literatura recidiva da fístula após correção cirúrgica, podendo ocorrer em casos muito complexos.

## 46460

**Infarto agudo do miocárdio por causas não ateroscleroticas.**

FORTUNATO FRANCO BORGES JUNIOR, LEONARDO ANTONIO DOS SANTOS BALTAZAR, FLAVIA VERONICA FERREIRA LOPES, ANTONIO CARLOS MANSUR BEDETI e RICARDO WANG

Santa Casa, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: Dissecção espontânea de Artéria Coronária é causa rara de Infarto Agudo do Miocárdio e potencialmente fatal. Entende-se por dissecção espontânea de Coronária aquela que não é secundária à doença Aterosclerótica, Dissecção Aórtica ou trauma intravascular. É causa rara de Síndrome Coronariana Aguda e morte súbita. Mais comum em mulheres jovens, saudáveis, sendo 1/3 dos casos no período gestacional ou puerperal. O diagnóstico é geralmente feito através da Cineangiocoronariografia.
Relato de caso: Sexo feminino, 53 anos portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica, controlada com losartana 5mg BID, historia familiar positiva para doença arterial coronariana. Alega precordialgia irradiada para Membro superior esquerdo, associada a sudorese e dispneia, sintomas que a fizeram despertar durante a noite. Eletrocardiograma realizado em atendimento médico em Itataiuçu - MG evidenciou inversão de onda T em DI, AVL, V4 – V6, Marcadores de Necrose Miocárdica positivos. Iniciado protocolo para Síndrome Coronariana Aguda com melhora dos sintomas e assim transferida para propedêutica cardiológica. Admitida na Unidade Coronariana estável e assintomática. Submetida a Cineangiocoronariografia que mostrou Coronária Descendente Anterior com dissecção extensa. Com isso optado por tratamento conservador, com dupla antiagregação plaquetaria: acido acetilsalicílico e clopidogrel alem de anticoagulação. Evoluiu satisfatoriamente, com melhora evidente da lesão em novo cateterismo. Ecocardiograma transtoracico sem alterações segmentares, com fração de ejeção de sessenta e seis por cento, sendo então optado por alta hospitalar e acompanhamento clinico ambulatorial.
Conclusão: O diagnóstico de dissecção espontânea de artéria coronária ainda é um desafio e não existem diretrizes quanto ao tratamento. Neste caso, a realização da Cineangiocoronariografia é crucial apesar da sintomatologia pouco expressiva apresentada pela paciente. Além disso, a localização da dissecção na Arteria Coronária Descendente Anterior, que é a mais envolvida, representando a verdadeira epidemiologia, tendo a paciente uma evolução satisfatória, diante do alto risco para eventos graves.

## 46467

**Confusão mental súbita e inédita como única manifestação clínica de dissecção coronária espontânea em atleta.**

JOSÉ HENRIQUE DE ANDRADE, JOÃO LUCAS O'CONNELL, KARINA V. F. DE CONTI, EMÍLIO C. OLIVEIRA, LUCIANO M. SILVA, JAIDE M. F. SILVA, JOSÉ RAFAEL V. JR., RODRIGO PENHA DE ALMEIDA, ERICA SILVA

Hospital e Maternidade Madrecor, Uberlândia, MG, Brasil.

Paciente de 39 anos, do sexo masculino, treinador e jogador de tênis.Apresentou quadro súbito de confusão mental, desorientação têmporo-espacial e leve disartria. Evoluiu bem do ponto de vista neurológico, hemodinâmico e ventilatório. Houve melhora progressiva da confusão mental, da desorientação e da disartria durante a internação clínica com duração total de 7 dias. Recebeu alta com leve confusão mental e leve amnésia para fatos recentes. A dosagem de troponina feita dias após a chegada ao Hospital foi positiva (12 ng/ml). Realizado ressonância nuclear magnética após as primeiras 24 horas (imagem 1): Região de hipersinal TR longo com efeito e massa e restrição a difusão fronto-temporal à direita, sugerindo lesão cortical aguda Visto quadro clínico, realizado coronariografia e ventriculografia que identificaram: Doença Arterial Coronária uniarterial com oclusão proximal de coronária direita, que recebia colaterais grau II de CE. Sem placas ateroscleróticas em DA e/ou CX. Ventrículo esquerdo apresentando hipocinesia inferior e função sistólica global preservada. Foi sugerido a possibilidade de dissecção coronária como mecanismo fisiopatológico para explicar a síndrome coronária aguda e na possibilidade de mobilização do trombo coronariano e consequente embolia cerebral como explicação para a isquemia cerebral. A ocorrência de associação concomitante de síndrome coronária aguda e acidente vascular cerebral é rara. Porém, vários casos já foram descritos na literatura. Entretanto, não localizamos na literatura nenhuma descrição de caso de paciente apresentando concomitantemente. Além da presença dos mesmos fatores de risco tradicionais para a gênese das placas ateroscleróticas obstrutivas nos dois territórios,também os mesmos mecanismos fisiopatológicos estão provavelmente envolvidos na trombose aguda associada às placas de carótidas e coronárias. acidente vascular cerebral associado à dissecção espontânea de coronária. Vários mecanismos fisiopatológicos poderiam justificar a ocorrência da isquemia simultânea em territórios cardíaco e cerebral. Além da ocorrência simultânea (e coincidentemente catastrófica) dos dois quadros, um também pode levar à ocorrência do outro. A embolia de trombos intra-coronários para a circulação cerebral também poderia explicar parte dos fenômenos neurológicos diagnosticados concomitantemente à síndromes coronárias agudas.

## 46470

**Doença arterial coronariana multivascular grave, em adulto jovem, portador de hipercolesterolemia familiar, manifestada como infarto agudo do miocárdio fatal – relato de caso.**

LEONARDO DUARTE PAIS, RAFAEL DA MOTA MARIANP e ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO

Hospital Lifecenter, Belo Horizonte, MG, Brasil.

FUNDAMENTOS: A Hipercolesterolemia Familiar (HF) é uma doença genética que atinge cerca de 1:500 indivíduos e a chance deste apresentar doença coronária ou morrer antes dos 50 anos se não tratado adequadamente chega a 50% nos homens e 12% nas mulheres. A elevação acentuada do LDL colesterol, embora grave, é, na maioria das vezes, assintomática e, por isso, pouco valorizada por pacientes e médicos. Além disso, mitos e inverdades sobre o uso de estatinas em altas doses dificultam o adequado tratamento e melhora no prognostico dos pacientes com HF. Relata-se o caso de um jovem, portador de HF, em uso irregular de estatina, que evoluiu para infarto agudo do miocárdio (IAM) e morte.
RELATO DO CASO: Homem, 28 anos, portador de HF, em uso irregular de atorvastatina, com dosagem laboratorial recente evidenciando LDL colesterol de 394 mg/dL e colesterol total de 458 mg/dL. Deu entrado em um pronto socorro com torácica típica, iniciada uma hora antes da admissão, após realizar atividade física. Exame clínico mostrava palidez cutâneo-mucosa, sudorese fria, PA = 90/60, FC = 104, B3 e creptações pulmonares bibasais. Eletrocardiograma (ECG), mostrou supra desnível do segmento ST, de até 3,0 mm, em V2, V3 e V4. Iniciaram Alteplase endovenoso, clopidogrel, enoxiparina, AAS. Como o paciente não apresentou critérios de reperfusão, foi transferido ao laboratório de Hemodinâmica de nosso hospital, para realizar angioplastia coronariana de resgate. O cateterismo cardíaco de urgência evidenciou oclusão proximal da artéria descendente anterior (DA) e lesões graves e sub-oclusivas nos 1/3 proximal da artéria circunflexa (CX) e 1/3 médio da artéria coronária direita (CD). Realizou-se angioplastia primária e implante de stent farmacológico para o 1/3 proximal da DA, com sucesso. Durante a passagem do catéter balão pela lesão da CX, o paciente apresentou parada cardiorrespiratória (PCR). foi reanimado e prosseguiu-se à angioplastia daquela artéria, com sucesso. Porém, o paciente apresentou nova PCR e evoluiu para o óbito.
CONCLUSÕES: A HF é uma doença genética, sem cura, potencialmente muito grave (como exemplificado no presente caso), ainda desvalorizada por pacientes e médicos. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado, com estatinas em alta dose, outros hipolipemiantes, dieta e atividades físicas supervisionadas pode mudar drasticamente a evolução dos pacientes acometidos.

## 46472

**Oclusão total crônica em paciente jovem: angioplastia deve ser considerada a primeira opção?**

JOSE KLEBER DE FIGUEIREDO, ANTONIO CARLOS MANSUR BEDETI, RICARDO WANG, RODOLFO LUIZ AMORIM DE OLIVEIRA, FREDDY GARCIA MONTECINOS, SAULO AUGUSTO DE LIMA, MARIO LUCIO FRANCO PEREZ, LEONARDO GRECO MACHADO, PATRICIA MARTINS e AUGUSTO LIMA FILHO

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

Introdução: O avanço da cardiologia intervencionista proporcionou o tratamento com segurança de oclusões totais crônicas (OTC) antes exclusivamente cirúrgico. A indicação de angioplastia em OTC deve ser baseada na clinica e exames complementares que comprovem inequívoca presença de isquemia associada a experiência do serviço de cardiologia intervencionista para alcançar elevadas taxas de sucesso minimizando o risco de complicações. Relato de caso: RJS 47 anos, masculino, hipertenso e dislipidêmico. Apresentou quadro de dor torácica iniciada há 1 ano em aperto, desencadeada aos esforços moderados, evoluindo há 3 meses com piora do quadro. Em 25/04 procurou atendimento médico em unidade de pronto atendimento devido dor precordial e persistência mesmo após repouso, realizado protocolo SCA que não evidenciou alterações isquêmicas. No dia seguinte procurou cardiologista com ECG de repouso normal. Submetido então a teste ergométrico que foi francamente isquêmico em baixa carga (Escore de Duke -16). Encaminhado para estudo hemodinâmico eletivo, quando dia 05/05/2016 apresentou dor precordial. Procurou novamente a Upa, sendo, iniciado protocolo SCA. O ECG e marcadores de lesão miocárdica dentro da normalidade. Admitido dia 05/05/16 sem queixas de dor precordial. A cineangiocoronarigrafia realizada em 10/05/2016 evidenciou artéria descendente anterior ocluída de aspecto crônico na origem com circulação colateral intercoronariana grau 2. A função contrátil do ventrículo esquerdo encontrava-se preservada a ventriculografia. Considerando a experiência do serviço de cardiologia intervencionista em lesões complexas como OTC e a recusa do paciente perante ao procedimento cirúrgico optado por angioplastia. Durante a angioplastia foi realizando dupla injeção simultânea de contraste com cateterismo do tronco coronária esquerda e coronária direita para melhor visualização do trajeto ocluído. Após ultrapassada a obstrução realizado pré dilatação, implante de 2 stents farmacológicos em overlapping seguido de pós dilatação. Houve regressão completa da obstrução com implante ótimo das endoproteses e reperfusão plena no vaso. O paciente evoluiu sem intercorrências. Conclusão: Este relato de caso contextualiza uma realidade crescente da cardiologia contemporânea – a revascularização percutânea de lesões como oclusão total crônica com a utilização de técnicas especiais de recanalização seguido de stents farmacológicos em serviços de alta complexidade.

## 46473

**Avaliação funcional versus avaliação anatômica na DAC.**

JOSÉ HENRIQUE DE ANDRADE, RODRIGO PENHA DE ALMEIDA, LUCIANO MARTINS DA SILVA, JOÃO LUCAS O'CONNELL, RAQUEL NOVAS CABRERA, GIOVANY SILVA PEREIRA, ERICA SILVA, THIAGO MACHADO DE LIMA MOTA

Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil - Hospital e maternidade MADRECOR, Uberlândia, MG, Brasil - Medphoton medicina nuclear, Uberlândia, MG, Brasil.

Paciente do sexo masculino, 55 anos, casado, contador, natural e procedente de Uberlândia, Minas Gerais. Procurou cardiologista devido a sintomas de fadiga e sensação de sufocamento durante caminhadas no parque. Foi então solicitado novo Teste Ergométrico o qual novamente, não evidenciou alterações compatíveis com isquemia miocárdica. Como o paciente permanecia com os mesmos sintomas, foi solicitado uma Cintilografia de Perfusão Miocárdica. A cintilografia realizada com estresse físico, atingindo frequência máxima não evidenciou alterações perfusionais importantes e sem redução da contratilidade ventricular pós estresse.
Paciente retornou após realizar a Cintilografia com as mesmas queixas. Sugerido realizar um cateterismo cardíaco o mesmo questionou o cardiologista sobre algum outro método que pudesse avaliar a existência de lesões coronárias mas que fosse menos invasivo. Foi então solicitado uma Angiotomografia de Coronárias com escore de cálcio. A Angiotomografia evidenciou Escore de Cálcio 1.100 agatston com percentil 99 para a idade e sexo. A Angiotomografia revelou oclusão da coronária direita (figura 6), estenose importante de Artéria Descendente Anterior proximal e médio e estenose importante de art´ria Circunflexa proximal. Após o resultado da Angiotomografia o paciente concordou com a realização da cineangiocoronariografia que evidenciou lesões idênticas as descritas pela angiotomo. O paciente foi então encaminhado para realizar cirurgia de Revascularização do Miocárdio. Recebeu alta no 5 o dia pós operatório e com 90 dias da cirurgia realizou a mesma caminhada no parque porém sem os sintomas anteriores.
A partir de tudo o que foi exposto conclui-se que Diferentemente do caso aqui relatado, os dados do estudo PROMISE, demonstram que em pacientes sintomáticos com suspeita de DAC e que necessitaram de teste não-invasivo, uma estratégia do Angiotomografia inicial, em comparação com testes funcionais, não melhoraram os resultados clínicos ao longo de um período de acompanhamento médio de 2 anos. Apesar dos dados apresentados em estudos randomizados, há casos específicos que podem se beneficiar deste métodos de imagem de forma individualizada. A acurácia e precisão do método para excluir a presença de DAC em indivíduos que não apresentam grande calcificação ainda continua muito alta.

## 46481

**Anomalia de Ebstein.**

LEONOR DE OLIVEIRA DINIZ, MAIRA MAGALHAES GOMES, TULIO VELOSO E LOPES, LETICIA OLIVEIRA DINIZ e LUDIMYLLA NASCIMENTO MOREIRA

Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, MG, Brasil.

Introdução:A anomalia de Ebstein (AE) é uma forma rara de cardiopatia congênita cianótica caracterizada por malformações da valva tricúspide e do ventrículo direito. Objetivo:Descrever a relação da AE com outras alterações estruturais cardíacas e o risco de embolização sistêmica asociada.
Relato: Paciente C.M.G., masculino, 17 anos, desde o nascimento com cianose generalizada,com relato de palpitação e dispneia aos médios esforços, há vários anos. Aos 13 anos, apresentou o primeiro episódio de acidente vascular encefálico isquêmico, com ocorrência de mais quatro episódios nos quatro anos subsequentes,sendo que em um deles, após permanência prolongada no leito, evoluiu com trombose venosa profunda em membro inferior esquerdo.
Apresenta com sequelas hemiparesia esquerda, desvio da comissura labial para a direita e redução importante da acuidade visual à esquerda. Está em uso de anticoagulante oral. Exames complementares: eritrograma:hemácias 8,0 milhões/mm3, hemoglobina:24,3g/dL, hematócrito:70,0%.Ecocardiograma:átrio direito aumentado,valva tricúspide displásica,implantação anormamente baixa, com regurgitação moderada. Moderada comunicação interatrial, ostium secudum, com shunt D-E. Valva aórtica bicúspide. Ventrículo direito com hipopasia leve.
Conclusão: Pacientes com anomalia de Ebstein podem permanecer bem até a idade adulta, porém,no caso em questão, as complicações secundárias à hemoconcentração e à embolia paradoxal são responsáveis pela evolução desfavorável deste paciente, dificultando seu encaminhamento para tratamento cirúrgico.

