



ABC Cardiol
Journal of Brazilian Society of Cardiology

Sociedade Brasileira de Cardiologia ISSN-0066-782X Volume 111, Nº 3, Suplemento 3, Setembro 2018

TEMAS LIVRES APRESENTADOS NO

SMC 2018

28º CONGRESSO DA SOCIEDADE MINEIRA DE
CARDIOLOGIA

9 A 11 AGOSTO | OURO MINAS
BELO HORIZONTE

CONECTANDO A
EVOLUÇÃO DO CONHECIMENTO
À PRÁTICA CLÍNICA



ABC Cardiol

Journal of Brazilian Society of Cardiology

REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - Publicada desde 1948

Diretor Científico

Dalton Bertolim Précoma

Editor-Chefe

Carlos Eduardo Rochitte

Coeditor Internacional

João Lima

Editores Associados

Cardiologia Clínica

Gláucia Maria Moraes
de Oliveira

Cardiologia Cirúrgica

Tirone David

Cardiologia Intervencionista

Pedro A. Lemos

Cardiologia Pediátrica/ Congênitas

Ieda Biscegli Jatene

Arritmias/Marca-passo

Maurício Scanavacca

Métodos Diagnósticos Não-Invasivos

João Luiz Cavalcante

Pesquisa Básica ou Experimental

Marina Politi Okoshi

Epidemiologia/Estatística

Marcio Sommer Bittencourt

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 – Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia GO – Brasil

Alfredo José Mansur – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Aloir Queiroz de Araújo Sobrinho – Instituto de Cardiologia do Espírito Santo, Vitória, ES – Brasil

Amanda Guerra de Moraes Rego Sousa – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/Fundação Adib Jatene (IDPC/FAJ), São Paulo, SP – Brasil

Ana Clara Tude Rodrigues – Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

André Labrunie – Hospital do Coração de Londrina (HCL), Londrina, PR – Brasil

Andrei Carvalho Sposito – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP – Brasil

Angelo Amato Vincenzo de Paola – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Antonio Augusto Barbosa Lopes – Instituto do Coração InCor HCFMUSP (INCOR), São Paulo, SP – Brasil

Antonio Carlos de Camargo Carvalho – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Antônio Carlos Palandri Chagas – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Antonio Carlos Pereira Barretto – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Antonio Cláudio Lucas da Nóbrega – Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Antonio de Padua Mansur – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Ari Timerman (SP) – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), São Paulo, SP – Brasil

Armênio Costa Guimarães – Liga Bahiana de Hipertensão e Aterosclerose, Salvador, BA – Brasil

Ayrton Pires Brandão – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Beatriz Matsubara – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), São Paulo, SP – Brasil

Brivaldo Markman Filho – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE – Brasil

Bruno Caramelli – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Carisi A. Polanczyk – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil

Carlos Eduardo Rochitte – Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina (INCOR HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Carlos Eduardo Suaide Silva – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Carlos Vicente Serrano Júnior – Instituto do Coração (InCor HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Celso Amodéo – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/Fundação Adib Jatene (IDPC/FAJ), São Paulo, SP – Brasil

Charles Mady – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Claudio Gil Soares de Araujo – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Cláudio Tinoco Mesquita – Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Cleoneice Carvalho C. Mota – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG – Brasil

Clerio Francisco de Azevedo Filho – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Dalton Bertolim Précoma – Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR), Curitiba, PR – Brasil

Dário C. Sobral Filho – Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE – Brasil

Décio Mion Junior – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Denilson Campos de Albuquerque – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Djair Brindeiro Filho – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE – Brasil

Domingo M. Braille – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), São Paulo, SP – Brasil

Edmar Atik – Hospital Sírio Libanês (HSL), São Paulo, SP – Brasil

Emilio Hideyuki Moriguchi – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) Porto Alegre, RS – Brasil

Enio Buffolo – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Eulógio E. Martinez Filho – Instituto do Coração (InCor), São Paulo, SP – Brasil

Evandro Tinoco Mesquita – Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Expedito E. Ribeiro da Silva – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Fábio Vilas Boas Pinto – Secretaria Estadual da Saúde da Bahia (SESAB), Salvador, BA – Brasil

Fernando Bacal – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Flávio D. Fuchs – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil

Francisco Antonio Helfenstein Fonseca – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Gilson Soares Feitosa – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA – Brasil

Gláucia Maria M. de Oliveira – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Hans Fernando R. Dohmann, AMIL – ASSIST. MEDICA INTERNACIONAL LTDA., Rio

de Janeiro, RJ – Brasil

Humberto Villacorta Junior – Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Ines Lessa – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA – Brasil

Iran Castro – Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC/FUC), Porto Alegre, RS – Brasil

Jarbas Jakson Dinkhuysen – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/Fundação Adib Jatene (IDPC/FAJ), São Paulo, SP – Brasil

João Pimenta – Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP – Brasil

Jorge Ilha Guimarães – Fundação Universitária de Cardiologia (IC FUC), Porto Alegre, RS – Brasil

José Antonio Franchini Ramires – Instituto do Coração Incor Hc Fmusp (INCOR), São Paulo, SP – Brasil

José Augusto Soares Barreto Filho – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE – Brasil

José Carlos Nicolau – Instituto do Coração (InCor), São Paulo, SP – Brasil

José Lázaro de Andrade – Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP – Brasil

José Péricles Esteves – Hospital Português, Salvador, BA – Brasil

Leonardo A. M. Zornoff – Faculdade de Medicina de Botucatu Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Botucatu, SP – Brasil

Leopoldo Soares Piegas – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/Fundação Adib Jatene (IDPC/FAJ) São Paulo, SP – Brasil

Lucia Campos Pellanda – Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS – Brasil

Luís Eduardo Paim Rohde – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil

Luís Cláudio Lemos Correia – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA – Brasil

Luiz A. Machado César – Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau, SC – Brasil

Luiz Alberto Piva e Mattos – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), São Paulo, SP – Brasil

Marcia Melo Barbosa – Hospital Socor, Belo Horizonte, MG – Brasil

Marcus Vinícius Bolívar Malachias – Faculdade Ciências Médicas MG (FCMMG), Belo Horizonte, MG – Brasil

Maria da Consolação V. Moreira – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG – Brasil

Mario S. S. de Azeredo Coutinho – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC – Brasil

Maurício Ibrahim Scanavacca – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Max Grinberg – Instituto do Coração do HcFmusp (INCOR), São Paulo, SP – Brasil

Michel Batlouni – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), São Paulo, SP – Brasil

Murilo Foppa – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS – Brasil

Nadine O. Clausell – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil

Orlando Campos Filho – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Otávio Rizzi Coelho – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP – Brasil

Otoni Moreira Gomes – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG – Brasil

Paulo Andrade Lotufo – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Paulo Cesar B. V. Jardim – Universidade Federal de Goiás (UFG), Brasília, DF – Brasil

Paulo J. F. Tucci – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Paulo R. A. Caramori – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS – Brasil

Paulo Roberto B. Évora – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Paulo Roberto S. Brofman – Instituto Carlos Chagas (FIOCRUZ/PR), Curitiba, PR – Brasil

Pedro A. Lemos – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Protásio Lemos da Luz – Instituto do Coração do HcFmusp (INCOR), São Paulo, SP – Brasil

Reinaldo B. Bestetti – Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Ribeirão Preto, SP – Brasil

Renato A. K. Kalil – Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC/FUC), Porto Alegre, RS – Brasil

Ricardo Stein – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS), Porto Alegre, RS – Brasil

Salvador Rassi – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FM/GO), Goiânia, GO – Brasil

Sandra da Silva Mattos – Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco, Recife, PE – Brasil

Sandra Fuchs – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil

Sergio Timerman – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (INCOR HC FMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Silvio Henrique Barberato – Cardioeco Centro de Diagnóstico Cardiovascular (CARDIOECO), Curitiba, PR – Brasil

Tales de Carvalho – Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, SC – Brasil

Vera D. Aiello – Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da (FMUSP, INCOR), São Paulo, SP – Brasil

Walter José Gomes – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Weimar K. S. B. de Souza – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FMUFG), Goiânia, GO – Brasil

William Azem Chalela – Instituto do Coração (INCOR HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Wilson Mathias Junior – Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Exterior

Adelino F. Leite-Moreira – Universidade do Porto, Porto – Portugal

Alan Maisel – Long Island University, Nova York – Estados Unidos

Aldo P. Maggioni – ANMCO Research Center, Florença – Itália

Ana Isabel Venâncio Oliveira Galrinho – Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal

Ana Maria Ferreira Neves Abreu – Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal

Ana Teresa Timóteo – Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal

Cândida Fonseca – Universidade Nova de Lisboa, Lisboa – Portugal

Fausto Pinto – U niversidade de Lisboa, Lisboa – Portugal

Hugo Grancelli – Instituto de Cardiología del Hospital Español de Buenos Aires – Argentina

James de Lemos – Parkland Memorial Hospital, Texas – Estados Unidos

João A. Lima, Johns – Johns Hopkins Hospital, Baltimore – Estados Unidos

John G. F. Cleland – Imperial College London, Londres – Inglaterra

Jorge Ferreira – Hospital de Santa Cruz, Carnaxide – Portugal

Manuel de Jesus Antunes – Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra – Portugal

Marco Alves da Costa – Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra – Portugal

Maria João Soares Vidigal Teixeira Ferreira – Universidade de Coimbra, Coimbra – Portugal

Maria Pilar Tornos – Hospital Quirónsalud Barcelona, Barcelona – Espanha

Nuno Bettencourt – Universidade do Porto, Porto – Portugal

Pedro Brugada – Universiteit Brussel, Brussels – Bélgica

Peter A. McCullough – Baylor Heart and Vascular Institute, Texas – Estados Unidos

Peter Libby – Brigham and Women's Hospital, Boston – Estados Unidos

Piero Anversa – University of Parma, Parma – Itália

Roberto José Palma dos Reis – Hospital Polido Valente, Lisboa – Portugal

Sociedade Brasileira de Cardiologia

Presidente

Oscar Pereira Dutra

Vice-Presidente

José Wanderley Neto

Diretor Científico

Dalton Bertolim Précoma

Diretor Financeiro

Denilson Campos de Albuquerque

Diretor Administrativo

Wolney de Andrade Martins

Diretor de Relações Governamentais

José Carlos Quinaglia e Silva

Diretor de Tecnologia da Informação

Miguel Antônio Moretti

Diretor de Comunicação

Romeu Sérgio Meneghelo

Diretor de Pesquisa

Fernando Bacal

Diretor de Qualidade Assistencial

Evandro Tinoco Mesquita

Diretor de Departamentos Especializados

Audes Diógenes de Magalhães Feitosa

Diretor de Relação com Estaduais e Regionais

Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza

Diretor de Promoção de Saúde Cardiovascular – SBC/Funcor

Fernando Augusto Alves da Costa

Editor-Chefe dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Carlos Eduardo Rochitte

Editor-Chefe do International Journal of Cardiovascular Sciences

Claudio Tinoco Mesquita

Presidentes das Soc. Estaduais e Regionais

SBC/AL – Edvaldo Ferreira Xavier Júnior

SBC/AM – João Marcos Bemfica Barbosa Ferreira

SBC/BA – Emerson Costa Porto

SBC/CE – Maria Tereza Sá Leitão Ramos Borges

SBC/DF – Ederaldo Brandão Leite

SBC/ES – Fatima Cristina Monteiro Pedroti

SBC/GO – Gilson Cassem Ramos

SBC/MA – Aldryn Nunes Castro

SBC/MG – Carlos Eduardo de Souza Miranda

SBC/MS – Christiano Henrique Souza Pereira

SBC/MT – Roberto Candia

SBC/NNE – Maria Alayde Mendonça da Silva

SBC/PA – Moacyr Magno Palmeira

SBC/PB – Fátima Elizabeth Fonseca de Oliveira Negri

SBC/PE – Audes Diógenes de Magalhães Feitosa

SBC/PI – Luiza Magna de Sá Cardoso Jung Batista

SBC/PR – João Vicente Vitola

SBC/RN – Sebastião Vieira de Freitas Filho

SBC/SC – Wálmore Pereira de Siqueira Junior

SBC/SE – Sheyla Cristina Tonheiro Ferro da Silva

SBC/TO – Wallace André Pedro da Silva

SOCERGS – Daniel Souto Silveira

SOCERJ – Andréa Araujo Brandão

SOCERON – Fernanda Dettmann

SOCESP – José Francisco Kerr Saraiva

Presidentes dos Departamentos Especializados e Grupos de Estudos

SBC/DA – Maria Cristina de Oliveira Izar

SBC/DCC – João Luiz Fernandes Petrizz

SBC/DCC/CP – Andressa Mussi Soares

SBC/DCM – Marildes Luiza de Castro

SBC/DECAGE – Elizabeth da Rosa Duarte

SBC/DEIC – Salvador Rassi

SBC/DERC – Tales de Carvalho

SBC/DFCVR – Antoinette Oliveira Blackman

SBC/DHA – Rui Manuel dos Santos Povoá

SBC/DIC – Marcelo Luiz Campos Vieira

SBCCV – Rui Manuel de Sousa S. Antunes de Almeida

SOBRAC – Jose Carlos Moura Jorge

SBHCI – Viviana de Mello Guzzo Lemke

DCC/GAPO – Pedro Silvio Farsky

DERC/GECESP – Antonio Carlos Avanza Jr

DERC/GECN – Rafael Willain Lopes

DERC/GERCPM – Mauricio Milani

DCC/GECETI – Luiz Bezerra Neto

DCC/GECO – Roberto Kalil Filho

DEIC/GEICPED – Estela Azeka

DCC/GEMCA – Roberto Esporcatte

DEIC/GEMIC – Fabio Fernandes

DCC/GERTC – Juliano de Lara Fernandes

DEIC/GETAC – Sílvia Moreira Ayub Ferreira

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Volume 11, Nº 3, Suplemento 3, Setembro 2018

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



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

Tel.: (21) 3478-2700

E-mail: arquivos@cardiol.br

www.arquivosonline.com.br

SciELO: www.scielo.br

Departamento Comercial

Telefone: (11) 3411-5500

e-mail: comercialsp@cardiol.br

Produção Editorial

SBC - Tecnologia da Informação e
Comunicação

Núcleo Interno de Publicações
Produção Gráfica e Diagramação
SBC - Tecnologia da Informação e
Comunicação
Núcleo Interno de Design

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

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

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



Filiada à Associação
Médica Brasileira

APOIO



Ministério da
Educação

Ministério da
Ciência e Tecnologia





Sociedade Mineira de Cardiologia

PRESIDENTE

Carlos Eduardo de Souza Miranda

VICE-PRESIDENTE

Antônio Fernandino de Castro Bahia Neto

DIRETOR CIENTÍFICO

José Carlos da Costa Zanon

DIRETOR ADMINISTRATIVO

Epotamenides Maria Good God

DIRETOR FINANCEIRO

Henrique Patrus Mundim Pena

DIRETOR DE QUALIDADE ASSISTENCIAL

Ricardo Wang

DIRETOR DE COMUNICAÇÕES

Alessandro Bao Travizani

DIRETOR FUNCOR SBC/MG

Ariane Vieira Scarlatelli Macedo

COMISSÕES ESPECIAIS DA DIRETORIA DA SMC | SBC-MG

ASSESSOR DE RELAÇÕES

INSTITUCIONAIS

Eduardo Dias Chula

ASSESSOR DE RELAÇÕES COM AS REGIONAIS

Carlos Henrique Garcez Carvalho

ASSESSORA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Tânia Félix Lorenzato Fonseca Peixoto

ASSESSOR DE PESQUISA

Estevão Lanna Figueiredo

COMITÊS

ARRITMIA

André Assis Lopes do Carmo

ASSUNTOS DO INTERIOR

Noasses Neiva Diamantino

ATEROSCLEROSE

Fernando Carvalho Neuenschwander

CARDIOGERIATRIA

Pedro Rousseff

CARDIOLOGIA DA MULHER

Cláudia Maria Vilas Freire

CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

Marly de Oliveira

DIRETORIA DA SMC | SBC-MG

BIÊNIO 2018-2019

CARDIO-ONCOLOGIA

Patricia Tavares Felipe

CIÊNCIAS BÁSICAS

Rosália Moraes Torres

CIRURGIA CARDÍACA

Maurício de Castro Gomes

CORONARIOPATIAS

Bárbara Campos Abreu Marino

ERGOMETRIA E REABILITAÇÃO

Maria Clara Noman de Alencar

HEMODINÂMICA

Maurício Cavalieri Machado

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Evandro Guimarães de Souza

IMAGEM CARDIOVASCULAR

Bráulio Muzzi Ribeiro de Oliveira

MEDICINA TRÁFEGO

Heloisa Borges de Figueiredo

MIOCARDIOPATIAS

Fabio Morato de Castilho

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR

Thiago da Rocha Rodrigues

TERAPIA INTENSIVA

Lucas Espindola Borges

VALVOPATIAS

Jose Fernando Portugal Horta

GRUPOS DE ESTUDO

CARDIOLOGIA DO ESPORTE

Marconi Gomes da Silva

Lennon Leonardo de Oliveira

CARDIOLOGIA NUCLEAR

Ivana Sena do Nascimento

Leonardo Neuenschwander Magalhães

ELETROCARDIOGRAFIA

Kellen Cristina Ferreira Vitorino

Daniel Soares Sousa

REABILITAÇÃO

Luiz Guilherme Passaglia

Bruno Rezende Passos

COMISSÕES

DEFESA E ÉTICA MÉDICA

José Maria Peixoto

Maria da Consolação Vieira Moreira

Francisco Rezende Silveira

PREVENÇÃO

Eustáquio Guerino

Kleisson Antonio Pontes Maia

CONSELHO FISCAL

Titulares

Frank Nunes

José Maria Peixoto

Sérgio Lages Murta

Suplentes

Marco Antônio Cotta Peralva

Sônia Francisca de Souza

Ricardo Reinaldo Berço

SÓCIOS DELEGADOS ESTADUAIS

Alessandro Bao Travizani

Almir Fernando Loureiro Fontes

Ariane Vieira Scarlatelli Macedo

Carlos Henrique Garcez de Carvalho

Eduardo Dias Chula

Epotamenides Maria Good God

Estevão Lanna Figueiredo

Eustáquio Guerino

Frank Nunes

Henrique Patrus Mundim Pena

Jose Carlos da Costa Zanon

Leonardo Neuenschwander Magalhães

Leonor de Oliveira Diniz

Luiz Antônio Avelar

Marcos Antônio Marino

Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas

Ricardo Wang

Sérgio Lages Murta

Thiago da Rocha Rodrigues

PRESIDENTES DAS REGIONAIS

CAMPO DAS VERTENTES

Leonor de Oliveira Diniz

CENTRO-OESTE

Eduardo Dias Chula

LESTE

Marco Antônio Cotta Peralva

LESTE-NORDESTE

Admilson de Oliveira Terra

NORTE

Evânio Rodrigues Cordeiro

SUL

Frederico Toledo Campo Dall'Orto

TRIÂNGULO

Rodrigo Penha de Almeida

PRESIDENTE 28º CONGRESSO SOC. MINEIRA DE CARDIOLOGIA

Marcos Antônio Marino

SMC 2018



28º CONGRESSO DA SOCIEDADE MINEIRA DE CARDIOLOGIA

Prezado(a) Colega,

Seja bem-vindo ao **28º Congresso da Sociedade Mineira de Cardiologia!**

A SMC por meio de sua Diretoria, Comitês e Grupos de Estudos deseja que esse seja um congresso memorável.

Você poderá comprovar que a comissão executiva trabalhou na elaboração de uma ampla programação científica, que abrange todas as áreas relacionadas à prática cardiológica diária. Através de mesas redondas, colóquios, conferências, simpósios, sessões de perguntas e de casos clínicos, o congresso tem como objetivo maior conectar a evolução do conhecimento à prática clínica.

O crescente número de congressistas e de temas livres enviados comprovam a importância e a credibilidade do nosso congresso. Ele tem se destacado como aquele que diminui a distância entre as diretrizes e sua aplicação no dia-a-dia do cardiologista mineiro.

Além da programação científica, ocorrerão atividades sociais para motivar o encontro dos colegas em ambiente agradável e informal.

Ótimo Congresso a todos!



Carlos Eduardo de Souza Miranda
Presidente da SMC | SBC/MG



Marcos Antônio Marino
Presidente do CONGRESSO | SMC 2018



José Carlos da Costa Zanon
Diretor Científico da SMC | SBC/MG

TEMAS LIVRES APRESENTADOS NO

SMC 2018

28º CONGRESSO DA SOCIEDADE MINEIRA DE
CARDIOLOGIA

9 A 11 AGOSTO | OURO MINAS
BELO HORIZONTE

CONECTANDO A
EVOLUÇÃO DO CONHECIMENTO
À PRÁTICA CLÍNICA

PRÊMIO	TÍTULO/AUTORES
JOVEM PESQUISADOR Categoria Oral	MEDIADORES INFLAMATÓRIOS EM PACIENTES COM FIBRILAÇÃO ATRIAL EM USO DE ANTICOAGULANTES ORAIS ESTÊVÃO LANNA FIGUEIREDO, GABRIELA LOPES MARTINS, RITA CAROLINA FIGUEIREDO DUARTE, ÉRICA LEANDRO MARCIANO VIEIRA, NATÁLIA PESSOA ROCHA, MARIA DAS GRAÇAS CARVALHO, RODRIGO PINHEIRO LANNA, CLÁUDIA NATÁLIA FERREIRA, HELTON JOSÉ DOS REIS
JOVEM PESQUISADOR Categoria Poster	CUSTO TOTAL E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO HOSPITALAR DE INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM MG: COMPORTAMENTO NOS ÚLTIMOS 10 ANOS LORENA ROCHA DIAS MACHADO, FERNANDA RODRIGUES FROES VICTORIA, FERNANDO AUGUSTO DE OLIVEIRA, CAMILLE VILLEFORT SILVA CHAVES, YASMIN DOS SANTOS BITTENCOURT, TATIANA CUNHA DE MORAES, CAMILA ZANON DE CASTRO, GABRIEL GUANDALINI, MARCELO MENDES ROCHA
JOVEM PESQUISADOR Categoria Relato de Caso	MIOCARDIOPATIA NÃO COMPACTADA COM EVOLUÇÃO PARA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: RELATO DE CASO LUCAS DE BARROS ANASTÁCIO, GABRIELA XAVIER REZENDE, JÉSSICA KARINNE VIEIRA, DANIELLE APARECIDA OLIVEIRA, RENAN ATÍLIO SANTOS MARQUIORI, MARIA DA GLÓRIA CRUVINEL HORTA
PÔSTER INICIAÇÃO CIENTÍFICA 1º lugar	VALOR PROGNÓSTICO DA EFICIÊNCIA VENTILATÓRIA EM PACIENTES COM MIOCARDIOPATIA DILATADA DE ETIOLOGIA CHAGÁSICA E IDIOPÁTICA FERNANDA RODRIGUES DE ALMEIDA, MARIA CLARA NOMAN DE ALENCAR, SUEMARA FERNANDES DA SILVA MARTINS, RAUL SILVA SIMÕES DE CAMARGO, OMAR RIBEIRO SANTOS-JUNIOR, MARIA CECÍLIA LANDIM NASSIF, THIAGO LOREDO E SILVA, RODRIGO MATOS PINTO COELHO, MANOEL OTÁVIO DA COSTA ROCHA, MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES
PÔSTER INICIAÇÃO CIENTÍFICA 2º lugar	IMPACTO DA REGURGITAÇÃO MITRAL MODERADA NOS DESFECHOS CLÍNICOS ADVERSOS APÓS VALVOPLASTIA MITRAL PERCUTÂNEA LUCAS CAMPOS BARBOSA E SILVA, FLÁVIO AUGUSTO PAES DE OLIVEIRA, VÍCTOR TEATINI RIBEIRO, FERNANDA MOREIRA E LEITE, TATIANA COSTA DIAMANTINO, LUCAS QUEIROZ FERNANDES CAMPOS, CLÁUDIO ARAÚJO SALGADO RIBEIRO, THIAGO PASCELE DE OLIVEIRA BATISTA, FREDERICO VARGAS BOTINHA MACEDO, MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES
PÔSTER INICIAÇÃO CIENTÍFICA 3º lugar	ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DE VALORES DE COLESTEROL TOTAL, COLESTEROL-HDL E GLICEMIA DE JEJUM COMO FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR ENTRE FUNCIONÁRIOS DE UMA EMPRESA NO MUNICÍPIO DE ITAÚNA-MG IARA MORAIS CUNHA, CAROLINE MENDONÇA ARRUDA, GABRIELA SANTOS PESSOA ISIDORO, GABRIEL ALBUQUERQUE MESQUITA, DANIEL FILIPE DA SILVA, MARIA TEREZA MOURA PEREIRA, JÚLIA DINIZ MARRA VIEIRA, GIOVANNA LUIZA MEDINA FERREIRA, BÁRBARA MARIA ASSI RABELO, CLARA MACHADO RODRIGUES
PÔSTER MÉDICO PESQUISADOR 1º lugar	ACOMETIMENTO CARDÍACO EM PACIENTES COM FEBRE AMARELA NA EPIDEMIA DE 2018 NO BRASIL: DADOS DO ESTUDO PROVAR+ GABRIELA MIANA DE MATTOS PAIXÃO, BRUNO DALA VEDOVA GOMES BEATO, KACIANE KRAUSS BRUNO OLIVEIRA, BRENO DE FILIPPO REZENDE, JOÃO PEDRO PEIXOTO RIOS, LEONARDO SOARES PEREIRA, MOACIR RODRIGUES DE LIMA JÚNIOR, MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES, ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO, BRUNO RAMOS NASCIMENTO
PÔSTER MÉDICO PESQUISADOR 2º lugar	FECHAMENTO PERCUTÂNEO DE CIA OSTIUM SECUNDUM (CIA OS) COM PRÓTESE AMPLATZER EM CRIANÇAS MENOR QUE 20 KG. EDMUNDO CLARINDO OLIVEIRA, MARCO ANTÔNIO GONÇALVES DE MOURA, JOSÉ AUGUSTO DE ALMEIDA BARBOSA, TAMARA KATINA

TRABALHOS PREMIADOS

28º CONGRESSO DA SOCIEDADE MINEIRA DE CARDIOLOGIA



PRÊMIO	TÍTULO/AUTORES
PÔSTER - MÉDICO PESQUISADOR 3º lugar	TAQUICARDIOMIOPATIA: PERFIL CLÍNICO, TRATAMENTO E EVOLUÇÃO DE UMA SÉRIE DE CASOS. ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA, ISABELLA CAPOBIANGO RODRIGUES, MARIANA ALVES GOMES, RAÍSSA ALVES PINTO MOURA
PÔSTER PROFISSIONAL NÃO-MÉDICO 1º lugar	ANÁLISE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS RECEPTORES DE TRANSPLANTE CARDÍACO EM UM HOSPITAL BRASILEIRO WÁGNER DO NASCIMENTO CARVALHO, KARLA CORDEIRO GONCALVES, ANNA LETICIA MIRANDA, GUSTAVO DOS SANTOS ALVES MARIA, DIEGO DA SILVA NEVES, SALETE MARIA DE FÁTIMA SILQUEIRA, MARIA DA CONSOLAÇÃO VIEIRA MOREIRA
PÔSTER PROFISSIONAL NÃO-MÉDICO 2º lugar	PERFIL DOS DOADORES EFETIVOS DE TRANSPLANTE CARDÍACO EM UM HOSPITAL BRASILEIRO WÁGNER DO NASCIMENTO CARVALHO, ANNA LETICIA MIRANDA, KARLA CORDEIRO GONCALVES, GUSTAVO DOS SANTOS ALVES MARIA, SALETE MARIA DE FÁTIMA SILQUEIRA, MARIA DA CONSOLAÇÃO VIEIRA MOREIRA
PÔSTER PROFISSIONAL NÃO-MÉDICO 3º lugar	EFEITOS DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR FASE II EM PACIENTES PÓS INTERNAÇÃO PATRIC EMERSON OLIVEIRA GONÇALVES, KELLY SILVEIRA REIS, RITA DE CASSIA MALAGOLI, DANIELLE APARECIDA GOMES PEREIRA
PÔSTER RESIDENTE 1º lugar	CAPACITAÇÃO CONTINUADA PARA MÉDICOS E EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA O ATENDIMENTO DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM HOSPITAL DE BELO HORIZONTE MARCELLA MARIA SOARES MELLO, LUISA FREIRE PEDERNEIRAS BARBOSA, RENAN DETOFFOL BRAGANÇA, CAMILLA RAYANE DE PAULA, RAFAEL COLARES, IZABELLA SOARES MELLO
PÔSTER RESIDENTE 2º lugar	ANÁLISE DOS CASOS E EVOLUÇÃO INTRA-HOSPITALAR DOS PACIENTES SUBMETIDOS ABLAÇÃO ALCOÓLICA NA MIOCARDIOPATIA HIPERTRÓFICA OBSTRUTIVA EM UM SERVIÇO TERCIÁRIO MARIA DO CARMO RABELO ALVIM RODRIGUES, KÊNNYA GONÇALVES CAPANEMA, VINÍCIUS RIBEIRO SILVA, HUMBERTO RODRIGUES PARREIRA, THALES LOPES GOMES PINTO FERREIRA, FERNANDA OLIVEIRA LOPES, WALTER RABELO, MARCOS ANTONIO MARINO, ROBERTO LUIZ MARINO, BARBARA CAMPOS ABREU MARINO
PÔSTER RESIDENTE 3º lugar	CUSTO TOTAL E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO HOSPITALAR DE INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM MG: COMPORTAMENTO NOS ÚLTIMOS 10 ANOS LORENA ROCHA DIAS MACHADO, FERNANDA RODRIGUES FROES VICTORIA, FERNANDO AUGUSTO DE OLIVEIRA, CAMILLE VILLEFORT SILVA CHAVES, YASMIN DOS SANTOS BITTENCOURT, TATIA NA CUNHA DE MORAES, CAMILA ZANON DE CASTRO, GABRIEL GUANDALINI, MARCELO MENDES ROCHA
RELATO DE CASO Iniciação Científica 1º lugar	NEFROPATIA POR IGA: UM DIAGNÓSTICO POR VEZES DIFÍCIL - UM CASO DE HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA LETÍCIA LEÃO DE PAULA, MARCUS VINÍCIUS DE PAULA DA SILVA, LÍVIA LEÃO GOMES, LÍZIA SOARES SILVA, LETYCIA RIBEIRO ROCHA, SUELEN DA COSTA SILVA
RELATO DE CASO Iniciação Científica 2º lugar	DISCORDÂNCIA ENTRE PERFUSÃO E INERVAÇÃO SIMPÁTICA NA PREDIÇÃO DE RISCO ARRITMOGÊNICO LÍVIA SILVA DE PAULA FARIA, DOUGLAS SANTOS MOELLER, MARIA MARTA MAGGIOTTO SABRA, FERNANDA SALOMÃO COSTA, JADER CUNHA DE AZEVEDO, CLÁUDIO TINOCO
RELATO DE CASO Iniciação Científica 3º lugar	TAQUICARDIA DE QRS LARGO: DA PROPEDEÚTICA AO TRATAMENTO LAÍSE OLIVEIRA RESENDE, OLÍVIA MARIA TRINDADE, GUSTAVO GONTIJO LISBOA, NELSON BORGES NETO, AYESKA VIVIAN MICHELINI STAPASOLLA, DANIEL SOARES SOUSA

PRÊMIO	TÍTULO/AUTORES
RELATO DE CASO Iniciação Científica 1º lugar	DIVERTÍCULO DE KOMMERELL ADRIANA COSTA DIAMANTINO SOARES, HERTZ CARDOSO LACERDA, LUNA SANTOS RABELO, GUSTAVO MONTEIRO SOARES, NOASSES NEIVA DIAMANTINO, TATIANA COSTA DIAMANTINO
RELATO DE CASO Iniciação Científica 2º lugar	INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM JOVEM USUÁRIO DE ANABOLIZANTE RARISSA QUEIROZ FERREIRA FERRAZ, SÁVIA QUEIROZ FERREIRA, LUARA GIDRÃO DE QUEIROZ
RELATO DE CASO Iniciação Científica 3º lugar	EXCRESCÊNCIA DE LAMBL NA VALVA PULMONAR: ACOMPANHAMENTO ECOCARDIOGRÁFICO DE UM CASO RARÍSSIMO GLAUCO FRANCO SANTANA, MARIANA ALVES MOTA, IGOR HENRIQUE RODRIGUES ZEFERINO, LAURA DE CASTRO SIMÃO, LORRANE LARA RODRIGUES DE SOUZA, PRISCILA ÁGAPE PACHECO PEREIRA
PÔSTER RESIDENTE 1º lugar	SÍNDROME DE ERDHEIM-CHESTER: RELATO DE CASO VICTOR PIMENTEL DE MATOS, LORENA SILVA FONSECA, BRUNO DALA VEDOVA GOMES BEATO, GUSTAVO ALVES DE OLIVEIRA, CAROLINA SOUZA GALVÃO
PÔSTER RESIDENTE 2º lugar	DISSECÇÃO ESPONTÂNEA DE CORONÁRIAS: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA EM UMA SÉRIE DE CASOS. DÉBORA BERTOLIN DUARTE, YORGHOS LAGE MICHALAROS, CLAUDIA LOURES DE ASSIS, CAMILA ABRAHÃO CARAM LISBOA, LUIS AUGUSTO ALVARENGA ANDRADE, CLARICE MOURA MATA MACHADO
PÔSTER RESIDENTE 3º lugar	ESTENOSE GRAVE DE PRÓTESE MECÂNICA AÓRTICA POR TROMBOS SIMULANDO DISFUNÇÃO ESTRUTURAL EDITH MÂRCIA VALADARES SILVA, LAÍS TOLEDO DE VASCONCELOS, RAFAELLA SIMÕES MOREIRA, RAFAEL PORTO, PEDRO HENRIQUE RAMOS CAVEANHA, EPOTAMENIDES MARIA GOOD GOD
TEMA LIVRE Categoria Oral 1º lugar	MEDIADORES INFLAMATÓRIOS EM PACIENTES COM FIBRILAÇÃO ATRIAL EM USO DE ANTICOAGULANTES ORAIS ESTÊVÃO LANNA FIGUEIREDO, GABRIELA LOPES MARTINS, RITA CAROLINA FIGUEIREDO DUARTE, ÉRICA LEANDRO MARCIANO VIEIRA, NATÁLIA PESSOA ROCHA, MARIA DAS GRAÇAS CARVALHO, RODRIGO PINHEIRO LANNA, CLÁUDIA NATÁLIA FERREIRA, HELTON JOSÉ DOS REIS
TEMA LIVRE Categoria Oral 2º lugar	INTEGRAÇÃO DO RASTREAMENTO ECOCARDIOGRÁFICO COM INTERPRETAÇÃO POR TELEMEDICINA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DADOS DO ESTUDO PROVAR+ BRUNO RAMOS NASCIMENTO, MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES, KACIANE KRAUSS BRUNO OLIVEIRA, MÁRCIA DE MELO BARBOSA, JOÃO PEDRO PEIXOTO RIOS, ISABELLA MOURA TEIXEIRA, LETÍCIA MARIA MOREIRA RABELO, KARLLA CARDINALI ANTUNES LAURIANO, ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO, CRAIG SABLE
TEMA LIVRE Categoria Oral 3º lugar	OCORRÊNCIA DE SANGRAMENTO EM COORTE DE PACIENTES COM FA ADEQUADAMENTE ANTICOAGULADOS RAFAELLA SIMÕES RAFAELLA SIMÕES MOREIRA, EDITH MÂRCIA VALADARES SILVA, LAIS TOLEDO DE VASCONCELOS, RAFAEL PORTO, EPOTAMENIDES MARIA GOOD GOD, PEDRO HENRIQUE RAMOS CAVEANHA, PAULO HENRIQUE SANTIAGO, MATEUS NEVES ROMERO

TLO1

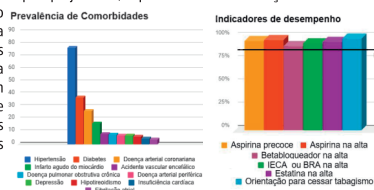
ADESÃO ÀS DIRETRIZES ASSISTENCIAIS DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA: UM PROGRAMA DE BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS EM CARDIOLOGIA

SEMABUKURO, GZ; SILVA; GCP; PASSAGLI, GR; CUNHA, CT; TEODORA, GB; NOGUEIRA, MR; FERREIRA, LOR; BRANT, LCC; PASSAGLIA, LG.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

No Brasil, baixa adesão às diretrizes assistenciais é uma das razões para a alta mortalidade por síndrome coronariana aguda (SCA), a despeito dos avanços no manejo desta condição. Assim, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) em parceria com a American Heart Association e com apoio do Ministério da Saúde elaborou o Projeto Boas Práticas Clínica em Cardiologia (BPC), cujo objetivo é avaliar as taxas de adesão às diretrizes da SBC para três condições clínicas em instituições do Sistema Único de Saúde antes e após o projeto. Objetivos: Apresentação e avaliação da adesão ao indicadores de desempenho para o manejo da SCA no Hospital das Clínicas/UFMG (HC/UFMG) após o projeto BPC. Método: Trata-se de estudo longitudinal, prospectivo, não controlado adaptado do programa Get with the Guidelines da AHA e do Programa de Melhoria de Qualidade Assistencial do Hospital do Coração. Nele, avaliamos os resultados referentes ao braço de SCA após a implementação do projeto BPC. Nesta análise, foram avaliados os resultados do HC/UFMG de maio de 2016 a dezembro de 2017. As variáveis analisadas foram: idade, sexo, comorbidades e adesão aos indicadores de desempenho. O indicadores de desempenho analisados foram: AAS precoce e na alta hospitalar, medicamentos prescritos na alta hospitalar (AAS, beta bloqueador, estatina, IECA e outros, conforme indicação) e orientação para cessação do tabagismo. O desfecho primário do estudo consistiu na avaliação dos indicadores de desempenho comum a meta mínima estipulada de 85% de adesão global às recomendações das Diretrizes da SBC. Resultados: Foram incluídos 353 pacientes. A idade média foi 60 ± 12 anos e 69% eram homens. A prevalência das principais comorbidades e a análise dos indicadores de desempenho são apresentadas nos gráficos a seguir. Predomínio do sexo masculino, idade ≥ 50 anos e alta prevalência de comorbidades mostram características dos pacientes com SCA já conhecidas pelos dados epidemiológicos extensamente publicados na literatura. Os valores dos indicadores de desempenho sinalizam uma boa adesão às diretrizes assistenciais da SBC no hospital, em todas as variáveis analisadas. Conclusão: A adesão às diretrizes atende às metas propostas pelo projeto BPC, o que resultou na certificação de excelência do hospital neste braço do estudo.