## 46488

**Endocardite fúngica em válva aórtica biológica.**

LEANDRO EUSTÁQUIO DA SILVA, e ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO

Hospital Lifecenter, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução : Endocardite fúngica é mais prevalente em pacientes com válvas artificiais e naqueles imunocomprometidos. Gênero Candida e Aspergillus spp. predominam, sendo o último cursando mais frequentemente com cultura negativa nas amostras de hemocultura. A mortalidade é alta ( maior que 50%) sendo que a terapia necessária combina administração de antifúngicos e cirurgia para troca valvar.
Relato de Caso : Homem, 67 anos, com história prévia de infarto agudo do miocárdio e angioplastia coronariana em 2007, CRVM e Troca Valvar Aórtica com prótese biológica e implante de CDI em 2011 apresenta quadro de febre e calafrios em 31/12/2015 com recorrência dos episódios em 22/01/2016, 25/01/2016 e 26/01/2016. Internado em outro serviço para investigação diagnóstica.
Apresenta 02 ecocardiogramas transesofágicos prévios que não evidenciaram presença de vegetações nas valvas e nos cabos do CDI. Transferido ao nosso serviço onde realizou novo ecocardiograma transesofágico que demonstra presença de vegetação oscilante e aderida em válva aórtica de aproximadamente 22mm e 2 amostras de hemocultura que evidenciaram crescimento de Cândida parapsilosis. Submetido à cirurgia de troca valvar aórtica e retirada de marcapasso sendo implantado novo marcapasso em posição epicárdica.
Evoluiu para óbito no pós-operatório imediato devido a choque distributivo.
Conclusão: A mortalidade por endocardite fúngica, especialmente em próteses e em indivíduos com co-morbidades, já é bastante elevada. As cirurgias, geralmente realizadas em condições clínicas desfavoráveis, têm elevadas taxas de mortalidade. No caso em questão, além destes fatores, o diagnóstico tardio contribuiu para a letal evolução do paciente.
Palavras-chave :Fungi, Infective endocarditis.

## 46490

**Bloqueio atrioventricular total induzido por quimioterápicos em paciente em tratamento para Linfoma não-Hodgkin.**

LEANDRO EUSTÁQUIO DA SILVA, e ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO

Hospital Lifecenter, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: O paciente oncológico é um paciente susceptível para desenvolver arritmias seja devido ao uso de drogas quimioterápicas seja pelo próprio ambiente pró-arritmogênico que o câncer proporciona. Os quimioterápicos mais conhecidos por causar arritmias são as antraciclinas (doxorrubicina, epirrubicina), os agentes antimicrotúbulos (paclitaxel e docetaxel), os antimetabólitos (5-fluoracil, capecitabina e gemcitabina), os agentes alquilantes (cisplatina e ciclofosfamida), os inibidores da tirosina-quinase (trastuzumabe e cetuximabe), o trióxido de arsênico, a talidomida e a interleucina-2114
Relato de Caso: Paciente de 61 anos, portador de linfoma recidivado pela terceira vez, em Qt atualmente com uso de gencitabina + oxaliplatina + rituximab com história de 1 episódio de sincope dia 11/03 e outro episódio hoje (13/03/2016). Relato de vertigem, náuseas e vômitos. Nega precordialgia. Nega dispnéia. Relata que teve problema cardíaco relacionado a quimioterapia nas duas primeiras vezes que tratou o linfoma, mas não foi arritmia.Hpp: HAS; Dislipidemia;LNH pequenas células B - 1 linha de tratamento - 5 ciclos de R CHOP (ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina, rituximab,prednisona) + 3 ciclos de consolidação com BCNU + VP + Dexametasona + ARA C4. Nega tabagismo; Derrame pleural recente drenado. ECG: Bloqueio atrioventricular total.Encaminhado à Unidade Coronariana para monitorização e avaliação laboratorial.Foram excluídos distúrbios metabólicos como causa do BAVT. Não precisou de marcapasso.Após a suspensão do tratamento quimioterápico evolui com ritmo sinusal regular ao ECG.Não apresentou novos episódios de síncopes.
Conclusão: Seguindo as orientações da Sociedade Brasileira de Cardiologia suspendemos o tratamento com gencitabina por considerar ser esta a droga mais provável por causar o bloqueio atrioventricular total no paciente. Este caso ressalta a importância do conhecimento e divulgação desta diretriz, bem como o rigoroso monitoramento cardiovascular dos pacientes em tratamento quimioterápico.
Palavras-chave: quimioterápicos, arritmia.

### 46491

**Traumja fechado causando dissecção de raiz aórtica.**


ALESSANDRA MARIA DE ALMEIDA ZERINGOTA, ANTÔNIO CARLOS ROMANO CABRAL, ALEXANDRA ANTUNES NEIVA, RICARDO LAGE RAYDAN, RODRIGO LAGE RAYDAN, SERGIO LUIZ BARROTE, MARIA EUGENIA DE SOUZA e MARIA HELENA ALBERNAZ SIQUEIRA

UNIECO, Belo Horizonte, MG, Brasil.


O diagnóstico de Dissecção de raiz aórtica pós-trauma fechado é raro e de baixa incidência, como o caso a seguir relatado.
Relato de caso:Paciente C.C.S, masculino, 37anos, portador de HAS, em uso de atenolol e enalapril.Refere acidente automobilístico em maio de 2015. Em 03/07/2015, iniciou quadro de desconforto torácico anterior com irradiação para região posterior e região cervical anterior, de moderada intensidade, em queimação, piorando aos esforços e acompanhado de dispnéia moderada, náuseas, vômitos, sudorese importante, calafrios, turvação visual, tosse seca que agravava a noite e em decúbito dorsal e febre não aferida. Procurou em ambulatório em 06/07.Prescrito Bromoprida. Sem melhora, em 10/07/2015 realizou consulta cardiológica,sendo encaminhado ao PS e transferido ao CTI.Ao exame físico: sopro sistólico panfocal, predominante em foco aórtico, FC: 93 bpm, PA:137x 64 mmHg.RX tórax de 10/07 evidenciando condensação em base pulmonar direita, conduziu a um início de antibioticoterapia. Ecocardiograma transtorácico(Eco)em 10/07:FE- 58%, função diastólica prejudicada por IAo importante, aumento moderado do AE e importante do AD, VE com diâmetros aumentados, IM moderada.Raiz da aorta dilatada e derrame pericárdico leve. Evoluiu estável, mantendo tosse seca e dispneia leve em repouso. Em 14 de julho recebeu alta do CTI para acompanhamento em enfermaria.Dia 17 de julho realizou Eco transesofágico que visualizou VE moderadamente dilatado, com função sistólica preservada, IAo importante, IM leve, IT discreta e imagem filiforme em aorta ascendente sugerindo dissecção, o que motivou a realização de angiotomografia computadorizada de aorta torácica, que mostrou linha de dissecção em raiz aórtica dilatada. Realizou cirurgia de troca valvar,com prótese tubular aórtica e Eco de controle realizado em 12/11/2015 demonstrou aumento moderado do AE, VE com diâmetros normais, FE: 66%, prótese biológica valvar aórtica associada à prótese tubular de Dacron em aorta ascendente, com abertura valvar ampla, gradientes máximo e médio de 22 mmHg e 13 mmHg, sem regurgitação. Raiz da aorta e aorta ascendente com dilatação importante. Mantendo-se assintomático e em controle ambulatorial.
Esse caso reflete a importância do diagnóstico e conduta adequada nos traumas fechados acompanhados de dissecção aórtica.

### 46497

**Sindrome do QT longo congênito levando a parada cardiorrespiratória em adulto jovem – relato de caso.**


THEODORO DE MORAES SEIXAS NETO, LAURO HENRIQUE CARNEIRO TAVARES, GABRIELA RIGAMONTE RIBEIRO, HENRIQUE BARROSO MOREIRA e ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO

Hospital Lifecenter, Belo Horizonte, MG, Brasil.


FUNDAMENTOS: A síndrome do QT longo congénito (SQTLC) é uma doença hereditária dos canais iônicos, rara (1:2000 pessoas). Caracteriza-se por retardo na repolarização ventricular (intervalo QT prolongado) e os indivíduos apresentam maior propensão à síncope, taquicardia ventricular (TV) polimórfica e à morte súbita (MS) arrítmica. É causada por mutações nos genes que codificam proteínas dos canais transmembrana de sódio e potássio. As síncopes são mais frequentes em pacientes com idade inferior a 20 anos e o risco de um indivíduo com mais de 40 anos apresentar MS é de aproximadamente 4%. RELATO DO CASO: Mulher, 41 anos, natural de Curvelo-MG, sem comorbidades prévias. Nega uso de medicamentos. Desconhece eletrocardiograma (ECG) prévio. Apresentando, há dois dias da internação, quadro de mal estar, sudorese, palpitação e dor precordial em repouso. Procurou atendimento médico: exames clínico, laboratoriais e ECG sem alterações. No dia da internação, foi encontrada já desacordada, sem relatos de sintomas prévios. Deu entrada no hospital com quadro de parada cardiorrespiratória (PCR) em fibrilação ventricular (FV). Realizado manobras para ressuscitação cardiopulmonar (RCP) por 30 minutos, com sucesso. Permanecendo sedada, entubada, com frequência cardíaca de 96 bpm, em ritmo sinusal, pressão arterial de 160/90 mmhg, em uso de noradrenalina. Sem alterações à ausculta pulmonar e cardíaca. Laboratório: leucocitose e elevação de troponina. ECG após RCP mostrou ritmo sinusal, com inversão de onda T de V2 a V6 e retificação de ST em parede inferior, ausência de bloqueios atrioventricular e interventricular, QRS estreito e intervalo QT sem alteração. Tomografia de Crânio sem alterações. Paciente realizou cineangiocoronariografia, que não evidenciou lesões. Ecocardiograma mostrou função sistólica normal. Transferido para o CTI, onde foi realizado novo ECG e observado intervalo QT longo. Paciente evolui com melhora do quadro clinico, sem necessidade de aminas, com progresso importante do quadro neurológico. Iniciado propranolol e implantado cardiodesfibrilador. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: O CDI é indicado após recuperação de MS ou persistência de sintomas apesar da terapêutica com betabloqueador, em pacientes com SQTLC. Para os doentes identificados e tratados corretamente, o prognóstico é bom. No presente caso, a evolução foi favorável.

### 46502

**Tamponamento cardíaco como rara manifestação de dengue - relato de caso.**


RAFAEL DA MOTA MARIANP, BRBARA BATISTA VIANA, EDUARDO AUGUSTO VICTOR ROCHA e ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO

Hospital Lifecenter, Belo Horizonte, MG, Brasil.


Fundamentos: A dengue é uma arbovirose endêmica no Brasil. As manifestações clínicas variam de infecções assintomáticas até quadros clínicos muito graves, mas, geralmente, envolvem febre, cefaleia, mal-estar, lesões cutâneas. Alterações cardíacas são pouco relatadas e, quando o são, caracterizam-se por distúrbios de condução atrioventricular, arritmias supraventriculares, miocardite, pericardite. Tamponamento cardíaco (tc) é um evento raro. Relata-se o caso de TC e choque cardiogênico, como manifestações precoces de dengue. RELATO DO CASO: Mulher, 58 anos, sem comorbidades conhecidas, apresentou quadro de cefaleia retro-orbitária, febre alta, mialgia, dor epigástrica, mal estar, de 2 dias de evolução. Antígeno NS1 positivo, leucopenia e plaquetopenia. Procurou nosso Pronto Socorro devido à piora do mal estar, epigastralgia intensa e vômitos. Logo após a admissão intercor-reu com síncope (sentada), hipotensõarterial grave, taquicardia, sudorese fria, hipoxemia, com melhora parcial à infusão de 2 litros de cristaloides, necessitando de noradrenalina (NA). Transferida à UTI para monitorização. Ainda necessitava de NA para adequação da pressão arterial (PA) e oxigênio suplementar em altos fluxos (9 L/min) devido à hipoxemia. Intercorreu, em 24 horas, na UTI, com novo episódio de síncope (deitada), desconforto precordial, taquicardia, choque, turgência jugular e abafamento de bulhas. Eletrocardiograma (ECG): taquicardia sinusal, baixa voltagem difusa do QRS, alternância do eixo do QRS. Observou-se curva de pressão arterial invasiva típica de pulso paradoxal, pressão venosa central de 20 mmHg. Ecocardiograma transtorácico (ECOTT): moderado espessamento pericárdico, em sua porção parietal, derrame pericárdico em grau importante, abaulamento significativo do átrio direito e leve do ventriculo direito, caracterizando tamponamento cardíaco. Submetida a pericardiocentese de urgência, drenando-se 300 mL de exsudato, com melhora signifiativa e imediata da PA e desaparecimento do pulso paradoxal. Citologia do líquido pericárdico foi compatível com vírus e as culturas foram negativas para bactérias e fungos. Evoluiu estável e ECOTT de controle, em 48 horas, revelou mínimo derrame pericárdico residual, normalização das câmaras direitas. Recebeu alta hospitalar em boas condições clínicas. CONCLUSÕES: As manifestações clínicas, ECG e ECOTT foram cruciais para o diagnóstico e tratamento desta rara manifestação da dengue.

# TEMAS LIVRES - 07 e 08/07/2016
# APRESENTAÇÃO MONOGRAFIA ORAL

## 45897

**Índice tornozelo-braquial como instrumento de avaliação e diagnóstico de doenças vasculares periféricas.**

PAULO CESAR MAIA LIMA JUNIOR, BARBARA DE CASSIA VILELA, WENDER RODRIGUES TEODORO e THIAGO LORENTZ PINTO

Universidade Federal de Juiz de Fora - Governador Valadares, Governador Valadares, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO: O índice Tornozelo Braquial (ITB) é um método eficaz, não invasivo e de baixo custo para o diagnóstico de doenças vasculares periféricas. Este representa a razão entre a pressão arterial sistólica do tornozelo (artéria tibial posterior) e do braço (artéria braquial), segundo Giollo e Vilela (2012). OBJETIVO: Identificar na literatura evidências da efetividade do índice tornozelo braquial como instrumento de avaliação e diagnóstico de doenças vasculares periféricas. METODOLOGIA: Foram selecionados artigos das bases de dados MEDLINE, LILACS e SCIELO publicados entre 2009 e 2014. Para o levantamento foram utilizados os descritores: doenças vasculares periféricas, índice tornozelo-braquial e os seus correspondentes em inglês peripheral vascular diseases, anklebrachial index. RESULTADOS: A busca retornou 184 artigos, desses: 50 não utilizaram o índice, 18 não tinham resumo, 2 estavam duplicados e 106 utilizaram o índice tornozelo-braquial para avaliar outras doenças. Dessa forma, para a análise dos dados foram utilizados 08 artigos. DISCUSSÕES: Os resultados obtidos em um estudo realizado na França por Cacoub e colaboradores (2009), no qual foi avaliada uma população maior de 55 anos com elevado risco cardiovascular, sugerem a indicação do uso do índice tornozelo-braquial para a triagem de doença arterial obstrutiva periférica (DAOC), dado seu baixo custo e praticidade. Somando-se a isso, dados obtidos em estudo comparativo entre o índice tornozelo-braquial e a arteriografia, considerada o padrão ouro para o diagnóstico de lesão arterial, recomenda a utilização do índice como instrumento diagnóstico de primeira escolha ao demonstrar a capacidade do índice tornozelo-braquial (ITB) em excluir lesão arterial em 99,5% dos casos e evitar avaliações desnecessárias em 90% dos pacientes, de acordo com Kurtogluet e colaboradores (2009). Segundo Signorelli (2010), além da comprovada eficácia em eliminar avaliações desnecessárias, o índice tornozelo-braquial mostrou-se um método de extrema utilidade para o rastreio de pacientes assintomáticos. CONCLUSÃO: O índice tornozelo-braquial (ITB) mostrou ser um método de baixo custo, eficiente na abordagem em unidades de saúde, útil no rastreamento de doenças vasculares periféricas. Sendo, por tanto, um possível teste de primeira escolha para diagnóstico e triagem de pacientes acometidos por essa doença. Afastando assim, a prática de procedimentos invasivos e, muitas vezes, desnecessários nesses indivíduos.