BPC. A certificação faz parte da estratégia de consolidação dos bons resultados obtidos e da sua manutenção a longo prazo, bem como no projeto de ampliação e disseminação das boas práticas clínicas em Cardiologia nos outros setores desse hospital.



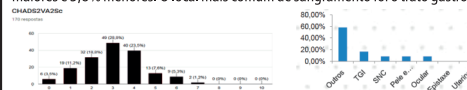
TLO2

OCORRÊNCIA DE SANGRAMENTO EM COORTE DE PACIENTES COM FA ADEQUADAMENTE ANTICOAGULADOS

RAFAELLA SIMÕES MOREIRA; EDITH M. V. SILVA; LAIS TOLEDO DE VASCONCELOS, RAFAEL PORTO; PEDRO H. R. CAVEANHA; PAULO SANTIAGO; MATEUS NEVES ROMERO; EPOTAMENIDES M. GOOD GOD

HOSPITAL SOCOR

A fibrilação atrial (FA) é uma arritmia sustentada mais comum na prática clínica, responsável por 33% das interações por arritmias. Está relacionada ao aumento de cerca de 5 vezes no risco de acidente vascular cerebral (AVC) e cerca de 2 vezes na mortalidade geral. A anticoagulação é um dos pilares do tratamento, reduzindo a ocorrência de eventos tromboembólicos, mas esta relacionada ao aumento na taxa de sangramentos. Objetivos: Avaliar a ocorrência de sangramentos em pacientes com FA adequadamente anticoagulados em uma coorte de pacientes em acompanhamento ambulatorial. Método: Foram coletados dados de prontuários de pacientes portadores de FA, em acompanhamento ambulatorial pelo menos trimestral, entre Janeiro de 2017 a Abril de 2018. A coleta foi realizada por meio de um questionário desenvolvido para esta pesquisa e foram avaliados o risco de eventos tromboembólicos e a ocorrência de sangramento, dentre outras variáveis. Foi feita a análise da prevalência de sangramento nesta amostra, conforme dados encontrados. Resultados: A amostra incluiu 170 pacientes, sendo 59,6% mulheres. A maioria dos pacientes tinha ≥ 65 anos (71,7%). O risco de eventos tromboembólicos foi analisado pelo Escore CHADS2VA2Sc e o risco de sangramento pelo Escore HAS-BLED. Outras variáveis foram: história de sangramento, gravidade e local do sangramento. A maioria dos pacientes apresentava pontuação ≥ 2 no CHADS2VA2Sc (66,4%) e a maior porcentagem (88,9%) apresentava HAS-BLED ≤ 2 . Dos sangramentos relatados 2,5% foram maiores e 3,8% menores. O local mais comum de sangramento foi o trato gastrointestinal (16,7%).



A FA tem alta prevalência e incidência crescente. Os eventos tromboembólicos são prevenidos com anticoagulação adequada. Existem evidências de que anticoagulação diminui cerca de 2/3 a ocorrência desses eventos, o que torna tal estratégia essencial na FA não valvar. O maior risco da anticoagulação é a ocorrência de sangramentos, e a consideração desse risco faz com que um percentual inadmissível de pacientes fique sem proteção. Nesta coorte, observou-se um baixo percentual de sangramento, em sua maioria menor, predominando no TGI. Não foi observado fenômeno tromboembólico na amostra dentro do período de seguimento. Conclusões: O alto risco de eventos embólicos, em especial o AVC, justifica a anticoagulação na FA, utilizando o CHADS2VASc como escore de risco. O risco de sangramento é relativamente baixo, como observado na nossa amostra, e demonstra que não se deve deixar de observar que o benefício da anticoagulação supera em muito o eventual risco de sangramento. Referências Bibliográficas: 1) FIBRILAÇÃO ATRIAL: Atualização dos dados clínicos, mecanismos e tratamento. In: Braunwald: Tratado de Doenças cardiovasculares, 10. ed. (S.L.); Elsevier: 2016. cap. 38, p. 833-857. 2) Magalhães LF, Figueiredo MD, Cintra FD, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretrizes brasileiras de fibrilação atrial. Arq Bras Cardiol 2016;106(4 suppl 2):1-21. 3) Kirchhoff R, et al. ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with CTA, the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2016;37:2893-2962. 4) January CT, Wiggins AL, et al. 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. Circulation. 2014;130(23):2071-104.

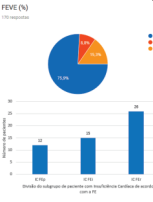
TLO3

FIBRILAÇÃO ATRIAL E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: UMA ABORDAGEM OTIMIZADA MELHORA O PROGNÓSTICO

RAFAEL PORTO SILVA; EDITH MARCIA VALADARES SILVA; EPOTAMENIDES MARIA GOODGOD; LAIS TOLEDO DE VASCONCELOS; RAFAELLA SIMÕES MOREIRA

HOSPITAL SOCOR

A fibrilação Atrial (FA) é uma arritmia comum nos pacientes portadores de insuficiência cardíaca (IC), com uma prevalência que varia de 10%, nos pacientes em classe funcional I da New York Heart Association (NYHA), até 50%, nos pacientes em classe IV. Cerca de 1/3 dos pacientes com FA poderão desenvolver Ictos 1/3 dos pacientes com IC desenvolverão FA, o que piora em muito o prognóstico da IC. A concomitância da FA piora o prognóstico da IC, quer seja aquela com fração de ejeção (FE) preservada ou na IC com FE ejetada reduzida, com aumento da morbimortalidade. Nos últimos anos tem crescido a preocupação com a manutenção / retorno do ritmo sinusal como forma de prevenir a piora da função ventricular. Objetivos: Procurou-se analisar a evolução da IC no contexto da FA e se a presença da FA poderia estar relacionada com a piora da IC ou da disfunção ventricular, bem como se a presença da FA trouxe diferenças importantes na abordagem da IC. Métodos: O estudo procurou fazer uma análise dos dados de um acorte de 170 pacientes portadores de FA em acompanhamento ambulatorial regular, com visitas no mínimo trimestrais. Os dados foram coletados no período de janeiro de 2017 a abril de 2018, contendo as principais características clínicas e comorbidades nessa coorte. Resultados: Os 170 pacientes foram analisados, considerando os principais fatores de risco possivelmente relacionados à presença da FA. O Gráfico 1 mostra que cerca de 2/3 dos pacientes com FA tinham fração de ejeção (FE) preservada (>50%). Do total da amostra, 53 pacientes (32,4%) tinham o diagnóstico clínico de IC (Gráfico 2). Desse grupo 26 apresentavam FE reduzida, 15 indivíduos com FE intermediária e o restante (n:12) tinha FE preservada. Todos os pacientes estavam anticoagulados (maioria com os novos anticoagulantes) e a maioria, como eram admitidos como FA permanente, não usavam drogas antiarrítmicas. Discussão: O afirmado de que "FA piora IC e IC piora FA" é reconhecido há anos. A perda da contribuição atrial para o débito cardíaco certamente pode piorar a disfunção do VE e todo esforço deve ser feito para o retorno do RS (sempre que indicado) ou para o controle da FC, associados à anticoagulação. A abordagem da FA é a mesma, quer haja IC associada ou não, mas a presença da disfunção ventricular limita o uso de alguns fármacos, notadamente os antiarrítmicos. Na presente amostra, o tratamento otimizado da IC, associado à anticoagulação e ao controle da FC, com ou sobre dominante de betabloqueadores (BB), e com um uso muito limitado de digital e amiodarona permitiu conduzir que não houve piora significativa de desfechos, diretamente atribuíveis à FA. Conclusão: 1) O tratamento otimizado da IC associado à abordagem sistêmica dos fatores de risco cardiovasculares modificáveis, associados ao aparecimento da FA é fundamental para a diminuição da morbimortalidade na IC com FA; 2) A anticoagulação, o controle adequado da FC pelo uso dos BB esteve relacionada com a boa evolução clínica, permitindo a conclusão de que uma abordagem sistematizada pode melhorar o prognóstico desse subgrupo de pacientes. Referências Bibliográficas: 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS: Tratado de Doenças Cardiovasculares, Braunwald, 10 edição, capítulo 38 - Fibrilação Atrial: Atualização dos dados clínicos, mecanismos e tratamento



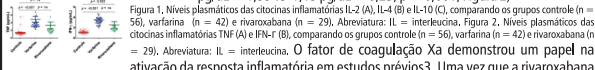
TLO4

MEDIADORES INFLAMATÓRIOS EM PACIENTES COM FIBRILAÇÃO ATRIAL EM USO DE ANTICOAGULANTES ORAIS

GABRIELA LOPES MARTINS; RITA CAROLINA FIGUEIREDO DUARTE1, ÉRICA LEANDRO MARCIANO VIEIRA1, NATÁLIA PESSOA ROCHA2, ESTÉVÃO LAINNA FIGUEIREDO3, MARIA DAS GRAÇAS CARVALHO1, RODRIGO PINHEIRO LAINNA4, CLÁUDIA NATÁLIA FERREIRA1, HELTON JOSÉ DOS REIS1

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS; (2) UNIVERSITY OF TEXAS HEALTH SCIENCE CENTER AT HOUSTON; (3) HOSPITAL LIFECENTER, BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS; (4) HOSPITAL SEMPER, BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

A fibrilação atrial (FA) é uma arritmia mais comum na prática clínica, e está associada ao elevado risco de acidente vascular encefálico e embolia sistêmica. Por este motivo, indivíduos com esta arritmia, e que possuem outros fatores de risco de desenvolver esses eventos, fazem terapia com anticoagulantes orais (ACO). No entanto, as abordagens para o tratamento da FA e suas complicações, especialmente a trombogênese, apresentam limitações. Além disso, a fisiopatologia da doença ainda não está bem elucidada. Evidências sugerem que a inflamação pode desempenhar um papel na patogênese da FA e sua manutenção, bem como na trombose relacionada a esta condição. Objetivos: Considerando o envolvimento da resposta inflamatória na fisiopatologia da FA, o presente estudo teve como objetivo avaliar marcadores inflamatórios em indivíduos com fibrilação atrial, em tratamento com os anticoagulantes orais varfarina ou rivaroxabana. Método: Realizou-se a quantificação dos marcadores inflamatórios pela técnica de Cytometric Bead Array (CBA) em amostras de plasma de 71 pacientes com fibrilação atrial não-valvar, dos quais 42 estavam em uso de varfarina e 29 de rivaroxabana, além dos 56 indivíduos do grupo controle. As análises estatísticas foram realizadas no programa SPSS, versão 25.0, utilizando-se os testes one-way ANOVA ou Kruskal-Wallis (para dados normais e não normais, respectivamente) e $p < 0,05$ foi considerado significativo. Resultados: Em pacientes em uso de varfarina, comparados com aqueles em uso de rivaroxabana, foram detectados níveis plasmáticos significativamente elevados de IL-2 ($3,49 \text{ pg/dL}$ vs. $2,11 \text{ pg/dL}$, $p < 0,001$), IL-4 ($3,45 \text{ pg/dL}$ vs. $0,72 \text{ pg/dL}$, $p < 0,001$) e IL-10 ($3,51 \text{ pg/dL}$ vs. $1,77 \text{ pg/dL}$, $p < 0,001$). Encontra-se, ainda, em pacientes em uso de varfarina, em comparação ao grupo controle, concentrações significativamente aumentadas de TNF ($4,87 \text{ pg/dL}$ vs. $5,13 \text{ pg/dL}$, $p < 0,001$) e IFN- γ ($3,50 \text{ pg/dL}$ vs. $1,55 \text{ pg/dL}$, $p < 0,001$). Figura 1. Níveis plasmáticos das citocinas inflamatórias IL-2 (A), IL-4 (B) e IL-10 (C), comparando os grupos controle (n = 56), varfarina (n = 42) e rivaroxabana (n = 29). Abreviatura: IL = interleucina. Figura 2. Níveis plasmáticos das citocinas inflamatórias TNF (A) e IFN- γ (B), comparando os grupos controle (n = 56), varfarina (n = 42) e rivaroxabana (n = 29). Abreviatura: IL = interleucina. O fator de coagulação Xa demonstrou um papel na ativação da resposta inflamatória em estudos prévios. Uma vez que a rivaroxabana é um inibidor direto do fator Xa, é possível sugerir que o seu mecanismo de ação pode explicar o motivo pelo qual níveis mais baixos de marcadores inflamatórios foram observados em pacientes em tratamento com este medicamento, em relação à varfarina. Conclusão: Face ao exposto, foi possível verificar que a rivaroxabana apresentou potencial efeito anti-inflamatório, e este resultado fornece novas perspectivas para o tratamento com anticoagulantes orais diretos em pacientes com fibrilação atrial. Referências Bibliográficas: 1) MAGALHÃES, L. P.; FIGUEIREDO, M. J. O.; CINTRA, E. D.; SAAD, E. B.; KUNIVISHI, R. R.; TEIXEIRA, R. A. II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. Arq Bras Cardiol, v. 106, n. 4, supl. 2, p. 1-22, 2016. 2) HU, Y. F.; CHEN, Y. J.; LIN, Y. J.; CHEN, S. A. Inflammation and the pathogenesis of atrial fibrillation. Nat Rev Cardiol, v. 12, n. 4, p. 230-43, Apr 2015. 3) BUKOWSKA, A.; ZACHARIAS, I.; WEINERT, S.; SKOPPE, K.; HARTMANN, C.; HUTH, C.; GOETTE, A. Coagulation factor Xa induces an inflammatory signalling by activation of protease-activated receptors in human atrial tissue. Eur J Pharmacol, v. 718, n. 1-3, p. 114-123, 2013.



TLO5

OCCLUSÃO PERCUTÂNEO DAS E CIA OSTIO SECUNDO (CIA OS) E FORAME OVAL PERMEÁVEL (FOP): EXPERIÊNCIA COM 1394 CASOS

EDMUNDO CLARINDO OLIVEIRA, MARCO ANTÔNIO G. MOURA, JOSÉ AUGUSTO DE ALMEIDA, TAMARA KATINA

FELÍCIO ROCHO, HC-UFMG, MATER DEI, SOCORE VILA DA SERRA, BELO HORIZONTE MG, BRASIL.

O fechamento percutâneo de CIAOS e de FOP tem sido realizado com sucesso e com baixa morbimortalidade, sendo considerado o método de escolha atualmente. Objetivos: Apresentar a experiência do serviço em 1394 casos. Método: Entre Janeiro de 2000 e Abril de 2018, 1394 Pts. foram submetidas a fechamento percutâneo de CIAOS ou FOP. Indicações: Repercussão hemodinâmica pela presença sintomas ou por aumento das câmaras cardíacas direita ao ecocardiograma nos casos de CIA, e quadro sugestivo de embolia paradoxal associado a comprovação de grande Shunt da direita para esquerda com teste de microbolhas espontaneamente ou após manobra de Valsava. O procedimento foi guiado por ECOTT, TE ou intracardiaco. Análises estatísticas: As variáveis quantitativas foram descritas através de média $\pm$ Dp e as qualitativas através das frequências absoluta e porcentagem. Foram ilustrados os dados através dos gráficos: histograma, de pontos e de setores. O software utilizado foi o SPSS versão 20.0. Resultado: procedimentos foram realizados com sucesso em 1392 (99,8%) dos casos, 2 pts. foram enviados para cirurgia (0,2%). Peso = 4,5a92 (m=36) kg; idade 3 meses a 78 anos (m=41); 58% feminino. Normalização do tamanho cardíaco ou diminuição significativa ocorreu em todos. Nos pacientes com FOP não ocorreram recidivas de embolia paradoxal. Arritmia SV transitória em 30(2,1%), cefaleia em 135(9,7%). Ausência de Shunt residual em 97,5% e Shunt residual discreto em 2,5%. Embolização da prótese em 5 (0,3%) sendo retirada durante o procedimento em 3 casos necessário cirurgia em dois pacientes. Procedimento foi guiado por ECOTE=1148 (82,3%); ECOIC 218(15,7%) e ECOTT 28 (2,0%); fechamento FOP 409 (29,3%); CIA 985 (70,6%); tamanho das próteses em mm <20=352 (36,0%), 21 a 30=456 (46,0%) e >30=177 (18,0%). Discussão/Conclusão: O fechamento percutâneo do CIAOS e do FOP está indicado quando há repercussão hemodinâmica nos casos de CIA e de evidências de embolia paradoxal na ausência de outras causas mais importantes em pacientes com FOP. Os procedimentos foram realizados com sucesso em todos pacientes sem mortalidade e sem complicações maiores, constituindo em método de escolha em nossa opinião.

TLO6

SEGUIMENTO TARDIO DE PACIENTES COM CARDIOPATIA REUMÁTICA LATENTE NO BRASIL: DADOS DO ESTUDO PROVAR

BÁRBARA M. F. BECHTLUFT, BRUNO R. NASCIMENTO, CLARA L. FRAGA, MÁRCIA M. BARBOSA, SUSANA D. P. REIS, ZILDA MARIA A. MEIRA, BRENO D. F. REZENDE, GABRIELA Z.L. RUIZ, ANTONIO L. P. RIBEIRO, MARIA CARMO P. NUNES

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

O rastreamento ecocardiográfico surgiu como uma ferramenta importante para se estimar a prevalência de Cardiopatia Reumática (CR) nas comunidades, e os critérios foram padronizados em 2012 pela World Heart Federation. Ainda busca-se avaliar o prognóstico tardio de pacientes com CR latente. Objetivos: Avaliar a evolução em 12 meses de crianças e adolescentes (5-18 anos) com diagnóstico de CR diográficos portáteis para o rastreamento ecocardiográfico de CR. Nesse estudo são apresentados dados de 12 meses de seguimento de pacientes com CR subclínica diagnosticados pelo programa. Progressão de CR foi definida como piora da categoria diagnóstica, surgimento ou piora de regurgitação e/ou estenose valvar ao ecocardiograma convencional (GE Vivid IQ) ou morte. Resultados: Foram reavaliados 89 pacientes com tempo de seguimento de 21,5 $\pm$ 5,5 meses, sendo 77 (86%) com CR borderline e 12 (14%) CR definitiva. A idade média foi de 16,7 $\pm$ 2,8 anos, sendo 59 (66%) do sexo feminino. Apenas 2 pacientes, no grupo definitivo, estavam em uso de Penicilina, e 29 (33%) apresentavam algum sintoma, sendo os mais frequentes dispnéia (13,5%) e palpitações (12,4%). Dentre os pacientes com CR borderline, 13 (16,9%) progrediram para CR definitiva, 27 (35,1%) permaneceram estáveis, 33 (42,9%) regrediram para normal e 4 (5,2%) foram reclassificados em outras cardiopatias. Dentre aqueles com CR definitiva, 6 (50%) permaneceram na categoria, enquanto 2 (16,7%) regrediram para borderline, 3 (25%) regrediram para normal e 1 foi reclassificado como outra cardiopatia. Dentre os pacientes com CR borderline que progrediram, 11 (84,6%) tinham apenas regurgitação mitral como diagnóstico inicial. Os preditores independentes de progressão da CR foram: espessamento do folheto mitral anterior (HR: 8,7, IC95% 2,7 - 27,3), comprimento do jato de regurgitação mitral (HR: 1,1, IC95% 1,1 - 1,2) e espessamento focal da valva aórtica (HR: 36,6, IC95% 3,4 - 394,4). Seguimento tardio de pacientes com Cardiopatia Reumática latente no Brasil: dados do estudo PROVAR. Conclusões: A CR latente é um diagnóstico heterogêneo e com evolução variável. Pacientes com CR definitiva têm elevada probabilidade de permanecer nesta categoria, e os índices de progressão da CR borderline não são desprezíveis. É necessária uma avaliação a longo prazo dos critérios clínicos e ecocardiográficos relacionados a prognósticos desfavoráveis.

TLO7

COMPARAÇÃO ENTRE DIFERENTES ESTRATÉGIAS DE PROCESSO EDUCATIVO SOBRE CARDIOPATIA REUMÁTICA EM ESCOLAS PÚBLICAS: ESTUDO RANDOMIZADO POR CLUSTER

KACIANE K. B. OLIVEIRA, BRUNO R. NASCIMENTO, GABRIELA Z. L. RUIZ, LARA CASTRO, KARLLA C. A. LAURIANO, LETÍCIA MARIA M. RABELO, ISABELLA M. TEIXEIRA, TAINÁ V. LOURENÇO, MARIA CARMO P. NUNES, ANTONIO L. P. RIBEIRO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

A Cardiopatia Reumática (CR) ainda é uma importante causa de morbimortalidade no Brasil. A falta de conhecimento da população sobre a doença limita a eficácia dos programas de prevenção. Método: Avaliar a eficácia da transmissão de conhecimento resultante de processo educativo sobre CR em escolas públicas, comparando resultados de método tradicional com slides e método interativo com uso de tablets. Resultados: Um total de 1.316 alunos consecutivos foram randomizados (22,8% < 13 anos, 26,2% de 13 a 16 anos e 51% > 16 anos), sendo 51,7% do sexo feminino. Antes da intervenção, o conhecimento geral sobre CR foi universalmente baixo (pontuação média G1 34,0% x G2 32,3%, p=0,23). Uma melhora significativa, porém similar, de 71% foi observada em ambos os grupos no Pós-teste imediato (Pré x Pós: p<0,001): G1 57,5% x G2 56,2%, p=0,69. No Pós-teste de 3 meses foi observada uma significativa piora de 20% e as notas finais foram novamente similares: G1 44,8% x G2 45,7%, p=0,87. As taxas de retenção, em relação aos Pós-testes, foram 77,9% e 81,3%, respectivamente (p=0,79). Crianças nas séries mais avançadas tiveram pontuações mais altas de forma geral em todos os testes, com uma correlação positiva com idade (p<0,001). Meninas também tiveram melhores desempenhos gerais (feminino: G1 54,7%, G2 55,6% x masculino: G1 35,9%, G2 32,5%, p<0,001). Não houve associação entre a escolaridade dos pais e o desempenho nos 3 testes. Conclusões: Processo educativo sobre CR em escolas resultou em modestos ganhos em conhecimento, com baixa retenção ao longo do tempo. A nova tecnologia de educação baseada em tablets obteve resultados similares quando comparada ao método tradicional com slides. Mais estudos são necessários para determinar se o aumento do conhecimento leva a mudanças comportamentais que poderiam reduzir a carga de CR.

TLO8

CARDIOVERSOR - DESFIBRILADOR IMPLANTÁVEL NA CARDIOPATIA CHAGÁSICA: REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE DOS ESTUDOS OBSERVACIONAIS

ANDRE A.L. CARMO1, MARCOS R. DE SOUSA1, JUAN F. AGUDELO2, ERIC BOERSMA3, MANOEL O. C. ROCHA 1, ANTONIO L. P. RIBEIRO1, CARLOS A. MORILLO4,5

1 HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, MINAS GERAIS, BRAZIL; 2 ARRRHYTHMIA & ELECTROPHYSIOLOGY SERVICE, HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, MEDELLIN, COLOMBIA; 3. DEPARTMENT OF CARDIOLOGY, ERASMUS MC, ROTTERDAM, THE NETHERLANDS; 4. DEPARTMENT OF CARDIAC SCIENCES, LIBIN CARDIOVASCULAR INSTITUTE, UNIVERSITY OF CALGARY, CALGARY, ALBERTA, CANADA; 5. POPULATION HEALTH RESEARCH INSTITUTE, HAMILTON HEALTH SCIENCES, MCMASTER UNIVERSITY, HAMILTON, ONTARIO, CANADA

Em pacientes portadores de cardiopatia chagásica (CMCh), a morte súbita é a principal causa de morte, correspondendo a aproximadamente 2/3 de todos os óbitos. O desfibrilador-cardioversor implantável (CDI) é uma terapia bem estabelecida para prevenção de morte súbita em pacientes com cardiopatia estrutural, porém existem opiniões divergentes quanto à sua eficácia e segurança em pacientes com CMCh. Objetivos: Realizar uma revisão sistemática e metanálise para avaliar a eficácia do CDI na prevenção secundária de morte súbita em pacientes com CMCh, comparando o desfecho mortalidade nos pacientes tratados com CDI versus pacientes tratados com antiarrítmicos. Método: Cinco bancos de dados foram pesquisados sistematicamente quanto a estudos que avaliaram mortalidade em pacientes com CMCh e taquicardia ventricular sustentada (TV) tratados com CDI ou amiodarona. Os resultados foram agrupados através do método de efeitos aleatórios. Resultados: Não houve nenhum estudo clínico aleatorizado que comparasse a eficácia do CDI versus terapia medicamentosa em pacientes com CMCh. Seis estudos observacionais foram incluídos para análise qualitativa e quantitativa. O desfecho mortalidade na população CDI foi 9,7 por 100 pacientes-ano de seguimento (95% IC 5,7-13,7) e 9,6 por 100 pacientes-ano na população tratada com amiodarona (95% IC 6,7-12,4) (p=0,95). Meta-regressão foi realizada para determinar heterogeneidade e não demonstrou qualquer associação com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (p=0,32), idade (p=0,44), uso de betabloqueador (p=0,33) ou inibidores da enzima conversora da angiotensina (p=0,096). Conclusão: As evidências extraídas de pequenos estudos observacionais sugerem que o implante de CDI para profilaxia secundária de morte súbita (TV ou morte súbita abortada) não está associado a diminuição da mortalidade em pacientes com CMCh. Referências Bibliográficas: 1) Leite L.R et al. Clinical usefulness of electrophysiologic testing in patients with ventricular tachycardia and chronic chagasic cardiomyopathy treated with amiodarone or sotalolol. J. Cardiovasc. Electrophysiol. 2003;14(6):567-73. 2) WL. Gali et al. Marin-Neto, et al. Implantable cardioverter-defibrillators for treatment of sustained ventricular arrhythmias in patients with Chagas' heart disease: comparison with a control group treated with amiodarone alone. Europace 16 (2014) 674-680. 3) A. Cardinalli-Neto et al. Predictors of all-cause mortality for patients with chronic Chagas' heart disease receiving implantable cardioverter defibrillator therapy. J. Cardiovasc. Electrophysiol. 18 (2007) 1236-1240. 4) D. Ito et al. Predictors of all-cause 1-year mortality in implantable cardioverter defibrillator patients with chronic Chagas' cardiomyopathy. Pacing Clin. Electrophysiol. 34 (9) (2011) 1063-1069. 5) M. Martini et al. Long-term follow-up of implantable cardioverter-defibrillator for secondary prevention in Chagas' heart disease. Am. J. Cardiol. 110 (2012) 1040-1045. 6) M.R. Barbosa et al. Efficacy and safety of implantable cardioverter-defibrillators in patients with Chagas disease. Europace 15 (7) (2013) 957-962.

APRESENTAÇÃO ORAL

RESUMO DE TEMAS LIVRES | 28º CONGRESSO DA SOCIEDADE MINEIRA DE CARDIOLOGIA



TLO9

ADESAO ÀS DIRETRIZES ASSISTENCIAIS DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: UM PROGRAMA DE BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS EM CARDIOLOGIA

PASSAGLUGR, SIMÕES MF, SEMABUKUROGZ, SILVA GCP, CUNHA CT, TEODORA GB, NOGUEIRA MR, FERREIRA LOR, BRANT LCC, PASSAGLIA LG

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

No Brasil, a baixa adesão às diretrizes assistenciais é uma das razões para a alta mortalidade por insuficiência cardíaca (IC). Assim, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) em parceria com a American Heart Association e com apoio do Ministério da Saúde elaborou o Projeto Boas Práticas Clínicas em Cardiologia (BPC), cujo objetivo é avaliar as taxas de adesão às diretrizes da SBC em instituições do Sistema Único de Saúde (SUS) antes e após o projeto. Método: Trata-se de estudo longitudinal no qual avaliamos os resultados referentes à IC após a implementação do projeto BPC. Nesta análise, avaliamos os resultados do de maio de 2016 a dezembro de 2017. Os indicadores de desempenho analisados foram: medida da função do ventrículo esquerdo, medicamentos prescritos (betabloqueador, IECA e outros, conforme indicação), e agendamento de consulta de retorno. O desfecho primário do estudo consistiu na avaliação dos indicadores de desempenho comum a meta mínima estipulada de 85% de adesão global às recomendações das diretrizes da SBC. Resultados: Foram incluídos 95 pacientes. A idade média foi 59 ± 13 anos, 54% eram homens e 90% apresentavam IC prévia. As principais comorbidades foram fibrilação/flutter atrial (47%), hipertensão arterial (46%), doença de Chagas (34%), diabetes (28%), doença renal crônica (27%), infarto agudo do miocárdio (21%), doença arterial coronariana crônica e hipotireoidismo (17%), refletindo a complexidade dos pacientes. A análise dos indicadores de desempenho mostra Beta-Bloqueador na alta (89,4%), IECA ou BRA na alta (88,5%), avaliação da FEVE na internação (96,9%), Espironolactona em FEVE < 35% na alta (90,2%), agendamento de consulta de retorno (97,4%). Discussão e Conclusão: As características clínicas dos pacientes com predomínio do sexo masculino, idade ≥ 50 anos e alta prevalência de comorbidades refletem o perfil e a complexidade dos pacientes internados por IC. A alta taxa de IC prévia, suas complicações, como FA/Flutter, e as múltiplas comorbidades destacam a necessidade de cuidado multidisciplinar. Os valores dos indicadores de desempenho indicam boa adesão às diretrizes assistenciais de IC da SBC em todas as variáveis analisadas. Conclusão: A adesão às diretrizes atende às metas propostas pelo projeto BPC, o que resultou na certificação de excelência do Hospital analisado neste braço do estudo BPC. Referências Bibliográficas: 1. Albert N M, Yancy C W, Liangl, Zhao X, Hernandez A F, Peterson E D, et al. Use of aldosterone antagonists in heart failure. *Jama* 2009 Oct 21;302(15):1658-65. 2. Komajda M, Folhath J, Swedberg K, Cleland J, Aguilar J C, Cohen-Solal A, et al. The EuroHeart Failure Survey programme - a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. *Par2: treatment, Eur Heart J*, 2003 Mar; 24(5): 464-74. 3. Elliott A G, Fonarow G C, Schwamm L H, Albert N, Bhatt D L, Cannon C P, et al. Synthesis in english on learned from get with the guide lines: the value of disease-based registries in improving quality and outcomes. *Circulation*, 2013 Nov26; 128(22): 2447-60.

TI10

O VALOR PROGNÓSTICO DO BLOQUEIO DE RAMO ESQUERDO EM UMA COORTE ELETRÔNICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CANAZART JA, PAIXÃO GMM, OLIVEIRA DM, GOMES PR, SILVA E SILVA LG, PIFANOM, NASCIMENTO J, CARDOSO GF, RIBEIRO MH, RIBEIRO ALP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

A telemedicina é um recurso importante para a melhora da assistência à saúde na atenção primária. O uso da eletrocardiografia digital nesse contexto fornece dados diagnósticos clínicos e epidemiológicos de grande importância para a saúde pública, uma vez que conseguem determinar o valor prognóstico de alterações eletrocardiográficas. Objetivos: O presente estudo tem como objetivo estimar o risco de mortalidade geral em pacientes com diagnóstico de bloqueio de ramo esquerdo (BRE) em uma ampla coorte eletrônica. Método: Trata-se de um estudo observacional retrospectivo. Foram avaliados pacientes maiores de 16 anos que realizaram eletrocardiograma (ECG) digital pela Rede de Teleassistência de Minas Gerais entre os anos de 2013 a 2016. O pareamento probabilístico entre os ECG se o sistema de informação de mortalidade de Minas Gerais foi realizado. Os dados clínicos foram auto-relatados e os ECGs foram laudados por cardiologistas treinados, além de interpretados pelos softwares automáticos de Glasgow e Minnesota. Utilizou-se a regressão de Cox ajustada pela idade e sexo para avaliar a relação entre alterações do ECG e a mortalidade. Resultados: Foi utilizado um banco de dados com 1.542.508 ECGs. Destes, foram incluídos 1.075.531 pacientes após exclusão de exames inválidos e repetidos. A idade média dos pacientes foi de $51,39(17,67)$ anos, sendo 40,5% do sexo masculino. Em um seguimento médio de 2,7 anos, a taxa de mortalidade por todas as causas foi de 2,9%. As alterações compatíveis com BRE foram encontradas em 1,14% dos pacientes e em análise multivariada apresentaram risco aumentado de mortalidade (HR 1,78; IC 95% 1,65 a 1,93). Conclusões: Coortes eletrônicas podem determinar o valor prognóstico das anormalidades eletrocardiográficas. Neste estudo, o BRE foi marcador eletrocardiográfico de maior mortalidade por todas as causas. Referências Bibliográficas: 1) AlkinnMB, Figueira RM, Marcolino MS, Cardoso CS, Abreu MP, et al. Improving patient access to specialized health care: the Telehealth Network of Minas Gerais, Brazil. *Bulletin of the World Health Organization*, 2012; 90(5):373-378. 2) DenaxasSC, George J, Herrett, Shah AD, Kallad, et al. Data resource profile: Cardiovascular disease research using linked bespoke studies and electronic health records (CALBER). *Int J Epidemiol*, 2012; 41(6):1625-1638. 3) Palhares DM, Marcolino MS, Santos TMM, da Silva JLP, Gomes PR, et al. Normal limits of the electrocardiogram derived from a large database of Brazilian primary care patients. *BMC Cardiovascular Disorders*, 2017; 17(1):152. 4) Van der Ende MC, SilandJE, SneiderH, van der HarstP, RienstraM, Population-based values and abnormalities of the electrocardiogram in the general Dutch population: The LifeLines Cohort Study. *ClinCardiol*, 2017; 40(10):865-872. 5) Smisek, R, et al. Fully automatic detection of strict left bundle branch block. *J electrocardiol*, 2018. DOI <https://doi.org/10.1016/j.jelectrocard.2018.06.013>

TI11

RESPOSTA DE PRESSÃO SISTÓLICA EM ARTÉRIA PULMONAR AO EXERCÍCIO EM PACIENTES COM ESTENOSEMITRAL

SANNY CRISTINA DE CASTRO FARIA, MD¹; HENRIQUE SILVEIRA COSTA, PHD¹; JUDY HUNG, MD²; ANDRÉ GORLE DE MIRANDA CHAVES³; FLÁVIO AUGUSTO PAES DE OLIVEIRA¹; JOSE LUIZ PADILHA DA SILVA, PHD²; WILLIAM ANTONIO M. ESTEVES, MD, PHD²; TIMOTHY C TAN MD, PHD²; ROBERT A LEVINE, MD, PHD²; SUEMARA FERNANDES DA SILVA MARTINS¹; MARIA CARMO PEREIRA NUNES, MD, PHD¹

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS; (2) HARVARD MEDICAL SCHOOL; (3) UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ; (4) UNIVERSITY OF WESTERN SYDNEY

O comportamento da pressão arterial pulmonar é considerado o parâmetro mais importante avaliado durante o ecocardiograma de esforço para guiar decisões clínicas em pacientes com estenose mitral (EM), especialmente diante das discrepâncias entre sintomas e gravidade da estenose. Entretanto, aumento importante da pressão arterial pulmonar pode ocorrer em pacientes assintomáticos e com área valvar maior que $1,5 \text{ cm}^2$. Dessa forma, o significado da hipertensão pulmonar durante o esforço como preditor de eventos adversos na EM precisa ser melhor estabelecido. Objetivo: Este estudo tem como objetivo determinar o impacto do aumento da pressão sistólica de artéria pulmonar (PSAP) no pico do exercício, nos desfechos clínicos em pacientes com EM isolada. Além disso, objetivamos definir um ponto de corte para PSAP esforço-induzida que possa prever prognóstico nesta população. Método: Cento e trinta pacientes com EM, 94% mulheres, idade 45 ± 11 anos, 28 em fibrilação atrial, foram submetidos ao ecocardiograma de repouso e de esforço. Ao ecocardiograma de repouso, várias variáveis foram obtidas, incluindo a complacência atrioventricular (Cn). O ecocardiograma de esforço físico foi realizado utilizando-se uma ciclo-maca (bicicleta adaptada à maca), realizado na posição supina, com protocolo de rampa e limitado por sintomas. Resultados: O exercício foi interrompido por dispnéia (61,5%) ou fadiga muscular (30,8%), com duração de $7,54 \pm 3,03$ minutos e carga de esforço atingida de $64,8 \pm 20,2$ Watts. A PSAP aumentou de $38,3 \pm 13,4$ mmHg em repouso para $65,8 \pm 20,7$ mmHg no pico do exercício, principalmente nos pacientes com baixa Cn. Durante o seguimento, mediana de 17 meses (variou de 1 a 45 meses), 51 pacientes apresentaram eventos adversos. Após análise multivariada pelo modelo de Cox, a PSAP no pico de esforço foi preditor independente de eventos. Cn, classe funcional de New York Heart Association (NYHA) e interação entre área valvar mitral (AVM) e Cn também foram associados a eventos clínicos adversos. Conclusão: Em pacientes com EM, a resposta da pressão em artéria pulmonar ao exercício é determinada por uma combinação de fatores, incluindo gradiente em valva mitral durante o exercício, Cn, volume de átrio esquerdo e função ventricular direita. O pico da pressão em artéria pulmonar é um preditor importante de desfecho clínico; além de incrementar valor prognóstico adicional a parâmetros padrões de repouso, incluindo área valvar. Referências Bibliográficas: 1) Brochet E, Desmet D, Fondard O, Tazi-Mezalek A, Messika-Zetoun D, Jung B, Vahanian A. Early hemodynamic changes versus peak values: What is more useful to predict occurrence of dyspnea during stress echocardiography in patients with asymptomatic mitral stenosis? *Journal of the American Society of Echocardiography*: official publication of the American Society of Echocardiography; 2011;24:392398. 2) Lancellotti P, Pellikka PA, Budts W, Chaudhry FA, Donal E, Dulgheru R, Edvardsen T, Garbi M, Ha JW, Kane GC, Kreeger J, Mertens L, Pibarot P, Picano E, Ryan T, Tsutsui JM, Varga A. The clinical use of stress echocardiography in non-ischemic heart disease: Recommendations from the European association of cardiovascular imaging and the American society of echocardiography. *Journal of the American Society of Echocardiography*: official publication of the American Society of Echocardiography; 2017;30:101-138. 3) Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP 3rd, Guyton RA, O'Keefe JH, Quinonez LG, Ryan T, Sforza P, Sundt TM 3rd, Thomas JD, Anderson JL, Halperin JL, Albert NM, Bozkurt B, Brindis RG, Creager MA, Curtis LH, D'Elia J, DelMetts D, Goffman JM, Hochman JS, Kovacs RJ, Ohman EM, Pressler SJ, Selkoe HW, Shen WK, Stevenson WG, Yancy CW, American College of Cardiology/American College of Radiology/American Heart Association guideline for the management of patients with valvular heart disease: A report of the American college of cardiology/American heart association task force on practice guidelines. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*. 2014;148:e1-e113

TI12

ANÁLISE DO PERFIL DOS PACIENTES COM SÍNDROME CORONARINA AGUDA ATENDIDOS EM HOSPITAL PRIVADO

Elena Domingues de Simoni Silveira, Brissa Danielle Barbosa, Bruno Samuel José Luiz de Araújo, SanderLuz Gomes Pimentel, Claudia Saad Valadares Jaime, Gustavo Micenade Araújo, Ricardo Wang, Fernando Carvalho Neueschwander

HOSPITAL VERA CRUZ, BELO HORIZONTE

A doença cardiovascular, principalmente as síndromes coronarianas agudas são um das principais causas de mortalidade no Brasil. Dados epidemiológicos nacionais são muito escassos, com alguns registros, e o maior dele realizado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, que é o Registro ACCEPT. Mas a maioria desses pacientes são oriundos de registros da rede pública, e existem poucos registros do perfil do paciente coberto pela rede suplementar. Objetivo deste registro é comparar o perfil dos pacientes com síndrome coronariana aguda atendidos no Hospital Vera Cruz de Belo Horizonte (HVC), com o perfil dos pacientes no registro ACCEPT. O HVC é um hospital privado, com atendimento exclusivo de pacientes com cobertura da saúde suplementar. Métodos: Em Janeiro de 2018 foi implantado o sistema de coleta de dados de todos os pacientes internados no HVC, com a intenção de monitorizar a qualidade assistencial. Os dados clínicos foram coletados e inseridos no banco de Dados RedCap(VanderbiltUniversity®). Os dados coletados foram comparados com os achados do Registro ACCEPT. Para dados categóricos foram apresentados em porcentagem, e comparados utilizando o teste de exato de Fisher; para dados contínuos foram apresentados como média e desvio-padrão, e comparados utilizando o teste "t" de Student. Valores de $p < 0,005$ foram considerado estatisticamente significante. Resultados: Foram coletados 47 pacientes para o registro no período de Janeiro até Maio de 2018. O dados epidemiológicos estão listados abaixo na tabela. • Na nossa amostra, 83% foram admitidos com SCA sem supra do segmento ST versus 66% no Registro ACCEPT ($p = 0,01$). • 43% dos pacientes apresentavam escore de GRACE acima de 140 pontos. Dos que tinham GRACE < 140, 25% ficaram somente na avaliação funcional, e o restante (23%) foram submetidos a estudo invasivo. • 75% dos pacientes submetidos a coronariografia necessitaram de revascularização coronariana. Conclusões: Observamos diferença na amostra do Registro HVC comparado ao Registro ACCEPT: • A idade da nossa população foi maior, e com menor variância; • A SCA sem supra de ST foi mais comum em nosso registro; • E o índice de revascularização foi maior; • A incidência dos fatores de risco foram iguais nos dois registros.

	Registro HVC	Registro Accept	Valor de p
Sexo Masculino	56%	68%	0,13
Idade	$65,9 \pm 2$	64 ± 12	< 0,001
Hipertensão Arterial	76%	78%	0,78
Diabetes Mellitus	33%	30,8%	0,63
Dislipidemia	47%	56%	0,23
Tabagismo	27%	22%	0,37

TL13

INTEGRAÇÃO DO RASTREAMENTO ECOCARDIOGRÁFICO COM INTERPRETAÇÃO POR TELEMEDICINA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DADOS DO ESTUDO PROVAR+

BRUNO R. NASCIMENTO, MARIA CARMO P. NUNES, KACIANE K. B. OLIVEIRA, MÁRCIA M. BARBOSA, JOÃO PEDRO P. RIOS, ISABELLA M. TEIXEIRA, LETÍCIA MARIA M. PABELO, KARLLA K. A. LAURIANO, ANTONIO L. P. RIBEIRO, CRAIG SABLE

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL, CHILDREN'S NATIONAL HEALTH SYSTEM, WASHINGTON, DC, EUA.

Doenças cardíacas (DC) são responsáveis por elevada morbidade e mortalidade no Brasil. Populações de baixa renda frequentemente sofrem com atrasos no diagnóstico, e o rastreamento destas doenças na atenção primária pode contribuir para melhora na assistência. Objetivos: Avaliar a factibilidade da integração do rastreamento ecocardiográfico com interpretação remota na Atenção Primária já estabelecida no Brasil, e avaliar a prevalência de DC em regiões de baixa renda. Método: Em 10 meses, 20 profissionais de saúde (médicos, enfermeiras e técnicos) em 16 centros de saúde foram treinados em protocolos simplificados de eco, utilizando equipamentos ultra portáteis. Agentes de saúde foram treinados para prover educação em visitas domiciliares. Três grupos de rastreamento (RT), incluindo pacientes consentidos com idade de 17-20, 35-40 e 60-65 anos, e pacientes referenciados (RF) para ecocardiografia por indicações clínicas foram submetidos ao protocolo simplificado. Os estudos foram interpretados remotamente no Brasil e nos EUA por telemedicina. DC significativa foi definida como doença valvar e hipertrofia/disfunção ventricular esquerda (VE) moderadas a graves, derrame pericárdico, cardiopatia segmentar e cardiopatia congênita. Grupos RT e RF foram comparados com o teste exato de Fisher. Resultados: De janeiro a dezembro de 2017, 3.500 pacientes foram educados, e 1.004 foram submetidos ao ecocardiograma; 299 (29,8%) no grupo RT. Todos os exames tiveram qualidade adequada para interpretação. A idade média foi de 51 ± 18 anos, 63,9% sexo feminino; 51,7% tinham hipertensão e 16,9% diabetes. Os sintomas mais frequentes foram dor torácica (24,4%), dispnéia (19,3%) e palpitações (16,1%); 57,3% eram assintomáticos. DC significativa foi encontrada em 354 (35,3%) dos pacientes (RT 23,4% x RF 40,3%, $p < 0,001$). A prevalência foi maior em pacientes do grupo RT > 60 anos (29,2%) comparados a 35-40 (14,9%) e < 20 (16,5%), $p = 0,012$. Comparando os grupos RT e RF, disfunção de VE moderada/grave foi observada em 4,1% x 8,1%, $p = 0,03$, regurgitação mitral moderada/grave em 8,9% x 20,3%, $p < 0,001$ e estenose aórtica moderada/grave em 5,4% x 4,3%, $p = 0,51$. Conclusão: A integração da ecocardiografia de rastreamento na Atenção Primária parece ser factível no Brasil, como estratégia para provisão de cuidados cardiovasculares em áreas de baixa renda. A considerável prevalência de DC observada sugere que esta ferramenta pode melhorar o diagnóstico precoce e a priorização de encaminhamentos.

TL14

CINTILOGRAFIA DE TRÂNSITO ESOFÁGICO NAS FORMAS CRÔNICA INDETERMINADA E CARDÍACA DILATADA DA DOENÇA DE CHAGAS: ASSOCIAÇÃO ENTRE DISFUNÇÃO AUTÔNOMICA DO ESÔFAGO E MORBIDADE CARDÍACA

DUMONT, SM; MARINO, VSP; PACHECO, JMS; FREITAS, SS; NASCIMENTO, BR; NUNES, MCP; ROCHA, MOC

FACULDADE DE MEDICINA E HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

A doença de Chagas (DC) pode acometer coração ou trato digestivo e sua patogênese não está completamente esclarecida, sendo a disfunção autonômica (DA) possível fator patogênico. Desenhou-se este estudo para avaliar a DA no esôfago em pacientes com diferentes formas de DC e controles não chagásicos (Nch), utilizando a cintilografia de trânsito esofágico (CTE). Objetivos: Avaliar a dismotilidade esofágica, marcador indireto de DA, empregando a CTE, em pacientes com DC e diversos graus de comprometimento cardíaco e Nch. Dentre os pacientes com cardiomiopatia, verificar associação entre a motilidade esofágica e grau de disfunção ventricular, expressa pela FEVE e o Ved. Método: Trata-se de estudo transversal. Pacientes recrutados do ambulatório de referência em DC (Orestes Diniz) do Hospital das Clínicas da UFMG, classificados em forma crônica indeterminada 1 (FCI) e cardíaca dilatada 2 (CCCS). Pacientes com outras doenças cardíacas, gastrointestinais ou sistêmicas e condições que poderiam interferir nos resultados da CTE foram excluídos. ACTE foi realizada após jejum de 4 horas, administração oral de 99m Tc-estanhocloidal (1mCi) diluído em 10ml de água. As variáveis cintilográficas, tempo de trânsito esofágico (TTE) e percentagem de esvaziamento esofágico (% EE), foram obtidas a partir de regiões de interesse (ROIs) desenhadas no esôfago (FIGURA1). Um consentimento informado por escrito foi obtido de todos os pacientes e o Comitê de Ética em

Pesquisa aprovou o protocolo. Figura 1: Curva "atividade radioativa versus tempo" em voluntário saudável. a) Região de interesse (ROI) no esôfago. b) Curva "atividade radioativa versus tempo" ao eixo vertical representa a atividade radioativa em contagens/segundos e o eixo horizontal o tempo em segundos. Observa-se pico único de atividade radioativa, indicando a passagem suave do bolo em uma direção

Foram analisados 95 indivíduos: 20 Nch, 33 FCI e 42 CCCS (TABELA1). Observou-se uma diferença nos valores de TTE e % EE por grupo ($p < 0,001$). O TTE foi menor para o grupo Nch (8,0s), seguido pelo FCI (16,5s) e CCCS (60,0s). O valor de % EE foi maior para o grupo Nch (92,3%), seguido pelo FCI (86,7%) e CCCS (56,9%), conforme as figuras 2 e 3. No grupo CCCS, TTE e % EE apresentaram correlação significativa com os valores de FEVE ($r = -0,398$, $p = 0,015$) e ($r = 0,475$, $p = 0,003$), respectivamente (FIGURAS 4 e 5). ADC é uma doença tropical "negligenciada". Compreende duas fases: aguda inicial, seguida pela crônica (indeterminada, cardíaca ou digestiva); 4. AFCCI tem excelente prognóstico e a CCCS apresenta alta morbimortalidade; 5. A patogênese da CCCS inclui, entre outros, mecanismos neurogênicos e diferentes graus de disfunção parassimpática e/ou simpática predispondo a arritmias ventriculares. Na formadigestiva, a desnervação parassimpática está bem estabelecida e pode ser estudada pela CTE. Observou-se associação entre a disfunção sistólica VE e a prevalência e magnitude das alterações funcionais do esôfago, sendo interpretado como evidência indireta de concomitância de distúrbios gastro intestinais e cardíacos. Ainda, quanto maior o comprometimento da função autonômica do esôfago, mais grave a disfunção cardíaca. Referências Bibliográficas: 1. Validade do conceito de forma indeterminada de doença de Chagas. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v18, p46-46, 1985. ISSN0037-8682; 2. ROCHA, M. O., RIBEIRO, A. L., TEIXEIRA, M. M. Clinical management of chronic Chagas cardiomyopathy. Front. Biosci., v4, pp44-54, 2003; 3. RUSSELL, C. O. e cols. Radioisotopic transit: sensitive screening test for esophageal dysfunction. Gastroenterology, v80, n5 pt 1, p887-92, May 1981. ISSN0016-5085 (Print) 0016-5085; 4. PRATA, A. Clinical and epidemiological aspects of Chagas disease. Lancet Infect. Dis., v1, p92-100, 2001; 5. RIBEIRO, A. L. e cols. Diagnosis and management of Chagas disease and cardiac myopathy. Nat Rev Cardiol, v5, n116, p576-589, 100 print 2012. ISSN1759-5002.

TL15

REGISTRO DE UMA POPULAÇÃO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA SUBMETIDA À TERAPIA DE RESSINCRONIZAÇÃO CARDÍACA – ANÁLISE DAS RESPOSTAS FUNCIONAL CLÍNICA E ECOCARDIOGRÁFICA

CYBELLE NUNES LEÃO; TALITA SANTOS DA SILVEIRA BETTONI; BÁRBARA VIDIGAL DOS SANTOS; CAMILA ABRAHÃO CARAM LISBOA; GUILLERMO VIGIL VERASTEGUI; CARLOS ROBERTO DE BRITO; JOSEPH FABIANO DOS SANTOS; YORGHOS MICHALAROS;

HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO – IPSEMG.

Até um terço dos pacientes com insuficiência cardíaca (IC) pode apresentar distúrbios na condução intraventricular e a larga mentodo QRS, principalmente o bloqueio de ramo esquerdo (BRE), o que produz dissincronismo na contração cardíaca, agravando ainda mais a disfunção ventricular. A terapia de ressinchronização cardíaca (TRC) por meio do marca passo biventricular (Mpbiv) tem se mostrado eficiente na redução da morbi-mortalidade desses pacientes. Objetivo: Avaliar a eficácia da TRC quanto a melhora clínica medida pela classe funcional NYHA e remodelamento reverso, em pacientes com padrão de BRE, duração do QRS maior que 130ms, já com terapia medicamentos a otimizada para IC, submetidos a esta modalidade terapêutica em um hospital geral da rede estadual. Métodos: Registro de amostra de 79 pacientes da clínica de IC, submetidos a implante de Mpbiv para TRC entre os anos de 2003 a 2018. A obtenção das informações foi realizada com consentimento informado e os dados foram coletados através de consulta aos prontuários e com entrevista direta. Na avaliação pré TRC e pós TRC foi definida a classe funcional NYHA e realizado ecocardiograma para análise de parâmetros funcionais. Os dados foram analisados com auxílio do programa SPSS. Resultados: Na amostra avaliada 45% dos pacientes eram mulheres. Foram observadas três etiologias principais para IC: miocardiopatia dilatada em 40%, isquêmica em 16% e hipertensiva em 8%. No momento da coleta de dados, 38% dos pacientes da amostra, haviam morrido e não foram incluídos na análise transversal. Quando comparados os parâmetros atuais após a TRC com os registros antes do implante do Mpbiv, houve melhora significativa na mediana da classe funcional da NYHA de 3 para 2 ($p = 0,001$), aumento significativo (superior a 10%) da mediana da fração de ejeção de ventrículo esquerdo ($p < 0,001$) e diminuição significativa dos diâmetros sistólico e diastólico do ventrículo esquerdo ($p = 0,002$ e $0,007$, respectivamente). Não houve redução significativa no diâmetro do átrio esquerdo. Conclusão: ATRC produziu resultados muito semelhantes ao encontrado nos grandes estudos, com melhora clínica e remodelamento reverso favorável nos pacientes submetidos ao implante de Mpbiv. Tem sido relatado que cerca de um terço dos pacientes não respondem favoravelmente à TRC. Por este motivo, acreditamos que a não inclusão na análise transversal dos dados dos pacientes falecidos não invalida os resultados encontrados neste registro. Referências Bibliográficas: 1-Moss AJ et al. MADIT-CRT Trial Investigators. Cardiac-resynchronization therapy for the prevention of heart-failure events. N Engl J Med. 2009; 361: 1329-1338. 2-Bristow M et al. Comparison of Medical Therapy, Pacing, and Defibrillation in Heart Failure (COMPANION) Investigators. N Engl J Med. 2004; 350 (21): 2140-50. 3-Abraham W et al. Cardiac resynchronization therapy for heart failure. Circulation. 2003; 108 (21): 2596-603. 4-Young J et al. Multicenter In Sync CD Randomized Clinical Evaluation (MIRACLECD) Trial Investigators. JAMA. 2003; 289 (20): 2685-94. 5-Cleland J et al. CARE-HF study Steering Committee and Investigators. Eur J Heart Fail. 2001; 481-9.

EP001

ASPECTOS ECOCARDIOGRÁFICOS NA DOENÇA DE KAWASAKI: RELATO DE CASO.

OLIVEIRA, A.P.; LIMA, E.A.; STAPASOLLA, A.V.M.; CHULA, E.D.; MARTINS, P.M.; NETO, N.B
HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS – DIVINÓPOLIS / MG.

A doença de Kawasaki (DK) foi primeiramente introduzida na literatura médica em 1967 por Tomisaku Kawasaki, que a denominou inicialmente de síndrome do linfonodo mucocutâneo¹. Dada à natureza variável dos sinais e por não ter exame específico, seu diagnóstico é clínico. Especificamente, trata-se de uma vasculite aguda e multisistêmica que compromete vasos de pequeno e médio calibre². Se não tratadas, 15%-25% das crianças com DK desenvolvem sequelas coronárias, que variam em gravidade desde artéria coronariana assintomática até aneurisma coronário gigante que leva à trombose, infarto do miocárdio e morte súbita³. Essas alterações são responsáveis por cerca de 2% da mortalidade pela doença⁴. Relato de Caso: Criança de 2 anos e 7 meses, sexo masculino, com quadro inicial febril persistente associado a exantema difuso, citado como "pele em aspecto de lixa". Recebeu antibióticos pensando em escarlatina, porém mesmo com antibioticoterapia mantinha quadro febril surgindo edema e hipermia em região labial, evoluindo com ressecamento importante e descamação da mucosa. Logo após iniciou hiperemia em região conjuntival com edema bupalpebral. Exames laboratoriais mostravam hematimetria e plaquetas 3 normais, Leucocitose de 11.620/mm sem bastões e aumento de eosinófilos em 29%. Velocidade de hemossedimentação e proteína C reativa aumentadas. Realizado ecocardiograma que mostrou coronária direita aneurismática com diâmetro de 3,40 mm e coronária esquerda de 2,83 mm sem outras alterações no exame (Fig 1). Iniciado ácido acetilsalicílico na dose de 80mg/kg/dia e a imunoglobulina 2g/kg no oitavo dia da doença. Recebeu alta após melhora clínica. Discussão: A Doença de Kawasaki, inicialmente descrita no Japão, é uma vasculite sistêmica pró-aterosclerótica, que acomete frequentemente crianças menores de cinco anos, sendo a principal causa de doença cardíaca adquirida nessa faixa etária principalmente pela formação de aneurismas coronários⁵. Neste cenário em que as artérias coronárias são difusamente acometidas, são observadas alterações inflamatórias na camada média com edema e necrose de células musculares. Com a evolução do processo inflamatório, ocorre destruição das lâminas elásticas interna e externa, ocorrendo a formação dos aneurismas¹. Caso essas alterações não sejam reconhecidas e instituído terapêutica adequada, esse dano cardiovascular difuso não diagnosticado na fase aguda, poderá manifestar-se tardiamente como infarto agudo do miocárdio em pacientes jovens⁶. O ecocardiograma deve ser realizado logo que haja suspeita de DK, sendo essencial na confirmação dos casos incompletos⁷. O lúmen arterial é considerado anormal quando > 3mm em crianças com menos de 5 anos de idade, > 4 mm em crianças com > 5 anos, lúmen 1,5 vezes maior que o lúmen do segmento adjacente e 6 quando lúmen é claramente irregular. O uso da imunoglobulina, de acordo com a literatura, existe boa resposta na involução do aneurisma caso a imunoglobulina seja administrada até o décimo dia da doença⁸. Administração desta nos dez primeiros dias da doença, leva a redução do comprometimento da artéria coronária para 3-8% e da 4 mortalidade para 0,2%. Conclusão: A descrição das alterações cardiovasculares na literatura é escassa, visto a baixa frequência na indicação ecocardiográfica, o qual é de suma importância para o diagnóstico de aneurisma coronário e do próprio segmento da doença. Quanto à terapêutica, é imprescindível sua instituição dentro da janela descrita, colaborando assim para minimizar as complicações da doença. Referências Bibliográficas: 1- Castro PA, Urbano LM, Costa MC. Doença de Kawasaki. An Bras Dermatol. 2009;84(4): 317-31. 2- Almeida et al, Perfil da doença de Kawasaki em crianças encaminhadas para dois serviços de reumatologia pediátrica do Rio de Janeiro, Brasil. Rev Bras Reumatol 2010;50(5):29-38. 3- Natividade Ribeiro de M, Alves et al. Estudo prospectivo das complicações da Doença de Kawasaki: análise de 115 casos. Rev Assoc Med Bras 2011; 57(3):299-305. 4- Angela Espósito Ferronato et al. Doença de Kawasaki: experiência clínica em hospital universitário. Rev Paul Pediatr 2010;28(2):148-54. 5- Rangell, M.P. Doença de Kawasaki: Diagnóstico e Seguimento. Centro Hospitalar do Porto, Mestrado—Universidade do Porto, 2009. 6- Atik e cols. Doença de Kawasaki—Involução de Aneurismas Coronários Gigantes Após Tratamento Anti-Inflamatório. Arq Bras Cardiol, volume 81 (nº 3), 265-8, 2003.



Figura 1: Ecocardiograma transtorácico em corte longitudinal da artéria coronária direita, mostrando aneurisma com diâmetro aumentado.

EP002

DISSECÇÃO CORONARIANA ESPONTÂNEA COMO CAUSA DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

ELUAN ALBUQUERQUE DE LIMA; CAMILA OTONI NEVES; BRUNA ALVES MELO DE SOUZA; MARINA ROSSI DE OLIVEIRA; CAMILLA ALVES MURATORI; MARCUS VINICIUS DE PAULA DA SILVA

HOSPITAL SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

A dissecção coronariana espontânea (DCE) é uma condição rara, que ocorre em 0,1 a 0,4% dos pacientes submetidos à cineangiografiografia, que acomete principalmente mulheres, entre a quarta e quinta década de vida¹. Sua etiologia é pouco conhecida, mas alguns fatores podem estar envolvidos, tais como: gravidez e puerpério, doenças do colágeno, uso de cocaína, hipertensão grave, tabagismo, anticoncepcional oral, exercício extenuante e vaso espasmo². O quadro clínico varia de acordo com a extensão e localização da lesão. A artéria descendente anterior é o vaso mais acometido, e em 20% ocorre dissecção em múltiplos vasos³. Em relação ao manejo, a revascularização cirúrgica ou percutânea do leito coronário acometido é adotada em muitos casos. Por sua vez, nas apresentações com instabilidades clínica e hemodinâmica, associadas à perviabilidade dos vasos acometidos, pode-se adotar uma estratégia conservadora⁴. Discussão: Paciente VAP, 43 anos, hipertensa, tabagista, com passado de trombose venosa profunda, pericardite, em uso irregular de suas medicações anti-hipertensivas. No dia 02/07/2016, evoluiu com quadro de IAM, evidenciado pela história clínica de dor torácica, em aperto, contínua, maior que 20 minutos, de forte intensidade, com irradiação para região cervical e dorso. Ao exame físico encontrava-se em regular estado geral, em Killip I, aparelho respiratório e cardiovascular sem alterações. Eletrocardiograma (ECG), demonstrando onda T negativa nas derivações DI, AVL, V5, V6, DII, DIII e AVF e troponina positiva. No dia 07/07/2016, realizou Cineangiografiografia (CATE) que mostrou dominância de coronária esquerda, ausência de obstruções coronárias, com ramo VP da artéria Circunflexa de pequeno calibre, com lesão segmentar extensa em terço médio, sugestiva de dissecção espontânea, sem vasoespasmos (Figura 1). Artéria coronária direita (CD) hipoplásica; ventriculografia com hipocinesia infero-latero-apical moderada. Em 07/07/2016, realizou Ecocardiograma transtorácico que revelou fração de ejeção preservada (60%), ventrículo esquerdo com acinesia das porções médio apical da parede infero-lateral, hipocinesia leve da porção apical da parede lateral e basal da parede infero-lateral, regurgitação mitral e tricúspide discretas. Devido à estabilidade clínica da paciente, optou-se pelo tratamento clínico, recebendo alta hospitalar, assintomática, no dia 15/07/2016, com receita médica de AAS, Clopidogrel, medicações de uso habitual e agendamento de retorno para manter seguimento ambulatorial.

Referências Bibliográficas: 1) Alkimi MB, Figueira RM, Marcolino MS, Cardoso CS, Abreu MP et al. Improving patient access to specialized health care: the Telehealth Network of Minas Gerais, Brazil. Bulletin of the World Health Organization. 2012; 90(5):373-378. 2) Denaxas CS, George J, Hermette, Shah AD, Kallad, et al. Data resource profile: Cardiovascular disease research using linked bespoke studies and electronic health records (CALBER). Int J Epidemiol. 2012; 41(6):1625-1638. 3) Falcões DMF, Marcolino MS, Santos TMM, da Silva JLP, Gomes PR, et al. Normal limits of the electrocardiogram derived from a large database of Brazilian primary care patients. BMC Cardiovascular Disorders. 2017; 17(1):152. 4) Van der Ende MP, Smeijnders, van der Harst R, Rijnstra M. Population-based values and abnormalities of the electrocardiogram in the general Dutch population: The Lifelines Cohort Study. ClinCardiol. 2017; 40(10):865-872. 5. Smeisek, R et al. Fully automatic detection of strict left bundle branch block. J Electrocardiol. 2018. DOI https://doi.org/10.1016/j.jelectrocard.2018.06.013

EP003

RESPOSTA DE PRESSÃO SISTÓLICA EM ARTÉRIA PULMONAR AO EXERCÍCIO EM PACIENTES COM ESTENOSE MITRAL

SANNY CRISTINA DE CASTRO FARIA, MD¹; HENRIQUE SILVEIRA COSTA, PHD¹; JUDY HUNG, MD³; ANDRÉ GORLE DE MIRANDA CHAVES²; FLÁVIO AUGUSTO PAES DE OLIVEIRA¹; JOSE LUIZ PADILHA DA SILVA, PHD³; WILLIAM ANTONIO M. ESTEVES, MD, PHD²; TIMOTHY C TAN MD, PHD²; ROBERTA A LEVINE, MD, PHD²; SUEMARA FERNANDES DA SILVA MARTINS¹; MARIA CARMO PEREIRA NUNES, MD, PHD¹

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS; (2) HARVARD MEDICAL SCHOOL; (3) UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ; (4) UNIVERSITY OF WESTERN SYDNEY

O comportamento da pressão arterial pulmonar é considerado o parâmetro mais importante avaliado durante o ecocardiograma de esforço para guiar decisões clínicas em pacientes com estenose mitral (EM), especialmente diante das discrepâncias entre sintomas e gravidade da estenose. Entretanto, aumento importante da pressão arterial pulmonar pode ocorrer em pacientes assintomáticos e com área valvar maior que 1,5 cm². Dessa forma, o significado da hipertensão pulmonar durante o esforço como preditor de eventos adversos na EM precisa ser melhor estabelecido. Objetivo: Este estudo tem como objetivo determinar o impacto do aumento da pressão sistólica de artéria pulmonar (PSAP) no pico do exercício, nos desfechos clínicos em pacientes com EM isolada. Além disso, objetivamos definir um ponto de corte para PSAP esforço-induzida que possa prever prognóstico nesta população. Método: Cento e trinta pacientes com EM, 94% mulheres, idade 45 ± 11 anos, 28 em fibrilação atrial, foram submetidos ao ecocardiograma de repouso e de esforço. Ao ecocardiograma de repouso, várias variáveis foram obtidas, incluindo a complacência atrioventricular (Cn). O ecocardiograma de esforço físico foi realizado utilizando-se uma ciclo-macina (bicicleta adaptada à maca), realizado na posição supina, com protocolo de rampa e limitado por sintomas. Resultados: O exercício foi interrompido por dispnéia (61,5%) ou fadiga muscular (30,8%), com duração de 7,54 ± 3,03 minutos e carga de esforço atingida de 64,8 ± 20,2 Watts. A PSAP aumentou de 38,3 ± 13,4 mmHg em repouso para 65,8 ± 20,7 mmHg no pico do exercício, principalmente nos pacientes com baixa Cn. Durante o seguimento, mediana de 17 meses (variou de 1 a 45 meses), 51 pacientes apresentaram eventos adversos. Após análise multivariada pelo modelo de Cox, a PSAP no pico de esforço foi preditor independente de eventos. Cn, classe funcional de New York Heart Association (NYHA) e interação entre área valvar mitral (AVM) e Cn também foram associados a eventos clínicos adversos. Conclusão: Em pacientes com EM, a resposta da pressão em artéria pulmonar ao exercício é determinada por uma combinação de fatores, incluindo gradiente em valva mitral durante o exercício, Cn, volume de átrio esquerdo e função ventricular direita. O pico da pressão em artéria pulmonar é um preditor importante de desfecho clínico; além de incrementar valor prognóstico adicional a parâmetros padrões de repouso, incluindo área valvar. Referências Bibliográficas: 1) Brochet E, Desmet D, Fondard O, Tazi-Meziane A, Messia-Zeltoun D, Jung B, Vahanian A. Early hemodynamic changes versus peak values: What is more useful to predict occurrence of dyspnea during stress echocardiography in patients with asymptomatic mitral stenosis? Journal of the American Society of Echocardiography: official publication of the American Society of Echocardiography. 2011;24:392398. 2) Lancellotti P, Pellikka PA, Budts W, Chaudhry FA, Donal E, Dulgheru R, Edvardsen T, Garbi M, Ha JW, Kane GC, Kneeger J, Mertens L, Pibarot P, Picano E, Ryan T, Tansu J, Varga A. The clinical use of stress echocardiography in non-ischaemic heart disease: Recommendations from the European association of cardiovascular imaging and the American society of echocardiography. Journal of the American Society of Echocardiography: official publication of the American Society of Echocardiography. 2017;30:113-138. 3) Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP 3rd, Guyton RA, O'Keefe JH, Quinonez CG, Skubas NJ, Sorajja P, Sundt TM 3rd, Thomas JD, Anderson JL, Halperin JL, Albert NM, Boukrou B, Brindis RG, Creager MA, Curtis LH, DelMets D, Guyton RA, Hochman JS, Kovacs RJ, Ohman EM, Pressler SJ, Selkoe FW, Shen WK, Stevenson WG, Yancy CW, American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. The Journal of thoracic and cardiovascular surgery. 2014;148:e1-e13

EP004

PERICARDITE AGUDA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE SÍNDROME AÓRTICA AGUDA (SAA): UM RELATO DE CASO

LETÍCIA HORTA GUIMARÃES; LEONARDO ARRUDA MORAES RASO; GUILHERME FERRAZ DESSA DE PADUA ANDRADE; LAILA RIBEIRO SANTA BARBARA; CYNTHIA LETICIA FERREIRA; CAMILA DAIBERT DIONÍSIO

COMPLEXO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE ASSIS

SAA inclui um espectro de doenças aórticas ameaçadoras à vida, com úlcera aórtica penetrante, hematoma periaórtico, hematoma aórtico intramural e dissecção aórtica aguda, sendo esta a mais comum. O mecanismo de morte mais frequente ocorre pela ruptura do vaso para dentro do pericárdio levando a tamponamento cardíaco. Podem anestesiar-se, apesar de raro, como pericardite aguda, já que o lento extravasamento de sangue para o espaço pericárdico provoca inflamação da serosa. Quando a pericardite ocorre existe uma "janela terapêutica" até a ocorrência de uma hemorragia aórtica fatal, o que possibilita o diagnóstico correto e a terapêutica apropriada. Descrição de caso: Homem, 35 anos, portador de valva aórtica bicuspidé e passado de correção de coarctação de aorta aos 19anos, apresentou-se na urgência com dor torácica pleurítica aguda, sudorese e hipotensão. Boa resposta à volume e analgesia. Exames laboratoriais com leucocitose e PCR elevada, troponina negativa e D-dímero normal. ECG com supra de ST difuso e supra de Prema VR. USG 4 a beira do leito com derrame pericárdico leve, sem sinais de dissecção aórtica. Suspeita de pericardite aguda, iniciado AAS e colchicina. ECOT mostrou valva aórtica bicuspidé com regurgitação moderada e aorta com dilatação aneurismática de sua raiz(54mm) e porção ascendente, sem sinais de SAA, e leve derrame pericárdico. Função sistólica do VE preservada. ECOTE confirmou dilatação aneurismática da aorta ascendente (70mm), também sem sinais de SAA. TC de tórax corroborou achados ecocardiográficos (aorta ascendente com diâmetros transversos e antero-posterior de 70mm). Conduta Adotada: Decidido, juntamente com equipe da CCV, por troca valvar aórtica com implante de tubo aórtico valvula do após resolução do quadro agudo de pericardite. No entanto, o paciente intercorreu com novos episódios de dor torácica, mal-estar, sudorese e hipotensão. Nota do que da hematimetria e aumento do derrame pericárdico em ECOT seudo (Figuras 1 e 2). No TC de tórax sem sinais evidentes de SAA (Figura3). Programado cirurgia de urgência, mas paciente apresentou PCR em ASEP, evoluindo para óbito. Diagnóstico retrospectivo sugere ser a pericardite aguda uma manifestação da SAA. Conclusão: Em relação ao caso descrito, o paciente apresentou fatores de risco bem conhecidos para dissecção aórtica. Toda a propedêutica complementar foi realizada, mas a dissecção não se mostrou de forma evidente. Apesar de raro, a SAA pode manifestar-se inicialmente com sinais clínicos e eletrocardiográficos de pericardite aguda. O diagnóstico é dificultado pela dor torácica pleurítica ser a manifestação mais comum da pericardite viral e pela dissecção ser um evento pouco comum, principalmente em jovens. Referências Bibliográficas: 1. 2014 ESC Guide lines on the diagnosis and treatment of aortic diseases. 2.Soyer H. B M J Case Rep 2016. Acute pericarditis: presenting manifestation of aortic dissection. 3. Pinedat J, Quinmet D, Pichette V, Vallée M. A case of aortic dissection in a young adult: are fresher of the literature of this "great masquerade". Int J Gen Med. 2011; 4: 889-93. 4. Bains S, R, Kedia A, Roldan CA. Pericarditis as initial manifestation of proximal aortic dissection in young patients. Am J emerg Med 2008; 26: 379. e3-5.