## 46315

**Síndrome da apneia obstrutiva do sono e suas principais alterações cardiovasculares.**

CRISTINA RIBEIRO DIAS BARROSO, MANUELA CRISTINA RIBEIRO DIAS BARROSO, ÍTALO BRUNO DO NASCIMENTO MOURA, MARIANA DE SOUZA PESSOA e MARIANA DE OLIVEIRA KASSIS

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA, Volta Redonda, RJ, Brasil - Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Introdução: A síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) é uma doença caracterizada pelo colapso das vias aéreas superiores durante o sono, resultando em despertares e dessaturações arteriais recorrentes. A SAOS é altamente prevalente, variando entre 3% e 10% da população. Além disso, essas taxas tendem a aumentar ainda mais com o crescente número da população obesa, um importante fator de risco para a doença. A doença apresenta diversas consequências clínicas significativas, sendo as doenças cardiovasculares as que apresentam elevado risco de morbidade e mortalidade do paciente, sendo a hipertensão arterial muitas vezes a primeira consequência da doença. Complicações mais graves como a doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral e arritmias também podem estar presentes. Objetivo: Analisar as principais alterações cardiovasculares presentes nasíndrome da apneia obstrutiva do sono. Métodos: Revisão bibliográfica narrativa realizada na base indexadora do PubMed. A busca foi realizada em língua inglesa utilizando os seguintes descritores: “obstructive sleep apnea syndrome”, “cardiovascular diseases” e “sleep wake disorders”. Foram selecionados artigos científicos publicados entre 2010 e 2016. Resultados: Evidências sugerem que a hipoxia crônica intermitente secundária a episódios de apneia/hipopneia durante o sono podem resultar na hiperativação simpática, diminuição da reatividade vasomotora, inflamação vascular, estresse oxidativo, distúrbios metabólicos e aumento da atividade trombótica. Estas alterações podem contribuir para o desenvolvimento de disfunções endoteliais e metabólicas como a aterosclerose e doenças cardiovasculares associadas com a doença. Verificou-se que a prevalência de hipertensão arterial em pacientes com SAOS é alta, chegando a quase 80%. Além disso, estudos também mostram a presença de arritmias noturnas em aproximadamente 50% dos pacientes analisados. Conclusão: A prevalência da SAOS é crescente, especialmente na população de meia-idade, sendo necessária atenção ao diagnóstico e tratamento. No entanto, o tratamento realizado com pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) tem um efeito benéfico sobre o controle da hipertensão e redução do risco de doenças cardiovasculares, principalmente em pacientes com risco moderado a elevado. Além disso, perder peso, adotar a posição lateral durante o sono e a modificação do estilo de vida devem ser sempre recomendados, em adição ao tratamento com CPAP.

## 46342

**Uso do benzonidazol para o tratamento da doença de chagas crônica.**

CAROLINA V DUARTE, GUSTAVO H F FARIA, WILLIAM A M ESTEVES, BIANCA L FARIA e TULIO H CRUZ

Universidade de Itaúna, Itáuna, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: A Doença de Chagas é uma enfermidade causada pelo Trypanossoma Cruzi (T.cruzi) e acomete cerca de 5 milhões de Brasileiros. Essa parasitose possui duas fases, uma aguda e outra crônica. A primeira usualmente é assintomática podendo ser curada pela administração de benzonidazol.
A segunda é caracterizada por complicações cardíacas e/ou digestórias, e não possui tratamento eficaz. Uma vez que no Brasil a cardiopatia chagásica, possível conseqüência da fase crônica, é importante causa de morte, implante de marcapasso e transplante de coração entre adultos de 30 a 60 anos, esse trabalho objetivou revisar as mais recentes evidências sobre o uso do benzonidazol na cardiomiopatia chagásica. MÉTODOS: Foi realizada uma revisão bibliográfica, baseada em literatura especializada por meio de livros e artigos científicos indexados na base de dados Pubmed
RESULTADOS E DISCUSSÃO Dentre os estudos que possivelmente poderiam alterar as condutas atuais, está o ensaio clínico randomizado duplo cego denominado BENEFIT (Benznidazole Evaluation For Interrupting Trypanosomiasis), com desenho para analisar a redução do desfecho primário (morte e piora funcional cardíaca) com o uso do benzonidazol em pacientes com cardiomiopatia chagásica. Notou-se que o tratamento com esse medicamento não diminuiu o desenvolvimento de complicações cárdicas e morte, já que esse desfecho foi apresentado por 27,5% daqueles que receberam o benzonidazol e em 29,1% dos que receberam placebo.
Mas para pacientes com pouca evidência de doença cardíaca a redução da parasitemia foi observada e pode ser benéfica, já que a detecção de antígenos de T. cruzi no miocárdio inflamado sugere que sua presença é o gatilho para iniciação da miocardiopatia.
O benzonidazol é tripanocida pois lesa o DNA parasitário e a fase crônica da doença é caracterizada por uma parasitemia baixa, sendo as lesões cardíacas causadas pelo reconhecimento de antígenos de reação cruzada do cardiomiócito pelos linfócitos sensibilizados pelo T. cruzi. Portanto, a evidente ineficácia do medicamento na fase crônica está em consonância com o mecanismo de ação do fármaco, já que que ele age no tripassoma para obter a cura e nessa existem poucos parasitas.
CONCLUSÃO: Com base nas evidências, nos pacientes com cardiomiopatia chagásica estabelecida, o benzonidazol reduziu a parasitemia, mas não a progressão clínica e mortalidade geral na cardiomiopatia chagásica.

## 46357

**A ressonância magnética cardíaca como método diagnóstico preferencial na miocardiopatia não compactada isolada.**

MELISSA FERREIRA DIVAN, JÚLIA RIBEIRO CALMON, JUAN DEMOLINARI FERREIRA, MARIANA DE OLIVEIRA KASSIS e PEDRO AUGUSTO CAMPOS TORRES

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO: A miocardiopatia não compactada isolada (MNCI) é uma doença rara com prevalência de 0,014% em adultos. Os mecanismos patológicos não são totalmente conhecidos, mas sugere-se que a MNCI surge no início do desenvolvimento fetal com a parada intrauterina da compactação miocárdica. É caracterizada por numerosas trabeculações proeminentes no ventrículo esquerdo (VE) e profundos recessos intertrabeculares que se comunicam com a cavidade ventricular e alteram gravemente a estrutura do miocárdio. A MNCI pode levar a complicações fatais, como eventos embólicos, arritmias e morte súbita. Estas complicações podem ser evitadas com o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno de pacientes de alto risco. Esse estudo visa sintetizar e discutir os critérios diagnósticos relativos à MNCI. MÉTODO: Revisão de Literatura utilizando a base indexadora PubMed com a seguinte frase de pesquisa: “Isolated Noncompaction of the Ventricular Myocardium” AND diagnostic. Foram selecionados artigos publicados entre 2011 e 2015. RESULTADOS: Estudos longitudinais determinam que 94% a 100% dos pacientes com diagnóstico de MNCI possuem trabeculações localizadas no ápice do VE. DISCUSSÃO: O ecocardiograma (EC) é o teste inicial mais comum que identifica os achados característicos de MNCI. Os achados eletrocardiográficos são frequentemente anormais, mas nenhuma alteração específica da MNCI é identificada. Entre elas estão, basicamente, bloqueios de ramo e arritmias, como fibrilação atrial e taquicardia ventricular. O EC não pode, porém, visualizar a região apical da melhor maneira, levando à subestimação do grau de não compactação miocárdica em alguns casos. A ressonância magnética cardíaca (RMC) desempenha um papel importante na avaliação de pacientes com MNCI, já que fornece uma descrição mais detalhada da morfologia cardíaca em qualquer plano de imagem. A RMC tem capacidade de fazer uma diferenciação entre trabéculas de bandas aberrantes, falsos tendões e inserção anormal de músculos papilares, sendo um importante método para a confirmação da suspeita diagnóstica. CONCLUSÃO: O diagnóstico da MNCI é frequentemente errôneo devido ao fato de possuir características similares a outras doenças cardíacas, nas quais o aumento da espessura da parede ventricular e um padrão trabecular proeminente são observados. Por isso, de modo a evitar subestimações da não compactação e promover um diagnóstico eficaz, a RMC deve ser preconizada como método diagnóstico preferencial em detrimento do EC.

## 46421

**Os desafios no diagnóstico laboratorial do hiperaldosteronismo primário – revisão de literatura.**

CRISTIANE CAMARGOS ALMEIDA, DAYSE VIEIRA PINHEIRO, EMILSON GERALDO VILARINO JUNIOR, ERICA VIOLETA VILARINO, IARA CLEMENTINO SANCHES BRANDAO, JAQUELINE MARCIA PIRES RODRIGUES e MARIANA DE SOUZA FURTADO

Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES – UNIVAÇO, Ipatinga, MG, Brasil.

O Hiperaldosteronismo primário caracteriza-se pela secreção inapropriadamente elevada de aldosterona, parcialmente autônoma ao sistema renina-angiotensina-aldosterona com consequente supressão da renina plasmática por meio de feedback negativo.
O excesso de aldosterona eleva a morbimortalidade por ocasionar e agravar a hipertensão arterial e suas complicações.
O objetivo do trabalho é descrever os principais obstáculos encontrados durante o processo de diagnóstico laboratorial, uma vez que muitos fatores podem interferir na precisão dos resultados. Trata-se de uma revisão bibliográfica.
O levantamento bibliográfico foi realizado através de banco de dados como Scielo, PubMed e Lilacs sendo selecionados periódicos dos últimos quinze anos.
São identificadas diversas dificuldades no diagnóstico laboratorial do hiperaldosteronismo, dentre elas, a complexidade na coleta e armazenamento do material a ser analisado e variáveis que interferem nos valores dos exames, gerando resultados falsamente positivos ou negativos, tanto nos testes de rastreio, quanto nos confirmatórios.
Visto que trata-se de uma patologia potencialmente curável, torna-se necessário o conhecimento e controle dos fatores modificáveis e análise criteriosa dos fatores não modificáveis que podem postergar o correto diagnóstico e tratamento.

## 45732

**A operação de Blalock Taussig Vivien para correção de más formações congênitas: relato de caso de Tetralogia de Fallot.**

JOICE MEIRE RODRIGUES, THERESA CRISTINA RICARDO SOARES e MARYZABEL TEMPONI SILVA

Centro Universitário de Caratinga, CARATINGA, MG, Brasil.

A Tetralogia de Fallot (T4F) é a cardiopatia congênita cianótica mais frequente, que se caracteriza pela presença de quatro sinais: estenose pulmonar, defeito do septo ventricular, dextroposição da aorta e hipertrofia do ventrículo direito.
O objetivo deste estudo foi revisar os conhecimentos sobre a fisiopatologia da doença, explicitar mecanismo, consequências e enfatizar a utilização do Blalock Taussig Vivien (BLT), um procedimento cirúrgico paliativo para amenizar os sintomas.
Para este estudo foi realizado um levantamento bibliográfico, análise do histórico e acompanhamento de uma criança de três anos, diagnosticada com T4F no sexto dia de vida.
Considerando sua evolução após a BLT, o desenvolvimento de uma endocardite, seu tratamento, procedimento cirúrgico para correção total das anomalias congênitas, derrame pericárdico e quadro clínico atual, esse estudo busca compreender todas as situações descritas no quadro clínico e enfatiza a importância da técnica cirúrgica mencionada para a melhora das crises hipóxicas e cianóticas.

## 45776

**Fatores preditores para boa resposta à terapia de ressincronização cardíaca: critérios práticos para o clínico.**

MARIANA OLIVEIRA REZENDE, MURILO CASTRO FERREIRA, ALEXANDRE JOSÉ AGUIAR ANDRADE, NELSON HENRIQUE GOES SCORSIONI, OLIVIA XIMENES DE QUEIROGA, NATASHA SOARES SIMÕES DOS SANTOS, JUAN CARLOS PACHÓN MATEOS e JOSE CARLOS PACHON MATEOS

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

A terapia de ressincronização cardíaca é uma alternativa eficaz em pacientes com insuficiência cardíaca e dissincronia, podendo melhorar a tolerância ao exercício, modificar a classe funcional (NYHA), diminuir a necessidade de hospitalizações e reduzir a mortalidade. As indicações clássicas incluem fração de ejeção ≤ 35%, bloqueio de ramo esquerdo, complexo QRS com duração ≥ 150 ms e classe funcional NYHA III ou IV (ambulatorial), em associação à terapêutica médica otimizada. A maioria dos pacientes que preenchem estes critérios são também candidatos ao implante de um CDI, podendo receber um dispositivo combinado. Apesar dessas indicações bem estabelecidas, e, a despeito do alto custo do ressincronizador, cerca de 1/3 dos pacientes não respondem à terapia; dessa forma, a busca por fatores clínicos, eletrocardiográficos, ecocardiográficos e por outras modalidades de imagem cardíaca que possam avaliar de forma acurada e reprodutível a real chance de resposta dos pacientes à terapia de ressincronização faz-se imprescindível. A seleção correta dos pacientes, a utilização de técnicas para otimizar o posicionamento do eletrodo de ventrículo esquerdo no local de maior retardo mecânico, a programação cuidadosa e o follow-up após o implante, assim como a procura rotineira de fatores associados à ausência de resposta, podem otimizar os resultados e reduzir o número de não-respondedores à ressincronização cardíaca. A tabela abaixo reúne os principais fatores que predizem uma boa resposta à TRC.

| | BOA RESPOSTA | MA RESPOSTA |
|---|---|---|
| **CLÍNICOS** | | |
| Gênero feminino | X | |
| Miocardiopatia isquêmica | | X |
| Isquemia vigente | | X |
| Idoso | | X |
| Clcr < 30 | | X |
| Clcr 30-59 | X | |
| **ELETROCARDIOGRAMA** | | |
| BRE | X | |
| QRS > 150 ms | X | |
| BRD, bloqueio incompleto, QRS curto | | X |
| **ECOCARDIOGRAMA** | | |
| FEVE < 35 % | X | |
| Hipertensão pulmonar | | X |
| Dissincronia mecânica | X | |
| Dilatação do VE > 65 mm | | X |
| Regurgitação mitral moderada | X | |
| Regurgitação mitral severa | | X |
| **CINTILOGRAFIA / RESSONÂNCIA** | | |
| Realce tardio < 50% da área do VE | X | |
| Cicatriz transmural | | X |
| Dissincronia mecânica | X | |
| Disfunção VD | | X |

## 45932

**Neoplasias cardíacas: revisão de literatura.**

THIAGO HENRIQUE DE DEUS E SILVA, WANESSA CARVALHO PINTO, CAMILA MONTEIRO DA ROCHA e KAOMA EVANGELISTA VAZ

Instituto Tocantinense Antonio Carlos, Araguaina, TO, Brasil.