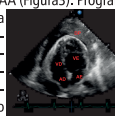


Figura 1: Ecocardiograma em corte longitudinal da aorta, mostrando dilatação aneurismática da raiz aórtica.



Figura 2: Tomografia computadorizada de tórax, mostrando dilatação da aorta ascendente.

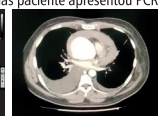


Figura 3: Tomografia computadorizada de tórax, mostrando ausência de sinais evidentes de síndrome aórtica aguda.

EP 005

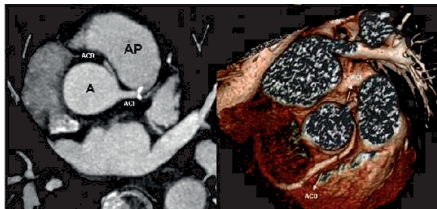
CORONÁRIA ANÔMALA-RELATO DE CASO

LIVIA ROQUET EMARINHO; LARISSA COLARES DO AMARAL FONSECA; ROSSANA DALL'ORTO ELIAS; FABRICIO MACHADO GUERRA; PEDRO HENRIQUE VENDRAMINI; GUSTAVO LESTTER

BIOCORINSTITUTO

As anomalias congênitas de coronária são uma forma rara de malformação que afeta aproximadamente 1% da população. O paciente pode permanecer assintomático por muitos anos, porém a apresentação varia até morte súbita, arritmias graves e infarto agudo do miocárdio. Origem anômala de coronária direita é bem menos frequente que a origem da coronária esquerda do seio direito. Objetivos: Descrição de caso clínico de um paciente do Biocor Instituto o qual foi diagnosticado com coronária anômala e posteriormente submetido à angioplastia percutânea. Método: Descrição de caso clínico retrospectivo com revisão de literatura detalhada. Resultados: Paciente J.C.F., masculino, 58 anos, dislipidêmico. Uso regular de Sinvastatina. Paciente assintomático, durante avaliação de rotina com Cardiologista assistente, realizou Teste Ergométrico que evidenciou alteração isquêmica esforço induzido (infra ST descendente de 3mm e supra ST 1mm em AVR). Ainda em investigação realizou ECO de estresse que mostrou isquemia em parede inferior. Submetido então à Angio TC de coronárias que mostrou trajeto maligno da Coronária Direita que tinha origem anômala. Por fim, encaminhado à Cineangiogramiografia eletiva que mostrou artérias coronárias isentas de lesões significativas, óstio de Coronária Direita de origem anômala em seio coronariano esquerdo, próximo ao óstio do TCE, percorrendo um trajeto maligno entre a Aorta e artéria Pulmonar, notando-se clara estenose da mesma a cada sístole. Optado por realização de angioplastia uma vez que o mesmo não seria passível de reparo cirúrgico. Submetido à angioplastia coronariana eletiva com implante de stent farmacológico Sirolimus óstio ao terço proximal da Coronária Direita. Conclusão: A origem anômala da coronária é um grupo de malformação congênita rara e de apresentação anatômica, clínica e fisiopatológica variável. Algumas formas são consideradas curiosidades enquanto outras podem repercutir em morte súbita. O diagnóstico clínico é um desafio devido grande parte desses pacientes apresentarem-se assintomáticos por longos períodos. Os atuais estudos mostram que em pacientes submetidos à avaliação para atividades físicas de lazer ou competição, o ECG e teste de exercício têm pouca probabilidade de evidenciar isquemia e os sintomas tais como dor torácica ou síncope, nessa população, devem ser investigados apropriadamente para exclusão dessas anomalias.

Referências Bibliográficas: Congenital coronary anomalies. In: Garson 1990, p.167-1666; Coronary Artery Anomalies in Adults - All Coll. Cardiol 1998



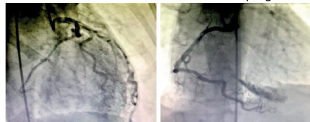
EP 006

RELATO DE CASO: MÚLTIPLAS MICROFISTULAS CORONÁRIO-CÂMARA

CAMILA DAIBERT DIONÍSIO; STEFÂNIA BRUNO COSTA VALENTE; CAMILA CECILIA DE OLIVEIRA CORRELLI; CYNTHIA LETICIA FERREIRA; LETICIA HORTA GUIMARÃES; JULIANA RODRIGUES SOARES DE OLIVEIRA;

COMPLEXO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE ASSIS

As comunicações entre as artérias coronárias e as câmaras cardíacas são raras e ocorrem, na maioria dos casos, devido a alterações no desenvolvimento embriológico normal. Inicialmente o miocárdio fetal, pouco desenvolvido é nutrido por meio de sinusóides que se comunicam com as cavidades cardíacas. A medida que o miocárdio se torna mais compacto, os sinusóides desaparecem dando origem a uma rede de veias, artérias e capilares. A persistência desses sinusóides pode levar a formação das fistulas coronário - câmaras. Outras causas menos comuns são: traumas e procedimentos cardíacos invasivos. Descrição do Caso: Paciente 56 anos, sexo feminino, encaminhada ao ambulatório de cardiologia devido a dois episódios de síncope. Ausência de alterações ao exame físico. O eletrocardiograma (ECG) apresentava a presença de supradesnivelamento do segmento ST em AVR e infradesnivelamento do segmento ST, com inversão profunda da onda T de V3 a V6. O ecocardiograma transtorácico (ECO TT) demonstrou ausência de alterações segmentares, com fração de ejeção preservada. A cineangiogramiografia evidenciou múltiplas fistulas das coronárias direita e esquerda para o ventrículo esquerdo (VE), resultando em opacificação do VE pelo contraste. Paciente com história pregressa de tratamento para neoplasia em mama direita em 2016, com realização de quimioterapia, radioterapia e setorectomia a direita. Sem evidências atuais de atividade da doença após término do tratamento. Hipótese Diagnóstica: Múltiplas microfistulas coronário - câmara. Conduta Adotada: Durante a internação paciente não apresentou novos episódios de síncope. Negava angina, dispnéia ou qualquer outro sintoma associado. Solicitado ambulatorialmente cintilografia de perfusão miocárdica, devido as alterações no ECG, sugestivas de isquemia e holter, para investigação da queixa da síncope, como avaliação de possível arritmia associada ao quadro descrito. Conclusão: Descrevemos um caso raro de múltiplas microfistulas entre ambas as coronárias para o ventrículo esquerdo, em paciente com alterações isquêmicas ao ECG e síncope. A apresentação clínica desses pacientes depende da significância hemodinâmica de cada fistula. Embora a maioria dos pacientes seja assintomático, alguns podem apresentar: insuficiência cardíaca, arritmias, isquemia, dentre outros. O manejo desses pacientes permanece controverso, por não haver conhecimento da história natural da doença. É sugerido como terapia medicamentosa o uso de betabloqueadores, ainda sem comprovação clínica de sucesso. Além disso, até o momento não há descrição de tratamento percutâneo ou cirúrgico eficaz para a oclusão dessas inúmeras microfistulas, tornando o prognóstico dos pacientes incerto.



Referências Bibliográficas: 1 - STIERLER, Ulrich; GIANNITIS, Evangelos; SHEKHZADEH, Abdolhamid. Myocardial ischemia in generalized coronary artery-left ventricular microcistulae. International Journal Of Cardiology. Germany. p. 47-52. 9 out. 1997. 2 - CARTONI, Domenico et al. Multiple Coronary Artery-Left Ventricle Microfistulae and Spongy Myocardium: The Eagerly Awaited Link?. Circulation, Dallas, p. 81-84. 17 jul. 2007. 3 - KHOURY Georges et al. Persistent Thebesian Vessels Involving the Right and Left Ventricles Leading to Coronary Steal Phenomena and Ischemia. Congenit Heart Disease. New York, p.61-64, set. 2014.

EP 007

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO POR EMBOLIA SÉPTICA EM PACIENTE COM ENDOCARDITE BACTERIANA.

PEDRO MELGAÇO MARTINS; ELUAN ALBUQUERQUE DE LIMA; ANDERSON PEREIRA DE OLIVEIRA; OTAVIANO JOSE GRECO RODRIGUES; NELSON BORGES NETO; AYESKA VIVIAN MICHELINI STAPASOLLA.

HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS - DIVINÓPOLIS/MG

A endocardite bacteriana (EB) é uma infecção das estruturas intracardíacas, resultante da proliferação de microrganismos no endotélio cardíaco, mais comumente em valvas cardíacas, podendo ocorrer em demais estruturas intracardíacas. A lesão típica no local da infecção é a vegetação – massa de plaquetas, fibrina, microrganismos e células inflamatórias. Os microrganismos variam conforme a porta de entrada seja a via oral, a pele ou as vias aéreas e os fatores de risco incluem história de procedimentos invasivos, uso de drogas injetadas e doença cardíaca estrutural. As principais manifestações são a febre, lesões nas estruturas intracardíacas e embolização de fragmentos de vegetações. Nos Acidentes vasculares cerebrais (AVC) cardioembólicos existe migração de material das cavidades cardíacas. Sendo a infecção nas valvas esquerdas locais mais comuns de EB, as vegetações valvares originam frequentemente múltiplos êmbolos sépticos, que migram para a circulação e causam a oclusão das artérias cerebrais, afetando principalmente a artéria cerebral média e seus ramos. Resultados: EAP, 69 anos, sexo feminino, aposentada, previamente hígida. Admitida com quadro súbito de afasia e hemiparesia a direita, acompanhados de febre de origem indeterminada, astenia e perda de peso. Ao exame físico apresentava além das alterações neurológicas, discreto sopro diastólico decrescente em foco aórtico. Relato de procedimento odontológico há seis meses. Constatao por ressonância magnética (RMN), AVC em território de artéria cerebral média esquerda. Durante a investigação, constatou-se vegetação em valva aórtica, sugerindo endocardite. Exames complementares: Ecocardiograma transesofágico: Ventrículo esquerdo (VE) dilatado e com disfunção sistólica global importante em repouso. Comunicação interventricular (CIV) do tipo perimembranoso com fluxo E/D. Regurgitação valvar aórtica importante com perfuração do folheto coronariano esquerdo com vegetação sésil aderida. RMN: Área de insulso isquêmico de evolução aguda fronto-insular à esquerda, envolvendo a área de Broca. Focos isquêmicos agudos em corpo do núcleo caudado e no centro semioval à direita. Hemocultura: Streptococcus sp, não resistente a antibióticos. Hipótese Diagnóstica: AVC isquêmico por embolia séptica secundária a endocardite bacteriana. Conduta Adotada: Antibióticos de amplo espectro, após hemocultura optado por descalonar antibiotioterapia. Posteriormente troca valvar por prótese biológica. Conclusão: Embora a incidência de endocardite bacteriana possa ser considerada pouco relevante, esta apresenta alta taxa de morbidade e complicações, como o AVC. Assim, se compreende a importância da ecocardiografia, na detecção de EB e a pesquisa de embolismo de origem indeterminada.



Figura 1: AVC isquêmico em região temporal e em ressonância magnética de crânio. Figura 2: Lesão valvar aórtica com trombo agregado visto por ecocardiograma transesofágico.

EP 008

CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA SEPTAL ASSIMÉTRICA EM LACTENTE COM EVOLUÇÃO PARA MORTE SÚBITA

ELUAN ALBUQUERQUE DE LIMA; ANDERSON PEREIRA DE OLIVEIRA; RALDNER BORGES E RÉGES; EDUARDO DIAS CHULA; NELSON BORGES NETO; AYESKA VIVIAN MICHELINI STAPASOLLA; PEDRO MELGAÇO MARTINS

HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS - DIVINÓPOLIS/MG

A Cardiomiopatia Hipertrofica (CMH) é a doença cardíaca de origem genética mais comum¹, com prevalência 1:500 nascidos vivos, caracterizada pela presença de hipertrofia ventricular, geralmente do ventrículo esquerdo (VE), o qual se encontra com função sistólica preservada, com relaxamento diminuído, na ausência de condições associadas que possam produzir tal alteração^{2,3}. A CMH é considerada uma doença benigna, com apresentação clínica que pode variar de pacientes assintomáticos até formas mais graves, com evolução para morte súbita (MS) 4. A forma septal assimétrica é a mais frequente, (86%)^{1,2,3}. O tratamento baseia-se no aconselhamento familiar, tratamento farmacológico com beta-bloqueador, principalmente nos pacientes com a forma obstrutiva. Nos casos refratários faz-se utilização de técnicas invasivas como a miotomia septal ou alcoolização septal. Resultados: RLB, 6 meses de idade, com história de morte súbita na família, em consulta com pediatra, foi evidenciado no exame clínico a presença de sopro sistólico em borda esternal esquerda e taquipneia. Realizou radiografia de tórax que evidenciou aumento discreto da área cardíaca e eletrocardiograma que mostrava sinais de hipertrofia ventricular esquerda. Devido às alterações iniciais, foi solicitado um ecocardiograma. Realizou ecocardiograma que evidenciou VE com suas paredes hipertrofiadas em grau importante, parede septal com espessura de 26mm e parede posterior de 19mm; na análise pelo doppler contínuo observava-se uma velocidade máxima aumentada estimada em 508 cm/s, e aumento importante dos gradientes máximo e médio (103/51,6mmHg), configurando uma obstrução dinâmica na via de saída do VE, além de regurgitação mitral leve devido a tracionamento dos músculos papilares (Figuras 1, 2 e 3). Após o diagnóstico de CMH, o lactente foi encaminhado para hospital em Belo Horizonte, onde iniciaram betabloqueador e foi avaliado por equipe de cirurgia cardíaca. Após discussão clínica e tendo em vista a complexidade do caso, foi proposto a realização de tratamento cirúrgico (miotomia septal), porém após 3 meses do diagnóstico, o lactente evoluiu com morte súbita em seu domicílio. Discussão: A CMH constitui ainda um tema de grande interesse por permanecer como a causa principal de morte súbita em adolescentes e adultos jovens⁵. Entre os marcadores de alto risco para ocorrência de MS, enfatiza-se a ocorrência de um evento fatal já ocorrido ou abortado, presença de taquicardia ventricular sustentada, história familiar de MS, espessura de parede maior ou igual a 30 mm, síncope inexplicada, TVNS ao Holter, resposta pressórica anormal no teste ergométrico e regime tardio significativo na RM. De todos estes marcadores a história familiar de MS parece ser o de maior relevância⁶, particularmente quando ocorre em vários membros de uma família e em idade precoce, ainda que esta situação seja incomum⁷. Conclusão: A CMH é uma doença benigna, em que os pacientes na sua grande maioria são assintomáticos, todavia ainda é considerada a principal causa de morte súbita em adolescentes e adultos jovens. Devido a essa variabilidade de apresentações, naqueles pacientes com história familiar de morte súbita, faz-se necessário a investigação com métodos de imagem (ecocardiograma, ressonância) para diagnóstico precoce e decisão da melhor estratégia terapêutica.

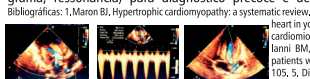


Figura 1 e 2: Ecocardiograma evidenciando VE com paredes hipertrofiadas e obstrução dinâmica da VSD, de fluxo com velocidade e gradientes aumentados, além de regurgitação mitral leve evidenciada a tracionamento dos músculos papilares. Figura 3: Ecocardiograma evidenciando VE com paredes hipertrofiadas, com fluxo turbulento na VSD.

EP009

CARDIOTOXICIDADE POR QUIMIOTERÁPICO EM PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA MULTIVASCULAR GRAVE

LIVIA BONELA DE OLIVEIRA, BRUNO ALENCAR FONSECA, DANILO CASTRO PIRES DE ALMEIDA, JOÃO DE SOUZA CUNHA, CARLOS EDUARDO ORNELAS, HENRIQUE MUNDIM PENA
HOSPITAL MATER DEI, BH-MG.

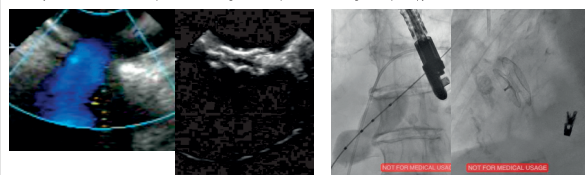
O tratamento quimioterápico (QT) pode ter como efeito colateral principal a cardiotoxicidade, mantendo-se clinicamente relevante na prática clínica, podendo ocorrer, dentre outros, o desenvolvimento de insuficiência cardíaca, síndrome isquêmica aguda, arritmia e tromboembolismo venoso. Não bastasse isso, doença cardiovascular e câncer compartilham vários fatores de risco, tais como obesidade, sedentarismo, etilismo ou tabagismo, e a incidência aumenta com o avanço da idade. Objetivos: Trazer dados de mundo real que possam ser comparados com resultados de desfechos clínicos apresentados na literatura médica (Cardio Oncologia). Método: Trata-se de um relato de caso de extrema relevância clínica, uma vez que cada vez mais nos deparamos com efeitos adversos de quimioterápicos em pacientes com complicações cardiovasculares graves. Resultados: Paciente de 76 anos, portador de carcinomatose mucinosa peritoneal em tratamento quimioterápico em primeira linha com oxaliplatina e bevacizumabe, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e história de aneurisma de aorta abdominal infra-renal. Ao final do ciclo de quimioterapia, apresentou quadro de dispnéia e neutropenia. Internado, evoluiu com piora do padrão respiratórios, com elevação de BNP e troponina. Intubado, realizou ecocardiograma que evidenciou disfunção ventricular severa (Fe 30%), ventrículo esquerdo dilatado e insuficiência mitral moderada. Optado por realização de cateterismo cardíaco, que mostrou doença multivascular grave, com lesões graves acometendo segmentos das artérias descendente anterior, diagonal e coronária direita, além de oclusão da circunflexa. Optado por injeção em segmento da aorta abdominal, que constatou aneurisma gigante em porção infra-renal. Paciente de mandou uso de inotrópicos, aminas e antibioticoterapia empírica. Esse caso foi levado à discussão em reuniões do Hear Team e da Oncologia. Optado por suspensão temporária da quimioterapia e estabilização do quadro cardiológico, para depois definir qual o próximo passo. Evoluiu com saída da ventilação mecânica e otimização do tratamento clínico da insuficiência cardíaca. Porém, infelizmente acabou por vir a falecer poucas semanas depois. Bevacizumabe é um quimioterápico da classe dos anticorpos monoclonais, que possui incidência de disfunção ventricular de 1.6 a 4% dos casos. Entre os fatores de risco associados a incidência de cardiotoxicidade são: uso concomitante de outros drogas quimioterápicos, radio terapia concomitante, insuficiência cardíaca pré-existente, doença arterial cardiovascular e hipertrofia do ventrículo esquerdo, cardiomiopatia isquêmica crônica. Outros fatores de risco cardiovascular, estilo de vida e demográficos são: extremos de idade, história familiar para doença arterial coronariana precoce, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, tabagismo, obesidade, sedentarismo e alcoolismo. Conclusão: A cardiotoxicidade é um evento adverso bem documentado na literatura e não deve ser menos prezado. Além disso, esse caso exemplifica bem a importância de ter uma equipe multidisciplinar, principalmente em pacientes com fatores de risco múltiplos, uma vez que identificar, entender e conduzir de forma correta esses efeitos cardiovasculares adversos são essenciais para o sucesso do tratamento oncológico. Referências Bibliográficas: 1)2016 ESC Position Paper on cancer treatments and cardiovascular toxicity developed under the auspices of The Task Force for cancer treatments and cardiovascular toxicity of the European Society of Cardiology (ESC), EHJ2016;37:2768-2801.

EP010

FECHAMENTO PERCUTÂNEO DE CIA APÓS TRATAMENTO DE INSUFICIÊNCIA MITRAL COM MITRACLIP. RELATO DE CASO

EDMUNDO CLARINDO OLIVEIRA, MATEUS NEVES ROMERO, JAMIL ABDALLA SAAD, EDUARDO BELISÁRIO FALCHETTO, EDUARDO KEI MARQUESINI WASHIZU, ARI MANDIL
HOSPITAL FELÍCIO ROCHO

A comunicação interatrial (CIA) criada pela atrioseptostomia para o implante do MitraClip é geralmente bem tolerada. Entretanto, alguns pacientes apresentam repercussão aguda nas câmaras direitas com piora hemodinâmica. Nestes casos, o fechamento da CIA deve ser considerado. Relato de Caso: Paciente de 82 anos, sexo feminino, portadora de insuficiência mitral (IM) grave secundária a prolapse da valva mitral e de alto risco para a cirurgia convencional, foi submetida a implante de dois MitraClip após discussão com equipe clínica/cirúrgica. Procedimento realizado via punção de veia femoral com introdução de bainha longa (18F=6mm) após a realização de atrioseptostomia. Obtido bom resultado com gradiente AE/PD2VE=3mmHg e melhora da IM de grave para leve. No 2º dia pós-operatório, evoluiu com cansaço desproporcional à IM. Ecocardiograma (ECO) mostrou CIA de 8mm com importante shuntE/D. Após adequação do tratamento clínico não houve resposta satisfatória e foi indicado o fechamento percutâneo da CIA. Procedimento realizado 8 dias após implante dos MitraClip sob leve sedação e guiado por ECOtransesofágico. Inicialmente foi feito teste de oclusão da CIA com balão e avaliado diâmetro da CIA=15mm. Após verificar que não havia aumento das pressões em câmaras direitas e esquerdas, foi implantada uma prótese OCCLUDECH18 sem intercorrências, com tempo de fluoroscopia 6,8 minutos. Paciente evoluiu com melhora progressiva do quadro e recebeu alta no 26º DPO. Atualmente em domicílio CF I (NYHA). Discussão: CIA após implante de MitraClip é comum, geralmente não interfere na hemodinâmica e pode ter benefício por impedir aumento da pressão do átrio esquerdo. Entretanto, em alguns pacientes, o aumento agudo do fluxo pulmonar causa desequilíbrio hemodinâmico pela sobre carga de VD ou por permitir fluxo bidirecional ao nível da CIA, principalmente quando há insuficiência tricúspide associada com consequente queda da saturação sistêmica de oxigênio. Nesses casos o fechamento da CIA é recomendado e durante o procedimento percutâneo é possível fazer o teste de oclusão com balão e reavaliar as pressões nas cavidades direitas e esquerda se pressão na artéria pulmonar antes da liberação da prótese. No caso apresentado houve melhora hemodinâmica, o que permitiu a redução de drogas e a alta hospitalar. Conclusão: Em pacientes sem a resposta esperada após o implante bem sucedido de MitraClip, a avaliação da repercussão da CIA criada e a indicação para fechamento devem ser consideradas, sendo o método percutâneo de escolha. Referências Bibliográficas: 1) Ischemic Atrial Septal Defect After Mitra Clip Therapy Am J Cardiol. JACC Cardiovascular Interventions. Volume 8, Issue 9, August 2015; Hemodynamic and functional consequences of the late genitocentral septal defect following Mitralclip therapy. Neethi, 2017 Feb; 25(2): 137-142.



EP011

IMPORTÂNCIA DO ESTUDO DAS CORONÁRIAS EM LACTENTES COM CARDIOMIOPATIA DILATADA

SOUZA GG, SILVA LM, MONTEZ NM, SANTOS NDA, CASTILHO SRT, GUIMARÃES AFM
HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFMG

Lactente de três meses, encaminhado com cardiomegalia e sinais clínicos de IC (cansaço, sudorese principalmente às mamadas, choro estridente) desde o primeiro mês de vida. Não havia relato de infecções prévias ou outras intercorrências. Ao exame clínico, apresentava-se pálido, taquicênico, sudorético, episódios de choro intenso com acalmia, ritmo cardíaco em 3 tempos, pulsos periféricos simétricos e finos, fígado a 4 cm do bordo costal direito. Eletrocardiografia (ECG): sinais de sofrimento miocárdico - ondas T negativas em DI, DII, aVL, V4-V6; onda Q com amplitude entre 10-20 mm em DI, aVL, V4-V6 (Figura 1). Exame ecocardiográfico (ECO): aumento importante de ventrículo esquerdo (VE), com fração de ejeção de 26%; hipocinesia difusa de suas paredes; dilatação de artéria coronária direita, sem visualização adequada da origem da coronária esquerda (Figura 2). Aventura a hipótese de OACEAP, confirmada por cateterismo (Figura 3), sendo a criança submetida a correção cirúrgica.

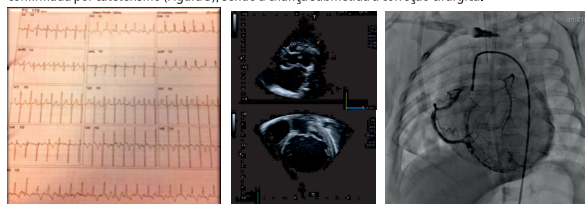


Figura 1

Figuras 2 e 3

Figura 4

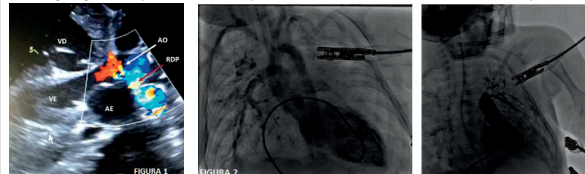
Discussão: A cardiomiopatia dilatada é uma das principais causas de IC na infância. Apresenta diversas etiologias (hereditária, infecciosa, estrutural, neuromuscular, medicamentosa e idiopática), sendo a miocardite a mais importante. Em lactentes, é importante afastar causas curáveis, como anomalia coronariana e do arco aórtico. No diagnóstico de OACEAP, o ECG é fundamental ao evidenciar alterações isquêmicas. Em casos que o ECO não for conclusivo, pode ser necessário estudo hemodinâmico. Conclusão: O adequado estudo das coronárias mostra-se especialmente relevante nos lactentes com cardiomiopatia dilatada, pois a OACEAP, quando diagnosticada e tratada em tempo adequado, pode evoluir com melhora total ou parcial da disfunção ventricular. Referências Bibliográficas: 1. Horowitz ESK, Nesralia I, Sant' Anna JRM. Origem anômala de artéria coronária. In: Croti UA, Mattos SS, Pinto Jr, VC, Aiello VD, Moreira VM. Cardiologia e cirurgia cardiovascular pediátrica. 2ª ed. São Paulo: Roca; 2012. p. 697-710.

EP012

ORIGEM ANÔMALA DA ARTÉRIA PULMONAR DIREITA NA AORTA ASCENDENTE

JULIANA COSTA, MARLY DE OLIVEIRA, TEREZA L M MASI, MARIA DA GLÓRIA C HORTA, IZABEL C L SOUTO, CLAUDIO A O ANDRADE
SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

A origem da artéria pulmonar direita na aorta ascendente (hemitruncus) é uma anomalia rara e frequentemente fatal quando não há correção cirúrgica precoce. Pode estar associada a outras anomalias cardíacas como Tetralogia de Fallot, canal arterial patente e coarctação da aorta. O hemitruncus é responsável por um grande shunt sistêmico-pulmonar, causando a hipertensão pulmonar. A doença pulmonar hipertensiva e a disfunção ventricular direita são consideradas fatores de risco para morbimortalidade pré e pós-operatória. Discussão de Caso: Lactente, dois meses de idade, masculino, no segundo dia de vida submetido à triagem neonatal para rastreamento de cardiopatia (teste do coraçãozinho), o qual mostrou-se alterado. Foi realizado ecocardiograma (ECO) que evidenciou aumento de átrio direito, hipertrofia do ventrículo direito, regurgitação tricúspide de grau leve a moderado e pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP) de 85mmHg. Recebeu alta hospitalar em bom estado geral após o terceiro dia de vida. Aos dois meses evoluiu com dispnéia, dificuldade de sucção, sudorese e na reavaliação médica evidenciada hepatomegalia, sopro sistólico ejetivo em foco aórtico 3+/6+, ruído-x de tórax com cardiomegalia e sinais de hiper fluxopulmonar. Paciente encaminhado ao CTI pediátrico hemodinamicamente instável, com necessidade de intubação orotraqueal. Solicitado novo ECO que evidenciou aumento importante de câmaras direitas associado à hipertrofia e disfunção do ventrículo direito, regurgitação tricúspide em grau importante com PSAP 110mmHg e origem anômala da artéria pulmonar direita na aorta ascendente (FIGURA1). Hipótese Diagnóstica: Hemitruncus. Conduta: Realizado estudo hemodinâmico que evidenciou ramo pulmonar direito originando-se da aorta ascendente, o qual perfundia todo o pulmão direito que encontrava-se vaciante; e o ramo pulmonar esquerdo em sua posição anatômica, perfundindo todo o pulmão esquerdo, hipoplásico; canal arterial patente e hipertensão artéria lpulmonar (Aorta: 55/23-40mmHg, Ramo esquerdo da artéria pulmonar: 61/11-31mmHg) (Figura2). O paciente manteve quadro de instabilidade hemodinâmica e evoluiu para óbito.



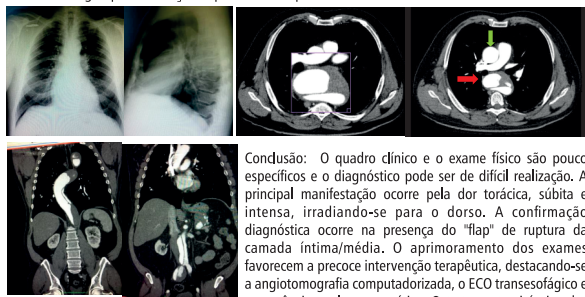
Conclusão: O diagnóstico precoce do hemitruncus é essencial para que a cirurgia seja uma opção ao tratamento. A ecocardiografia é uma ferramenta eficaz e amplamente utilizada para detectar esta malformação, devendo ser suspeitada em todos os pacientes com sinais de insuficiência cardíaca congestiva e hipertensão pulmonar. Referências Bibliográficas: 1. Kido T, et al. Staged repair of hemitruncus with out prosthetic material. Asian Cardiovascular & Thoracic Annals. June 2016; 2. Wenjing B, et al. Anomalous origin of one pulmonary artery from the ascending aorta (Hemitruncus) in a premature Infant: A Case Report and Literature Review. Journal of Clinical Ultrasound. Vol42, n.6, August 2014. 3. Meena N, et al. Early repair of hemitruncus: Excellent early and late outcomes. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. Vol 33, n5, May 2007.

EP013

ANEURISMA DISSECANTE DE AORTA ABDOMINAL: RELATO DE CASO

RIBEIRO, N C; FERREIRA, F C; MOURA, R R; MARTINS, M D; MARTINS, A L M; FARAJ, M.
HOSPITAL IBIAPABA -CEBAMS

A dissecação aórtica apresenta baixa incidência porém seu desfecho pode ser catastrófico. Está associada a hipertensão arterial não tratada, sendo uma emergência cardiovascular com elevada morbidade e mortalidade. Tem como característica a súbita separação da camada média do vaso, com infiltração sanguínea no espaço virtual entre a íntima e a adventícia, determinando uma falsa luz e a formação de hematoma. Discussão do Caso: L.C.M., masculino, 59 anos, acompanhado no ambulatório de cardiologia apresentou-se com queixa de dor torácica lacerante e irradiada para o dorso. Relata evolução de três meses e piora há sete dias, tornando-se constante. Apresentou um exame de Ultrassom Duplex Scan de artérias renais evidenciando "flap" de dissecação aórtica em região abdominal, sendo então encaminhado com prioridade ao pronto socorro municipal. Sabidamente hipertenso, obeso e portador de dislipidemia. Durante o exame não foi identificado alteração motora ou sinais de instabilidade hemodinâmica. A ausculta cardiopulmonar sem alterações dignas de nota; eletrocardiograma sem alterações e enzimas cardíacas dentro da normalidade. A radiografia de tórax evidenciou alargamento domediastino. Angiotomografatorácico - abdominal demonstra aneurisma sacular em crosta de aorta, dissecação da aorta descendente (tipo B), aneurisma de artéria esplênica e artéria ilíaca comum direita. Após diagnóstico e discussão com equipe cardiovascular, foi encaminhado ao centro cirúrgico para realização de procedimento porém não resistiu evoluindo a óbito. Exames.



dissecções é condicionada a presença de complicações, formação de pseudoaneurisma, ou progressão da dissecção. Referência Bibliográfica: Lucido-Peol L, Mohar J L, Oliveira R, Cerri G. Prevalência de aneurismas da aorta abdominal - um programa de detecção em São Paulo. São Paulo Med J. 2004; 122 (4): 151-161. Barros F, Pontes S, Teyss MAS, et al. Tratamento do aneurisma da aorta abdominal na população da cidade de Vitória (ES). J Vasc Bras. 2001; 4(1): 59-65. e Barros F, Bonagatti P, Falcão P. Avaliação da mortalidade cirúrgica em aneurismas infra-renaais da aorta abdominal. J Vasc Bras. 2002; 1(1): 15-21. Schermerho M, O'Malley A J, Jha V, Cottrell P, Pomposelli L, Landon B E. Endovascular repair of abdominal aortic aneurysms in the Medicare population. N Engl J Med. 2008; 358(3): 461-474.

EP 015

FÍSTULA CONGÊNITA ENTRE O TRONCO DA ARTÉRIA CORONÁRIA ESQUERDA E O SEIO CORONÁRIO

JULIANA COSTA, MARLY DE OLIVEIRA, TEREZA L M MASCI, MARIA DA GLÓRIA C HORTA, ROBERTO M LOPES, CLAUDIO A O ANDRADE
SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

Fístula congênita das artérias coronárias é uma anomalia rara e representa a conexão entre a artéria coronária e uma das câmaras cardíacas ou outras estruturas vasculares. A incidência é de 0,002% na população geral e de 0,4% de todas as malformações cardíacas, sendo que apenas 7% desses casos drenam para o seio coronário. Pode estar associada a sobre carga de volume para as câmaras direitas e complicações como arritmia, isquemia miocárdica e morte súbita. Descrição do Caso: Paciente sexo feminino, três anos, parto por cesariana, prematura (trinta e quatro semanas), com história de parada cardiorrespiratória com duração de oito minutos após o parto. Evoluiu com desenvolvimento neuropsicomotor normal. Encaminhada para internação hospitalar com quadro de bronco espasmo acompanhado de dessaturação. O exame físico revelou sopro contínuo em borda esternal esquerda 3+/6+. Apresentava diagnóstico ecocardiográfico prévio de comunicação interatrial do tipo seio coronário e persistência da veia cava superior esquerda, sendo acompanhada ambulatorialmente. Realizado novo estudo ecocardiográfico, em serviço atual, que evidenciou artéria coronária esquerda dilatada, medindo 7,2mm, comum trajeto fistuloso e drenagem para o seio coronário o qual apresentava-se com dilatação aneurismática (Figuras 1 e 2). Funções ventriculares direita e esquerda preservadas. Hipótese Diagnóstica: Fístula de coronária esquerda para o seio coronário.



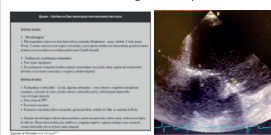
Condição: Realizado estudo hemodinâmico que confirmou os achados ecocardiográficos (Figura 3). Paciente foi submetida a oclusão por via percutânea da fistula coronariana com vascular plug II de 6 mm. O procedimento foi realizado sem intercorrências e até o relato deste caso a paciente evoluiu sem complicações. **Conclusão:** Em crianças sintomáticas, com fistulas de pequeno calibre e sem repressão hemodinâmica, a conduta pode ser expectante. A oclusão espontânea, ainda que rara, pode ocorrer. As fistulas coronárias de maior fluxo e calibre devem ser ocuidas precocemente, uma vez que podem estar associadas à progressão para insuficiência cardíaca e isquemia miocárdica pelo fenômeno de roubo coronariano. **Referências Bibliográficas:**1. Brown L, et al. A Practical Guide to Pediatric Coronary Artery Imaging with Echocardiography. *Journal of the American Society of Echocardiography*, 2015; 2. Pu, Lin, Yang L, et al. Wang J. Right coronary artery coronary artery aneurysm and fistula. *Journal of Echocardiography*, 2014; 3. Tardif J, et al. Use of Coronary Vascular Fistula Between Coronary Artery and the Left Atrium Following Maze Procedure. *Journal of the American Society of Echocardiography*, 2009; 4. Wright

EP014

ENDOCARDITE INFECCIOSA, UM DIAGNÓSTICO QUE EXIGE ALTA SUSPEIÇÃO - UM RELATO DE CASO

JULIANO MOREIRA REIS FILHO; BRUNO BEATO; ANDREZZA MENDES; RAFAEL COUTINHO; ANDRE RAUSCH
HOSPITAL FELÍCIO ROCHO

O diagnóstico da endocardite em valvas protéticas pode ser muito difícil, e a visualização das imagens por ecocardiografia pode ser desafiadora. A grande morbidade e mortalidade dos quadros torna mais importante o reconhecimento precoce da doença, dos agentes etiológicos e da instituição da terapia adequada. O diagnóstico da endocardite é baseado em achados clínicos, microbiológicos e ecocardiográficos. Os Critérios de Duke apresentam sensibilidade superior a 80% sendo utilizados naqueles casos em que exista suspeição clínica. Os principais fatores de risco são os pacientes portadores de valvopatias/troca valvar, endocardite prévia, dispositivos intracardíacos, doença estrutural cardíaca e uso de medicações ou drogas endovenosas. Relato de Caso: paciente a.c.d.s, 71 anos, sexo feminino, portadora de fibrilação atrial permanente e valvopatia reumática mitral com troca valvar na infância e retroca em 2016 (devido endocardite infecciosa) por prótese biológica, deu entrada em pronto atendimento devido a dispnéia progressiva (NYHA III) associada a hiporexia, febre vespertina diária (acima de 38°C) e perda ponderal de 15kg nos últimos 3 meses. Havia feito uso empírico de amoxicilina + clavulanato sem melhora efetiva do quadro, ao exame clínico apresentava-se hipocorada, além de uma redução do murmúrio em base direita e sopro sistólico em foco mitral similar ao já descrito de internações anteriores. Solicitado exames: hemoculturas seriadas sem crescimento bacteriano -vhs, pcr e mucoproteínas elevadas -anemia normocítica e normocrômica com hg de 8,0, ferritina elevada, ferro normal -ecocardiograma transesofágico inicial com prótese nonfunctional e sem evidências de vegetações ou massas -ct torax e ct abdome sem evidências de alterações infecciosas em atividade. Deixada manutenção de critérios infecciosos optado por repetir ecocardiograma transesofágico após 15 dias que demonstrou: imagem arredondada de média densidade aderida a base do anel mitral em sua face atrial lateralmente, medindo 6mm de aspecto compatível com vegetação. Iniciada antibioticoterapia com vancomicina + ceftriaxona. Discussão: Aproximadamente 20% dos pacientes com endocardite apresentam dispositivos intracardíacos/ prótese - esta população representa um grupo especial por possuir um fator predisponente comum, diferente perfil microbiológico e maior mortalidade. O uso dos tradicionais critérios de Duke nesses pacientes tem limitações, especialmente pela dificuldade da interpretação de lesões pelo ecocardiograma. Devido as limitações do exame, o uso do PET/CT poderia nos ter auxiliado no diagnóstico, visualizando alterações inflamatórias mais precocemente, alguns estudos mostraram aumento significativo na sensibilidade e acurácia dos resultados com uso deste método, porém uma melhor validação ainda é necessária. A identificação etiológica também tem papel central tanto para determinar o quadro quanto para orientar o tratamento, porém em aproximadamente 10% dos casos não se identifica o microorganismo, especialmente se o uso recente de antibióticos ou se o agente for um microorganismo de difícil isolamento como germes atípicos. Nesses casos testes sorológicos podiam aumentar a possibilidade de



Criterio de Duke

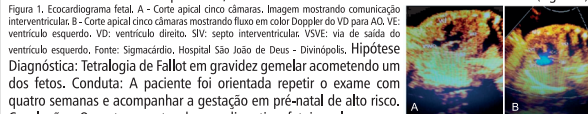
identificação dos patógenos. no caso apresentado a paciente ficou com diagnóstico de possível endocardite pelos Critério de Duke, com 1 critério maior e 2 menores. o uso prévio de antibióticos pode ter mascarados os sintomas, negativa do as culturas e retardado o reconhecimento da doença, entretanto o caso ilustra bem a dificuldade e a exigência de alta suspeita clínica para o reconhecimento final do quadro.

EP016

IMPORTÂNCIA DA ECOCARDIOGRAFIA FETAL NAS CARDIOPATIAS CONGÊNITAS: TETRALOGIA DE FALLOT.

OLIVEIRA, A. P.; LIMA, E. A.; RÊGES, R. B.; MARTINS, P. M.; STAPASOLLA, A. V. M.; MADRUGA, R. N.
HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS - DIVINÓPOLIS / MG.

As cardiopatias congênitas são de etiologia multifatorial e a maioria ocorre em gestões sem fator de risco, constituindo o rastreamento ultrassonográfico a melhor forma de detecção destas malformações antes do nascimento. Dentre estas, a tetralogia de Fallot (TOF) é a mais comum diagnosticada pelo ecocardiograma fetal^{12,9}. Aproximadamente metade das malformações é complexa e necessita de tratamento intervencionista após o nascimento, apresentando na sua história natural, mortalidade de 20 a 40% no período neonatal¹³. Descrição do Caso: Gestante de 31 anos, G2P1A0, assintomática, encaminhada pelo obstetra ambulatorialmente para realização de ecocardiograma pré-natal de gravidez gemelar, devido alteração no ultrassom obstétrico realizado na 26ª semana, descrito como frequência cardíaca abaixo do esperado para o feto sem outras alterações durante o pré-natal. Propedêutica: O ecocardiograma fetal foi realizado com 28 semanas de gestação. Durante o exame a paciente foi monitorizada não evidenciando alteração de pressão arterial, oximetria ou eletrocardiográfica. Foram evidenciados, situs solitus, ventrículo direito hipertrofico com comunicação interventricular subaórtica, acompanhada de aorta ascendente cavalcando septo tabelear. O fluxo pelo Doppler não evidenciou turbulência no nível da valva pulmonar, nem estreitamento da via de saída do ventrículo direito (Figura 1).



Conclusão: O rastreamento das cardiopatias fetais pelo ecocardiograma fetal utilizando, pelo menos três cortes, tornou-se muito sensível para o diagnóstico das cardiopatias congênitas. No diagnóstico anatômico da tetralogia de Fallot, entre outros, a presença de CIV subaórtica, cavalcamento da aorta, septo infundibular com desvio antero-superior e ainda obstrução da via de saída do ventrículo direito são as alterações que caracterizam a doença e facilmente vistas neste exame. Para tanto, a avaliação fetal da função cardíaca e seu reconhecimento precoce podem inferir na necessidade neonatal de correção cirúrgica ou mesmo de terapêutica intraútero estabelecendo o estatuto hemodinâmico. O rastreamento das cardiopatias fetais pelo ecocardiograma fetal utilizando, pelo menos três cortes, tornou-se muito sensível para o diagnóstico das cardiopatias congênitas. No diagnóstico anatômico da tetralogia de Fallot, entre outros, a presença de CIV subaórtica, cavalcamento da aorta, septo infundibular com desvio antero-superior e ainda obstrução da via de saída do ventrículo direito são as alterações que caracterizam a doença e facilmente vistas neste exame. Para tanto, a avaliação fetal da função cardíaca e seu reconhecimento precoce podem inferir na necessidade neonatal de correção cirúrgica ou mesmo de terapêutica intraútero estabelecendo o estatuto hemodinâmico.

(Recebido em 08/06/2017; aceito em 29/08/2017)

Tetralogia de Fallot no Neonato, Arg Bras Cardiol. Volume 68, nº 06, 1997; Z-Cavalho SRM, Mendes MC, Cavalli RC, Machado JC, Duarte G, Bezenceno AT, Rastromando - Diagnóstico Ecocardiográfico das Arteriais e Cardiopatias Congénitas Fetais, Rev Bras Cinecitol Domo; 2005; 30(4) : 3-9

Arg Bras Cardiovasc; 2000; 15 (D): 143-52.; 4-Pfuhl Jantal M, Mundt, Faugland Torgersen MD, Kasesmí Srisunpunt, MD, Suchaya Leelayuwat, MD, Kuntheart Trasilasin, MD, Theera Tongpong, MD; Quantitative Caricard Assessment In Pediatric Patients With Tetralogy Of Fallot by the American Institute of Ultrasound in Medicine. J Ultrasound Med Biol. 2005; 33:1481–1488.; Pooja Swamy, MD., Aditya Bhargava, MD., Padmini Varadarajan, MD., and Ramdas G. Pai, MD., Echocardiographic Evaluation of the Tetralogy of Fallot, DOI: 10.1111/jecho.12437, Department of Cardiology, Loma Linda University Medical Center, Loma Linda, California, United States, AIOI.COM.BS © Color and Laser Doppler Combined with Fast Intensity Mapping Echo-cardiography (FINE) to Evaluate the Fetal Heart, DOI: 10.1002/lvs.1725, Ultrasound Obstet Gynecol V2017.

EP017

MIXOMA ATRIAL ESQUERDO TRATADO CIRURGICAMENTE: RELATO DE CASO

LAÍS ANDRADE REZENDE, NATÁLIA CHAGAS TEIXEIRA, TAMARA TAVARES LEÃO, JEMIMA SANT'ANNA, JAQUELINE RODRIGUES SIMÃO

HOSPITAL VERA CRUZ

O mixoma é o tipo mais comum de tumor cardíaco primário. Caracteriza-se por proliferação celular anormal das células mesenquimais multipotenciais subendocárdicas. Cerca de 88% ocorrem no átrio esquerdo e 65% ocorrem em mulheres. A maioria dos pacientes se apresenta com, pelo menos, um dos sinais da tríade clássica: obstrução cardíaca, manifestação embólica e sintomas sistêmicos. Tem sido relatado que o mixoma pode embolizar, praticamente, para qualquer órgão ou tecido, daí a importância no diagnóstico e tratamento. Objetivo e Método: Este trabalho visa relatar um caso de mixoma de átrio esquerdo em paciente do sexo feminino, 67 anos, tratado cirurgicamente. Utilizou-se revisão de literatura em meio eletrônico, pesquisa bibliográfica com a utilização de livro texto. Descrição de Caso: Paciente de 67 anos, sexo feminino, previamente hígida, com relato de dispneia progressiva durante realização de atividade física. Procurou atendimento ambulatorial com cardiologista, sendo realizado Ecocardiograma Transtorácico. O exame evidenciou mixoma em átrio esquerdo, sendo posteriormente confirmado por Ressonância cardíaca. Foi indicado tratamento cirúrgico. Resultado: A paciente foi submetida a cirurgia cardíaca para exérese da lesão tumor além átrio esquerdo. A lesão era de aspecto mucoso pediculado. Não houve intercorrências, apresentou sangramento habitual e recebeu alta no sexto dia de internação. A remoção cirúrgica geralmente é curativa. A taxa de recidiva do tumor é baixa, e a sobrevida após a cirurgia é elevada. Conclusão: Apesar de benigno, este tumor pode levar à evolução desfavorável. Sabe-se que suas manifestações clínicas podem ser variadas de acordo com a topografia e o acometimento cardíaco. O diagnóstico precoce e sua remoção cirúrgica previnem complicações. Deve-se atentar para esse diagnóstico como possível causa de manifestações sistêmicas inespecíficas. Faz necessário incluir esta entidade nosológica no diagnóstico diferencial de doenças que apresentem-se como as síndromes de tromboembolia cerebral e insuficiência cardíaca. Referências Bibliográficas: R. MOTTA, COLEN FILHO, A. COLEN, S. VIEIRA, R. ALVES, BORGES, C. ARAÚJO, Mixomado átrio esquerdo: relato de 3 casos, Rev Bras Cir Cardiovascul, 12n, 4 São Paulo, 1997; FERREIRA, M. C. F., POTT, H. J., Mixoma Cardíaco: Patologia e Correlação Clínica em M. Aterial de Ressecção Cirúrgica, Arq Med v.23 n.5 Porto, 2009; MANUS, B. Tumores primários do coração. In: BONOW, R. O. et al. Braunwald, tratado de doenças cardiovasculares, 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, cap. 74, p.1677-1689.



insetadas. Faz necessário incluir esta entidade nosológica no diagnóstico diferencial de doenças que apresentem-se como as síndromes de tromboembolia cerebral e insuficiência cardíaca. Referências Bibliográficas: R. MOTTA, COLEN FILHO, A. COLEN, S. VIEIRA, R. ALVES, BORGES, C. ARAÚJO, Mixomado átrio esquerdo: relato de 3 casos, Rev Bras Cir Cardiovascul, 12n, 4 São Paulo, 1997; FERREIRA, M. C. F., POTT, H. J., Mixoma Cardíaco: Patologia e Correlação Clínica em M. Aterial de Ressecção Cirúrgica, Arq Med v.23 n.5 Porto, 2009; MANUS, B. Tumores primários do coração. In: BONOW, R. O. et al. Braunwald, tratado de doenças cardiovasculares, 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, cap. 74, p.1677-1689.

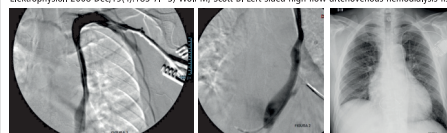
EP018

PERSISTÊNCIA DE VEIA CAVA SUPERIOR ESQUERDA EM PACIENTE SUBMETIDO A IMPLANTE DE MARCAPASSO DEFINITIVO

SAULO AUGUSTO SILVA MANTOVANI, CÁSSIO MENEZES NOGUEIRA, KASSIO AKIO TANAKA, ALEXANDRE SOUTELO SOUTO DA SILVA, LUIZ CLÁUDIO MOREIRA LIMA

HOSPITAL MADRE TERESA - BELO HORIZONTE

A Persistência da Veia Cava Superior Esquerda (PVCSE), apesar de rara, é uma anomalia congênita venosa do tórax mais frequente, sendo encontrada em 0,3 a 0,5% da população geral. A PVCSE é normalmente assintomática e, portanto, sua presença é notada geralmente como achado incidental durante procedimento de implante de dispositivos cardíacos, o que pode gerar dificuldades técnicas. Em 90% dos casos, a veia cava superior esquerda desemboca no átrio direito pelo seio coronariano e em 10% no átrio esquerdo. Descrição do Caso, Hipótese Diagnóstica e Conduta Adotada: Paciente, sexo masculino, 77 anos, previamente hipertenso, diabético, dislipidêmico, portador de insuficiência cardíaca congestiva e doença renal crônica em hemodiálise com fistula arteriovenosa em membro superior direito, foi encaminhado ao nosso serviço devido a episódios de vertigem, sudorese e síncope com 3 meses de evolução. Em investigação, Holter de 24h evidenciou doença do nó sinusal, sendo internado no dia 08/05/2018 para implante de marcapasso definitivo. A admissão encontrava-se em bom estado geral, lúcido e orientado, hipocorado, hidratado, acianótico e anictérico. Ritmo cardíaco irregular (fibrilação atrial com frequência ventricular controlada), bulhas normofonéticas e sem sopros. Sons respiratórios normais. Abdome flácido, com ruídos hidroaéreos presentes, sem massas ou viceromegalias palpáveis. Membros inferiores sem edemas e panturrilhas livres. No mesmo dia, admitido no bloco cirúrgico, e pela presença de fistula arteriovenosa em membro superior direito optado por implante de marcapasso à esquerda (VII). Realizado dissecação de veia céfalica esquerda, e após passagem de eletrodo, notava-se que o eletrodo encontrava-se à esquerda da silhueta cardíaca. Realizada angiografia (figuras 1 e 2) que revelou PVCSE com drenagem em seio coronariano direito. Passado novamente eletrodo, direcionado ao ventrículo direito, seguido de implante de gerador em bolsa infradiaphragmática esquerda. (figura 3) No pós-operatório paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta no dia seguinte (09/05/2018). Conclusão: O aumento do número de implantes de dispositivos intracardíacos elevou o número de casos detectados de PVCSE4. Portanto, o conhecimento dessa variação e de sua anatomia faz-se importante no implante desses dispositivos, uma vez que pode levar a dificuldades na execução desse procedimento. Referências Bibliográficas: 1) Moss, Adams, Heart Disease in Infants, Children, and Adolescents Including the Fetus and Young Adult, 6th ed. 2000 2) Kraler K, Pöker J, von Birgelen C, Scholten ME. Challenging pacemaker implantation: persistent left superior vena cava with absent right superior vena cava. Herzschrittmacherther Elektrophysiol. 2008 Dec;19(4):185-7. 3) Wolf M, Scott B. Left-sided high-flow arteriovenous hemodialysis fistula combined with a persistent left superior vena cava causing coronary sinus dilatation. Semin Dial. 2013 4) Ratiff H, Yousufuddin M, Liewing WR, Watson BE, Malas A, Rosencrance G, McCowan RJ. Persistent left superior vena cava: case reports and clinical implications. Int J Cardiol 2006



EP019

DESAFIO TERAPÊUTICO: ANGIOEMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA MESENTÉRICA APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

GEOVANNI GABRIEL ALMEIDA BRITO¹, MARIANE JAMALRIBEIRO¹, SAULO AUGUSTO SILVA MANTOVANI¹, CLAUDIO PEREIRA DA SILVA JUNIOR¹, MARCOS ANTONIO MARINO¹, BARBARA CAMPOS ABREU MARINO^{1,2}

(1)HOSPITAL MADRE TERESA-BELO HORIZONTE (2)FACULDADE DE MEDICINA-PUC-BETIM

O trauma abdominal contuso é responsável pela maioria das lesões abdominais atendidas nas emergências hospitalares, e apresenta alta morbidade e mortalidade substanciais. A maioria dos casos está relacionada à colisão de veículos motorizados e a lesão intra-abdominal representa aproximadamente 13% dos casos. Relato de Caso: Paciente 38 anos, sexo masculino, previamente hígido, vítima de acidente automobilístico, colisão frontal carro-carro, admitido na unidade hospitalar de Ouroréto. Realizado tomografia (TC) de abdome que evidenciou líquido livre em cavidade abdominal, sugerindo componente hemorrágico associado. Encaminhado à nossa unidade hospitalar; admitido hipotenso, taquicárdico, hipocorado, com sinais de choque hemorrágico e com dor abdominal intensa. Avaliado pela equipe de cirurgia geral realizado TC de abdome com contraste que mostrou: coleção heterogênea de 335cm³ e extravasamento do contraste para o interior da coleção relacionado ao ramo vascular da artéria mesentérica inferior. Paciente encaminhado para o serviço de hemodinâmica para realização de arteriografia. Observado sangramento ativo na arteriografia em mesentérica inferior e realizada embolização da mesma. Encaminhado para unidade de terapia intensiva, manteve estável, porém com quadro de dor abdominal. Realizada TC de controle que evidenciou lesão sub capsula relaceração esplênica, sem novos sinais de hemorragia abdominal. Equipe de cirurgia geral optou por esplenectomia e autoimplante esplênico com 20 fragmentos de 1,5x1,5 fixado no epiplão. Paciente evoluiu bem no pós-operatório em necessidade de aminas, estável hemodinamicamente. Discussão: Após um trauma a hipotensão, na maioria das vezes, resulta de hemorragia de um órgão abdominal sólido ou lesão vascular intra-abdominal. Os estudos radiológicos podem fornecer informações importantes, e a TC tornou-se o principal método para identificar lesão intra-abdominal, no entanto, é um teste insensível para lesões mesentéricas. A arteriografia com angioembolização, passar ser segura quando os pacientes são bem selecionados, através de dados clínicos e de imagem com evidência de hematoma retroperitoneal e extravasamento de contraste ativo. Conclusão: Em alguns casos, a arteriografia pode ser uma estratégia cirúrgica que abdicar da reparação das lesões em favor do controle da hemorragia e estabilização imediata do traumatizado, para reparação orgânica definitiva num segundo tempo. Referências Bibliográficas: 1) Lima SO, Cabral FLD, Pinto Neto AF, Mesquita FNB, Feitosa MFG, Santana VR. Avaliação epidemiológica das vítimas de trauma abdominal submetidas ao tratamento cirúrgico. Rev Col Bras Cir. 2012;39 (4):30 2) Slesinger J L, Marx J. Advances in abdominal trauma. Emerg Med Clin North Am. 2007; 25(7): 313-318. 3) Rostas J, Cason B, Simmons J, et al. The validity of abdominal examination in blunt trauma patients with isolated injuries. J Trauma Acute Care Surg 2015; 78:1095 4) Holmes J E, Mc Gahan J P, Wisner D H. Radiographic abdominal injury after an abdominal computed tomographic scan in adults with blunt trauma. Am J Emerg Med 2012; 30:574 5) Steenbur S D, Petersen M J, Shen C, Lin H. Multi-detector CT of blunt mesenteric injuries: usefulness of imaging findings for predicting surgically significant bowel injuries. Abdom Imaging 2015; 40:1026 6) Salim A, Teixeira PG, DuBoise J, et al. Predictors of positive angiography in pelvic fractures: a prospective study. J Am Coll Surg 2008; 207:656.



EP020

HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO: UM RELATO DE CASO - HIPERTENSÃO ARTERIAL RESISTENTE SECUNDÁRIA A HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO COMPLICADA COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

CRUZ, B. I. V. M.; RIBEIRO, L. G.; CHAVES, J. A. C.; CARVALHO, L. N.; GOD, E. M. G.

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL SOCOR.

A prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) secundária é estimada em 3-5%. O hiperaldosteronismo primário (HAP) é causado por produção excessiva, inadequada e autônoma de aldosterona. A prevalência em hipertensos é de 2-22%. Deve ser suscitado em casos de HAS de difícil controle associada a hipocalcemia e/ou nódulo adrenal, entretanto somente uma minoria dos pacientes manifestará hipocalcemia (9-37%). Estes pacientes apresentam uma maior morbimortalidade cardiovascular que hipertensos primários, comparados por idade e sexo, com o mesmo nível de elevação da PA. Quando unilateral, a adrenalectomia resulta em cura em cerca de 30-60% dos pacientes. Descrição de Caso: EJAR, 55 anos, sexo masculino, casado, branco, natural de Bocalva e procedente de BH, Analista de sistemas. Sabidamente HAS desde 2013, com controle inadequado da PA, mesmo em uso regular de: Olmesartana 40mg/dia, Amlodipino 5mg/dia, Nebivolol 5mg/dia, Clonidina 0,2mg/12h, Hidralazina 50mg/8h, Indapamida 1,5mg/dia. Além disso, diabético em uso de insulina, obeso Grau I (tabagista 30anos/maço). Encaminhado ao PS, em março de 2018, devido a queixa de cefaleia e elevação dos níveis pressóricos (PA230/130mmHg, não casado). Na admissão, foi identificada hipocalcemia (K2,3mmol/L), a despeito de reposição oral de Kd, que era realizada em domicílio, após identificação do distúrbio em interação no ano anterior, por Dengue. Optado por internação para correção de hipocalcemia e ajuste das medicações. Avaliado na enfermagem, encontrava-se assintomático e apresentava-se ao exame físico em bom estado geral, normocorado, hidratado, afebril, eunepico, com peso de 101,5kg, IMC32,7kg/m², FC de 72bpm PA de 180/120mmHg em ambos membros superiores, sem hipotensão postural. O restante do exame físico era normal. Devido a refratariedade do controle pressórico e alta probabilidade de HAP, optado por iniciar propedêutica direcionada. Hipótese Diagnóstica e Condutas: Hiperaldosteronismo Primário. Após alcance da normocalcemia, foram solicitados exames que mostraram: aldosteronásia (A): 32,4ng/dl; dosagem da atividade de reninoplasma (ARP): 0,07ng/mL/h. A relação da aldosterona com a atividade de reninoplasma (A/ARP) foi de 462,8As medicações anti-hipertensivas sofreram ajuste gradual e a normocalcemia era mantida às custas de reposição constante de potássio. Estudo tomográfico evidenciou formação nodular na base lateral da adrenal esquerda, de cerca de 1,5x1,4cm de diâmetro, sugestiva de adenoma e Doppler de artérias renais sem sinais de estenose. Hipercoagulabilidade foi afastado. Foi realizado também o teste postural e o teste com Captipr, que confirmaram HAP. Foi optado por iniciar tratamento clínico com Espironolactona 50mg/dia e referenciado para tratamento cirúrgico. Recebeu alta em uso de: Clonidina 0,15mg BID, Hidralazina 25mg/dia, Losartan 50mg 12/12h, Hidralazina 50mg 8/8h, Nebivolol 5mg/dia, Cloreto de potássio 2400mg/dia. Durante o preparo pré-operatório ambulatorial, o paciente evoluiu com quadro de dor torácica típica e ECG evidenciando infarto agudo do miocárdio com supra-ST. Encaminhado à cineangiogramiografia de urgência que mostrou: DA oclusão distal, ramo diagonal com obstrução crítica, ME e DP oclusões com colateral e VE com moderada hipocinesia anterior. Foi realizada angioplastia com balão em DA distal e implante de stent farmacológico em ramo diagonal. Considerando a necessidade da terapia anti-plaquetária dupla e o novo quadro hemodinâmico instável, a cirurgia foi postergada e o tratamento clínico otimizado. Conclusão: O HAP por adenoma adrenal é causa de hipertensão secundária pouco lembrada frente ao paciente com hipertensão, retardando o diagnóstico e implicando em exposição a eventos cardiovasculares graves, com redução da chance de cura da hipertensão arterial sistêmica. Referência Bibliográfica: 1. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de cardiologia. 2016. 2. Funder J W et al. The management of primary aldosteronism: case detection, Diagnosis and Treatment. 2016. 3. Sawka A M et al. Primary aldosteronism: factors associated with normalization of blood pressure after surgery. Ann Intern Med. 2014. Braunwald, Tratado de doenças cardiovasculares, 10ª edição, 2017.



Tab. 1. Resultados dos exames.

	Aldosterona	Atividade de Renina
Triagem	32,4	<0,07
Teste Postural às 6h	47,4	<0,07
Teste Postural às 8h	71,6	<0,07
Teste Postural às 14h	37	<0,07
Teste do Captipr às 16h	32,2	0,1
Teste do Captipr às 16h	83,2	0,2

Fig. 2 e 3. Tomografia de abdome evidenciando possível adenoma adrenal.

EP021

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRA ST E ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO EM PACIENTE PORTADOR DE FIBRILAÇÃO ATRIAL E NEOPLASIA DE CÓLON: MÚLTIPLOS DIAGNÓSTICOS E VÁRIOS DILEMAS TERAPÊUTICOS: RELATO DE CASO

PINTO, LIMA; OLIVEIRA, ACBS. OLIVEIRA, LB. ORNELAS, CE. BARBOSA, MPT. PENA, HPM
HOSPITAL MATER DEI

A concomitância de síndrome coronariana aguda e fibrilação atrial (FA) é frequente, em aproximadamente 21% dos casos. Recentes Ensaios Clínicos^{1,2,3,4} trouxeram a possibilidade de se utilizar a Terapia Dupla (antitrombótico associada a apenas um antiagregante plaquetário), com vantagem em relação à menor risco de sangramento, mas sem significância estatística quanto ao benefício relativo a trombose de stent, reinfarcto e prevenção de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVC-I) quando comparado a Terapia Tripla (dupla antiagregação plaquetária + Varfarina). As Diretrizes restringem-se às orientações grau de evidência C: pacientes com IAMCSST e FA e alto risco de sangramento devem ser tratados com terapia tripla no primeiro mês, seguindo de terapia dupla do 2º ao 12º mês. Objetivo: Apresentamos um caso clínico complexo, onde houve concomitância de vários eventos clínicos: IAMCSST e FA, associadas a AVC-I agudo e Neoplasia de Cólon (com proposta cirúrgica já definida), e vários dilemas terapêuticos: 1) Qual a melhor combinação de anticoagulante oral e antiplaquetários no IAM e FA? 2) Como manejar a anticoagulação pós AVC-I agudo? 3) Como ajustar antitrombóticos e quando realizar a cirurgia para tratamento do câncer, em paciente pós-IAM e stent? Relato de Caso: Paciente, sexo masculino, 66 anos, portador de Hipertensão Arterial, Tabagismo, FA e Adenocarcinoma de Cólon. Havia interrompido o uso de Rivaroxabana em função da programação cirúrgica de quadro neoplásico. Atendido no pronto-atendimento com dor torácica tipo A. ECG (figura 1) mostrava ritmo de FA e supra-ST em parede inferior.

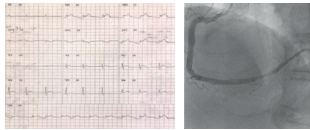


Figura 1

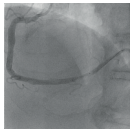


Figura 2

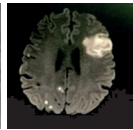


Figura 3

Exame clínico: afasia, com outro déficit neurológico, PA140x80mmHg, FC 87 bpm. Tratado com Ácido Acetilsalicílico (AAS), Ticagrelor e angioplastia primária com implante de stent convencional em artéria CD (figura 2). Tratamento sequencial: Ticagrelor + Rivaroxabana 15 mg iniciado após 3 dias de angioplastia. Evolução clínica: Killip I. Melhora do déficit neurológico. ECOT: Acinesia parede inferior, FEVE: 59%, Ressonância de cérebro (figura 3): pequenos infartos recentes, multifocais, e infarto isquêmico mais extenso frontal inferior esquerdo. Submetido, 1 mês após o IAM, a ressecção de grande lesão tumoral em cólon. O Ticagrelor foi trocado para AAS e o anticoagulante oral foi suspenso 48 horas antes. Procedimento cirúrgico sem complicações, com posterior retorno à dupla anticoagulação. Conclusão: A prática clínica nos expõe a dilemas terapêuticos muitas vezes não contemplados pelos ensaios clínicos, nem daramente orientados pelas Diretrizes. Neste caso, a sobreposição de eventos clínicos exigiu análise crítica da literatura e compreensão da particularidade do indivíduo, na busca do melhor plano terapêutico possível.

Referências Bibliográficas: 1. Dewilde WJ, et al. Use of clopidogrel with or without aspirin in patients taking oral anticoagulant therapy and undergoing percutaneous coronary intervention: an open-label, randomised, controlled trial. *Lancet* 2013;381:1107-1115. 2. Fiedler KA, et al. Duration of triple therapy in patients requiring oral anticoagulation after drug-eluting stent implantation: the ISAR-TROPE Trial. *J Am Coll Cardiol* 2015;65:1619-1629. 3. Gibson CM, Mehta SR, Bode C, Halperin J, Verhaeght FW, Wildgoose P, et al. Prevention of bleeding in patients with atrial fibrillation undergoing PCLN. *W Engl J Med* 2016;375:2423-2434.

EP022

PERICARDITE TUBERCULOSA - RELATO DE CASO

GALUBER SOUSA MENDES MOTA; ANA LUIZA SOBREIRA SENA; MARINA RESENDE BARATA; KAROLINA FREIRE KOSAC; JUNIA MATA TAVARES PEREIRA DO NASCIMENTO; DÉBORA CRISTOFORINI TEIXEIRA
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE

A tuberculose (TB) pericárdica é uma importante manifestação de tuberculose extra-pulmonar, com incidência em aproximadamente 1 a 2% dos casos. A infecção pericárdica por *Mycobacterium tuberculosis* pode ocorrer por meio da extensão da infecção pulmonar ou árvore traqueobrônquica, linfonodos adjacentes, esterno ou disseminação miliar. Em muitos pacientes, a pericardite tuberculosa representa doença de reativação, e o foco principal da infecção pode ser inaparente. Os pacientes apresentam clínica típica de pericardite ou tamponamento cardíaco. O diagnóstico é estabelecido por meio da detecção de bacilos da TBC em esfregaços ou cultura de líquido pericárdico e / ou pela detecção de bacilos da TBC ou granuloma capsular no exame histológico do pericárdio. A abordagem da terapia para o tratamento da pericardite tuberculosa é geralmente a mesma que a da TB pulmonar. Relato de Caso: G.C.E., 66 anos, masculino, história prévia de hipotireoidismo e HAS, apresentava quadro de 15 dias de evolução de tosse seca e dispnéia. Realizou tratamento para pneumonia comunitária, sem melhora. Apresentava aumento de área cardíaca e derrame pleural a esquerda ao RX de tórax e derrame pericárdico difuso, moderado a importante, sem restrição diastólica (swimming heart) ao ecocardiograma. Foi admitido na enfermaria de cardiologia para extensão propedêutica. Paciente não apresentou febre, perda ponderal, dor torácica ou outros sintomas sistêmicos no período. Encontrava-se estável e sem sinais clínicos de tamponamento cardíaco. Após 3 dias evoluiu com hipertensão, turgência jugular e abafamento de bulhas, caracterizando a triade de Beck. Realizou ecocardiograma de urgência evidenciando colapso diastólico de AD e VD, além de diminuição da onda E mitral em mais de 50% com a inspiração. Realizada pericardiocentese (500ml) e toracocentese (1000ml) com coleta de material para análise. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, sem recidiva do derrame pericárdico. A análise do líquido mostrou um BAAR negativo e ADA de 72. Biópsia de pericárdio com granulomas sugestivos de TB, confirmando o diagnóstico. Foi então iniciado tratamento clínico com esquema RHZE padrão e atualmente paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial, sem recidiva do derrame pericárdico até o presente momento. Conclusão: Diante da alta prevalência de tuberculose no Brasil, esta deve sempre ser uma das principais hipóteses diagnósticas frente a um paciente com derrame pericárdico, seja na vigência de pericardite aguda ou não. O tratamento possui altas taxas de cura, devendo sempre ser instituído assim que o diagnóstico for estabelecido, para diminuir o risco de complicações graves. Referências Bibliográficas: - Trautner BW, Darouiche RO (2001) Tuberculous pericarditis: optimal diagnosis and management. *Clin Infect Dis* 33: 954-961. - Corey GR, Campbell PT, Tsig PV, Kenney RT, O'Connor CM (1993) Etiology of large pericardial effusions. *Am J Med* 95: 209-213. - Reuter R, Burgess LJ, Doubell AF (2005) Role of chest radiography in diagnosing patients with tuberculous pericarditis. *Cardiovasc J S Afr* 16: 108. - Golden ME, Wikram HR (2005) Extrapulmonary tuberculosis: an overview. *Am Fam Physician* 72: 1761-1768.