Introdução: As neoplasias cardíacas são extremamente raras. Com os avanços recentes dos métodos diagnósticos e da cirurgia cardíaca, esses tumores vêm sendo cada vez mais conhecidos e estudados.
Objetivos: Analisar os aspectos clínicos e histológicos de pacientes com neoplasias cardíacas e seu prognóstico. Métodos: Revisão bibliográfica sobre o tema proposto através de pesquisas em bancos de dados (PEBMED, Google Acadêmico, biblioteca do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos)
Desenvolvimento: As neoplasias cardíacas primárias (NCP) como entidades raríssimas 0,05 % em estudos de autópsias, na sua grande maioria de natureza benigna (75%). Aproximadamente 50% deles é representada por mixomas e o restante por lipomas, fibroelastomas papilares e rabdomiomas. A ausência de sintomatologia precoce e específica nos pacientes portadores dificulta o diagnóstico clínico, e na maioria dos casos se apresenta em estágios tardios, quando os tumores já produzem efeitos de massa e à distância, como sintomas obstrutivos e embolizações. Estabelecido o diagnóstico, a maioria é passível de ressecção cirúrgica, e muitas vezes curativa. Já as neoplasias malignas (NM) (25%) são representadas por sarcomas (95%) e linfomas (5%) e apresentam prognóstico reservado. As neoplasias secundárias cardíacas são 20 vezes mais frequentes do que as neoplasias primárias. Podem se infiltrar em todo o coração, sendo a grande maioria epicárdica. Dentre os sítios primários que se espalham para o coração, temos o melanoma com grande afinidade cardíaca. Cerca de metade dos pacientes com melanoma disseminado, apresentam depósitos em tecidos cardíacos. Cânceres de pulmão, mama, leucemia também podem disseminar para o coração.
Conclusão: As NCP apesar da ampla variedade, em sua grande maioria apresentarem características benignas, sintomatologia dependente do tamanho, da forma, da mobilidade e da localização do tumor, sendo as manifestações mais comuns de insuficiência cardíaca congestiva. Portanto, a investigação é válida e o tratamento precoce deve ser instituído. As NM, por outro lado, pouco se beneficiam das terapias empregadas atualmente, e a cirurgia, quimioterapia e radioterapia podem prolongar a sobrevida dos pacientes por apenas poucos meses. As neoplasias secundárias, são associadas a cânceres extremamente agressivos, tendo prognóstico bastante reservado.

## 45939

**Consequencias cardíacas do tratamento radioterápico: revisão de literatura.**

WANESSA CARVALHO PINTO, THIAGO HENRIQUE DE DEUS E SILVA, KAOMA EVANGELISTA VAZ e DANIEL SAMPAIO VIEIRA

Instituto Tocantinense Antonio Carlos, Araguaina, TO, Brasil.

Introdução: O campo de radiação no tratamento das neoplasias torácicas pode expor as estruturas cardíacas aos efeitos da radiação, desenvolvendo alterações patológicas. As consequências podem se manifestar meses ou anos após a cessação do tratamento.
Objetivos: Analisar os efeitos da radiação, desencadeando alterações patológicas no órgão.
Métodos: Revisão bibliográfica sobre o tema proposto através de pesquisas em bancos de dados (PEBMED, Google Acadêmico, biblioteca do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos)
Desenvolvimento: O tratamento radioterápico é planejado pelo físico médico e radiooncologista levando em considerações alguns critérios como tipo de câncer, sua sensibilidade à radiação ionizante, entre outros. O coração pode receber irradiação no tratamento de linfoma de Hodgkin, câncer de mama, câncer de pulmão, timoma e esôfago e o efeito toxico ao coração pode aumenta quando o tratamento tem associação com alguns quimioterápicos. Estudos revelam que a radiação pode causar a apoptose de micro vasos cardíaco, diminuindo o fluxo sanguíneo ao tecido e causando assim uma isquemia miocárdica, esse dano vascular na maioria das vezes é silencioso, esses pacientes começam a apresentar complicações cardíacas entre 5 e 30 anos, então quanto mais jovem o paciente maior a chance dessas repercussões. A radiação ionizante pode causar inúmeras complicações como Pericardite aguda, Pericardite tardia, Pancardite, Defeitos valvulares funcionais e da condução AV e Coronariopatias. Para o diagnóstico podemos recorrer a métodos auxiliares, como a radiografia do tórax, eletrocardiografia, ecocardiograma e, eventualmente, à coronariografia, à cintilografia miocárdica, à biopsia endomiocárdica. Os especialistas sabendo dessas possibilidades e devido ao risco dessas complicações medidas de seguranças são tomadas em todos os tratamentos para diminuir a dose que chega ao coração, tornando assim o tratamento seguro e com baixas taxas de efeitos colaterais.
Conclusão: A prevenção é a melhor forma de minimizar os efeitos das radiações ionizantes. No caso da radiação, emprego de doses toleráveis, técnicas de proteção da área cardíaca. O diagnostico de cardiotoxicidade, geralmente, só é feito quando a doença já está bem estabelecida e irreversível, portanto uma  feito o diagnóstico de doença cardíaca a abordagem clínica ou cirúrgica é a mesma dos casos clássicos.

### 46314

**Relação entre o uso de inibidores da bomba de prótons e a demência senil.**


CRISTINA RIBEIRO DIAS BARROSO, TICIANI RIOS GUEDES, LEONARDO SILVEIRA GOMES, VINICIUS ABRANTES SILVESTRE, MANUELA CRISTINA RIBEIRO DIAS BARROSO, ÍTALO BRUNO DO NASCIMENTO MOURA, MARIANA DE OLIVEIRA KASSIS e MARIANA DE SOUZA PESSOA

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA, Volta Redonda, RJ, Brasil - Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.


Introdução: Os inibidores da bomba de prótons (IBP) são medicamentos utilizados para tratar os distúrbios relacionados com o aumento da acidez do trato gastrointestinal superior, tais como azia, úlceras pépticas e refluxo, em que a inibição da secreção gástrica é seu efeito desejado. Segundo estudos recentes, o uso de IBP aumentou de 3,4% para 7,0% entre os homens e de 4,8% para 8,5% entre as mulheres, de 2000 a 2013. Objetivo: Analisar a relação entre o uso de IBP e o desenvolvimento da demência senil. Métodos: Revisão bibliográfica narrativa realizada nas bases indexadoras do PubMed e SciELO. A busca foi realizada em língua portuguesa e inglesa, utilizando os seguintes descritores: "Omeprazol", "Inibidores da Bomba de Prótons" e "Transtornos Neurocognitivos". Foram selecionados artigos científicos publicados entre 2013 e 2016. Resultados: Verificou-se que os IBP podem atravessar a barreira hematoencefálica, aumentando a produção e a degradação de β-amilóide, além de se ligarem à TAU - proteína intimamente relacionada ao desenvolvimento da Doença de Alzheimer. Ademais, há evidências da redução dos níveis de vitamina B12, visto que sua absorção depende de fatores intrínsecos das células parietais do estômago e de receptores localizados no íleo que, no entanto, encontram-se alterados, tendo suas funções absortivas diminuídas com o uso dos IBP. Dessa forma, todas essas mudanças podem se relacionar com o aumento do risco para o desenvolvimento de demência nesses pacientes, uma vez que a vitamina B12 é importante para a formação e maturação das hemácias, além de ser necessária para o desenvolvimento e manutenção das funções do sistema nervoso. Estudo realizado em 2015 analisou um total de 73.679 participantes de 75 anos de idade ou mais velhos e livres de demência no início do estudo. Os pacientes que receberam a medicação IBP (n = 2.950; idade média = 83,8 [5,4] anos; 77,9% do sexo feminino) tinham um risco significativamente aumentado de demência incidente em comparação com os pacientes que não receberam medicação IBP (n = 70729; idade média = 83,0 [5,6] anos; 73,6% do sexo feminino). Conclusão: É papel do médico o conhecimento sobre a relação entre o uso dos IBP e o desenvolvimento da demência senil, sendo imprescindível sua participação no que diz respeito à conscientização de seus pacientes, visando diminuir a utilização desse medicamento, uma vez que a doença também apresenta repercussões sociais e econômicas para todo o sistema de saúde do país.

### 46316

**Aspectos fisiopatológicos da miopatia necrotizante autoimune associada ao uso de estatinas.**


MANUELA C R D BARROSO, MARIANA S PESSOA, CRISTINA R D BARROSO, MARIANA O KASSIS e ÍTALO B D N MOURA

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil - Centro Universitário de Volta Redonda - Unifoa, Volta Redonda, RJ, Brasil.


Introdução: Estatinas são drogas responsáveis por reduzir os níveis de colesterol por inibição específica da 3-hidroxi-3-metilglutaril coenzima A redutase (HMGCR), enzima chave na via biossintética do colesterol. Em casos raros – aproximadamente 0,4 por 10.000 doentes/ano - as estatinas podem causar miopatia necrotizante autoimune (MNA) que consiste em fraqueza proximal, níveis elevados de creatina-quinase, eletromiografia mostrando instabilidade e irritabilidade de membrana celular e biópsia com proeminência de fibras musculares necróticas, que podem permanecer mesmo após a suspensão do fármaco. Objetivo: Revisão bibliográfica narrativa abordando os principais mecanismos desencadeadores da MNA bem como seus fatores de risco. Métodos: Pesquisa realizada utilizando as bases indexadoras PubMed e SciELO, com a seguinte frase de pesquisa: "Statin-associated Autoimmune Myopathy" OR "Statin-related myopathy" OR "Statin-induced myopathy"; e os seguintes descritores: a) Statin-associated; b) Autoimmune e c) Myopathy, respectivamente. Foram selecionados estudos dos tipos: revisão, relato de caso e caso-controle, publicados entre 2011 e 2016. Resultados: A partir da análise dos 10 artigos selecionados, não foi possível elucidar o mecanismo exato pelo qual as estatinas podem causar a rabdomiólise na MNA. Contudo, diversas hipóteses são apresentadas: depleção de metabólitos intermediários da síntese do colesterol, principalmente do ácido mevalônico; indução de apoptose celular por deficiência intracelular de ubiquinona (um composto isoprenóide), que resulta em diminuição da fosforilação oxidativa e extenso dano mitocondrial, levando a morte celular; e alterações nos canais de cloro no interior dos miócitos, que facilita a passagem de estatinas pela membrana celular, resultando em maior potencial para o desenvolvimento de agressão muscular. Dentre os fatores de risco associados ao desencadeamento da doença estão a pré-disposição genética (variações no gene SLO1B1), patologias que comprometam a função hepática e/ou renal que contribuem para uma maior biodisponibilidade do fármaco, assim como o uso concomitante de fármacos como fibratos, que competem pela mesma via metabólica da estatina e aumentam sua concentração sérica. Conclusão: A análise médica deve focar preferencialmente na presença ou não de fatores de risco para MNA no paciente. O conhecimento dessa entidade irá ajudar os médicos que prescrevem estatinas a tomar medidas que limitem a morbidade associada.

### 46328

**Síndrome coronariana aguda causada por evento alérgico (Síndrome Kounis): uma revisão de literatura.**


ANDERSON MACEDO DOS SANTOS, ARTHUR AUGUSTO ALCANTARA VENTURINI e DANIELA MATHIAS DE ALMEIDA BORGES

Faminas-BH, Belo Horizonte, MG, Brasil.


A síndrome de Kounis é caracterizada pelo aparecimento concomitante de síndrome coronariana aguda e evento alérgico. Tal enfermidade também é conhecida por infarto alérgico do miocárdio ou angina alérgica.
No presente estudo foi realizado uma revisão de literatura abrangendo artigos publicados no banco de dados: PUBMED, com as palavras-chaves: "kounis syndrome" e "coronary hypersensitivity". Os critérios de inclusão foram: artigos publicados em inglês, disponibilidades dos mesmos na íntegra e publicados entre o período de 2006 a 2016.
A síndrome Kounis é definida como a ocorrência de síndromes coronárias agudas, incluindo espasmo coronariano, infarto agudo do miocárdio ou trombose de stent, associado a condições alérgicas, geralmente que cursam com a degranulação de mastócitos, ativação plaquetária e envolvendo células inflamatórias, como macrófagos e linfócitos T, devido a eventos alérgicos ou de hipersensibilidade. Esta síndrome é causada por mediadores inflamatórios, tais como a histamina, fator de ativação de plaquetaria, produtos de ácido araquidônico, proteases neutras e uma variedade de citocinas e quimiocinas libertadas durante o processo de ativação alérgica.
Indivíduos predispostos a vasoespasmos coronarianos em contato com potenciais alérgenos podem apresentar hipotensão, bradicardia, angina instável, alterações eletrocardiográficas do segmento ST e bloqueio atrioventricular total. Pacientes que cursam com melhora das condições clínicas após o evento coronário, geralmente em 24 horas as alterações do ECG desaparecem dificultando o diagnóstico de Kounis após esse período.
O amplo espectro de sinais e sintomas e o rápido desaparecimento das alterações dos exames complementares, justificam a dificuldade e a necessidade do diagnóstico precoce da Síndrome de Kounis. O reconhecimento da síndrome de Kounis e o correto tratamento possibilitam queda das taxas de mortalidade da doença.
Diante da gravidade do quadro apresentado pelo paciente e, ainda, pelo alto índice de mortalidade da doença, é necessário que a equipe de saúde esteja prontamente preparada para o reconhecimento e tratamento precoce da síndrome de Kounis, o que possibilita a melhoria da qualidade de vida daqueles acometidos pela doença.

### 46364

**Perspectivas atuais da implantação do stent farmacológico nas intervenções de revascularização miocárdica.**


PEDRO AUGUSTO CAMPOS TORRES, JÚLIA RIBEIRO CALMON, MARIANA DE OLIVEIRA KASSIS e MELISSA FERREIRA DIVAN

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.


Introdução: Os stents coronarianos são próteses endovasculares constituídas por uma malha de aço inoxidável expansível implantada nas artérias coronárias quando a intervenção de revascularização miocárdica torna-se necessária, sendo o método percutâneo de escolha preferencial, tanto pela maior segurança do procedimento, quanto pela menor possibilidade de formação de coágulos tardios em relação aos demais dispositivos já testados. É utilizado na Intervenção Coronária Percutânea (ICP) para liberar o fluxo arterial bloqueado por placas de gordura, tratando-se de um método já consolidado e utilizado com frequência na revascularização do miocárdio, porém a reestenose permanece como o fator limitante. O stent farmacológico (DES) trata-se de um dispositivo revestido de anti-inflamatórios e imunossupressores que são liberados ao decorrer dos 12 primeiros meses de implantação, diminuindo a chance do vaso fechar novamente. O presente estudo tem como objetivo analisar as vantagens da implantação do DES nas intervenções de revascularização miocárdica. Método: Revisão de literatura utilizando as bases de dados indexadoras PubMed e SciELO, usando os descritores "stents coronarianos", "reestenose" e "stent farmacológico". Resultados: Evidências apontam que o stent farmacológico praticamente elimina o remodelamento negativo, que representa a capacidade da parede da artéria de reagir à agressão sofrida com uma resposta que modifica a área luminal. Discussão: A ICP consiste na implantação de prótese endovascular ou stent, tendo objetivo de ampliar o diâmetro da artéria obstruída e melhorar o fluxo sanguíneo local, além de ser uma técnica utilizada no tratamento de reestenose intra-stent. Os dois mecanismos fundamentais de reestenose são a hiperplasia intimal e o remodelamento geométrico negativo, porém, em praticamente todos os pacientes submetidos à ICP, ocorre algum grau de hiperplasia da camada íntima, ou formação de neo-íntima. Em estudos randomizados, a superioridade dos DES tem sido demonstrada quando comparado à angioplastia com balão, à braquiterapia vascular e ao próprio stent convencional no tratamento de pacientes com reestenose intra-stent. Conclusão: Em face ao exposto, uma vez que os DES são recobertos por drogas que previnem a proliferação do tecido da cicatriz da parede onde foi implantado, torna-se preferencial sua adesão para o tratamento na reestenose intra-stent, além de permitir a distribuição homogênea do fármaco através de um polímero durável.