EP024

HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO - RELATO DE CASO

SIQUEIRA, BRUNA PINTO E; CARDOSO, BRUNNO BARBALHO; MENDES, ANDREZZA DE OLIVEIRA; COUTINHO, RAFAEL MEIRA; GUSMÃO, JOÃO BATISTA
HOSPITAL FELÍCIO ROCHO

A hipertensão arterial sistêmica secundária tem prevalência de 3% a 5% das causas de hipertensão arterial, sendo que o hiperaldosteronismo primário apresenta uma incidência variável de 0,05 a 2% em hipertensos com quadro característico de hipocalemia, produção aumentada de aldosterona, redução ou supressão da renina, relação aldosterona/renina elevada e alcalose metabólica. As causas mais comuns de hiperaldosteronismo primário são adenomas produtores de aldosterona e hiperplasia adrenal bilateral, mas pode também ser causado por carcinoma adrenal e tumores extra-adrenais produtores de aldosterona. O adenoma produtor de aldosterona (aldosteronoma) foi descrito pela primeira vez por Conn em 1954. Hoje é a causa mais importante de hiperaldosteronismo e representa uma das poucas causas curáveis de hipertensão arterial de origem secundária. Estes tumores são normalmente pequenos (menos de 2 cm de diâmetro), benignos, têm cor amarelada em sua cápsula com diferentes tipos celulares adrenais visíveis à microscopia. Os pacientes podem se apresentar de forma assintomática ou oligossintomática, com sintomas decorrentes do próprio quadro hipertensivo ou das complicações geradas pela hipocalemia (polúria, noctúria, câimbras musculares, fraqueza muscular excessiva, parestesias, tetania e até paralisias musculares). Caracteriza-se por hipertensão arterial, hipocalemia, excreção urinária excessiva de potássio e alcalose metabólica. Objetivo: Descrever um caso de hipertensão arterial sistêmica secundária a hiperaldosteronismo primário secundário a adenoma produtor de aldosterona em uma paciente jovem com diagnóstico recente de hipertensão e hipocalemia. Revér seu diagnóstico, tratamento e recomendações baseadas em evidências. Descrição do Caso: L.N.F.S., 26 anos, sexo feminino, diagnóstico de hipertensão há 2 anos, sem investigação prévia de hipertensão secundária, sem outras comorbidades. Uso regular de hidroclorotiazida e anlodipina, mas mantendo níveis pressóricos elevados (PAS > 180mmHg). Há 2 meses vinha apresentando quadro de náuseas, mal-estar geral, vômitos, polimialgia, poliartralgia, rigidez musculares paroxísicas e episódios de crise hipertensiva acompanhado de dispnéia, palpitações, sudorese e cefaleia. Procurou PA em 19/04/18 devido piora dos sintomas com dispnéia e cefaleia occipital além de hipocalemia importante (K<2,2) e hipertensão (PA180x120mmHg). Internada para extensão de propedêutica onde foi visto exame de aldosterona elevada (119-VR1, 8 a 23), atividade plasmática da renina normal e RM de abdome com um adenoma suprarrenal esquerdo (2,2x2x1,8cm) (figura 1), sendo realizado adrenalectomia esquerda videolaparoscópica (figura 2) em 03/05/18, com anatomo patológico com características de adenoma cortical. Paciente evoluiu bem no PO, com bom controle pressórico e iônico com normalização dos níveis séricos de potássio após a cirurgia. Paciente recebe alta hospitalar em 06/05 com normalização da aldosterona (3,5) e do potássio (3,7), com prescrição de losartana 50mgMD. Conclusão: O hiperaldosteronismo primário é o termo genérico de uma série de distúrbios associados com excesso crônico de aldosterona. A causa mais comum é um adenoma solitário produtor de aldosterona, uma das poucas causas curáveis de hipertensão arterial, que leva normalização de níveis pressóricos e iônicos em pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial secundária. Em relação ao tratamento, em pacientes com doença unilateral a adrenalectomia laparoscópica é a abordagem preferida. Já os pacientes com hiperaldosteronismo idiopático bilateral, a terapia medicamentosa com os antagonistas dos receptores de mineralocorticóides é o tratamento de escolha. Referências Bibliográficas: • Hipertensão arterial sistêmica secundária. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão - DBHVI. Rev Bras Hipertens vol.1(1):44-51,2010. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dbr/vol17-1171-cap07.pdf> • CAPELETTI, J. T. et al. Hiperaldosteronismo primário: diagnóstico e complicações clínicas. Rev Bras Hipertens vol.16(1):65-68, 2009. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dbr/vol16-120-hiperaldosteronismo.pdf> • Carvalho A, Carvalho R. Hiperaldosteronismo primário - novas perspectivas. Revista portuguesa de endocrinologia, diabetes e metabolismo - 2008(02) • MARTIN, J.F.V.; Et al. Adenoma de Conn. Uma Causa de Hipertensão e Hipocalemia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 83, Nº1, Julho 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v83n1/2170.pdf> • Young, W.F. Diagnosis of primary aldosteronism. This topic last updated: Jul 18, 2018. • Young, W. F. Treatment of primary aldosteronism. This topic last updated: Mar 27, 2018.



FIGURA1: RM com adenoma em suprarrenal esquerda (2,2x2x1,8cm)



FIGURA2: Pecuniografia

EP023

CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA E ABLAÇÃO ALCOÓLICA

LIVIA ROQUETE MARINHO; REYNEER COELHO; MARCIO JÚNIOR; LARISSA COLARES; DYOGO VILLELA
BIOCOR INSTITUTO

A Cardiomiopatia Hipertrofica é a mais comum das doenças cardiovasculares genéticas, sendo causa frequente de morte súbita em jovens, incluindo atletas. Caracteriza-se pela presença de um ventrículo esquerdo espessado porém não dilatado, na ausência de outras condições sistêmicas capazes de produzir hipertrofia ventricular esquerda. Dentre os sintomas, tem-se síncope e pré-síncope, explicados por arritmia ou obstrução da via de saída. Das possibilidades de tratamento não farmacológico, têm-se o tratamento percutâneo com alcoolização. Objetivo: Expor caso clínico real de paciente com cardiomiopatia hipertrofica sintomática com melhora após tratamento com alcoolização. Método: Relato retrospectivo de caso clínico paciente com cardiomiopatia obstrutiva sintomática tratada com ablação alcoólica e acompanhamento ambulatorial assintomático. Resultado: Paciente E.N.A.F., 43 anos, com queixas de síncope de repetição ao esforço físico durante anos, vários episódios até então diagnosticados como síncope vagais. Sem outras queixas. História pregressa e história familiar: nada digno de nota. Diagnóstico secundário de hipotireoidismo laboratorial. Exame físico: Sopro Sístólico ++ em via de saída de VE. ECG: Sugere Sobrecarga ventricular esquerda (vide foto). Em Março de 2012, paciente encaminhada ao serviço de ecocardiografia que mostrava miocardiopatia hipertrofica com obstrução dinâmica e gradiente de pico de 113mmHg. Após diagnóstico, paciente intercorreu com três episódios de síncope em duas semanas. Optado então por encaminhá-la ao tratamento percutâneo com alcoolização. Procedimento com sucesso, sem intercorrências. Gradiente reduzido a 16mmHg ao repouso e 29mmHg após valsalva. Em retorno ambulatorial após duas semanas do procedimento, iniciado betabloqueador (selozok50mg 1 vez ao dia). Em acompanhamento clínico regular, 5 anos após tratamento percutâneo, paciente encontra-se sem novos episódios sincopal, sendo mantidos dados ecocardiográficos. Conclusão: As terapêuticas invasivas são alternativas para os pacientes que mantêm queixas na cardiomiopatia hipertrofica apesar do tratamento farmacológico. Dentre esses tratamentos invasivos, temos a ablação alcoólica que visa a provocação de necrose miocárdica circunscrita ao septo basal através de injeção intracoronariana de álcool. O objetivo é a diminuição da espessura do septo e, consequentemente, diminuição do gradiente subaórtico. Através de 3 diferentes fases: diminuição do gradiente pelo stunning do miocárdio; edema da região necrosada (5 a 10 dias de duração) e, finalmente a fase de remodelamento que se estabelece por volta do 3º mês. Dentre os critérios clínicos para submissão ao tratamento percutâneo, tem-se: pacientes refratários ao tratamento clínico; idade maior a 30 anos; classe NYHA III ou IV, síncope induzida por exercício ou hipotensão ao esforço; gradiente em repouso > 30mmHg, movimento anterior sistólico e insuficiência mitral discreta a moderada. O álcool produz toxicidade direta que leva necrose de coagulação tanto do miocárdio quanto da artéria septal e dos ramos atingidos, evita ainda, o desenvolvimento de colaterais no território miocárdico irrigado pelo ramo septal, permitindo a diminuição tardia da espessura do septo. Referências Bibliográficas: - 3º e 4º Manual tratado de doenças cardiovasculares -AHA 2011Guideline -Meta analysis of septal reduction the rapies for obstructive hypertrophic cardiomyopathy, 2013

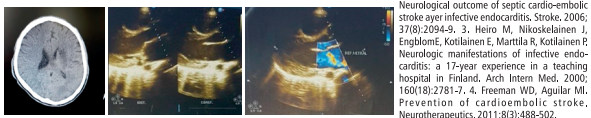
EP 025

AVC ISQUÊMICO SECUNDÁRIO A ÊMBOLO SÉPTICO ORIGINÁRIO DE ENDOCARDITE DE VÁLVULA MITRAL

KAROLINE FREIRE KOSAC; DÉBORA CRISTOFORIDIS TEIXEIRA; JÚNIA MATA TAVARES PEREIRA DO NASCIMENTO; MARINA REZENDE BARATA; ANA LUIZA SOBREIRA SENA.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE.

A endocardite refere-se à infecção da superfície endocárdica, e costuma acometer ao menos uma das válvulas cardíacas. Há inúmeros fatores de risco para o desenvolvimento da doença como a própria infecção previamente, valva protética, doença valvar, cardiopatia congênita e outros fatores não cardíacos como o uso de droga intravenosa, cateter intravenoso, imunossupressão, ou procedimento dentário e/ou cirúrgico. As manifestações da endocardite são variáveis, em geral no quadro agudo alterações típicas da doença se desenvolvem precocemente. A febre é o sintoma mais comum, acometendo mais de 90% dos pacientes, às vezes associado a calafrio, anorexia e perda de peso. Há uma variedade de complicações da endocardite devido à embolização séptica, tais alterações podem estar presentes no início da doença ou podem se desenvolver subsequentemente. Complicações neurológicas como AVE de origem embólica, hemorragia intracerebral e abscesso podem acometer mais de 40% dos pacientes. Descrição de Caso: E.M.M.S., 25 anos, submetido a correção de comunicação interatrial com utilização de enxerto de pericárdio bovino em fevereiro de 2018. Após procedimento, evoluiu com quadro de dispnéia progressiva e insuficiência respiratória, sendo necessário intubação orotraqueal. Transferido para CTI, devido instabilidade clínica, onde evoluiu com choque catiárdico. Observada a formação de derrame pleural moderado em hemitórax esquerdo. Foi submetido ao processo de toracotomia para investigação da etiologia. Exames da análise do líquido pleural evidenciaram exsudato. Foi aventada hipótese de componente séptico associado de etiologia pulmonar. Após estabilização extubação, evoluiu com hemiplegia em dimídio direito. Hipóteses diagnósticas: AVC isquêmico secundário a êmbolo séptico originário de endocardite de válvula mitral? Condução adotada: Realizado ecocardiograma transtorácico que sugeriu endocardite em válvula mitral. Optado por troca de antibiótico terapêutico para daptomicina e meropenem. Solicitada tomografia de crânio que evidenciou evento isquêmico subagudo (provável êmbolo séptico). Feita nova abordagem cirúrgica com troca da válvula mitral por bioprótese, retirada do enxerto pericárdico e nova correção da comunicação interatrial. Conclusão: A embolização como sequele pode ser descrita de 13 a 44% dos pacientes, e em sua maioria ocorre advinda câmaras cardíacas esquerdas e a embolia pulmonar mais frequente em câmara direita. Fatores de risco para embolização incluem vegetação de compartimento esquerdo, tamanho desta, microbiologia, anticorpo antifosfolípido, idade, diabetes, fibrilação atrial e êmbolo prévio a antibióticoterapia. Portanto, a endocardite é uma entidade que exige diagnóstico precoce para que haja tratamento direcionado a ela e as possíveis complicações, uma vez que a taxa de mortalidade intra-hospitalar pode variar de 18 a 23%.



EP 028

PERICARDITE CONSTRITIVA - DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO

STAPASOLLA, A. V. M.; OLIVEIRA, A. P.; MARTINS, P. M.; LIMA, E. A.; NETO, N. B.; RÉGES, R. B. HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS - DIVINÓPOLIS/ MG

O pericárdio é um saco fibroso avascular que reveste o coração, composto pelos folhetos visceral e parietal, entre meados por uma pequena quantidade de líquido seroso. Por ser inelástico, o pericárdio limita dilatações cardíacas agudas porém pode-se adaptar a longo prazo. A Pericardite Constritiva (PC) representa o estágio final de um processo inflamatório que envolve o pericárdio, onde ocorre uma fibrose, muitas vezes com calcificação e adesão de seus folhetos e restrição ao enchimento das câmaras cardíacas. Sua etiologia, em 60% dos casos, não é elucidada. Causas mais comuns incluem as idiopáticas e pós cirurgia cardíaca, outras são doenças reumatológicas, infecciosas, pós radiação ou outras. Tem como diagnóstico diferencial cardiomiopatia restritiva e hepatopatia crônica[4]. Seu tratamento definitivo é a pericardiectomia. Descrição de Caso: J.L.B., 70 anos, masculino, obeso, portador de FA crônica e cardiopatia, encaminhado com quadro de "insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada", descompensado hemodinamicamente e com confusão mental secundária abaixo débito cardíaco. Internações frequentes devido a quadro de descompensação cardíaca. Em acompanhamento ambulatorial com cardiologista, foi verificado, ao exame físico, "knock" pericárdico, hepatomegalia, ingurgitamento jugular e edema de membros inferiores. Diagnóstico de PC comprovado pela ressonância magnética cardíaca e ecocardiograma transtorácico. Propedêutico: Radiografia de tórax com espessamento e calcificação pericárdica e cefalização de trama pulmonar (figura1). Ecocardiograma mostrou pericardite constritiva associada a hipertensão pulmonar, além de endomiocárdio fibrose em ventrículo direito (VD) e função sistólica biventricular preservada, feve 57%. Ressonância Magnética com espessamento pericárdico com sinais de constrição (figura2). Hipótese Diagnóstica: Pericardite Constritiva associada a Endomiocárdiofibrose com ICPEF do VE. Condução: Optado por intervenção da cirurgia cardiovascular. Identificado pericárdio grosseiramente espessado, calcificado e fortemente aderido às câmaras direitas. Submetido a pericardiectomia, porém devido a endomiocárdiofibrose intercorreu com lesão do VD corrigida com rafia cardíaca. Com evolução dramática, paciente apresentou derrame pleural com necessidade de toracotomias, além de mediastinite com nova abordagem cirúrgica além de encarceramento pulmonar sendo submetido a decorticção pulmonar. Internação prolongada em Unidade de Terapia Intensiva, paciente evoluiu com melhora clínica lenta e gradual. Conclusão: A pericardite constritiva tem como consequência fisiopatológica uma intensa restrição ao enchimento de todas as câmaras cardíacas, redução do volume sistólico e consequente baixo débito cardíaco. Por se tratar de uma afecção incomum ainda é pouco considerada como diagnóstico diferencial inicial nos quadros de insuficiência cardíaca e arritmias. O tratamento inclui medicamentos para insuficiência cardíaca, entretanto o definitivo é cirúrgico com a pericardiectomia. Referência Bibliográfica: 1. Little W.C., Freeman G.L. Pericardial disease. Circulation, 2006; 113 (12):1622-32. 2. Gault J.C.S. Constrictive pericarditis: a 19-month-old child. Arq Bras Cardiol, 2000; 74 (1): 51-4. 3. Kothari S.S., Roy A., Bahl V.K. Chronic constrictive pericarditis: pending issues. Indian Heart J., 2003; 55 (4):305-9. 4. Miranda W.R., Oh J.K. Constrictive Pericarditis: A Practical Clinical Approach. Prog Cardiovasc Dis. 2017 Jan-Feb; 59 (4):369-379. 5. Braunwald, E., Zipes, D. et al. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 10th ed., Saunders Elsevier, 2014.

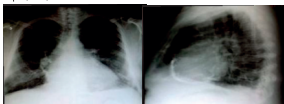


Fig1-RX tórax mostrando pericárdio calcificado.

Fig2: RM cardíaca com espessamento pericárdico na parede lateral do VE.

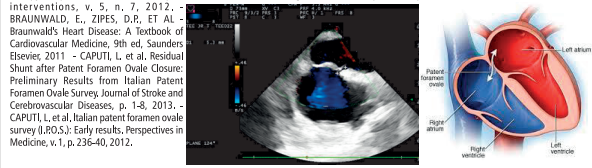
EP 027

FECHAMENTO PERCUTÂNEO DE FORAME OVAL PATENTE EM PACIENTE JOVEM COM AVC CRIPTOGÊNICO DE REPETIÇÃO

BORGES NETO, N., MADRUGA, R. N., SILVA, C. A. B., ROCHA, E. S.

HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS

O forame oval patente (FO) é uma alteração congênita que frequentemente persiste no adulto, tendo prevalência de 25% a 30%. Durante o desenvolvimento fetal essa condição é fundamental para que o sangue oxigenado chegue às câmaras esquerdas, sendo fisiológico, seu fechamento espontâneo, em algumas horas após o nascimento. A maioria dos portadores dessa condição são assintomáticos, porém, uma minoria pode apresentar uma variedade de manifestações clínicas, sendo o mais importante, o AVC criptogênico, principalmente detectado em paciente com menos de 55 anos. Descrição do Caso: A PFO serve como um caminho para o trânsito arterial de êmbolos (embolia paradoxal) via desvio da direita para esquerda, em situações onde a pressão do átrio direito excede a do átrio esquerdo. O AVC criptogênico representa de 20% a 40% de todos os AVCs isquêmicos quando descartada etiologia vascular. O ECO Transtorácico com a técnica de microbolhas auxilia a definição da etiologia do AVC, por evidenciar o shunt para as câmaras esquerdas. O tratamento da condição descrita, pode ser medicamentoso, com uso de antiagregantes plaquetários e anticoagulação oral ou, pela via percutânea. Os estudos demonstraram melhores desfechos com a última técnica em vários estudos randomizados, onde é realizado o fechamento do forame oval patente com inserção de um dispositivo de correção guiado pelo ECO Intracardiaco ou pelo ECO transesofágico. O benefício potencial do fechamento é determinado com base em fatores individuais, pré-clínicos e características do FO. Caso Clínico: Paciente R.R.S. 38 anos, HAS, 02 episódios de AVCs Corticais, compatíveis com AVC de etiologia isquêmica, com o intervalo de 45 dias, no ano de 2015. Descartada outras etiologias de AVC, pesquisa de trombofilia Negativa. HOPE SCORE: 08 RNM: Áreas de hipersinal em T2 e Flais comprometendo a região cortical do lobo parietal direito e do giro subcentral esquerdo, sem efeito expansivo ou atrófico, associado a áreas de necrose cortical laminar, podendo corresponder a etiologias isquêmicas em estágio subagudo. Doppler Venoso de MMIs: Sem sinais de TVP ECOTE com microbolhas: Após compressão do hipocôndrio D, simulando uma manobra de Valsalva, revelou a passagem de múltiplas microbolhas do AD para o AE pelo FO. Tratamento: Fechamento percutâneo de FOP, com endoprótese, realizado com sucesso. Conclusão: Paciente no ano de 2018 com sequelas neurológicas mínimas, após o tratamento adequado de AVC de repetição em paciente jovem, não recorreu novo evento isquêmico. Referências Bibliográficas: AGARWAL, S. et al. Meta-analysis of transcatheter closure versus medical interventions. v. 5, n. 7, 2012. 1. McDonald JR, Acute infective endocarditis. Infect Dis Clin North Am, 2009;23(3):643-64. 2. Ruttman E, Willett J, Ulmer H, Chevchik O, Höfer D, Poewe W, et al. Neurological outcome of septic cardio-embolic stroke after infective endocarditis. Stroke, 2006; 37(8):2094-9. 3. Heiro M, Nikoskelainen J, Engblom E, Kotilainen E, Marttila R, Kotilainen P. Neurologic manifestations of infective endocarditis: a 17-year experience in a teaching hospital in Finland. Arch Intern Med, 2000; 160(18):2781-7. 4. Freeman WD, Aguilar MI. Prevention of cardioembolic stroke. Neurotherapeutics, 2011;8(3):488-502.



EP 029

TAQUICARDIA DE QRS LARGO: DA PROPEDEÚTICA AO TRATAMENTO

RESENDE, L.O., TRINDADE, O.M., USBOA, G.G., BORGES NETO, N., STAPASOLLA, A.V.M., SOUSA, D.S. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI (UFSJ)/ HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS

A displasia arritmogênica de ventrículo direito (DAVD) é uma das principais causas de morte súbita em indivíduos jovens. Consiste em uma cardiopatia genética, caracterizada por substituição do miocárdio ventricular por tecido fibrogorduroso, propiciando substrato anômalo para arritmias ventriculares malignas (taquicardia ventricular e fibrilação ventricular). Descrição do Caso: J.R.S., 48 anos, presença de palpitações taquicárdicas com episódios de pré-síncope associados. Histórico familiar de morte súbita: 3 irmãos com 20, 23 e 40 anos. Na última crise procurou o pronto atendimento com sinais de instabilidade hemodinâmica (palpitações, pré-síncope, sudorese fria e hipotensão arterial). ECG: taquicardia de QRS largo, com frequência cardíaca maior que 220 bpm (padrão BRE com eixo inferior), sugestiva de taquicardia ventricular (TV) pelos critérios de Brugada. Melhora do quadro após reversão da arritmia. ECG basal: RS + PR 120 ms (sem onda delta), BDAS, R > S de V1 a V6, inversão onda T em precordiais direitos. Sorologia negativa para Doença de Chagas. Coronariografia e ecocardiograma sem alterações significativas. ECG de alta resolução com presença de potenciais tardios. RNM cardíaca: demonstrou displasia e acinesia subtriscúpea, ausência de substituição fibrogordurosa VD e realce tardio mesocárdico inferobasal e infero medial do ventrículo esquerdo. Estudo eletrofisiológico invasivo induziu 2 diferentes morfologias de TV monomórficas sustentadas, com sinais de instabilidade hemodinâmica. Não induzidas taquicardias supraventriculares. Definido-se pela presença de critérios maiores e menores o diagnóstico de DAVD. Implantado cardiodesfibrilador interno para prevenção secundária de morte súbita. Após o implante, o paciente encontra-se bem, sem recorrência de arritmias. Conclusão: As taquicardias de QRS largo consistem em um desafio diagnóstico (eletrocardiográfico e etiológico). Ressalta-se a importância da RNM cardíaca em casos de arritmias ventriculares, mesmo se ecocardiograma normal, pela sua alta acurácia na definição do tecido miocárdico, aumentando a possibilidade do correto diagnóstico etiológico. Destaca-se ainda, a importância do ECG de alta resolução, pela sua alta sensibilidade, para triagem de pacientes com arritmias ventriculares e a importância do estudo eletrofisiológico nos casos de taquicardias de QRS largo, na definição do diagnóstico eletrocardiográfico e do prognóstico. Referências Bibliográficas: Trianches - Eletrocardiograma normal e patológico. Mofta, RJ., Sanchez, PC.R., Roca, São Paulo, 1º ed, 2001. 305-328. Al-Khatib S.M., et al. AHA/ACC/HRS Guideline for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death. Circulation, 138(2), 2017, 1-551. Josephson, M.E. Clinical cardiac electrophysiology: techniques and interpretations, 4th ed., 1994, 446-642.

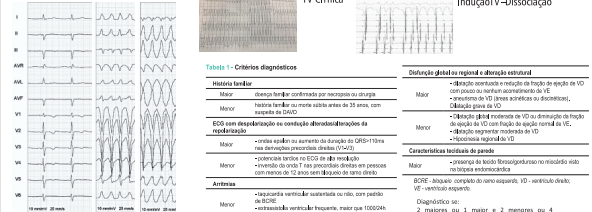


Tabela 1 - Critérios diagnósticos

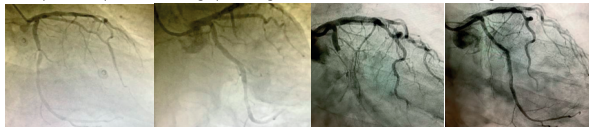
História familiar	Distúrbio glândula tireoide e alteração estrutural
Major: história familiar confirmada por registro ou autópsia	Major: alteração estrutural ou funcional da tireoide
Minor: história familiar com morte súbita antes dos 50 anos, com suspeita de DAVD	Minor: alteração estrutural ou funcional da tireoide
ECG com (disparição) ou sem (disparição) de QRS largo	Major: alteração estrutural ou funcional da tireoide
Major: presença de QRS largo em 12 derivações	Minor: alteração estrutural ou funcional da tireoide
Minor: presença de QRS largo em 6 derivações	Major: alteração estrutural ou funcional da tireoide
Major: presença de QRS largo em 3 derivações	Minor: alteração estrutural ou funcional da tireoide
Minor: presença de QRS largo em 1 derivação	Major: alteração estrutural ou funcional da tireoide
Antes do implante	Major: alteração estrutural ou funcional da tireoide
Major: presença de QRS largo em 12 derivações	Minor: alteração estrutural ou funcional da tireoide
Minor: presença de QRS largo em 6 derivações	Major: alteração estrutural ou funcional da tireoide
Major: presença de QRS largo em 3 derivações	Minor: alteração estrutural ou funcional da tireoide
Minor: presença de QRS largo em 1 derivação	Major: alteração estrutural ou funcional da tireoide

EP030

TROMBOSE DE STENT COM TRIPLA TERAPIA - RELATO DE CASO

Mendes, Andreza de Oliveira; Baptista, Osmar D'Alexandria Pita; Dumont, Pedro Nilo Magalhães; Moraes, Leandro Teixeira; Pereira, Talita de Araújo; Fonseca, Marcelo Guimarães da
HOSPITAL FELÍCIO ROCHO

A trombose de stent (TS) é uma complicação temível dada sua alta mortalidade. Contemporaneamente, a dupla antiagregação plaquetária (DAPT), a terapia antitrombina e os stents farmacológicos têm excelentes resultados a curto e médio prazo. O principal preditor independente de TS é a descontinuação da DAPT. Contudo, o estudo PARIS registrou 74% dos eventos isquêmicos, incluindo TS, em vigência de DAPT, muitos dos quais provavelmente relacionados à variabilidade interindividual do dopidogrel¹. Objetivos: Descrever caso de trombose de stent relacionado à tripla terapia com dopidogrel. Rever seu manejo e recomendações baseadas em evidências. Descrição do Caso: Homem, 73 anos, hipertenso, diabético e ex-tabagista. Angioplastia com stent farmacológico no segmento proximal da artéria circunflexa em 24/04 (figura 1 e 2), inicialmente DAPT com AAS e ticagrelor. Contudo intercorreu com fibrilação atrial (FA) persistente, portanto substituído ticagrelor por dopidogrel, realizado bolus com 600 mg. Alta domiciliar em 01/05 com terapia tripla (AAS 100 mg, dopidogrel 75 mg, rivaroxabana 15 mg). Retorna em 02/05 com dor torácica típica e dispnéia, admitido em FA com alta resposta ventricular associada ao infradesnívelamento de ST em parede inferoseptal. Alcançado controle de frequência com esmolol, acompanhado por melhora do infradesnívelamento de ST e relativa dos sintomas. Curva de troponina positiva (t0 0,13; t8 32). Coronariografia demonstrou trombose de stent proximal da artéria circunflexa e VE com acinesia lateral (figura 2). Considerando tempo decorrido, submetido à RM com estresse, constatando-se viabilidade miocárdica. Durante internação, TT com AAS, ticagrelor e enoxaparina terapêutica; nova angioplastia (figura 3); e TT de alta com essa AAS, ticagrelor e varfarina.



Figuras: 1. Antes da angioplastia primária 2. Resultado da primeira intervenção coronária percutânea 3. Trombose intra-stent 4. Resultado da reintervenção

Conclusão: Comparativamente ao dopidogrel, prasugrel e ticagrelor foram desenvolvidos alcançando maior potência, menor variabilidade de resposta, reduzindo significativamente o desfecho isquêmico primário de 12 meses, incluindo TS. Até 10% dos pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea apresentam indicação de anticoagulação terapêutica. Hoje não se recomenda o uso de ticagrelor ou prasugrel na tripla terapia (TT) com AAS e anticoagulação oral^{2,3}. Frente aos subgrupos resistentes ao dopidogrel, bem como aqueles com elevado potencial pró-trombótico que mais se beneficiam do prasugrel/ticagrelor quanto à sobrevivência cardiovascular, a TT com tais medicamentos não é permitida com as evidências atuais, requerendo estudos robustos para definir a condução destes casos. Referências Bibliográficas: 1. TORRADO, Juan et al. Restenosis, Stent Thrombosis, and Bleeding Complications. Journal Of The American College Of Cardiology, v. 71, n. 15, p.1676-1695, abr. 2018, Elsevier BV. Doi 10.1016/j.jacc.2018.02.023 2. VALGIMIGLI, Marco et al. 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACS. European Heart Journal, v. 39, n. 3, p.213-260, 26 ago. 2017, Oxford University Press. Doi 10.1093/eurheartj/ehx193 3. FU, Jing et al. Ticagrelor in Triple Antithrombotic Therapy: Predictors of Ischemic and Bleeding Complications. Clinical Cardiology, v. 39, n. 1, p.19-23, jan. 2016, Wiley. Doi 10.1002/clc.22486

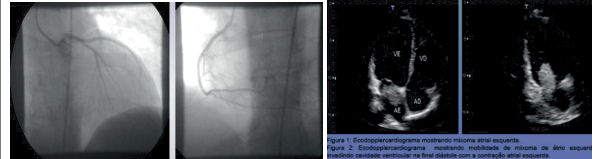
EP031

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO POR MIXOMA ATRIAL

RARISSA Q. F. FERRAZ, HENRIQUE M. DA ROCHA

REAL BENEMÉRITA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA

Os tumores cardíacos primários são muito raros, acometem todas as faixas etárias, com uma prevalência 0,001% a 0,03% revelada em série de autópsias. Destes, os mixomas atriais são responsáveis por 30 a 50% dos casos. O primeiro diagnóstico premortem de tumor primário do coração, um mixoma cardíaco, foi feito por Goldberg, em 1952. Caso Clínico: Paciente do sexo masculino, de trinta e oito anos de idade, veio encaminhado ao serviço de cirurgia cardíaca para exérese de mixoma atrial esquerdo. Tal alteração foi diagnosticada após pesquisa para possível causa de acidente vascular encefálico, acometido há um ano e seis meses deixando como seqüela ao paciente hemiplegia em membro superior direito e membro inferior direito. Paciente relatou também que após seis meses do acidente vascular encefálico sofreu único episódio de dor precordial atípica de forte intensidade, procurando o pronto socorro onde foi medicado com analgésicos com melhora da dor após algumas horas. Ao realizar pré-operatório foi evidenciado no eletrocardiograma presença de onda Q em parede inferior (DII, DIII e Avf), após o achado foi realizado novo e codopplercardiograma que evidenciou presença de massa móvel com pedículo localizado em teto de átrio esquerdo perto da desembocadura uma das veias pulmonares medindo 43mm x 21,6mm e comprometimento da função global do ventrículo esquerdo com predomínio de acinesia de parede inferior do ventrículo esquerdo (FEVE%: 0,49 Cubo). Realizado cineangiogramografia não demonstrando lesões coronárias obstrutivas que caracterizassem doença arterial coronariana podendo sugerir isquemia miocárdica de etiologia embólica. Realizado exérese de mixoma atrial esquerdo sem intercorrências, paciente mantém consultas periódicas com ecodopplercardiograma para avaliação da disfunção ventricular esquerda.



Conclusão: Há fortes indícios de infarto do miocárdio causado por êmbolo tumoral, pois o paciente já havia apresentado outro fenômeno embólico para o cérebro, causando acidente vascular encefálico isquêmico permanecendo seqüelas do insulto. Há também relato de único episódio de dor precordial atípica, além da presença de ondas Q em parede inferior (DII, DIII, Avf), sugerindo infarto do miocárdio passado. Cineangiogramografia não demonstrando lesões coronárias obstrutivas que caracterizassem doença arterial coronariana podendo sugerir infarto do miocárdio por êmbolo de fragmento tumoral como etiologia provável. Referências Bibliográficas: 1. Burke A, Virmani R. Fascicle 16, 3rd series: Tumors of the heart and the great vessels. In: Atlas of Tumor Pathology, Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1996; 2. Roberts WC: Primary and secondary neoplasms of the heart. Am J Cardiol 1997; 80: 671-2. 3. Libby P, Bonow RO, Mann DL, Zipes DP: Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 8th edition, Saunders, 2008, vol. 2, 4. Pinedel, Duhauf, Loire R - Clinical presentation of left atrial cardiac myxoma. A series of 112 consecutive cases. Medicine (Baltimore) 80:159, 2001.

EP032

MIOCARDITE AGUDA ASSOCIADA À DENGUE SEGUIDA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA GRAVE: COMPLICAÇÃO POUCO COMUM

KARLA CORDEIRO GONÇALVES, WAGNER NASCIMENTO CARVALHO, GUSTAVO SANTOS ALVES MARIA, ANNA LETICIA MIRANDA, MARIA DA CONSOLAÇÃO VIEIRA MOREIRA

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

A dengue é uma doença viral, prevalente em áreas tropicais e subtropicais. Seus sintomas, caracterizados por um período febril agudo, são tipicamente autolimitados; no entanto, pode evoluir com complicações graves, incluindo a miocardite. Objetivo: Relatar um caso de insuficiência cardíaca (IC) grave de início súbito, relacionada à infecção pelo vírus da dengue, que necessitou ser tratada com transplante cardíaco (TC) de urgência. Método: Relato de caso. Resultados: Paciente (PT) de 36 anos, previamente hígida, procurou o Serviço de urgência de sua cidade com história de uma semana de febre, mal-estar, artralgia, mialgia intensa, dor abdominal e taquipneia durante surto de Dengue. Estava letárgica, em edema pulmonar agudo e hipotensão, necessitando de suporte inotrópico venoso. Os biomarcadores cardíacos estavam elevados (troponina e CK-MB). O ECG evidenciou taquicardia sinusal e alterações inespecíficas da onda T. O RX de tórax evidenciou cardiomegalia, congestão pulmonar e derrame pleural. A Ecodopplercardiografia mostrou fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 23%. O diagnóstico foi confirmado por resultados positivos para infecção do vírus da Dengue em pesquisas da imunoglobulina M e de antígeno NS1. A Ressonância Magnética Cardíaca evidenciou FEVE de 18% e presença de realce tardio, pós-gadolínio, em paredes anterior, lateral e inferior. Não havia disponibilidade de biópsia endomiocárdica no centro médico de origem da PT. Apesar do tratamento clínico otimizado a PT não recuperou sua fração de ejeção, evoluiu com IC grave, classe IV NYHA, refratária e foi rehospitalizada com IC dependente de inotrópicos venosos. A PT foi transferida para Centro de TC, foi avaliada, estratificada e incluída na fila para de TC no "status" de prioridade. Evoluiu com insuficiência renal e necessidade de hemodiálise. Aguardou durante 29 dias até surgir um doador compatível, quando foi submetida a TC de urgência e bem-sucedida. Após 180 dias de acompanhamento, a PT está assintomática, em classe I. Realizado cinco biópsias endomiocárdicas de controle até o momento, ausência de rejeição grave do enxerto. O exame de Ecodopplercardiografia mostrou FEVE de 67%. Segue em uso de terapia tripla imunossupressora, micofenolato, tacrolimus e prednisona. Conclusão: A IC grave é uma complicação rara da infecção pelo vírus da Dengue. A suspeita e diagnóstico precoce desenvolvimento cardíaco, assim como seu tratamento essencial para prevenir os desfechos desfavoráveis. O TC pode ser o último recurso para salvar a vida de pacientes com IC grave, refratária e sem outras possibilidades terapêuticas. Referências Bibliográficas: 1-Miranda CM, Borges C, Schmidt A, Páez-Filho A, Rossi MA, Ramos SG, Lopes da Fonseca BA. A case presentation of a fatal dengue myocarditis showing evidence for dengue virus-induced lesion. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2013 Jun;22(12):127-30. 2-Tahir H, Daruwalla V, Hayat S. Myocarditis leading to severe dilated cardiomyopathy in a patient with dengue fever. Case Rep Cardiol. 2015;2015:319312 3-Bacal F, Souza-Neto JB, Fiorelli AL, Meijstet al. II Dietria brasileira de transplante cardíaco. Arq Bras Cardiol. 2009;94(1 Supl 1):e16-173.



Figura 1: ressonância magnética cardíaca com presença de realce tardio, pós gadolínio, em paredes inferior e lateral cardíaca.

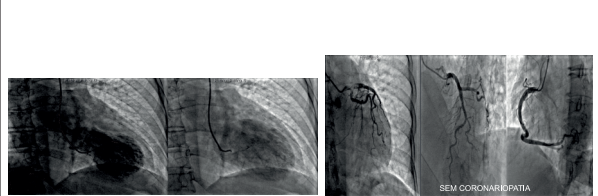
EP033

SÍNDROME DE TAKOTSUBO

RARISSA Q. F. FERRAZ; SÁVIA Q. FERREIRA; LUARA G. QUEIROZ

HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE RIBEIRÃO PRETO

Esta síndrome foi descrita pela primeira vez no Japão, tendo seu nome inspirado em uma armadilha para captura de polvos. O quadro típico é semelhante à síndrome coronariana aguda, relacionada ao estresse, sem qualquer lesão coronariana. Sua incidência é estimada em 10000 casos/ano nos EUA, predominando em mulheres, pós-menopausa, com média de idade entre 60 e 80 anos que tenham passado por distúrbio emocional recente. Sua evolução em grande maioria é benigna. O Ecodopplercardiograma (ECO) é o exame não invasivo, baixo custo, padrão ouro para diagnóstico da síndrome. Apesar da cinecoronariografia (CATE) ser exame indispensável para afastar lesões coronarianas. Caso Clínico: Paciente do sexo feminino, 62 anos, branca, natural de Ribeirão Preto, do lar, apresentava como comorbidades menopausa em reposição hormonal e ansiedade. Houve quadro de dor torácica aguda após assalto, sendo encaminhada para atendimento de urgência, hospitalar e foi realizada série eletrocardiográfica com alterações dinâmicas de ST. Observou-se troponina positiva. CATE mostrou ausência de coronariopatia, disfunção ventricular esquerda (VE) localizada e aumento do volume residual devido hipocinesia anterio-apical. ECO mostrava hipocinesia septal, lateral e apical do VE, déficit sistólico. Paciente evoluiu com sinais de disfunção do VE e congestão pulmonar, foi necessário uso de drogas vasoativas, com melhora progressiva. Recebeu alta com melhora total dos sintomas após sete dias de internação. O ECO de controle após 8 semanas revela função sistólica e mobilidade segmentar do VE preservadas. Discussão: O estresse emocional, físico e desastres naturais são as principais causas, levando ao aumento de catecolaminas plasmáticas, vasoespasmos coronarianos, sobrecarga de cálcio no miócito e disfunção microvascular com alteração da cascata de coagulação, aumento dos fatores inflamatórios e obstrução dinâmica da via de saída do ventrículo esquerdo. Conclusão: A Síndrome de Takotsubo tem grande relevância no diagnóstico diferencial para coronariopatia. Ainda considerada sub diagnosticada no Brasil, estima-se a incidência de 7000 a 14000 casos/ano nos EUA, correspondendo a 1-2% dos casos de síndrome coronariana aguda. O ECO como mais importante método para avaliação da doença. Referências Bibliográficas: Akashi U, et al. "The clinical feature of takotsubo cardio myopathy". J. J. Akashi" Q J M (2003) 96 (8): 563-573. Gianni M, et al. "Apical ballooning syndrome or Takotsubo cardiomyopathy: a systematic review". Eur Heart J (2006) 27 (13): 1523-1529. Kawai S et al. "Guidelines for diagnosis of takotsubo (ampulla) cardiomyopathy". Circ. 2007 Jun; 71 (6):990-2 Tibrevalla, A, V et al. "A Rare Case of Tako-Subo Cardiomyopathy Complicated by a Left Ventricular Thrombus". Southern Medical Journal: January 2006 -Volume 99 -Issue 1 -pp 70-73 Case Report Braunwald, Eugene. Tratado de medicina cardiovascular, 8.ed. São Paulo: roco, 2010, v.1, e 1, v. 2.



EP 034

TAQUICARDIA VENTRICULAR COMO APRESENTAÇÃO INICIAL EM PACIENTE JOVEM COM SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE

JUNIOR, S; LOPES LC; ANDRADE IG; SANTOS LD; CABRAL SS; TEIXEIRA GD;
UNIVERSIDADE DE UBERABA MARIO PALMÉRIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

A Síndrome de Wolff-Parkinson-White (SWPW) é caracterizada pela presença de despolarização ventricular precoce em uma ou mais vias acessórias congênitas de condução, predispondo ao ocorrência de taquiarritmias, geralmente taquicardia supra-ventricular. A taquicardia de reentrada atrio-ventricular representa 95% das taquicardias de reentrada. O estímulo inusua chega a nóculo AV e à via acessória, mas, como esta última apresenta condução rápida, os ventrículos são ativados precocemente, explicando o intervalo PR curto. A ativação ventricular proveniente da via acessória começa pelo miocárdio (e não pelo sistema His-Purkinje), justificando uma lentecidade na porção inicial do QRS, representa do pela onda delta. A porção final do QRS é estreita, já que o término da ativação ventricular se faz pelo nóculo AV e pelo sistema His-Purkinje. Esta síndrome é considerada fator de risco para o aparecimento de fibrilação atrial (FA), que pode estar presente em cerca de um terço dos doentes se pode associar-se a um prognóstico reservado e a via acessória apresenta um período refratário antegradado curto, o que pode desencadear uma resposta ventricular rápida, degenerando em fibrilação ventricular (FV) e morte súbita. Geralmente são pacientes jovens e sem doença cardíaca estrutural. Os doentes sintomáticos e aqueles com profissões de alto risco têm indicação como tratamento padrão a ablação das vias acessórias, no entanto, a abordagem dos doentes assintomáticos é mais controversa. ASWPW pode ser assintomática ou apresentar palpitação rítmica de início e término súbito e por vezes revertida somente com medicamentos endovenosos ou cardioversão elétrica. Descrição do Caso Clínico - Relato de Caso: Identificação: Paciente de 21 anos, solteiro, desempregado, natural e procedente de Uberlândia (MinasGerais), Queixa e duração: Taquicardia e síncope há 30 minutos. História Pregressa: Família informava que paciente referia taquicardia e depois de alguns segundos caiu ao solo, apresentando perda de consciência súbita por alguns segundos e recobrando a consciência com tontura e mal estar. Referia apresentar taquicardia, tontura e mal estar esporádicos. Recebeu atendimento médico inicial em Posto de Saúde e foi prontamente transferido ao Pronto Socorro, onde deu entrada da cerca de 30 minutos após o início dos sintomas. Antecedentes: Negava doenças prévias, mas referia palpitações frequentes. Negava e piodio prévio. Negava história familiar, inclusive irmão gêmeos em doenças relatadas. Negava tabagismo, etilismo ou uso de drogas ilícitas. Negava Hipertensão Arterial ou Diabetes. Ao exame físico: Má perfusão periférica, pulsos finos, sudorese, hipotensão, sonolento, porém responsivo aos comandos, referindo ainda dispnéia leve, mantendo saturação normal. PA: 80x40mmHg e FC:185bpm. ECG da entrada: Taqui-ventricular monomórfica com alta resposta ventricular e risco de degeneração para FV e morte súbita. Conduta: Paciente foi imediatamente submetido a cardioversão elétrica (360J), na sala de emergência, evoluindo para ritmo sinusal. ECG (pós-cardioversão): ritmo sinusal com intervalo PR curto e presença de onda delta (Wolff-Parkinson-White). Conclusão: Encaminhado para estudo eletrofisiológico (EEP) e indicada ablação por radiofrequência da via acessória. A eletrofisiologia cardíaca invasiva proporciona avanços no conhecimento das arritmias com tratamento seguro, definitivo e evidente melhora na qualidade de vida, eliminando o risco de morte súbita. Paciente tratado e assintomático permaneceu em seguimento ambulatorial na cardiologia, sem uso medicamentos no contínuo. No estudo eletrofisiológico invasivo são introduzidos cateteres com eletrodos multipolares pelo sistema arterial e/ou venoso como intuito de registraria atividade elétrica cardíaca e eliminar as taquicardias mediante aplicação de radio frequência sobre a área do endocárdio relacionado ao circuito reentrante arritmia. Este procedimento é seguro e empregado com fins curativos em 98% dos casos com sucesso. Referências Bibliográficas: 1. Gussone O, Meis H. Arritmias supraventriculares: guias de prática clínica baseadas em evidência. Bogotá: ASCOFAME; 2000. 2. Klein GJ, Bashore T M, Sellers TD, Pritchett L, Smith W M, Gallagher JJ. Ventricular fibrillation in the Wolff-Parkinson-White syndrome. N Engl Med. 1975; 301:1080-3. Braunwald E, Zipes D P. Libby P Tratado de medicina cardiovascular. 6ª ed. São Paulo: Roca; 2003. p.133-4,710-1,800,924.

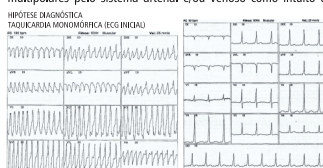


Figura 1: ECG de entrada mostrando taquicardia ventricular monomórfica com alta resposta ventricular e risco de degeneração para FV e morte súbita.

EP 035

TEMPESTADE ELÉTRICA EM PACIENTES COM SÍNCOPE POR TAQUICARDIA VENTRICULAR

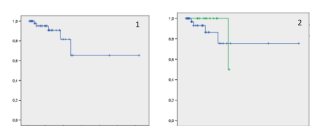
ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA, GIOVANNI OLIVEIRA CARVALHO, MARIANA ALVES GOMES, RAÍSSA ALVES PINTO MOURA, ISABELLA CAPIABANGO RODRIGUES.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.

A ocorrência de três ou mais episódios de taquicardia ou fibrilação ventricular em 24h, com necessidade de terapia para reversão, é definida como tempestade elétrica (TE). A maioria ocorre em pacientes (pts) com desfibrilador-cardioversor implantável (CDI). Sua incidência é variável, conforme o tipo de prevenção, a fração de ejeção, o uso de antiarrítmicos, entre outros. Na prevenção secundária, sua incidência é de 10% a 60% e é um preditor de morte de mortalidade. Objetivo: Analisar a proporção de pts com TE entre aqueles com síncope por taquicardia ventricular, seu perfil clínico e sua evolução. Método: Entre 375 pts internados por síncope no período de 24 meses, foram identificados 130 com taquicardia ventricular sustentada com média de idade de 56,1 ± 15,6 anos, 87 homens. Foram submetidos à avaliação clínica, laboratorial, cálculo dos escores de síncope (por ocasião de seu ingresso) e seguimento clínico. Resultados: A média dos escores de estratificação de síncope foram 2,9 ± 0,9 para Martin; 2,4 ± 0,9 para OESIL e 5,2 ± 2,2 para EGSYS. A média da fração de ejeção foi de 0,42 ± 0,15 e 11 pts não apresentavam cardiopatia estrutural. Entre os cardiopatas, as principais etiologias foram a chagásica (76pts) e isquêmica (19pts). Setenta e sete apresentaram algum distúrbio de condução, com bloqueio de ramo em 26pts. Foram submetidos ao implante de CDI 60pts. Durante a mediana de seguimento clínico de 24,5 meses, houve recorrência de taquicardia ventricular em 65,2% (mediana de quatro episódios; máximo de 23), e TE em 9,2% dos pts. Não houve associação entre TE e tipo de cardiopatia. Entre pts com miocardiopatia dilatada, 86% apresentaram recorrência de síncope (p=0,03). A taxa de mortalidade cardíaca de toda a casuística foi de 8,5%. Conclusão: A incidência anual de tempestade elétrica foi de 4,5%, sem influência da idade, sexo, cardiopatia isquêmica ou chagásica, e dos escores de estratificação de síncope. A disfunção ventriculares teve associada à recorrência da arritmia ventricular. Referências Bibliográficas: 1. Silva RM, Mont, Nava, e tal. Radiofrequency catheter ablation for arrhythmic storm in patients with an implantable cardioverter defibrillator. Pacing Clin Electrophysiol. 2004; 27: 971-975. 2. Guerra E, Shkora M, Scappini L, et al. Role of electrical storm as a mortality and morbidity risk factor and its clinical predictors: meta-analysis. Europace. 2014; 16(3): 347-353. Guerra P, Accogli M, Bonelli P, et al. Int Erratione Le Le CTRIC Alstormregistry (ELECTRA): Background, rationale, study design, and expected results. Contemp Clin Trials Commun. 2017; 7: 69-72. A. Noda T, Kurita T, Nitta T, et al. Significant impact of electrical storm mortality in patients with structural heart disease and an implantable cardiac defibrillator. Int J Cardiol. 2018; 255: 85-91.

Variáveis/Grupos	Grupo com TE	Grupo sem TE	Valor-p
Idade (anos)	62,6	59,8	0,65
Sexo masculino	75%	72,3%	0,85
DC	83,3%	48,9%	0,07
Martin	3,5	3,2	0,27
Oesil	2,6	2,7	0,80
EGSYS	5,0	4,7	0,75
MCPD	80,5%	44,4%	0,04
Seguimento	35,8	25,7	0,25

DC: distúrbio de condução ao ECG; MCPD: miocardiopatia dilatada; seguimento em meses; testes de qui-quadrado e de Mann-Whitney.



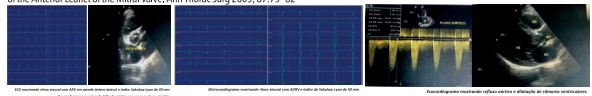
Figuras 1 e 2: Curvas de Kaplan-Meier de sobrevivência de toda a casuística e entre os pts com TE (linha verde) e sem TE (linha azul), teste de Log Rank p=0,58. Eixo horizontal: tempo em meses; eixo vertical: probabilidade acumulada de sobrevivência.

EP 036

VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE INSUFICIENTE E DESFECHO DESFAVORÁVEL COM ATIVIDADE FÍSICA: RELATO DE CASO

JOSÉ RICARDO COSTA DE OLIVEIRA/ CLÍNICA NCOR – ITAJUBÁ/MG

A válvula Aórtica Bicúspide (VAB) tem prevalência de 1%, predomina em homens, pode ser esporádica ou familiar e ser associada a outras cardiopatias congênitas. Pode gerar valvopatia e/ou dilatação aórtica, portadores podem ser assintomáticos ou ter sintomas quando a doença é grave. Em geral, os sintomas ocorrem no adulto e o diagnóstico pode ser confirmado por ecocardiograma (Eco). É uma doença progressiva e então é necessário controle regular, sendo a atividade esportiva normalmente permitida, principalmente em jovens com função normal. Mas o treinamento sistemático e o exercício intenso favorecem a disfunção valvar precoce, a dilatação aórtica e morte súbita. O tratamento é basicamente cirúrgico principalmente em casos de valvopatias graves e sintomas de insuficiência cardíaca. O objetivo desse trabalho é relatar o caso de um paciente com VAB insuficiente que, desenvolvendo atividade física intensa, apresentou desfecho desfavorável. Descrição do Caso: CEM, 36 anos, masculino, procurou avaliação pré-participação em atividade física. Era assintomático mesmo em grandes esforços e negava patologias prévias e era ex-tabagista. Pesava 95kg e tinha 1,7m de altura. PA:120x80mmHg. FC: 70BPM, sopra diastólico aórtico, ritmo cardíaco regular e bulhas normofonéticas em 2 tempos. O ECG normal e Eco mostrou VAB com dupla lesão aórtica discreta e comprometimento difuso discreto do VE (FE: 62%). No teste ergométrico mostrou-se assintomático, atingindo 12METs, com bons padrões hemodinâmico e cardiorrespiratório. O paciente foi informado sobre o diagnóstico, até então desconhecido dele, e orientado a manter acompanhamento ambulatorial, com retorno previsto em 6 meses ou se aparecessem sintomas com a atividade física. Após 9 meses iniciou dispnéia aos moderados esforços. PA: 120 x 80mmHg. FC: 80BPM, sopra cardíaco mais intenso e o ECG mostrou sinais de SVE, o que foi confirmado pelo Eco que viu Mo moderada-grave, aumento das cavidades esquerdas e FE de 46%. Paciente então foi orientado a parar as atividades físicas e indicada a troca valvar aórtica. Discussão: Devido a grande incidência de VAB entre atletas infimes, pelo paciente estar assintomático inicialmente e o caráter benigno da doença na maior parte das evoluções, conforme dados da literatura, não houve preocupação inicial em contra-indicar a praticar atividade física. Esta considerada moderada-intensa, envolveu corridas em ritmo de 6min/Km com 5-10km/dia 3 dias na semana. Além disso, havia prática de musculação leve para fortalecimento muscular e melhora de postura global. Após 9 meses o paciente estava em preparação para disputar prova de meia-maratona (21Km), mais disposto, 13kg menos pesado e mantendo acompanhamento nutricional. Com a evolução do treinamento houve progressão da doença: sintomatologia, alterações eletrocardiográficas e parâmetros ecocardiográficos. Nota-se que a intensidade da atividade física parece ter sido demasiada para o paciente em questão, levando a uma progressão indesejada da valvopatia. Possivelmente o estresse a que o coração foi submetido gerou mais sobrecarga ventricular traduzida por aumento da pós-carga do ventrículo esquerdo (VE), com repercussão de aumento das cavidades cardíacas esquerdas, piorando a insuficiência valvar. Conclusão: A VAB sem percussão hemodinâmica, via de regra, não contra-indica a prática de atividade física. Mas, muitas vezes a evolução pode ser desfavorável com o aparecimento de valvopatia aórtica. Cabe ao médico assistente, orientar os pacientes sobre os possíveis riscos, encorajando-as a praticas de atividade física sob supervisão de um profissional capacitado e fazendo reavaliações cardiológicas para acompanhar a evolução. Referências Bibliográficas: 1. Pfeiffer ME. Válvula Aórtica Bicúspide: Significância Clínica, História Natural e Impacto do Exercício. Rev DEIC. 2013; 19(3):70-73. 2. Cedias A, Braverman A. C. Therapy faces of bicuspid aortic valve. Progress Pediatric Cardiology 2012; 34: 91-96. 3. Liu S, C. Silversides C. K. Bicuspid Aortic Valve Disease. J Am Coll Cardiol 2010; 55:2789-800. 4. Mozaffarian, D., et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation 2016; 133: e38-e365. 5. Babars Meekos. Bicuspid Aortic Valve—Family Screening and Indications for Intervention. Ochsner Journal 2016; 18(3):11-6. 6. S4 MFL, et al. Válvula aórtica bicúspide: fundamentos teóricos e clínicos para substituição simultânea da aorta ascendente. Rev Bras Cir Cardiovsc 2009; 24(2): 218-224. 7. Russo EF, Cammota A, Lanfranconi Metal. Is Aortic Wall Degeneration related to Bicuspid Aortic Valve Anatomy in Patients with Valvular Disease. J Thorac Cardiovasc Surg. 2008; 136: 937-942. 8. Fernández B, Durán AC, Fernández-Gallego Tetal. Bicuspid Aortic Valves with Different Spatial Orientations of the Leaflets are Distinct Etiological Entities. J Am Coll Cardiol. 2009; 54: 2312-2318. 9. Vidyadhar Lad, Tironé ED, Annette V. Mitral Regurgitation Due to Myxomatous Degeneration Combined With Bicuspid Aortic Valve Disease: Often Dueto Prolapse of the Anterior Leaflet of the Mitral Valve. Ann Thorac Surg 2009; 87:79-82.



EP 037

A CAPACIDADE PREDITIVA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS SOBRE O RISCO CARDIOVASCULAR DE FUNCIONÁRIOS DE UMA EMPRESA DO MUNICÍPIO DE ITAÚNA

CUNHA IM, ARRUDA CM, RODRIGUES CM, ISIDORO GSP, RABELO BA, MESQUITA GA, SILVA DF, PEREIRA MTM, VIEIRA JDM, FERREIRA GLM

UNIVERSIDADE DE ITAÚNA/MG

Doenças cardiovasculares (DCV) são importantes causas de internação, morbidade e mortalidade no Brasil, gerando perdas de alto custo financeiro e social. Atualmente, existem algoritmos que pode estimar o risco cardiovascular (RCV) de cada indivíduo pela análise dos fatores de risco, como o Escore de Risco Global (ERG). O sobre peso e a obesidade não entram no cálculo dos algoritmos, porém, são importante fatores de risco para DCV. O estudo de Framingham, revelou que o excesso de peso é um fator de risco independente para a ocorrência de eventos cardiovasculares. Além disso, a obesidade abdominal associada a outros fatores, constituem a "síndrome metabólica" que promove um risco aumentado de doença aterosclerótica. O presente estudo aplicou o ERG em funcionários de uma empresa em Itaúna-MG, no intervalo de 2 anos, e observou o índice de massa corporal (IMC) e a circunferência abdominal (CA) dos indivíduos classificados como risco alto e intermediário, para verificar a capacidade preditiva desses dados antropométricos em relação ao RCV. Objetivos: Avaliar a capacidade preditiva do IMC e a CA sobre o risco cardiovascular de funcionários de uma empresa do município de Itaúna-MG. Método: Foram coletados valores de peso, altura e Ca e calculados IMC e o ERG de 71 funcionários de uma empresa do município de Itaúna-MG nos anos de 2016 e 2018. Todos os participantes foram informados quanto aos resultados e receberam orientações sobre prevenção. Resultados: Dos funcionários analisados em 2016, 11(4,1%) foi classificado como alto risco e apresentava sobre peso. Em 2018, 57(0,4%) foram alto risco, sendo os IMCs divididos em: 1(20%) normal, 2(40%) sobre peso e 2(40%) obesos grau I. Já a CA apontou apenas 2(40%) funcionários acima da meta. Em 2016, 24(33,8%) dos funcionários eram de risco intermediário, sendo 9(37,5%) com peso normal, 10(41,66%) com sobrepeso e 5(20,83%) com obesidade grau I. Em relação à CA, 10 funcionários (41,66%) estavam acima do normal. Em 2018, 31(43,66%) eram de risco intermediário, 4(12,9%) possuíam peso normal, 19(61,29%) sobre peso e 8 (25,8%) obesidade grau I e 14(45,16%) tiveram CA acima da meta. Conclusão: O IMC demonstrou ser um preditor de risco cardiovascular aditivo ao Escore de Risco Global, fato não observado na análise da CA. Vale ressaltar que ao comparar os valores obtidos ao longo dos dois anos estudados, pode-se notar que o aumento do escore se relaciona ao aumento das medidas antropométricas, sustentando a tese de que a coleta de dados antropométricos é importante na estimativa do RCV. Ressalta-se o que para dados mais fidedignos é necessária uma maior amostragem e o uso de outras medidas antropométricas mais sensíveis. Referências Bibliográficas: 1. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose- 2017. Arq Bras Cardiol. 2017 Jul; 109 (2 Supl1): 1-76. doi: 10.5935/abc.20170121. 2. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 (ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - 4ª ed. São Paulo, SP, 3. de Carvalho CA, Fonseca PC, Barbosa IB, Machado SP dos Santos AM, da Silva AA. The association between cardiovascular risk factors and anthropometric obesity indicators in university students in São Luís in the State of Maranhão, Brazil. Cien Saude Colet. 2015;20(2):479-90. doi:10.1590/1413-81232015202.02342014

Tabela 1 e 2: análise comparativa dos valores de IMC e CA entre os anos de 2016 e 2018 em participantes com risco alto e intermediário no Escore de Risco Global.

EP038

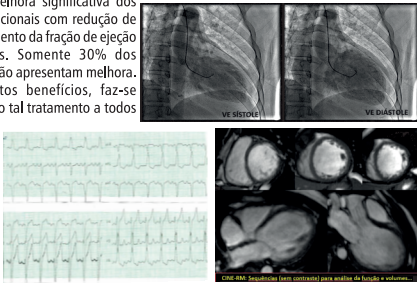
CARDIOMIOPATIA ALCOÓLICA

RARISSA Q. F. FERRAZ, DÉBORA B. O. MENDES, PAULO H. M. VILELA, SÁVIA Q. FERREIRA, F. DE MARTINO

HOSPITAL SÃO MARCOS DE UBERABA

O termo Cardiomiopatia Alcoólica tem sido utilizado para paciente com história prolongada (> 10 anos) de consumo excessivo de álcool (> 80 gramas por dia). A ausência de cirrose hepática, sugere existir uma susceptibilidade específica do tecido miocárdico à toxicidade etanólica. Assim, o efeito tóxico direto do álcool sobre o miocárdio e/ou as deficiências nutricionais (tiamina) comumente associadas ao alcoolismo crônico poderiam estar implicados em sua patogênese. Caso Clínico: P.S.O., sexo masculino, 47 anos, hipertensão, diabético insulino dependente, hipotireoide, soldador. Etilista (> 100 gramas por dia). Procurou atendimento cardiológico com sintomas de insuficiência cardíaca, principalmente esquerda. Apresentava ECG com Bloqueio de Ramo Esquerdo (QRS > 180 ms) e Ritmo Sinusal. Sorologia negativa para Doença de Chagas. EcoDoppler com aumento dos diâmetros cavitários e disfunção importante com FEVE 23% (Simpson). Coronariografia normal. RNM com reafirmação da disfunção importante do VE, com presença também comprometimento do VD (FEVD 40%) sem áreas de fibrose ou edema. Concomitante à investigação etiológica, foi instituída terapia farmacológica otimizada. Porém, o paciente persistia com CF III-IV (NYHA). Assim, foi indicado Terapia de Ressincronização Cardíaca (TRC). Durante o procedimento, não foi possível tecnicamente a colocação do cabo do seio coronariano; a toracotomia foi necessária, com o implante epicárdico do dispositivo. Após, houve redução da duração do QRS, apesar do ECO não mostrar melhora considerável da FEVE. Atualmente, mantém-se em CF I e, apesar de tê-lo reduzido, continua com o hábito alcoólico. Conclusão: Após exclusão de outras causas de Cardiomiopatia, achou-se que a hipótese mais provável seria a etiologia alcoólica. Havia indicação de TRC com Classe I NE A: terapia farmacológica otimizada, QRS > 150 ms com morfologia de BRE, ritmo sinusal, FEVE <= 35% e persistência dos sintomas. É sabido que o aumento da duração do QRS (com índices de dissincronia ventricular) é preditor de aumento da morbi-mortalidade. A restauração da sincronia ventricular traz melhora significativa dos parâmetros estruturais e funcionais com redução de diâmetros ventriculares, aumento da fração de ejeção e redução de internações. Somente 30% dos pacientes ressincronizados não apresentam melhora. Sendo assim, e com tantos benefícios, faz-se necessário que seja oferecido tal tratamento a todos os pacientes elegíveis.

Referências Bibliográficas: Plano M.R. Alcoholic cardiomyopathy: incidence, clinical characteristics, and pathophysiology. Chest. 2002; 121(5):1638-50. Gavazzi A, De Maria R, Parolini M, Porcu M. Alcohol abuse and dilated cardiomyopathy in men. The American journal of cardiology. 2000;85(9):1114-8. Braunwald, Eugene. Tratado de medicina cardiovascular, 8.ed., São Paulo: roca, 2010, v.1 e v.2



EP039

CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM CARDIOPATIA CHAGÁSICA: RELATO DE CASO

SABRINA DE JESUS OLIVEIRA NEVES¹, KARINE GABRIELE DE JESUS LIMA¹, AURELINA GOMES E MARTINS²

¹ ACADÊMICA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS- UNIMONTES
² ENFERMEIRA. PROFESSORA DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS-UNIMONTES

Por se tratar de uma doença debilitante e incurável, a doença de Chagas constitui ainda hoje em um grave problema de saúde pública. A forma cardíaca é caracterizada fibrosa crônica. Objetivo: Relatar a experiência da aplicação do Processo de Enfermagem a uma paciente portadora de cardiopatia chagásica. Método: Trata-se de um estudo descritivo na modalidade relato de experiência ao qual se aplicou o Processo de Enfermagem a um paciente com diagnóstico clínico de cardiopatia chagásica, durante as práticas curriculares da clínica médica no período de 18 a 22 de dezembro/ 2018 em um hospital do norte de Minas Gerais. Resultados: C.A.S, 94 anos, hipertensa, portadora de doença de chagas e insuficiência renal. Apresentou queixa de dor no cateter de duplo-lúmen, bradicardia, prostração e fraqueza. Iniciado tratamento clínico com Ondansetrona (8mg); Espironolactona (25mg), Dipirona (50mg) e soroterapia. Realizado eletrocardiograma, ritmo sinusal, ecocardiograma com fração ejeção normal e HVE e radiografia do tórax com área cardíaca aumentada. Ao exame, desorientada (Glasgow 11/15), hipocorada, bulhas cardíacas arritmicas e hipofônicas, diurese presente com odor fétido e escura, PA: 140x80mmHg; FR:25 irpm; FC:73 bpm e Tax: 37,1°C. Diagnósticos de enfermagem/ NANDA Internacional: 1. Infecção relacionada a procedimento invasivo; 2. Risco de intolerância à atividade relacionada com o desequilíbrio entre suprimento e demanda de oxigênio caracterizado por débito cardíaco diminuído; 3. Dor aguda relacionada a agentes lesivos caracterizada por relato verbal de dor; 4. Risco de Integridade da pele prejudicado relacionado à restrição no leito. Realizados cuidados como retirada do cateter, higiene corporal, prevenção de lesão de pele, restrição no leito em Fowler, administradas medicações prescritas, realizadas técnicas assépticas rigorosas e lavagem das mãos pela equipe. Conclusão: Ao cuidar de paciente com cardiopatia faz-se necessário que a enfermagem valorize a humanização da assistência e garanta a segurança do paciente. O atendimento holístico através do Processo de Enfermagem permite um rápido controle do quadro clínico ao privilegiar o atendimento das necessidades humanas básicas afetadas.

Referências Bibliográficas: Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017/ NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. - Porto Alegre: Artmed, 2015. HORTA, W. A. processos de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979. PEDROSA R.C.; THIERS C.A.; BARBOSA J.L. Cardiopatia Chagásica. SOCERJ. 2013.

EP040

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA E PROCESSO DE ENFERMAGEM: RELATO DE CASO

SABRINA DE JESUS OLIVEIRA NEVES¹, KARINE GABRIELE DE JESUS LIMA¹, AURELINA GOMES E MARTINS²

¹ ACADÊMICA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS- UNIMONTES
² ENFERMEIRA. PROFESSORA DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS-UNIMONTES

Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) é uma síndrome de grande importância para a saúde pública devida a alta prevalência de morbimortalidade. É caracterizada por potenciais de disfunção do coração como bomba propulsora, tendo como fatores de risco hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia, diabetes mellitus e hereditariedade, dentre outros. Objetos: Relatar a experiência da aplicação do Processo de Enfermagem a um paciente portador de insuficiência cardíaca congestiva (ICC). Método: Trata-se de um estudo descritivo na modalidade relato de experiência ao qual se aplicou o Processo de Enfermagem a um paciente com diagnóstico clínico de insuficiência cardíaca congestiva, durante as práticas curriculares da clínica médica no período de 18 a 22 de dezembro/2018 em um hospital do norte de Minas Gerais. Resultados: Paciente de 73 anos, sexo feminino, portadora de hipertensão arterial, diabetes e cardiopatia, em uso de marca-passo, dá entrada em um hospital público no norte de Minas Gerais com falta de ar importante e edema generalizado. Na coleta de dados observou-se dor intensa na região do flanco esquerdo e fossa ilíaca esquerda, hepatomegalia, cianose, oligúria, PA: 100x70mmHg; FR: 26 irpm; FC: 44 bpm. Relata várias internações ao longo dos últimos seis anos. Os diagnósticos de enfermagem foram traçados com base na NANDA Internacional: 1. Débito cardíaco diminuído relacionado com contratilidade alterada evidenciado por bradicardia; 2. Troca de gases prejudicada relacionada com desequilíbrio na relação ventilação-perfusão definida por dispneia e 3. Autocontrole ineficaz da saúde relacionado à complexidade do regime terapêutico, déficit de conhecimento e apoio social definido por expressão de dificuldade com os regimes prescritos. Foram realizados cuidados básicos de enfermagem como higiene corporal, alimentação, administração de medicamentos, controle da ansiedade e realizado plano educativo com a paciente e acompanhante. Conclusão: Após desenvolver o processo de enfermagem a paciente e acompanhante relatam compreender os cuidados necessários para manutenção do controle da patologia. Desta forma, a Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente portador de ICC é uma ferramenta viável para se conseguir adesão ao tratamento proposto. Referências Bibliográficas: ARAÚJO A.A.; NÓBREGA M.M.L.; GARCIA T.R. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIFE. Rev. Esc. Enferm. USP. 2013; 47(2):385-92. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017/ NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. - Porto Alegre: Artmed, 2015. HORTA, W. A. processos de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.