## 46447

**HOT FLASHES: Marcador de risco cardiovascular?**

ANDRESSA VALERIO ROCHA, DANIEL DIAS NETO e GLAUCE KAROLINE DE MORAES CASSOLA

Universidade José do Rosário Velano, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução O climatério caracteriza-se por flutuações hormonais e aparecimento de diversos fatores de risco. Os sintomas vasomotores (SVM) são a queixa mais comum durante essa transição (80%). Evidências atuais têm correlacionado SVM e risco cardiovascular. Método Analisaram-se artigos científicos obtidos nas plataformas: PubMed e LILAC'S publicados entre 2015 e 2016. Palavras-chaves: "hot flashes; cardiovascular risk; climatery". Resultados Foi demostrado que mulheres com hot flashes tiveram menor dilatação mediada por fluxo (DMF) e aumento de placas calcificadas na aorta. A DMF é um registro de disfunção endotelial e aponta-se como preditor de eventos cardiovasculares, sugerindo os hot flashes como um marcador importante. Mulheres com níveis consideráveis de hot flashes apresentaram DMF reduzido e frequentemente um IMC e LDL-colesterol elevados. Não houve relação entre SVM e eventos coronários, porém houve relação positiva com suores noturnos. Artigos indicaram que mulheres com hot flashes tendem a ter níveis elevados de pressão arterial sistólica (diferença média (DM): 1,95 mmHg, e pressão arterial diastólica (MD 1,17 mmHg) e maior chance de ter hipertensão, embora não significativa. Além disso, um aumento na a produção de cortisol observado nessas mulheres representam outro mecanismo que liga SVM com a resistência à insulina e alterações no metabolismo lipídico. DiscussãoAlterações do fluxo sanguíneo da pele durante o ciclo menstrual indica que os esteroides sexuais modulam o centro de termorregulação, que parece estar em instabilidade no climatério, resultando em possíveis casos de hot flashes. Receptores de estrogênio no endotélio ao se ligar com o estradiol podem induzir a vasodilatação por dois mecanismos: agindo sobre o receptor alfa e/ou estimulando a enzima óxido nítrico sintase endotelial. Rigidez arterial e a predisposição a vasoconstrição também são sinais de disfunção endotelial, sugerindo que aqueles com hot flashes graves podem ter a função vascular propensa à desfecho cardiovasculares. É possível que efeitos metabólicos associados com o aumento de gordura visceral e disfunção endotelial resultem em uma menor vasodilatação resultando em número maior de eventos de hot flashes. Na verdade, funções microvasculares reduzidas estão associadas com grandes fatores de risco ConclusãoA presença de hot flashes no climatério está relacionada à eventos cardiovasculares. No entanto, se faz necessário mais estudos.

## 46485

**A profilaxia da endocardite infecciosa em pacientes com doença cardíaca congênita: revisão da literatura.**

FILIPE D N NABACK, ANDRE D N NABACK, HUGO H TOLEDO, JOAO V M BASTOS, JOSE C F JUNIOR, PEDRO A CAMPOS e OSCAR M T A FERREIRA

Universidade José do Rosário Vellano- UNIFENAS BH, Belo Horizonte, MG, Brasil - Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) é uma complicação potencialmente fatal que pode prejudicar o prognóstico a longo prazo de pacientes com doença cardíaca. O perfil do paciente com EI mudou nas últimas décadas, com uma diminuição da prevalência da febre reumática e aumento da sobrevida dos pacientes com doença cardíaca congênita (DCC). Várias orientações revistas para a profilaxia foram publicadas ao longo dos anos. Com isso, o objetivo do presente estudo é realizar uma revisão da literatura sobre as orientações quanto a profilaxia da EI. Métodos: Realizada busca no PubMed/Medline, em Março/2016 para todas as publicações em língua inglesa que incluíam os descritores "Prophylaxis of Infective Endocarditis ", "Congenital Heart Disease" e "Infective Endocarditis". Foram analisados os resumos dos artigos com obtenção dos textos completos dos resumos relevantes e adequados ao tema. As referências listadas nos artigos selecionados também foram verificadas. Não foi estipulado nenhum limite de data para as referências. Após análise e seleção dos artigos pertinentes, utilizamos 10 artigos com o descritor " Prophylaxis of Infective Endocarditis", 12 artigos com "Congenital Heart Disease" e 15 artigos com "Infective Endocarditis". Resultados: As recomendações mais recentes diferem de orientações anteriores e fornecem novas perspectivas sobre a profilaxia da EI. A ênfase é colocada em atividades orais, realização de higienização bucal e da pele, como métodos principais de profilaxia. Estudos atuais recomendam a profilaxia apenas para pacientes com alto risco para o desenvolvimento de tal doença. Discussão: De acordo com recentes orientações revistas, alguns defeitos cardíacos congênitos não reparados já não são alvos para profilaxia. Recomendações enfatizam atividades diárias orais e precária higiene bucal e dérmica como as principais causas de EI. Estas mudanças na profilaxia para pacientes coronarianos pediátricos e adultos levantam questões sem resposta para cardiologistas sobre quem deve e quando aplicar profilaxia. Mais estudos são necessários para elucidar e avaliar o impacto das novas orientações nos portadores de DCC. Conclusões: Há falta de evidência científica para a eficácia da profilaxia de EI. Limitações significativas em pacientes e em procedimentos, podem resultar em uma potencial mudança na prática de médicos e levantar preocupações sobre a segurança e confiabilidade destas novas recomendações para pacientes com doença cardíaca congênita.

# ÍNDICE REMISSIVO
## POR AUTOR E Nº DO TEMA


## A

ADEMAR GONÇALVES CAIXETA NETO - 46317, 46407, 46408, 46500
ADRIANA C DIAMANTINO - 45759, 45760
ADRIANA CRISTINA PINTO SILVA - 45918, 45925, 45940, 45943, 45944
ADRIANA DE NAZARÉ MIZIARA - 45720, 46349
AJAY K KAKKAR - 45745
ALAIR AUGUSTO SARMET MOREIRA DAMAS DOS SANTOS - 46461, 46462
ALAN CEZAR FARIA ARAUJO - 46370
ALESSANDRA MARIA DE ALMEIDA ZERINGOTA - 45926, 46491
ALEX COUTO GARCIA - 45918
ALEX FROEDE SILVA - 45920, 46466
ALEXANDRA ANTUNES NEIVA - 45926, 46491
ALEXANDRA CUMANI TOLEDO - 46304
ALEXANDRE H C SANTANA - 46386
ALEXANDRE HENRIQUE COBUCCI SANTANA - 45805, 45907, 45908, 45909, 46176, 46301
ALEXANDRE JOSÉ AGUIAR ANDRADE - 45776, 45843, 45906, 46341
ALINE BATISTA DA SILVA - 45944
ALINE DRUMMOND COTTA - 45766, 45985, 45986
ALISSON PEREIRA LEOCADIO - 46345
ALVARO GABRIEL DURAES FONSECA - 46446
AMANDA ALCÂNTARA CUNHA DOS REIS - 46350, 46417
AMANDA FONSECA MARTINS COSTA - 46361
AMANDA GUERRA DE MORAES REGO SOUSA - 45843
AMANDA O LAUAR - 45755
AMORINO COUTO SILVA JUNIOR - 46486
ANA C L ALBRICKER - 46356
ANA C M ARAUJO - 45998
ANA CARLA CAMPOS - 46338, 46339
ANA CRISTINA CARVALHO BOTELHO - 46452
ANA CRISTINA SILVA REBELO - 45783
ANA FLAVIA ALVES CAIXETA - 46300, 46437
ANA GABRIELA MENEZES DE JESUS TORRES - 46437
ANA ISABEL NOBRE MAIA - 46299
ANA JULIA CAMARGOS - 46414
ANA L M COSTA - 45755, 45760
ANA LAURA VILELA ARFELLI - 45618, 46492
ANA LUIA COUTINHO FERREIRA DA SILVA - 46214, 46330
ANA LUISA CALIXTO RODRIGUES - 45725, 45813
ANA LUIZA NUNES FRANÇA - 46361
ANA LUIZA TORRES DE LIMA - 45764, 45765
ANA LUIZA VIEIRA DE RESENDE - 46145
ANA PAULA MENDES DA SILVA - 46464
ANA PAULA ROCHA FERREIRA VENUTO - 46351
ANA PAULA SANTOS PRATES - 45953
ANDERSON MACEDO DOS SANTOS - 46328
ANDERSON PEREIRA DE OLIVEIRA - 45937, 46078, 46089, 46298, 46319, 46324
ANDRÉ ASSIS LOPES DO CARMO - 45952, 46445
ANDRE D N NABACK - 46485
ANDRE G M CHAVES - 46332
ANDRE GORLE DE MIRANDA CHAVES - 46354
ANDRÉ L C S D NOBRE - 46451
ANDRE LUIZ VILLALBA CODORNIZ - 46039
ANDRÉ NASCIMENTO CAMPOS - 46039
ANDRE PIRES ANTUNES - 46440, 46452
ANDRÉ SILVA RODRIGUES - 45968, 45978, 45999, 46337
ANDRÉA CAIXETA GONÇALVES - 46317, 46407, 46408, 46500
ANDREA Z BEATON - 45755, 45759, 45760
ANDRESSA VALERIO ROCHA - 46447
ANDREZA CAMPOLINA RAMOS - 46335
ÂNGELA MELLO COELHO - 46338, 46339
ANILSON JUNIOR DA SILVA DE CAMPOS - 46317, 46408, 46500
ANITA CHAVEZ AZEVEDO - 45946
ANNA CORINA DE ANDRADA COUTO E ANDRADA - 46039
ANNA CRISTINA BERTOLDI LEMOS - 45749, 45750, 45767, 45770
ANNA TERRA FRANCA - 46445
ANTONIO CANDIDO DA SILVA FILHO - 45772, 45937, 45974, 46089, 46324
ANTONIO CARLOS DE CAMARGO CARVALHO - 46378
ANTONIO CARLOS MANSUR BEDETI - 45801, 46078, 46175, 46196, 46215, 46460, 46472
ANTONIO CARLOS NEVES FERREIRA - 46305, 46345
ANTONIO CARLOS PEREIRA BARRETTO - 45745
ANTÔNIO CARLOS ROMANO CABRAL - 45926, 46491
ANTÔNIO FERNANDINO BAHIA NETO - 46351
ANTÔNIO JOSÉ FONSECA DE PAULA - 45977
ANTONIO L P RIBEIRO - 45613, 45755, 45759, 45760
ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO - 45733, 45734, 46385, 46435, 46440, 46445, 46452, 46471
ANTONIO VITOR SANTOS FIUZA - 45950
ANYELLE CORREIA BALTHA - 46211
ARI MANDIL - 45921, 46321, 46322, 46325, 46326, 46404, 46422
ARIANE VIEIRA SCARLATELLI MACEDO - 46368

# ÍNDICE REMISSIVO
## POR AUTOR E Nº DO TEMA


ARIANGELO ARAUJO MESQUITA - 45918, 45925
ARISE GARCIA DE SIQUEIRA GALIL - 46300
ARMANDO FAGUNDES MORATO NETO - 46422
ARTHUR AUGUSTO ALCANTARA VENTURINI - 46328
AUGUSTO DELBONE DE FARIA - 46317
AUGUSTO LIMA FILHO - 46472
AUGUSTO MARCUSSI DEGIOVANI - 45938


## B


BÁRBARA C A MARINO - 46439
BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO - 45740, 45741, 45742, 45743, 45812, 45946, 46211, 46289, 46305, 46440, 46448
BARBARA DE CASSIA VILELA - 45897
BARBARA MENDES GUIMARAES - 45953
BERNARDO ARANTES NEVES DE ABREU - 45618, 46492
BERNARDO NOYA ALVES DE ABREU - 45938
BIANCA L FARIA - 46342
BIANCA SILVEIRA LAYBER - 45738, 46025
BLENDA SOUSA CARLI RODRIGUES - 46349
BONIPERTI PADUA COTA - 46464
BRBARA BATISTA VIANA - 46502
BRUNA AMARAL BRASIL - 46289
BRUNA EDILENA PAULINO AZEVEDO - 45923, 46466, 46474, 46475, 46493
BRUNA FERNANDA GOMES DE MORAIS - 45618, 46492
BRUNNA LOPES DE OLIVEIRA - 45952
BRUNO A COSTA - 46420
BRUNO LEONARDO - 46471
BRUNO LUÍS FONSECA DE MENEZES - 45948, 45971
BRUNO MELLO D`ALESSANDRO - 46317
BRUNO R NASCIMENTO - 45613, 45755, 45758, 45759, 45760, 46420
BRUNO RIGHI SANTANA SILVA - 46354
BRUNO S REIS - 46410


## C


CAMILA BORGES DE MELO - 46464
CAMILA GRASIELE ARAUJO DE OLIVEIRA - 45783
CAMILA MARTINS LOPES - 46361
CAMILA MONTEIRO DA ROCHA - 45932
CAMILA RODRIGUES PEREIRA - 45766, 45985, 45986
CAMILA VASCONCELOS NUNES SOARES - 46206
CARLOS A F AREAS - 45758, 46420
CARLOS EDUARDO DE SOUZA MIRANDA - 45812
CARLOS EDUARDO MESSINGER SALOMAO - 46329
CARLOS EDUARDO ORNELAS - 46368
CARLOS EDUARDO PIRES SIMPLICIO - 46317
CARLOS HENRIQUE GARCEZ DE CARVALHO - 45791
CARLOS RAFAEL DE ALMEIDA FELIPE; - 45772
CAROLINA SOARES REIS LEMOS FREIRE - 46290
CAROLINA V DUARTE - 46342
CAROLINE ALVES MOREIRA DA SILVA - 46448
CASSIO DOS SANTOS NUNES - 46437
CASSIO M OLIVEIRA - 45755, 45759, 45760
CASSIO MENEZES NOGUEIRA - 45742
CELIA MARIA CAMELO SILVA - 46453
CELSO AMODEO - 45843
CELSO CARVALHO DE ARAUJO FILHO - 45764, 45765
CHARLES SIMÃO FILHO - 46340, 46430
CHRISTIAN NERY FREITAS - 45918, 45925, 45940, 45943, 45944
CHRISTIANA CONCEICAO DE OLIVEIRA - 45918, 45925, 45940, 45943, 45944
CHRISTIANE KELLY DE MOURA VIEIRA - 45977
CHRISTIANE PIRES MAROTA - 46486
CHRISTIANO GONÇALVES DE ARAUJO - 46480
CINTHIA NIEGE SANTOS SILVA - 46365, 46366, 46367, 46378
CIRILO PEREIRA DA FONSECA NETO - 45980
CLÁUDIO A S RIBEIRO - 46332
CLÁUDIO ARAÚJO SALGADO RIBEIRO - 46297, 46348, 46415
CLÁUDIO LÉO GELAPE - 46129, 46415, 46433
CLAUDIO LUIZ AMARAL - 45918, 45940, 45943, 45944
CLAUDIO TINOCO MESQUITA - 46461, 46462
CLEONICE DE CARVALHO COELHO MOTA - 45625
CONRADO PEDROSO BALBO - 45938
CRISTIANA ROSA DE LIMA MACHADO - 45944
CRISTIANE ASSIS MOTTA - 45953
CRISTIANE CAMARGOS ALMEIDA - 46421
CRISTINA MARQUES - 45974, 46215
CRISTINA R D BARROSO - 46313, 46316
CRISTINA RIBEIRO DIAS BARROSO - 46314, 46315
CYNTHIA BEATRIZ TOSTES FERREIRA - 46430

# ÍNDICE REMISSIVO
## POR AUTOR E Nº DO TEMA


## D

DALTON BERTOLIM PRÉCOMA - 45745
DANIEL DE FREITAS MORAES - 46371
DANIEL DIAS NETO - 46447
DANIEL FURTADO VIDIGAL - 46145
DANIEL GAMA NEVES - 46461, 46462
DANIEL GARONI PETERNELLI - 46453
DANIEL LUCAS AFONSO - 46196
DANIEL P CRUZ - 45758
DANIEL SAMPAIO VIEIRA - 45939
DANIEL SOARES DE SOUSA - 45986
DANIELA DE SOUZA BRAGA - 45864
DANIELA FLÁVIA DE OLIVEIRA - 46304
DANIELA M VIANA - 45998
DANIELA MATHIAS DE ALMEIDA BORGES - 46328
DANIELA SICA SILVA DE ARAUJO - 46378
DANIELA TEREZA GONÇALVES MANSO - 45736, 45737
DANIELLE ALENCAR PEREIRA - 45725, 45780, 45782, 46104, 46438
DAVI ALEXANDRE BARQUETTE - 46435
DAYANE AMARAL MADUREIRA - 46433
DAYSE VIEIRA PINHEIRO - 46421
DEBORA BERTOLIN DUARTE - 46300
DÉBORA CHAVES MORAES RIBEIRO - 46211
DEBORA FERREIRA FRANCO GOMIDE - 45791
DEBORA M SOUZA - 46334, 46429, 46431
DEBORA MAGALHES DE SOUZA - 46340, 46405
DEBORAH DEMING LEÃO BRANDÃO, - 45946
DEIVIDE RIBEIRO SILVEIRA - 46365, 46366, 46367
DELFINO COSTA MACHADO FILHO - 45974, 46175
DELMIRA A N BARBOSA - 46030
DELMIRA ALVES NETO BARBOSA - 46338, 46339
DIANA RODRIGUES MOREIRA - 46338, 46339
DIOGO ANTÔNIO GOMES TIAGO - 46297
DIOGO ARATAQUE - 45971, 46025
DIOGO ARAÚJO REBELLO - 46299
DIOGO SILVA DE CARVALHO GUISSONI - 45749, 45750, 45767, 45768, 45769, 45770, 45810, 46454
DIOGO VILELA NOGUEIRA - 46417
DIOMILDO FERREIRA ANDRADE JUNIOR - 46385, 46471

## E

EDENIA SANTOS GARCIA OLIVEIRA - 46370
EDER FREDERICO ANDRADE DA SILVA - 46300
EDMUNDO CLARINDO OLIVEIRA - 46442, 46444
EDSON DELL AMORE FILHO - 45741
EDSON W S CANGUSSU - 46451
EDUARDA FARIA BARBOSA - 46145
EDUARDO AUGUSTO MORAES HUBNER DE SOUZA - 46298, 46319, 46324
EDUARDO AUGUSTO VICTOR ROCHA - 46502
EDUARDO BELISÁRIO FALQUETO - 46321, 46322, 46325, 46326, 46404, 46422
EDUARDO DIAS CHULA - 45925, 45940, 45943
EDUARDO HENRIQUE COSTA VITOR - 46214
EDUARDO K M WASHIZU - 46321, 46322, 46325, 46326
EDUARDO KEI MARQUESINI WASHIZU - 45980, 46404, 46422, 46430
EDUARDO RODRIGUES BORATO - 46300, 46437
EFRAIM LUNARDI FLAM - 46321, 46322, 46325, 46326, 46404
ELIANE MARIA FERREIRA DE MOURA - 46025
ELUAN ALBUQUERQUE DE LIMA - 45937, 46078, 46089, 46298, 46319
ELVIO MARQUES DA SILVA - 46414
EMANUELE M S SILVA - 46459
EMANUELE MARIANNE SOUZA SILVA - 46465
EMILSON GERALDO VILARINO JUNIOR - 46421
EPOTAMENIDES MARIA GOOD GOD - 46398, 46399, 46434
ERIC BOERSMA - 46440
ERICA BALBINO DA SILVA SALGADO - 46396
ERICA LEITE AVELINO PEREIRA - 45907, 45908
ERICA OLIVEIRA SOUTO - 45953
ERICA SILVA - 45785, 46331, 46355
ERICA VIOLETA VILARINO - 46421
ERISON COSTA MACHADO - 45742, 46211
ERNESTO LENTZ DA SILVEIRA MONTEIRO - 46289, 46305
ESTELLA ELIZABETH ANNE NILDA DE AZEVEDO - 46211
ESTER CERDEIRA SABINO - 46435, 46452
ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO - 45745, 45747, 45919, 45920, 45921, 45923, 46074, 46118, 46371, 46463, 46466, 46470, 46474, 46475, 46486, 46488, 46490, 46493, 46497, 46502
EULER VILLELA - 45780, 45782, 45813, 46045, 46322, 46327, 46422
EVARISTO MACHADO NETO - 46215

# ÍNDICE REMISSIVO
## POR AUTOR E Nº DO TEMA

## F


FÁBIO Á TÓFANI - 46429, 46431
FÁBIO ÁVILA TÓFANI - 46321, 46327
FABIO BARROS DOS REIS - 45907, 45908, 45909, 46176, 46301
FÁBIO MORATO CASTILHO - 46337, 46434
FÁBIO RIBEIRO PEDROZO DE PAULA - 45725, 45780, 45813, 46099, 46438
FAGNER MEDEIROS ALVES - 45783
FAUSTINO VENDRAME FILHO - 46350, 46417
FELICIO SAVIOLI NETO - 45906
FELIPE ARIEL PRADO - 46297, 46348
FELIPE AUGUSTO CARVALHO RIBEIRO - 45805, 45907, 45908, 45909, 46176, 46301
FELIPE DE CARVALHO SILVA - 45742, 45743, 46211
FELIPE FRANCO FONSECA - 46300
FERNANDA COTRIM STEFANELLI - 46385
FERNANDA DE FARIA MARIANO - 45738, 45971, 46025
FERNANDA FONSECA MARTINS COSTA - 46361
FERNANDA MOREIRA E LEITE - 46358
FERNANDA NOBRE TORRES - 45948
FERNANDA OLIVEIRA MAGALHÃES - 45768, 45769, 45810, 46454
FERNANDA PRESTES DAMAZIO - 46289
FERNANDA RIBEIRO ROSA - 46317, 46408, 46500
FERNANDA RODRIGUES DE ALMEIDA - 46390
FERNANDO ANTONIO DA SILVA CIFUENTES - 46308
FERNANDO ANTONIO ROQUETE REIS FILHO - 46305
FERNANDO DE MARTINO - 45720
FIDEL CASTRO ALVES DE MEIRA - 46358
FILIPE D N NABACK - 46485
FILIPE MENDONÇA CABRAL - 45805, 45812, 45907, 45908, 45909, 46176, 46211, 46301
FILIPE RODRIGUES CUNHA - 45728, 45782, 46045, 46104, 46438
FILIPPE A V SILVA - 45758
FILIPPE AUGUSTO VIEIRA SILVA - 46420
FLAVIA BITTAR BRITTO ARANTES - 46355
FLAVIA NASCIMENTO DUTRA - 45968, 45978, 45999, 46337
FLÁVIA S G MACHADO - 46410
FLAVIA VERONICA FERREIRA LOPES - 45801, 45974, 46078, 46089, 46175, 46196, 46215, 46298, 46324, 46460
FLAVIO ANTONIO DE OLIVEIRA BORELLI - 45843
FLÁVIO COELHO BARROS - 46480
FLAVIO DE VASCONCELLOS TEODORO - 45926, 46486
FLÁVIO E GIORGETO - 46459
FLÁVIO EDUADO GIORGETO - 46465
FORTUNATO FRANCO BORGES JUNIOR - 45772, 45801, 45937, 46078, 46175, 46196, 46215, 46324, 46460
FRANCIANE BRAGA DE ABREU - 46145
FRANCIELE A SILVA - 46327
FRANCIELE DE ANGELIS SILVA - 45728, 45782, 46045, 46099, 46438
FRANCISCO C T S JÚNIOR - 45613
FRANCISCO REZENDE SILVEIRA - 45791
FRANCISCO RODRIGUES DE SALES - 46335
FREDDY GARCIA MONTECINOS - 46472
FREDERICO LEMOS DE ALMEIDA - 46422


## G


GABRIEL ASSIS LOPES DO CARMO - 46129
GABRIEL CERQUEIRA GONZALES - 46349
GABRIEL MAGALHÃES BRAGA - 45944
GABRIEL PRADO SAAD - 46297, 46332, 46348, 46354, 46390, 46435
GABRIELA CARDOSO BARRETO - 45767
GABRIELA DRUMMOND COTTA - 45766, 45985
GABRIELA LIMA DE MELO GHISI - 46413, 46427, 46428
GABRIELA MOREIRA BONFIM - 46426, 46427
GABRIELA RIGAMONTE RIBEIRO - 46497
GABRIELA S S CHAVES - 46386
GABRIELA SUÉLLEN DA SILVA CHAVES - 46118, 46413, 46428
GABRIELA VELOSO DE FREITAS - 45736, 45737
GEISIANE SOUSA BRAGA - 46440
GEORGE ALVES COSTA - 45933
GEOVANA ARRUDA JOAO - 46453
GERALDO MAGELA ALVARENGA JÚNIOR - 46350
GILDO ANTONIO DA SILVA - 45925
GILMAR REIS - 46459, 46465
GILSELE R PURIFICATE - 45998
GIOVANI LUIZ DE SANTI - 45720, 45771, 46006, 46349
GIOVANNI LUIZ MUSSO - 45948
GISELE MARIA CAMPOS FABRI - 46338, 46339
GLAUCE KAROLINE DE MORAES CASSOLA - 46447
GLAUCO FRANCO SANTANA - 45618, 46492
GRACE KELLY MATOS E SILVA - 46385
GUILHERME FERRAZ MESSINA PADUA ANDRADE - 45968, 45999
GUILHERME H MOREIRA - 45998
GUILHERME HENRIQUE FIGUEIREDO DE OLIVEIRA - 45909, 46176, 46301

GUILHERME MARTINS CASAGRANDE - 46374
GUILHERME R S ATHAYDE - 46332
GUILHERME RAFAEL SANT`ANNA ATHAYDE - 46297, 46348
GUSTAVO AMARAL SILVA - 46329
GUSTAVO FONSECA WERNER - 45919, 45921, 45923, 46371, 46463, 46474, 46475, 46493
GUSTAVO H F FARIA - 46342
GUSTAVO MARIANO RODRIGUES SANTOS - 45740
GUSTAVO OLIVEIRA MEINICKE - 45977, 46346, 46347
GUSTAVO PALMIERI ALMEIDA - 45742, 45743, 46211, 46289, 46290


## H


HADISON S NOGUEIRA - 46441
HAYANNE CASTRO BRANT - 46374
HEBE FLÁVIA PEREIRA LOPES - 45926
HELENA VASCONCELOS NUNES DE CARVALHO - 46206
HENRIQUE BARROSO MOREIRA - 45952, 46445, 46497
HENRIQUE DE ASSIS FONSECA TONELLI - 45625
HENRIQUE DE MATOS BALMANT BERBERT - 45805, 45907, 45908, 45909, 46176, 46301
HENRIQUE HORTA VELOSO - 45736
HENRIQUE PATRUS MUNDIM PENA - 46368
HENRIQUE SILVEIRA COSTA - 46354
HUGO BELLOTTI LOPES - 45952, 46445
HUGO FREITAS BARROS - 45950, 45988, 46400, 46455
HUGO H TOLEDO - 46485
HUMBERTO DE FREITAS BOY - 45937, 45974, 46089, 46298, 46319, 46324


## I


IARA CLEMENTINO SANCHES BRANDAO - 46421
IARA LISA MARTINS SILVA - 46354
IGOR ALCANTARA PEREIRA - 46452
IGOR DOMINGOS DE SOUSA - 46145
IGOR GENEROSO MAGALHAES BARROSO - 45925, 45988, 46400, 46455
IGOR HITIRO ITO VIEIRA - 46474, 46475
IRAMAIA SALOMAO ALEXANDRE DE ASSIS - 46464
ISABELA D`HERONVILLE PIAU VIEIRA - 46039
ISABELA G FAÉ - 46459
ISABELA GALIZZI FAÉ - 46465
ISABELA LOPES TIAGO - 45950
ISABELA S A SOUSA - 46356
ISABELLA MOREIRA GONZALEZ FONSECA - 45740
ISADORA C R S BOZZI - 45613
ISADORA GARCIA DE PAULA FRANCO - 46290
ISADORA THAMIRES PACHECO CELESTINO - 46211
ÍTALO B D N MOURA - 46313, 46316
ÍTALO BRUNO DO NASCIMENTO MOURA - 46314, 46315
ÍTALO MIRANDA MOURÃO JÚNIOR - 45977
ITALO U D SILVA - 46459
ITALO URCELINO DINIZ SILVA - 45740, 46465
IVAN F FREITAS - 45758, 46420
IVAN GENEROSO MAGALHAES BARROSO - 45918, 45925, 45940, 45943, 45944
IVY MARIA DE OLIVEIRA CHAGAS - 46335
IZABELA MAIA - 46414
IZABELA MARIA AZEREDO NASCIMENTO - 45741, 45742, 45743, 46448


## J


JACKELINE CHANTELL OLIVEIRA MOURA - 46206
JACQUELINE ROSANE FERREIRA - 45765
JAILTON N FERNANDES - 45998
JAMIL ABDALLA SAAD - 45980, 46321, 46322, 46325, 46326, 46404, 46422
JAQUELINE MARCIA PIRES RODRIGUES - 46421
JARDEL ROCHA FONSECA - 46398, 46399, 46434
JÉSSICA BLANCO LOURES - 46413, 46428
JESSICA DE OLIVEIRA MELO - 45946
JESSICA RODRIGUES GIRUNDI GUIMARAES - 46306, 46308
JOAO ALEXANDRE BRIOSCHI - 45988, 46400, 46455
JOAO ANTONIO DE QUEIROZ OLIVEIRA - 46385, 46471
JOÃO BATISTA GUSMÃO - 46099, 46104, 46404
JOAO CLIMA DA SILVA - 46083
JOAO DE SOUZA CUNHA - 45950, 45988, 46400, 46455
JOAO LISBOA COTTA - 45766, 45985
JOAO LUCAS O´CONNEL - 46355
JOÃO PAULO MARTINS DE CASTRO - 45738, 45948, 45950, 45971, 46025
JOÃO PEDRO COSTA LEMES DA SILVA - 46083
JOAO V M BASTOS - 46485
JOICE COUTINHO DE ALVARENGA - 46358

JOICE MEIRE RODRIGUES - 45732
JONE PEREIRA DA SILVA - 45977
JORDAN VIEIRA DE OLIVEIRA - 45999
JORDANA RAFAELLA FONSECA - 45720, 45771, 46006, 46349
JOSANA LUCAS ARAUJO - 45728, 45780, 45813, 46045, 46321, 46322, 46327
JOSE AUGUSTO ALMEIDA BARBOSA - 46442, 46444
JOSE C F JUNIOR - 46485
JOSE CARLOS DA COSTA ZANON - 45618, 46492
JOSE CARLOS DE FARIA GARCIA - 45921, 45923, 45980, 46463, 46493
JOSE CARLOS PACHON MATEOS - 45776
JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA - 45720, 45771, 46006, 46349
JOSE F JUNIOR - 46030
JOSE FABRI JUNIOR - 46338, 46339
JOSÉ GERALDO MILL - 45734
JOSE GUILHERME CARNEIRO - 46345
JOSÉ HENRIQUE DE ANDRADE - 46467, 46473
JOSE KLEBER DE FIGUEIREDO - 46472
JOSE L B PENA - 46334, 46429, 46431
JOSÉ L P SILVA - 45613
JOSE LUIZ BARROS PENA - 46340, 46405
JOSÉ LUIZ PADILHA DA SILVA - 45734
JOSE LUIZ ROSA DE OLIVEIRA - 46351
JOSE ORLANDO CAMPOS SANTOS - 46453
JOSE RESENDE DE CASTRO JUNIOR - 46300
JOSE TADEU TESSEROLI DE SIQUEIRA - 46338, 46339
JUAN CARLOS PACHÓN MATEOS - 45776
JUAN DEMOLINARI FERREIRA - 46357
JULIA P A SANTOS - 45759, 45760
JÚLIA R CALMON - 46313
JÚLIA RIBEIRO CALMON - 46357, 46364
JULIA TEIXEIRA TUPINAMBÁS - 46358, 46480
JULIANA BARBOSA MATSUMOTO - 45938
JULIANA BARROSO ZOGHEIB - 45738, 45971
JULIANA COSTA - 45725, 45780, 45782, 46104, 46321, 46322, 46325, 46326, 46327, 46404, 46422, 46438
JULIANA GUIMARAES SOUZA YOST - 45801, 46196
JULIANA RODRIGUES SOARES - 45978, 46297, 46332, 46337, 46348
JULIANE AGUSTINI ORATI - 46378, 46453
JULIMAR PEREIRA DA SILVA - 46437
JUSSARA REGINA SOUSA RODRIGUES - 46365, 46366, 46367

## K

KACIANE K B OLIVEIRA - 45755, 45759, 45760
KAISER BERGMAN GARCIA E SILVA - 45733
KAOMA EVANGELISTA VAZ - 45932, 45933, 45939
KAREN C C ISHII - 46030
KAREN PIRES DE CASTRO SANTOS - 45791
KELLEN SILVA SOUSA - 46329
KELSON GONÇALVES CAJAZEIRO - 45980
KÊNNYA GONÇALVES CAPANEMA - 46290
KHALILA ROCHA - 46459, 46465
KLEISSON ANTÔNIO PONTES MAIA - 45747, 45921, 46371, 46463

## L

LAIRA CAPEL MORETTI - 45767
LAIS CAMPOLINA ALMEIDA - 46289
LAIS DE PAULA VON HELD - 46446
LAIS G RORIZ - 45998
LAIS SALES TEIXEIRA - 46346, 46347
LARISSA D AMICO SANTOS - 45749, 45750, 45767, 45768, 45769, 45770, 45810, 46454
LARISSA MARTINS SILVA - 46420
LAURA BURNI PEREIRA GOMES - 46420
LAURA DELLINE QUEIROZ OLIVEIRA - 45749, 45750, 45767, 45768, 45769, 45770, 45810, 46454
LAURO HENRIQUE CARNEIRO TAVARES - 45920, 46497
LEANDRO ALVES GARCIA - 46214, 46330
LEANDRO EUSTÁQUIO DA SILVA - 46488, 46490
LEANDRO FERREIRA SOUZA - 45749, 45750, 45767, 45768, 45769, 45770, 45810, 46454
LEDA MARÍLIA FONSECA LUCINDA - 45977
LEONARDO ANTONIO DOS SANTOS BALTAZAR - 45801, 46175, 46196, 46215, 46298, 46324, 46460
LEONARDO ANTUNES MESQUITA - 45618, 46492
LEONARDO CEZAR BARROS CAMPOS - 45938
LEONARDO DUARTE PAIS - 46470
LEONARDO FERBER DRUMOND - 46446
LEONARDO GRECO MACHADO - 46472
LEONARDO MAGNO DE SOUZA - 45812
LEONARDO OTAVIO MENDES DOMICIANO - 46365, 46366, 46367
LEONARDO SALES DE CARVALHO - 45764, 45765
LEONARDO SILVEIRA GOMES - 46314
LEONOR DE OLIVEIRA DINIZ - 46481
LEOPOLDO SOARES PIEGAS - 45938, 46365, 46366, 46367

# ÍNDICE REMISSIVO
## POR AUTOR E Nº DO TEMA


LETHICIA C S N PIRES - 46030
LETICIA ANDRADE SANTOS - 45771
LETÍCIA CARVALHO PINTO GUIMARÃES - 46290
LETÍCIA DE OLIVEIRA SANTIAGO - 46145
LETICIA OLIVEIRA DINIZ - 46481
LEVINDO COSTA CARVALHO FILHO - 45950
LIGIA ARANTES NEVES DE ABREU - 45618, 46492
LILIAN F RIBAS - 46334, 46429, 46431
LILIAN FIGUEIREDO RIBAS - 46317, 46340, 46405, 46407, 46408, 46500
LÍLIAN PEREIRA VERARDO - 46413, 46426, 46427, 46428
LILIAN PINTO DA SILVA - 46426
LÍVIA FERRAZ ACCORSI - 46365, 46366, 46367
LIVIA MARIA AMBROSIO DA SILVA - 45785, 46331
LIZA PEREIRA LEOCADIO - 46289
LOHANA DE CARVALHO FERREIRA - 46319
LORENA RAMOS SANTOS - 46099, 46104
LORENA SILVA FONSECA - 45791
LORENA VENTURA BRANDÃO - 46374
LOURENCO GONCALVES FERREIRA - 45725, 45728, 45780, 45813, 46099, 46104
LUANA LORENA MOREIRA - 46446
LUANA PORTO DE SOUZA - 46351
LUCAS AMORIM BRAGA - 46290
LUCAS ANTONIO FAVERI - 46083
LUCAS DE SOUSA BULBRINI FILOGONIO - 46405
LUCAS FERREIRA BOTELHO - 46361
LUCAS FRANCHINI REZENDE - 46341
LUCAS LODI JUNQUEIRA - 46297, 46332, 46348, 46415
LUCAS MARTINS MAGALHÃES - 45946
LUCAS Q F CAMPOS - 46332
LUCAS QUEIROZ FERNANDES CAMPOS - 46297, 46348, 46415
LUCAS RAPHAEL BENTO E SILVA - 45783
LUCIA MARIA AMORIM FENELON - 46434
LUCIANA C DIAMANTINO - 46350, 46417
LUCIANA DUARTE NOVAIS - 46427
LUCIANA FRANCISCA VILELA MONTEIRO - 45725, 45780, 45782, 46099, 46104, 46325, 46404, 46438
LUCIANA GONTIJO VIVIAN - 45780, 45782, 46045, 46104, 46321, 46322, 46325, 46326, 46327, 46404, 46422, 46438
LUCIANA MARQUES MAIA - 46305, 46471
LUCIANA MILAGRES DE LIMA - 45738, 45988, 46400, 46455
LUCIANA SILVEIRA NINA DE AZEVEDO - 46453
LUCIENE DAS GRACAS MOTA - 45864
LUDIMYLLA NASCIMENTO MOREIRA - 46481
LUDMILA FAUSTO RIBEIRO - 45864
LUDMILA GONCALVES FREITAS - 46214, 46330
LUIS EDUARDO DINIZ COUTO - 45805, 45907, 45909
LUIS PAULO ALVES GOMES - 46099
LUÍSA C S SILVA - 46459
LUISA C.C.BRANT - 45733, 45734
LUÍSA CHAVES SIMÕES SILVA - 46465
LUISA MARCAL DE PAULA - 46206
LUISE C T R BARROS - 45755
LUIZ ANTÔNIO ALVES DE ABREU - 45618, 46492
LUIZ ANTONIO PERTILI R. DE RESENDE - 46464
LUIZ CHAVES MENDES - 45813, 46325, 46326, 46327
LUIZ CLAUDIO MOREIRA LIMA - 46305
LUIZ FERNANDO GOUVEIA BERNARDES - 45720, 45771, 46006
LUIZ GUILHERME PASSAGLIA - 46129, 46368
LUIZ PAULO PRESTON GIESTA - 46300
LUIZ SERGIO CORTEZ SANCHEZ - 46083
LUIZA ELIAS MORATO - 46145
LYS B B LOPES - 46327
LYS BEATRIZ BRANDO LOPES - 45728, 46045, 46099, 46104, 46438


## M


MAIANA NAIARA FERREIRA RODRIGUES - 46346, 46347
MAIARA PINHEIRO DE MACEDO MARQUES - 46361
MAIRA DUARTE FERREIRA - 45805, 45907, 45908, 45909, 46176, 46301
MAIRA MAGALHAES GOMES - 46481
MANOEL OTÁVIO DA COSTA ROCHA - 46358, 46390
MANUELA C R D BARROSO - 46313, 46316
MANUELA CRISTINA RIBEIRO DIAS BARROSO - 46314, 46315
MARCEL HENRIQUE SAKAI - 46341
MARCELA B OLIVEIRA - 46334, 46429, 46431
MARCELA BRANDÃO DE OLIVEIRA - 46340, 46405
MARCELA SILVA CASTRO - 45749, 45750, 45768, 45769, 45770, 45810, 46454
MARCELLA LYDIANE LUCAS DE SÁ - 46089
MARCELO C S D NOBRE - 46451
MARCELO HENRIQUE BORGES - 45720, 45771, 46006, 46349
MARCELO HENRIQUES DE CAMARGOS - 46385
MARCELO LUIZ DE ALMEIDA - 46078, 46175, 46298

# ÍNDICE REMISSIVO
## POR AUTOR E Nº DO TEMA


MARCELO MARTINS CASAGRANDE - 46374
MARCELO MARTINS P FILHO - 45733, 45734
MARCELO SOUTO NACIF - 46461, 46462
MARCELO V DIAS - 46459
MARCELO VASCONCELOS DIAS - 46465
MARCIA MARIA OLIVEIRA LIMA - 46426
MARCIANO ROBSON DE MIRANDA - 45741
MARCIO COSTA DINIZ - 46196
MARCIO EDUARDO REZENDE - 46437
MÁRCIO VINÍCIUS LINS DE BARROS - 46435
MARCO ANTÔNIO MOURA - 46442, 46444
MARCO ANTONIO VIEIRA DA SILVA - 46464
MARCO AURÉLIO DA SILVA NEVES - 46415
MARCO PAULO TOMAZ BARBOSA - 46129
MARCO POLO ASSIS DA MOTTA - 45953
MARCONE REIS LUIZ JÚNIOR - 45977
MARCOS ANTONIO MARINO - 45740, 45742, 45812, 45946, 46290, 46305, 46439, 46448
MARCOS CARVALHO DE PAULA - 46437
MARCOS GONÇALVES F. DA SILVA - 46214
MARCOS HENRIQUE BORGES - 45948
MARCOS PIMENTA - 46414
MARCOS TADEU TRINDADE FILHO - 46206
MARCUS VINICIUS DE PAULA DA SILVA - 45772, 45801, 45937, 45974, 46078, 46089, 46298, 46319
MARCUS VINICIUS MEDRADO AMORIM - 45948, 45988, 46400, 46455
MARIA BEATRIZ MOREIRA ALKMIM - 46440
MARIA BETANIA SOLIS RESENDE - 46480
MARIA CECILIA DE SOUSA VALARINI - 45985
MARIA CLARA NOMAN DE ALENCAR - 46434
MARIA D C P NUNES - 45755, 45759, 45760
MARIA DA CONCEIÇÃO CHAGAS DE ALMEIDA - 45734
MARIA DA CONSOLAÇÃO VIEIRA MOREIRA - 45725, 45728, 45782, 45813, 45864
MARIA DAS GRAÇAS AFONSO MIRANDA CHAVES - 46338, 46339
MARIA DE JESUS FONSECA - 45733
MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES - 46297, 46332, 46348, 46354, 46358, 46390, 46415, 46433, 46435, 46480
MARIA EMILIA BATISTA ROSA - 46304
MARIA EUGENIA DE SOUZA - 46491
MARIA HELENA ALBERNAZ SIQUEIRA - 45926, 46486, 46491
MARIA I S BARBOSA - 46030
MARIA IZABEL SILVA BARBOSA - 46338, 46339
MARIA L L LANA - 45613
MARIA PAULA GOUVEIA BERNARDES - 45771
MARIA SEBASTIANA SILVA - 45783
MARIA TEREZA DE MAGALHÃES ANDRADE - 46300
MARIANA O KASSIS - 46313, 46316
MARIANA S PESSOA - 46313, 46316
MARIANA APARECIDA DUMBA - 45765
MARIANA DE OLIVEIRA KASSIS - 46314, 46315, 46357, 46364
MARIANA DE SOUZA FURTADO - 46421
MARIANA DE SOUZA PESSOA - 46314, 46315
MARIANA FURTADO SILVA - 45771
MARIANA NATALIA FERREIRA RODRIGUES - 46347
MARIANA OLIVEIRA REZENDE - 45776, 45843, 45906, 46341
MARIANE JAMAL RIBEIRO - 45946
MARILIA DOS SANTOS ANTONIETTO - 45944
MARINA GAZZINELLI LOBATO FURQUIM WERNECK - 46374
MARINA HENRIQUES DE MATOS - 46350, 46417
MARINA SOARES VILELA - 46390, 46435
MARINA VIEIRA NAGAHAMA - 46437
MARINA VIEIRA RODRIGUES DE QUEIROZ - 46361
MARIO LUCIO FRANCO PEREZ - 45801, 46175, 46215, 46324, 46472
MARIO RIBEIRO - 45791
MARISA F FERREIRA - 46429
MARLON VIEIRA RODRIGUES - 45968, 45978, 45999, 46337
MARLY MARIA UELLENDAHL LOPES - 46453
MARYZABEL TEMPONI SILVA - 45732
MATEUS ARANTES PRATA - 46349
MATEUS NEVES ROMERO - 46398, 46399, 46434
MATEUS ROSA RIBEIRO DE CASTRO - 46317, 46408
MATHEUS BONELA CAUS - 45743, 46289
MATHEUS MONTES SIMO - 46025
MAURICIO REZENDE BARBOSA - 46446
MAURO ISOLANI PENA - 45740, 46439
MAURO LUCIO CHIARADIA ZARATTINI - 45725, 45728, 45813, 46045, 46099
MAURO SOARES MOTTA - 45968, 45978
MAYRA ALINE CHAVES - 45741, 45742
MAYSA VIEIRA MORAIS - 46346, 46347
MELISSA F DIVAN - 46313
MELISSA FERREIRA DIVAN - 46357, 46364
MICHEL HAMUI SALLUM - 45749, 45750, 45768, 45769, 45770, 45810, 46454
MICHEL TEIXEIRA RODRIGUES - 46480

# ÍNDICE REMISSIVO
## POR AUTOR E Nº DO TEMA


MICHELLE C GALBAS - 45755, 45759

MICHELLI KEIKO MOLINA - 46453

MIGUEL R GUIMARÃES - 46429, 46431

MILENA BELLEI LEITE - 45805

MILENA SORIANO MARCOLINO - 46370, 46385, 46440, 46471

MILENE SOUZA CASTRO - 45728, 45782, 46045, 46322, 46326, 46327, 46438

MILTON HENRIQUES GUIMARAES JUNIOR - 46433

MIRIAM DAMIÃO GOMES SEABRA - 46214, 46330

MIRIAN ELIZABETE DE SOUZA VIEGAS - 45925, 45940, 45943, 45944

MIRIAN GONÇALVES COSTA - 46374

MOACIR RODRIGUES DE LIMA JUNIOR - 45968, 45978, 45999, 46337

MONIQUE MARA DE PAULA FARIA - 45720, 45771, 46006

MURILO ALVES SANTOS - 45785, 46331

MURILO CASTRO FERREIRA - 45776, 45843, 45906, 46341

MURILO FERNANDES PERES - 46083

MURILO FOPPA - 45733, 45734

## N

NAARA G REZENDE - 46356

NABIL GHORAYEB - 46341

NADIR P S CRUZ - 46334, 46429, 46431

NADIR PRISCILA SILVA DA CRUZ - 46340, 46405

NATÁLIA ALVES LIMA MENDES - 46206

NATÁLIA COUTINHO CHAVES - 45805, 46176, 46301, 46448

NATALIA DE SA MORAES - 45948, 45971, 45988, 46025, 46400, 46455

NATALIA RIBEIRO DA SILVA - 46440

NATASHA SOARES SIMÕES DOS SANTOS - 45776, 45843, 45906, 46341

NATHÁLIA ANTÔNIO MONTEIRO CASTRO - 46378

NATHALIA BARROSO COELHO - 46206

NATHALIA COELHO DE CASTRO - 46368

NATHÁLIA COSTA VILAÇA - 46374

NATHALIE DAHER - 46083

NAYARA CAROLINA SANTOS DOURADO - 46415

NAYARA CECÍLIA FERREIRA SILVA - 46145

NAYARA PERES AGUIAR - 45791

NAYARA STEPHANIE CASTELLO BRANCO - 46374

NELSON HENRIQUE GOES SCORSIONI - 45776, 45843, 45906, 46341

NICHOLAS HIDEKI KOGA MAGARIO - 46430

NICOLE DE PAULA AARÃO FALEIRO MAIA - 46354, 46433

## O

ODILON GARIGLIO ALVARENGA DE FREITAS - 45618, 46492

OLIVIA XIMENES DE QUEIROGA - 45776, 45843, 45906, 46341

OMAR RIBEIRO SANTOS JUNIOR - 46390, 46435

OSCAR M T A FERREIRA - 46485

OSIAS DE MAGALHAES - 46480

OSMAR J LEAO - 46410

## P

PABLO DOS SANTOS FLORIANO - 45749, 45750, 45768, 45769, 45770, 45810, 46454

PAMELA MICHELLE LEITE OLIVEIRA - 45625

PAOLLA GIOVANNA ROSSITO DE MAGALHÃES - 45740

PATRICIA G MAGALHAES - 46356

PATRICIA MARIA MARQUES PIMENTA - 46329

PATRICIA MARTINS - 46472

PAUL OH - 46428

PAULA CAMPOLINA CAMPOS FERREIRA - 45791

PAULA CARVALHO PINTO GUIMARAES - 45968, 45978, 45999, 46337

PAULA CRISTINA DE FREITAS - 45720, 45771, 46006, 46349

PAULA REZENDE TEIXEIRA - 46350, 46417

PAULA T B ELIAS - 45758

PAULA VALLE VERSIANI - 45725, 45728, 45780, 45813, 46045, 46099, 46104, 46321, 46325, 46327, 46404

PAULO ANDRADE LOTUFO - 45734

PAULO CESAR MAIA LIMA JUNIOR - 45897

PAULO CÉSAR SANTOS - 46330

PAULO HENRIQUE NOGUEIRA COSTA - 46129, 46415

PAULO HENRIQUE SANTIAGO - 46398, 46399, 46434

PAULO VICTOR ALVES PINTO - 45736, 45737, 46430, 46456

PEDRO A C TORRES - 46313

PEDRO A CAMPOS - 46485

PEDRO AUGUSTO CAMPOS TORRES - 46357, 46364

PEDRO DAMIAO JANSEN - 46358

PEDRO FERRARI SALES DA CUNHA - 46354, 46390, 46435

PEDRO H A LIBÓRIO - 45758, 46420

PEDRO HENRIQUE RAMOS CAVEANHA - 46398, 46399, 46434

PEDRO IVO CARMO CAMPOS - 46145

PEDRO IVO DE MARQUI MORAES - 46378, 46453
PEDRO MARQUES DE OLIVEIRA TRISTÃO - 45772, 45801, 45937, 45974, 46078
PEDRO PAULO MARTINS ALVARENGA - 45741
PEDRO ROUSSEFF - 45764, 45765, 45812, 46439, 46448
POLIANNA MARTINS DE BRITO BARBOSA - 46446
PRICILA ROCHA COELHO - 46437
PRISCILA B BARBOSA - 45758
PRISCILA LIMA TAVARES - 46297, 46332, 46348
PRISCILA NASSER DE CARVALHO - 45786
PRISCILA PIMENTEL BERNO - 45805, 45907, 45908, 45909, 46176, 46301
PRISCILLA BENFICA CIRILO - 46374

## R

RACKEL AGUIAR MENDES DE OLIVEIRA - 45733
RAFAEL AUGUSTO MENDES DOMICIANO - 46365, 46366, 46367
RAFAEL CARLOS PEREIRA - 46341
RAFAEL DA MOTA MARIANP - 46463, 46470, 46502
RAFAEL DE BARROS GOMES - 45738
RAFAEL DE OLIVEIRA CARDOSO - 46078, 46089, 46215, 46298, 46319
RAFAEL MURIZINI INHAN - 46437
RAFAEL RAFAINI LLORET - 45938, 46365, 46366, 46367
RAFAEL SANTOS PRADO - 46324
RAFAEL TOLENTINO VIGNOLI FEDERMAN - 46398, 46399, 46434
RAFAELA ANSELMO SOARES BARBOSA - 45968, 45978, 45999, 46337
RAFAELA SANTOS DE OLIVEIRA - 46426, 46427
RAFAELLA VALESKA BATISTA XAVIER - 46430
RAISSA L S BARBOSA - 46356
RALDNER BORGES E REGES - 45918, 45925, 45943
RAQUEL DE SOUZA NOVAES COSTA - 45968, 45978, 45999, 46337
RAQUEL HABIBE COSTA DA SILVA - 45743, 46289
RAQUEL LEÃO SILVA - 46410
RAQUEL RODRIGUES BRITTO - 46413, 46426, 46427, 46428
RAVI AZEVEDO BERNARDES - 45812, 45946
RAYMARA ALVES DA SILVA MENDES - 46039
RAYSSA MARCELLA VIEIRA FERREIRA - 46430
REBECA GOECKING RUAS - 46145
REBECA MOTA SOARES - 45977
REGIANE URBANO - 46358
REGINALDO VITAL DA SILVA NETO - 46335
REINALDO COUTO GOMES - 45738, 45948, 45950, 45971, 46025
RENATA ARRUDA CERQUEIRA - 45741
RENATA C RIBAS - 46386
RENATA CAMPOLINA VELOSO - 45738, 45950, 46025
RENATA CRUZEIRO RIBAS - 46118
RENATA FARIA SIMONE PRADO - 45937, 45974
RENATA SILVA LIMA - 45743, 46289
RENATO BRAULIO - 46129, 46415
RENATO BUENO CHAVES - 46396
RENATO MORAIS ARAUJO - 45812, 45946
RENATO MOREIRA LINHARES - 46368
RENATO S VENTURA - 46334, 46429, 46431
RENATO SOARES VENTURA - 45948, 45950, 45971, 46340, 46405
REYNALDO DE CASTRO MIRANDA - 45952, 46445
RICARDO FORTES MONTEIRO DE CASTRO - 46351
RICARDO LAGE RAYDAN - 45926, 46491
RICARDO M ARAUJO - 45998
RICARDO MOTTA PEREIRA - 46317
RICARDO N B MELLO - 45998
RICARDO PAVANELLO - 45938, 46365, 46366, 46367
RICARDO R JARDIM - 46410
RICARDO SIMOES - 46486
RICARDO SOFFIATTI MESQUITA OLIVEIRA - 46006
RICARDO WANG - 45801, 46175, 46196, 46215, 46460, 46472, 46486
ROBERT W A ALCANTARA - 45758, 46420
ROBERTA FERREIRA SILVESTRE - 46453
ROBERTA MARA BATISTA LIMA - 46459, 46465
ROBERTA NASCIMENTO - 45741, 45812, 46439, 46448
ROBERTO DRUMOND FERREIRA DE MELO - 45747, 45921, 46074, 46371
ROBERTO KROLL - 45786
ROBERTO LUIZ MARINO - 45740, 45741, 45742, 45743, 46305, 46439, 46448
ROBERTO MAGNO VIEIRA DE OLIVEIRA - 46175, 46196
RODOLFO LUIZ AMORIM DE OLIVEIRA - 45772, 45801, 45937, 46078, 46175, 46196, 46298, 46319, 46472
RODRIGO A L MALVEIRA - 46441
RODRIGO ANDRADE CARMELLO - 46306
RODRIGO COELHO SOARES - 45926, 46486
RODRIGO CUNHA DE SOUSA - 45720, 46006, 46349
RODRIGO DE CASTRO BERNARDES - 46305
RODRIGO FERRARI VALORY - 45738, 46025

RODRIGO LAGE RAYDAN - 45926, 46491
RODRIGO PENHA DE ALMEIDA - 46467, 46473
RODRIGO PINHEIRO LANNA - 45791
RÔMULO CARVALHO VAZ DE MELLO - 45977
RONALD DE SOUZA - 46439
ROSANE CARDOSO FERREIRA - 46299
ROSANE GRIEP - 45733, 45734
ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA - 45625, 45736, 45737
ROSSANA DALL ORTO ELIAS - 46446

## S

SABRINA BARBOSA DA SILVA - 46290
SABRINA C LIMA - 46386
SABRINA COSTA LIMA - 46118
SABRINA JUNQUEIRA LIMA - 45772
SAMANTHA BAGGIO FRANCO PEREZ - 45772
SAMARA BIANCA RODRIGES DE CAMPOS - 46074, 46371
SAMARA MARIA LEANDRO DA COSTA - 45772, 45937, 45974, 46089, 46324
SAMIR IDALÓ - 45749, 45750, 45767, 45768, 45769, 45770, 45810, 46454
SAMUEL GOLDHABER - 45745
SANDHI BARRETO - 45734
SANDHI MARIA BARRETO - 45733
SANDRA MONETTI DUMONT SANCHES - 45864
SANNY CRISTINA DE CASTRO FARIA - 46354
SARA DA SILVA GUEDES - 46304
SAULO AUGUSTO DE LIMA - 46472
SAULO EMANUEL BARBOSA DE OLIVEIRA - 45950, 45988, 46400, 46455
SAULO RODRIGUES DE OLIVEIRA LEITE - 45805, 45908
SÉPHORA FONSECA - 45791
SERGIO CASTRO PONTES - 46300
SERGIO FIGUEIREDO CAMPOS CHRISTO - 46374, 46430
SERGIO LAGES MURTA - 45743
SERGIO LUIZ BARROTE - 45926, 46491
SHEILA ALVIM - 45733
SHERRY GRACE - 46413, 46428
SHIRLEY MARIETA ALVES DOS SANTOS - 46350, 46417
SILAMAR BREDER DE SOUZA - 45618, 46492
SILEMA TURIA MARINHO CARNEIRO - 45948, 45971, 45988, 46400, 46455
SILVANA DE ARAUJO SILVA - 46306, 46308
SILVANA MARIA CARVALHO MIRANDA - 45772
SILVANA VILAS BOAS SAFAR - 45946
SILVIA VELOSO SOUTO GANDRA - 45738, 45971
SÍLVIO AMADEU DE ANDRADE - 46434
SIMONE RODRIGUES RAMALHO - 46345
SOFIE RUSHTON SMITH - 45745
STELLA CRISTINA SILVA DE SOUZA - 46354, 46390
STEPHANIE C SARTORI - 46451
SUSANA DRUMOND PERES - 45907, 45908, 45909, 46176, 46301
SYLVIA APARECIDA DIAS TURANI - 46290

## T

TAMARA CAROLINE SILVA RIBEIRO - 46304
TANIA F L FONSECA - 46326
TÂNIA MARIA GONÇALVES QUINTÃO - 46346
TATIANA ARAUJO JENSEN - 45764, 45765
TATIANA DE BRITO MOREIRA KLEIN - 46345, 46368
TATIANA RAMOS FONSECA - 46211
TERESA CRISTINA DE ABREU FERRARI - 46433
TERESA RAQUEL PEREIRA CUNHA - 45953
THAIANNE CAVALCANTE SÉRVIO - 46426, 46427
THAIS APARECIDA REIS LAGE - 46358
THAIS CARREIRO DE MORAIS - 46206
THAIS KER BRETAS WERNER - 46290
THAIS LINS DE SOUZA BARROS - 46433
THALES MATHEUS MENDONA SANTOS - 46385
THATIANE DANTAS DIAS - 46440
THATIANE OLIVIER TICOM - 46206
THAYS DE OLIVEIRA ROCHA - 46206
THEMISSA HELENA VOSS - 45785, 46331
THEODORO DE MORAES SEIXAS NETO - 45920, 46497
THERESA CRISTINA RICARDO SOARES - 45732
THIAGO ADRIANO DE DEUS QUEIROZ - 46385, 46390, 46435
THIAGO DA ROCHA RODRIGUES - 45725, 45728, 45780, 45782, 45813, 46045, 46438
THIAGO DIAS BRAGA - 45974, 46215
THIAGO GUIMARAES ROSA CARVALHO - 45968, 45978, 45999, 46337
THIAGO HENRIQUE DE DEUS E SILVA - 45932, 45933, 45939
THIAGO LORENTZ PINTO - 45897
THIAGO MACHADO DE LIMA MOTA - 46355
THIAGO MELO REZENDE - 45749, 45750, 45768, 45769, 45770, 45810, 46454

THIAGO MENDONA NUNES DE PAULA - 46358, 46430
THIAGO O FIGUEIREDO - 45998
THIAGO R FAGUNDES - 45998
THIAGO S FERREIRA - 46459
THIAGO SANTIAGO FERREIRA - 45740, 46465
THIAGO VENUTO - 46351
THIAGO YUKIO SPIRANDELI - 45785
TIAGO BERNARDO NERY - 46129
TIAGO BRITO BASTOS RIBEIRO - 46464
TICIANI RIOS GUEDES - 46314
TULIO H CRUZ - 46342
TULIO PINHO NAVARRO - 46361
TULIO VELOSO E LOPES - 46481

## U

ULLY ALÉXIA CAPRONI CORRÊA - 46413, 46428

## V

VALESSA MARIA GONTIJO CUNHA - 46448
VICTOR GUALDA GALORO - 45938, 46365, 46366, 46367
VILMAR JOSE PEREIRA - 45785, 46331
VINICIUS ABRANTES SILVESTRE - 46314
VINICIUS NASSER DE CARVALHO - 45786
VINICIUS PEREIRA DOURADO - 46089
VITOR A C LINHARES - 46441
VITOR FREITAS FONTES - 45952, 46445
VITOR SOUZA GUIMARAES - 46430
VITÓRIA EMÍLIA GOMES MARQUES - 46415
VITÓRIA M L R REZENDE - 45759, 45760
VIVIAN DAMIÃO SEABRA COELHO - 46214, 46330
VÍVIAN FIGUEIREDO CAMILO - 46346, 46347
VIVIANE S JANUARIO - 45758
VIVIANE SANTUARI PARISOTTO MARINO - 45864
VIVIANE SOARES - 45783
VIVIANI CHAVES FURINI - 45953

## W

WALTER RABELO - 45812, 46305, 46439, 46448
WANESSA CARVALHO PINTO - 45932, 45933, 45939
WENDER RODRIGUES TEODORO - 45897
WILLDEMAR ALVES TUNES - 45741, 45742, 45743
WILLIAM A M ESTEVES - 46332, 46342
WILLIAM ANTONIO M. ESTEVES - 46348
WILTER DOS SANTOS KER - 46461, 46462

## Y

YURI FERREIRA MARROQUIM - 45938

## Z

ZILDA MARIA ALVES MEIRA - 45625,