EP041

PROFILAXIA DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM PACIENTES CIRÚRGICOS: RESULTADOS APÓS IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO INSTITUCIONAL

COSTA, L.S.M., PONTES, S. C., BORATO, E. R., CASTRO JR, J.R., TORRES, A.G.M.J., ALVIM, I.M., COELHO, R.R., PIRES, L.C.S.N., COSTA, F.S., JUNQUEIRA, J.O.G.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUÍZ DE FORA

O tromboembolismo venoso (TEV) compreende trombose venosa profunda e embolia pulmonar, estando associado a desfechos clínicos graves. A profilaxia adequada no âmbito hospitalar reduz significativamente eventos tromboembólicos, suas complicações, gastos e tempo de internação. O estudo ENDORSE demonstrou que mais da metade dos pacientes internados tinham risco para TEV e que a profilaxia foi subutilizada em pacientes tanto cirúrgicos (59%), quanto clínicos (40%). Orientações quanto a profilaxia de TEV em pacientes cirúrgicos fazem parte da avaliação de risco cardiovascular peroperatória, sendo situação frequente na rotina do cardiologista. Objetivo: Avaliar impacto do protocolo de profilaxia de TEV em pacientes cirúrgicos internados em unidade de referência cirúrgica regional. Método: Estudo transversal em Unidade de Cirurgia Geral de hospital referência, comparando dados coletados em 2015 e 2017, ou seja, antes e dois anos após implementação do protocolo na instituição. Realizada coleta em prontuário, sendo pesquisados dados de adesão (preenchimento do escore de risco; instituição de qualquer medida) e adequação (classificação bem definida, indicação ou contra-indicação pertinente, prescrição correta) às práticas de profilaxia de TEV. Resultados: Em 2015, na ausência de protocolo institucional, avaliados 124 pacientes cirúrgicos, onde 72,7% tiveram adesão quanto a profilaxia de TEV formalizada em prescrição ou evolução porém, com apenas 9,1% de adequação às recomendações atuais. Já em 2017, avaliados 137 pacientes cirúrgicos, onde 79,6% tiveram adesão ao preenchimento do protocolo institucional, com adequação de 65,2% dos casos. Conclusão: As recomendações atuais de Segurança do Paciente exigem que os hospitais construam protocolos gerenciados, sendo a profilaxia de TEV uma das principais medidas para evitar eventos adversos graves. Assim, em acordo com essa tendência, nossa instituição avaliou dados iniciais em 2015, implantou protocolo em 2016 e realizou nova análise em 2017. Na sub análise dos pacientes da Cirurgia Geral, houve importante incremento na qualidade da estratificação e nas medidas profiláticas para TEV. Comparando os indicadores de profilaxia de TEV de 2015 e 2017, em pacientes cirúrgicos internados, vimos que a formalização de protocolo institucional melhorou, sobremaneira, a adequação das medidas necessárias. Referências Bibliográficas: 1. ENDORSE Investigators. Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital setting (ENDORSE study): a multinational cross-sectional study. Lancet. 2008 Feb 2; 371 (9610): 387-94. 2. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence - Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012 Feb;141(2Suppl):e737S-801S. 3. Menaka, P.; James D Douketis. Prevention of venous thromboembolic disease in acutely ill hospitalized medical adults. Em: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA, (Acesso em Julho, 2018).

RESULTADOS	2015	2017
Número de pacientes avaliados	124	137
Adesão à profilaxia de TEV	72,7%	79,6%
Adequação às recomendações	9,1%	65,2%

EP 042

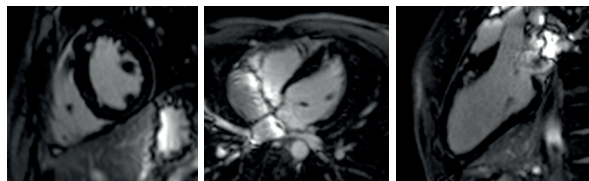
USO DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NA ESTRATIFICAÇÃO DE MORTE SÚBITA CARDÍACA EM PACIENTE COM CARDIOMIOPATIA HIPERTROFICA

ANA LUIZA SOBREIRA SENA, LUDIMILA SOBREIRA SENA, MYLENA SOBREIRA SENA, RAYSSA PIAZZI ROCHA, BENO MACHADO NEVES, FELIPE GOMES DE OLIVEIRA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (UFJF)

A cardiomiopatia hipertrofica (CMH) é uma doença autossômica dominante causada por mutações em genes que codificam as proteínas dos sarcômeros. Tem prevalência de aproximadamente 0,2% (1:500) na população geral. É a principal causa de morte súbita cardíaca em atletas jovens. A utilização da ressonância magnética (RM) para fins de diagnóstico e estratificação de risco de CMH é de importância considerável em pacientes selecionados quando o diagnóstico permanece incerto ao ecocardiograma. Ela pode identificar áreas de HVE segmentar não visualizadas de forma confiável no ecocardiograma (ou subestimada em extensão), identificar o grau de fibrose ventricular através da técnica do realce tardio, com o uso do gadolínio como contraste, além de melhor caracterizar anormalidades estruturais da valva mitral e dos músculos papilares. Relato de Caso: P.S.T., masculino, 17 anos, procura o ambulatório de cardiologia para realização de avaliação cardiológica para a prática esportiva competitiva, sem relato de comorbidades prévias. Apresenta ao exame físico RCR em 3T, B4, sem sopros, ictus propulsivo no quinto espaço intercostal esquerdo. Para investigação diagnóstica realizou ECG que demonstrou alteração inespecífica da repolarização em parede ântero-apical, e ecocardiograma transtorácico (ECOT), que visualizou hipertrofia septal no segmento médio, com septo de 18 mm, sem gradiente em via de saída do ventrículo esquerdo, FE: 68%. Aventada à hipótese de CMH, solicitou-se RM, a qual evidenciou hipertrofia septal no segmento médio com áreas de realce tardio, sem obstrução da via de saída do VE. Foi confirmado o diagnóstico de CMH com padrão não obstrutivo, com presença de áreas de fibrose que denotam maiores taxas de eventos arrítmicos. Tendo em vista, a patologia, o paciente fora afastado das atividades competitivas. Conclusão: O presente caso mostra a importância da realização dos métodos de imagem na avaliação complementar de atletas visando identificar potenciais deflagradores de morte súbita. A estratificação do grau de fibrose ventricular pela RM cardíaca através da técnica do realce tardio vem se mostrando importante para rastrear riscos de eventos arrítmicos nestes pacientes, devendo o uso do método ser incorporado cada vez mais na prática clínica.

Referências Bibliográficas: BARBOSA, Clarissa Almeida Sarmiento et al. Realce tardio e perfusão miocárdica em cardiomiopatia hipertrofica (comparação entre grupos). Arq. Bras. Cardiol. 2009, vol.93, n.4, pp.426-433. Rafael JF Cruz Filho FE dos S, de Carvalho ACC, et al. Myosin-binding Protein C Compound Heterozygous Variant Effect on the Phenotypic Expression of Hypertrophic Cardiomyopathy. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2017; 108(4):354-360.



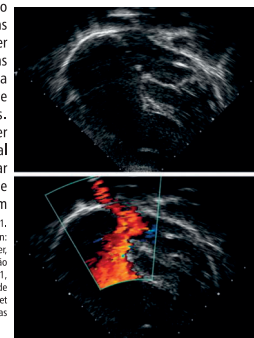
EP 043

DIAGNÓSTICO TARDIO DE COMUNICAÇÃO INTERATRIAL EM JOVEM DURANTE TRABALHO DE PARTO

JÚNIOR, S.I.; TEIXEIRA, G.D.; AMARAL, A.R.; SANTOS, L.D.; LOPES, L.C.; CARVALHO, S.H.R.

UNIVERSIDADE DE UBERABA - MARIO PALMÉRIO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

A Comunicação Interatrial (CIA) é uma cardiopatia congênita acianótica proveniente da falha no fechamento do septo interatrial. Tem prevalência de 5 a 10% entre as cardiopatias congênitas e predominância no sexo feminino (2:1). Configura-se como um shunt esquerdo-direito, gerando um hiperfluxo sanguíneo pulmonar. É frequentemente assintomática, mas pode evoluir com arritmias atriais, hipertensão arterial pulmonar (HAP) e insuficiência cardíaca (IC). Essas manifestações podem ser desencadeadas por sobrecarga hemodinâmica, como ocorre na gestação. Objetivo: Relatar o caso de uma gestante avaliada com sopro cardíaco durante trabalho de parto, sendo diagnosticada tardiamente com CIA. Descrição do Caso: P.C.O.A., sexo feminino, 17 anos, gestante de 38 semanas e 1 dia, paridade G1P0A0, internada em trabalho de parto pela equipe de obstetria de hospital universitário de Uberaba-MG. Ao exame físico cardíaco, foi auscultado sopro sistólico (3+/6+) em foco aórtico acessório. Paciente não teve acompanhamento cardiológico no pré-natal. Durante evolução do parto, foi solicitado avaliação da equipe de cardiologia. A cardiopatia de base era desconhecida e não havia alterações eletrocardiográficas. Então, foi realizado ecocardiograma de urgência, que evidenciou CIA tipo ostium secundum de 1,2cm, com shunt esquerdo-direito, dilatação de câmaras direitas, insuficiência tricúspide discreta e HAP (43mmHg). Por isso, foi indicado via de parto alta pelo risco de descompensação cardíaca oriundo do esforço físico do parto normal. Paciente evoluiu bem e recebeu alta com encaminhamento ao ambulatório de cardiologia para avaliar necessidade de correção cirúrgica. Discussão: A CIA é um defeito congênito geralmente assintomático e gestantes com essa cardiopatia habitualmente têm boa tolerância às alterações hemodinâmicas da gestação, com baixo risco de complicações. Porém, a sobrecarga volumétrica nessas pacientes pode agravar uma HAP pré-existente e ocorrer complicações durante parto e puerpério, como IC, arritmias atriais, embolia paradoxal, inversão do fluxo na comunicação devido hipotensão sistêmica nos casos de hemorragia grave ou complicações anestésicas. Conclusão: Nota-se a importância de que quaisquer alterações cardiológicas observadas durante pré-natal devem ser diagnosticadas e estratificadas, visando avaliar o prognóstico e condutas na gestação, uma vez que mesmo cardiopatias com baixo risco, como a CIA, podem gerar complicações nesse período. Referências Bibliográficas: 1. Bernstein, D. Acyanotic Congenital Heart Disease: Left-to-Right Shunt Lesions. In: Kliegman, R.M. et al. Nelson Textbook of Pediatrics. 20. ed. Philadelphia: Elsevier, 2015. Cap. 426, p. 2189-2198. 2. Silveira, A.C. et al. Revisão: Comunicação Interatrial. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, v.10, n.2, p.7-11, 2008. 3. Daudt, N.S. Cardiopatias Congênitas e Gravidez. Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, n. 5, p. 1-3, 2005. 4. Webb, G.D. et al. Cardiopatia Congênita. In: Bonow, R.O. et al. Braunwald Tratado de Doenças Cardiovasculares. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. cap. 65, p. 1443-1501.



EP 044

DOENÇA DE KAWASAKI EM FASE TARDIA: TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO?

ANTONIO ALCEU DOS SANTOS, JOSÉ PEDRO DA SILVA, JOSÉ FRANCISCO BAUMGRATZ, JOSÉ HENRIQUE ANDRADE VILA, ERNESTO LIPPI NETO, MARCOS CHEREM E JOÃO MARCOS DE OLIVEIRA JÚNIOR

HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

A doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite sistêmica, de etiologia desconhecida. As principais complicações resultam do aparecimento de aneurismas coronários que podem evoluir para doença coronária isquêmica. Na fase aguda o tratamento visa reduzir a resposta inflamatória na parede da artéria coronária e prevenir a vasculite com suas consequências (trombose e aneurisma). Na fase tardia, a terapêutica objetiva prevenir isquemia miocárdica e infarto. Alguns estudos propõem o uso de antiagregantes plaquetários e/ou antitrombóticos e outros a cirurgia de revascularização miocárdica. Definir o tratamento ideal nesta fase é um desafio para o médico. Objetivo: Demonstrar o papel importante da cirurgia de revascularização do miocárdio para o tratamento preventivo de isquemia e infarto na fase tardia da DK. Método: Apresentamos o caso clínico de um adolescente com diagnóstico tardio de DK aos 11 anos. Efetuou terapêutica com ácido acetilsalicílico. Evoluiu com quadro de angina e dispnéia de esforço. Ao realizar ecodoppler cardiograma verificou-se presença de dilatações importantes em artérias coronárias esquerda e direita, porém com função biventricular preservada. A cineangiogramiografia demonstrou importantes formações aneurismáticas, com estenoses significativas em artérias descendente anterior (DA), circunflexa e coronária direita. Na DK, a cirurgia de revascularização está indicada quando há obstrução grave de tronco de coronária esquerda, do segmento proximal da DA e/ou obstrução de mais do que uma artéria coronária principal. O caso foi discutido em equipe e optado pelo tratamento cirúrgico com revascularização completa do miocárdio. Resultados: No dia 09/03/11 o paciente foi submetido à cirurgia de revascularização miocárdica que consistiu em anastomose de artéria torácica interna esquerda para artéria DA seqüencial ramo diagonal, anastomose de veia safena aorta coronária direita seqüencial ramo marginal direito e anastomose de veia safena aorta seqüencial primeiro e segundo ramo marginal esquerdo. Realizou-se ainda a ligadura dos óstios de ambas as coronárias. A cirurgia e o pós-operatório decorreram sem complicações, inclusive sem hemotransfusão. Teve alta em 19/03/11. Conclusão: O diagnóstico na fase aguda da DK constitui um desafio e o seu atraso pode implicar seqüelas cardiovasculares graves. A cirurgia de revascularização do miocárdio constitui um tratamento eficaz e preventivo de isquemia e infarto na fase tardia da doença de Kawasaki. Referências Bibliográficas: 1. Rowley AH, Shulman ST. Pathogenesis and management of Kawasaki disease. Expert Rev Anti Infect Ther 2010; 8(2): 197-203. 2. Dinkhuysen JJ, Nogueira AS, Zarete JV, Neto DS, Soria TLR. Revascularização Cirúrgica Miocárdica (RCM) na presença de Aneurismas Coronários. Arq Bras Cardiol 2011; 96(2): 24-26. 3. Rios SR, Said GE, Daniels LB, Burns JC, Said H, Sorour KA, et al. Acute Myocardial Ischemia in Adults Secondary to Missed Kawasaki Disease in Childhood. Am J Cardiol 2015; 115(4): 423-427.



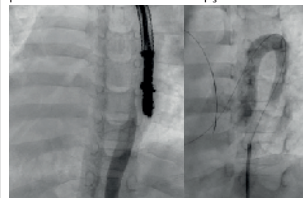
EP 045

FECHAMENTO PERCUTÂNEO DE CIA OS GRANDE USANDO COMO ACESSO A VEIA JUGULAR INTERNA ESQUERDA EM CRIANÇA COM SITUS INVERSUS E AUSÊNCIA DA VEIA CAVA INFERIOR

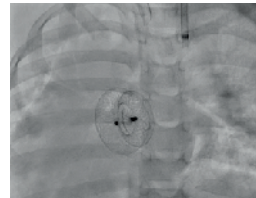
OLIVEIRA, EC; MOURA, MAG; MONTEZE NM; SILVA LM; BARBOSA, JAA

HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE MG, BRASIL

A Veia femoral é a via de acesso padrão para o fechamento percutâneo da CIA. Em casos em que esse acesso não pode ser usado, outras vias devem ser consideradas. Relato de Caso: Paciente de 3 anos, 12kg, situs inversus com dextrocardia, comunicação interatrial tipo ostium secundum (CIA OS) com aumento progressivo do diâmetro de 5 mm para 13 mm, com repercussão hemodinâmica que foi referida para o tratamento percutâneo. Após punção da veia femoral direita e manipulação do cateter, foi diagnosticado agenesia do segmento infra hepático da VCI com drenagem dos segmentos inferiores em veia cava superior esquerda pela veia ázigos. Diante disso, a veia jugular interna esquerda foi puncionada e realizada a inversão da imagem no monitor da máquina de hemodinâmica com finalidade de facilitar a manipulação do cateter. Prosseguimos com realização do procedimento seguindo as etapas convencionais, sendo guiado com fluoroscopia e com ecocardiograma transesofágico com sonda infantil. Foi implantada uma prótese Amplatzer 19 mm, sem intercorrências. Discussão: O fechamento percutâneo da CIA com a utilização do acesso pela VCI é o procedimento padrão, seguro e de fácil execução. Entretanto, o uso de vias alternativas como a utilização de veias do pescoço, pacientes com situs inversus ou com estruturas cardíacas em posições alteradas e a presença de grande comunicação em crianças pequenas tornam o procedimento mais difícil e com maior risco de complicações. Como alternativa, na ausência da veia cava inferior, seria uma possível alternativa a punção da veia hepática, dificultada neste caso pela posição anômala do fígado e pela inversão cardíaca. No caso apresentado, foi escolhido a veia jugular a esquerda pela ausência da VCS direita, com realização das manobras do lado esquerdo do paciente. O procedimento foi realizado com sucesso e com a liberação da criança para o domicílio no dia seguinte. Foi considerado também na decisão de qual via alternativa a ser utilizada, a possível necessidade de retirar a prótese no caso de embolização. Entretanto, com experiência, consciência dos riscos de complicações e como trata-los, essas vias alternativas podem ser utilizadas com sucesso. Conclusão: Os acessos venosos alternativos para o fechamento percutâneo de CIA podem ser utilizados com segurança desde que haja conhecimento da técnica, limitações, riscos e manejo de eventuais complicações pela equipe responsável. A impossibilidade de utilizar a via de acesso pela VCI não é razão para não considerar o tratamento percutâneo de CIA como a melhor opção.



Angiografia mostrando ausência de cava inferior e drenagem pela Veia Ázigos e Veia cava esquerda persistente



Aspecto fluoroscópico de Prótese Amplatzer liberada, com bainha longa posicionada em Veia Jugular Interna à esquerda.

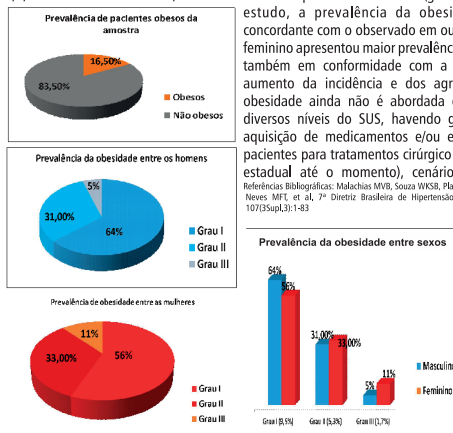
EP046

PREVALÊNCIA DA OBESIDADE ENTRE OS USUÁRIOS DO CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

CRISTIANE ASSIS MOTTA; ANE EMANUELE DUTRA DE ALMEIDA; DAIANE SANTOS FIGUEIREDO; JULIA ASSIS MOTTA; LUAN RODRIGUES DOS SANTOS; MARCO POLO ASSIS DA MOTTA; MARIANA LEMOS PEREIRA ALVES; TERESA RAQUEL PEREIRA CUNHA

CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo excesso de gordura corporal, sendo dos principais fatores de risco para aterosclerose. Nos últimos dez anos, tornou-se um dos maiores problemas de saúde pública do mundo, sendo que a prevalência no Brasil aumentou em 60%, passando de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016 da população geral. Objetivo: Avaliar a prevalência de obesidade entre usuários do CEAE, esclarecer aos usuários sobre a obesidade como doença crônica e fator de risco para outras doenças, abordar propostas de tratamento clínico e cirúrgico, encaminhar os obesos para orientação e acompanhamento da Nutrição. Método: Estudo transversal realizado no ambulatório de Cardiologia, no período de junho/2016 a junho/2017, em que os usuários eram pesados, medidos e classificados baseando-se quanto o excesso de peso através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC ou Índice de Quetelet), utilizando-se a fórmula: $IMC = \text{Peso atual (kg)} / \text{altura}^2 (m^2)$, assim sendo obeso I $IMC = 30 - 34,9$, obeso II $IMC = 35 - 39,9$ e obeso III $IMC > 40$. Resultados: (gráficos) Conclusão: Neste estudo, a prevalência da obesidade encontrada é concordante com o observado em outros trabalhos. O sexo feminino apresentou maior prevalência em todos os grupos, também em conformidade com a literatura. Apesar do aumento da incidência e dos agravos relacionados, a obesidade ainda não é abordada de forma efetiva nos diversos níveis do SUS, havendo grande dificuldade na aquisição de medicamentos e/ou encaminhamentos dos pacientes para tratamentos cirúrgico (não temos referência estadual até o momento), cenário muito preocupante. Referências Bibliográficas: Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT et al. 7º Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Sup.3):1-83



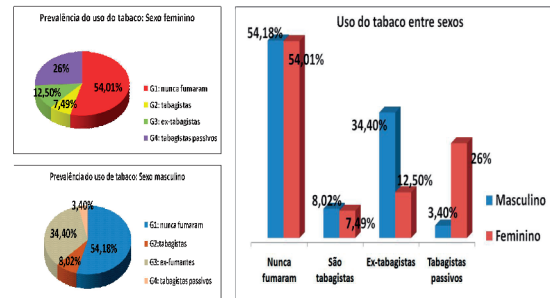
EP047

PREVALÊNCIA DO TABAGISMO ENTRE OS USUÁRIOS DO CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

CRISTIANE ASSIS MOTTA; ANE EMANUELE DUTRA DE ALMEIDA; DAIANE SANTOS FIGUEIREDO; JULIA ASSIS MOTTA; LUAN RODRIGUES DOS SANTOS; MARCO POLO ASSIS DA MOTTA; MARIANA LEMOS PEREIRA ALVES; TERESA RAQUEL PEREIRA CUNHA

CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

O tabagismo é uma das principais causas de morte evitável no mundo. A OMS estima que um terço da população mundial adulta seja fumante, sendo 47% da população masculina mundial e 12% da feminina. O consumo do tabaco é um fator de risco importante para aterosclerose. Objetivo: Avaliar a prevalência do tabagismo entre usuários de um Centro de Atenção Secundária, conscientizar sobre os malefícios causados pelo vício, encaminhar os fumantes para o grupo operativo de cessação do tabagismo municipal. Método: Trata-se de um estudo de delineamento transversal, realizado no ambulatório de Cardiologia, no período de junho/2016 a junho/2017. Os usuários eram entrevistados sobre o uso e frequência do tabagismo e distribuídos em categorias: 1 - os que nunca fumaram, 2 - os que fumam atualmente, 3 - os ex-fumantes (02 anos ou mais) e 4 - os tabagistas passivos (os que convivem com fumante em ambientes fechados). Resultados: Foram avaliados 1147 pacientes, todos adultos, com idade média de 56 anos, predominando o sexo feminino (59,5%). Entre os homens, 54,18% nunca fumaram, 8,02% são tabagistas, 34,4% são ex-fumantes e 3,4% são tabagistas passivos. Entre as mulheres, 54,01% nunca fumaram, 7,49% são tabagistas, 12,5% são ex-tabagistas e 26% são tabagistas passivas. Cem por cento dos fumantes foram encaminhados ao grupo operativo. Conclusão: Neste estudo, o sexo masculino teve maior prevalência nos grupos relacionados ao tabagismo, exceto no grupo de passivos, congruente com a literatura vigente. A inclusão de informações sobre o tabagismo é uma necessidade nas atividades assistenciais aos pacientes nos diversos níveis do SUS, levando em consideração as características educacionais e culturais da população assistida. Referências Bibliográficas: Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT et al. 7º Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Sup.3):1-83



EP048

ANEL VASCULAR COM ARCO AÓRTICO À DIREITA: RELATO DE CASO

MARIA DA GLÓRIA CRUVINEL HORTA; MARLY DE OLIVEIRA; JULIANA COSTA; THALES DE MELO MASCALVALADÃO CARDOSO

SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

Anéis vasculares são anomalias congênitas do arco aórtico, associadas à deleção cromossômica 22q11.1(1) que podem causar manifestações clínicas respiratórias e/ou gastrointestinais devido à compressão da traqueia e/ou do esôfago. Ocorre devido ao desenvolvimento anormal dos arcos aórticos embrionários e representam cerca de 1% das malformações cardíacas. Podem ser completas, circundando completamente o esôfago e traqueia, ou incompletas, circundando-o parcialmente. Há várias anomalias do arco aórtico, sendo que a mais frequente é a artéria subclávia direita aberrante com ducto arterioso à esquerda. Ela se origina na aorta descendente proximal, após a emergência da artéria subclávia esquerda e cursa posteriormente ao esôfago, causando compressão e configurando assim um anel vascular incompleto. O duplo arco aórtico é a causa mais frequente de anel vascular completo e ocorre quando a aorta ascendente se divide em dois arcos aórticos que envolvem completamente e comprimem a traqueia e/ou o esôfago. Objetivo: Relatar o caso de um recém-nascido portador de arco aórtico à direita com ducto arterioso à esquerda comunicando-se com aorta descendente proximal formando uma anel vascular completo, associado a cardiopatia congênita complexa e atresia de coanas. Método: Estudo descritivo sob a forma de relato de caso de paciente pediátrico, atendido na Santa Casa de Belo Horizonte, portador de anel vascular submetido a exames de imagem para diagnóstico da patologia em questão. Bases de dados utilizadas para embasamento teórico: Pub Med. Resultados: Recém-nascido do sexo feminino, nascida de parto cesáreo eletivo, sem exames de pré-natal, idade gestacional de 40 semanas, peso de nascimento de 2860g, APGAR 5/7 (1' e 5'). Evoluiu com cianose após o nascimento, atribuída a obstrução nasal (não houve progressão da sonda nasogástrica). Ecocardiograma revelou comunicação interatrial tipo ostium secundum, medindo 5,0 mm, comunicação interatrial tipo ostium primum de tamanho grande, valva atrioventricular única abrindo-se preferencialmente para o ventrículo esquerdo e obstruindo a via de entrada do ventrículo direito, comunicação interventricular muscular trabecular de tamanho médio, medindo 5,0 mm, hipoplasia importante do ventrículo direito, conexão ventrículo arterial concordante, ducto arterioso patente, medindo 3,5 mm, arco aórtico à direita e foi interrogada a interrupção do arco aórtico. Foi então solicitada angiogramografia de tórax que evidenciou um arco aórtico à direita comunicando-se com o tronco da artéria pulmonar através de ducto arterioso de cerca de 4,6 mm de diâmetro e 14 mm de comprimento. Este vaso apresenta trajeto ascendente e lateral para a direita e comunica-se com a porção distal do arco aórtico/aorta descendente. Esta estrutura em conjunto com o arco aórtico envolve a traqueia e o esôfago médio posteriormente, condicionando compressão esofágica extrínseca nesta topografia e dilatação do órgão a montante, configurando anel vascular. Conclusão: Anéis vasculares são anomalias congênitas do arco aórtico que ocorrem devido ao desenvolvimento anormal do complexo de arcos aórticos embrionários e estão frequentemente associados a síndromes genéticas. Podem se apresentar de forma isolada ou associado a outras malformações, principalmente cardíacas. A presença de anel vascular pode causar compressão da traqueia e/ou do esôfago, ocasionando manifestações clínicas, respiratórias e gastrointestinais. Associadas a cardiopatias, suas manifestações são confundidas com as da malformação, dificultando o diagnóstico. O ecocardiograma é essencial na avaliação do anel vascular e a angiogramografia ou a angiogramografia permitem definir detalhes anatômicos da patologia. Referências Bibliográficas: 1- GOLDMUNTZ, E. et al. Frequency of 22q11 Deletions in Patients With Congenital Defects. Journal of the American College of Cardiology, v. 32, n. 2, p. 492-498, 1998. 2- BAKKER, O. A. H. et al. Vascular rings: A rare cause of common respiratory symptoms. Acta Paediatrica, International Journal of Pediatrics, v. 88, n. 3, p. 947-952, 1999. 3- HERNANDEZ-SCHULMAN, M. Vascular rings: A practical approach to imaging diagnosis. Pediatric Radiology, v. 35, n. 10, p. 961-979, 2005. 4- DEAL, B. J.; JACOBS, J. P.; MAVROUDIS, C. Congenital Heart Surgery Nomenclature and Database Project. The Annals of Thoracic Surgery, v. 69, n. 3, p. 319-331, 2000. 5- HUMPHREY, C. Decade of Experience With Vascular Rings at a Single Institution. PEDIATRICS, v. 117, n. 5, p. e903-e908, 2006. 6- KNIGHT, L.; EDWARDS, J. E. Right Aortic Arch. Types and Associated Cardiac Anomalies. Circulation, v. 50, n. November, p. 1047-1051, 1974.



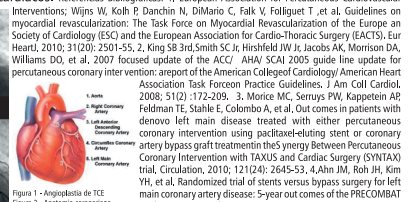
EP049

ANÁLISE CLÍNICA E EVOLUÇÃO INTRA-HOSPITALAR DOS PACIENTES SUBMETIDOS A ANGIOPLASTIA DE LESÃO DE TRONCO DE CORONÁRIA ESQUERDA NÃO PROTEGIDO

KÊNNYA GONÇALVES CAPANEMA¹, VINÍCIUS RIBEIRO SILVA¹, DIOGO VILELA NOGUEIRA¹, MARIA DO CARMO RABELO ALVIM RODRIGUES¹, CÁSSIO MENEZES NOGUEIRA¹, NATÁLIA DOS SANTOS OLIVEIRA¹, WALTER RABELO¹, MARCOS ANTÔNIO MARINO¹, ROBERTO LUIZ MARINO¹, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO^{1,2}.

(1) HOSPITAL MADRE TERESA-BELO HORIZONTE - (2) FACULDADE DE MEDICINA-PUC-BETIM - MG

A intervenção coronária percutânea (ICP) com stents farmacológicos (SFS) tem se mostrado uma opção viável em pacientes selecionados com lesão de tronco de coronária esquerda não-protetida (TCE-NP) com embasamento por registros uni e multicêntricos, subanálises pré-especificadas de estudos randomizados e metanálises. Objetivo: Relatar e descrever as características clínicas básicas, angiográficas e a evolução intra-hospitalar em uma série de 37 casos consecutivos submetidos à ICP em (TCE-NP) em nosso serviço no período de outubro de 2010 a abril de 2018. Método: Análise descritiva e revisão dos prontuários médicos dos pacientes submetidos à ICP em TCE-NP no período de 2010 a 2018. Os pacientes foram rigorosamente selecionados usando os escores: SYNTAX e EUROSORE. Resultados: A média de idade foi de 74(±12) anos, com mínimo de 47 e máximo de 96, ocorreu predomínio do sexo masculino 54,1%. Dos pacientes tratados, 91,8% eram hipertensos, 35,1% diabéticos, 64,8% dislipidêmicos, 16,2% tabagistas e 21,6% tinham histórico de doença aterosclerótica do coração (DAC). Em relação à apresentação 56,7% se apresentaram com síndrome coronariana aguda (SCA), com 32,4% infarto (IAM) sem supra, 16,1% angina instável e 8,1% IAM com supra. Os demais pacientes se apresentaram com 35,1% angina estável e 8,1% isquemia silenciosa. Em 94,5% dos pacientes foram utilizados SFS. Os dois pacientes que receberam SNF se apresentaram como SCA e eram SUS. Em 10,8% dos casos ocorreu dissecação da borda do stent. A mortalidade intra-hospitalar em um caso este paciente tinha história de DAC prévia, HAS, DM e se apresentou como IAM sem elevação. Discussão: Em pacientes com lesões de TCE, a escolha da modalidade de revascularização miocárdica (percutânea ou cirúrgica) leva em consideração a apresentação clínica, extensão e gravidade da doença coronária, presença de disfunção ventricular esquerda de comorbidades. É de fundamental importância a rigorosa seleção de casos com a utilização de escores de risco anatômico (SYNTAX, SYNTAXII) e de risco cirúrgico (STS e Euro SCOREII). Conclusão: Na presente análise envolvendo pacientes da prática diária com doença aterosclerótica em TCE-NP, a ICP mostrou ser segura e eficaz, com baixas taxas de complicações intra-hospitalares bem como óbitos cardíacos. Referências Bibliográficas: 1. European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions; Wijns W, Kolh P, Danchin N, Di Mario C, Falk V, Folliquet T et al. Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Association of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J, 2010; 31(20):2501-58. 2. King SB 3rd, Smith SC Jr, Hirshfield JW Jr, Jacobs AK, Morrison DA, Williams DJ et al. 2007 focused update of the ACC/AHA/SCAI 2005 guideline line update for percutaneous coronary intervention: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol, 2008; 51(2):172-209. 3. Morice MC, Serruys PW, Kappetein AP, Feldman TE, Stankovic, Colombo A et al. Out comes in patients with de novo left main disease treated with either percutaneous coronary intervention using paclitaxel-eluting stent or coronary artery bypass graft treatment the S-nergy Between Percutaneous Coronary Intervention with TAXUS and Cardiac Surgery (SYNTAX) trial. Circulation, 2010; 121(24):2645-53. 4. Ahn JM, Roh JH, Kim YH et al. Randomized trial of stents versus bypass surgery for left main coronary artery disease: 5-year out comes of the PRECOMBAT study. J Am Coll Cardiol 2015; 65: 2198-206.



PÔSTER ELETRÔNICO

RESUMO DE TEMAS LIVRES | 28º CONGRESSO DA SOCIEDADE MINEIRA DE CARDIOLOGIA



EP 050

ANÁLISE ESTATÍSTICA ENTRE ESCORES DE RISCO GLOBAL COLETADOS EM 2016 E 2018 EM UMA EMPRESA DO MUNICÍPIO DE ITAÚNA - MG

ISIDORO, GSP; FERREIRA, GLM; SILVA, DF; VIEIRA, JDM; PEREIRA, MTM; MESQUITA, GA; ARRUDA, CM; RODRIGUES, CM; CUNHA, IM; RABELO, BMA.

ACADÊMICOS DA UNIVERSIDADE DE ITAÚNA

Doenças cardiovasculares (DCVs) são as principais causas de mortalidade no Brasil, gerando alto custo social econômico. O rastreamento dos fatores agravantes pode ser realizado através de algoritmos que os correlacionam com a probabilidade do indivíduo desenvolver DCVs. O Escore de Risco Global (ERG) é estimado para um período de 10anos, a partir das variáveis: sexo, idade, pressão arterial, colesterol total, fração HDL, fumo e diabetes. Dessa forma o objetivo da pesquisa foi avaliar a diferença entre os valores de ERG de 2016 e 2018, analisando a efetividade das modificações dos fatores de risco propostas em 2016. Objetivo: Analisar a efetividade de medidas preventivas e orientações educativas aplicadas no momento da realização do ERG, numa empresa de Itaúna-MG. Método: A coleta de dados ocorreu numa empresa em Itaúna-MG. Em 2016, foi realizado ERG de 71 colaboradores, sendo escoreados quanto ao resultado e quais fatores de risco poderiam ser modificados. Em 2018, foi realizado o ERG com os mesmos funcionários submetidos ao estudo anterior. Resultados: Em 2016, 46 colaboradores foram classificados em baixo risco, 24 intermediário e 1 alto. Em 2018 foram 35, 31 e 5, respectivamente. A associação foi significativa entre ERG, diabetes e tabagismo, em que tabagistas e diabéticos estão relacionados a ERG alto em comparação com não tabagistas e não diabéticos. Já em 2018, não houve associação entre ERG e tabagismo, apenas entre ERG e diabetes (Tabela 6). Foi encontrada diferença significativa entre os períodos para o ERG ($p < 0.0001$), sendo que em 2018 todas as medianas foram superiores às de 2016 (Tabela 7). Comparando-se os ERG de 2016 e 2018, evidencia-se

Tabela 6. Frequência e percentagem por período dos indivíduos estratificados, escore global com diabetes, tabagismo e diabéticos, bem como os valores para o teste de Fisher's χ^2 de 2x2.

	2016	2018	P-valor*	V de Cramer
Sexo				
M	44 (62.77)	24 (34.78)	0.5587	0.0250
F	21 (30.00)	9 (13.04)		
Estratificação				
Baixo	41 (57.87)	30 (43.78)	0.0426	0.1991
Inter	41 (57.87)	30 (43.78)		
Alto	41 (57.87)	30 (43.78)	0.0001	0.4034
Diabetes				
Sim	2 (2.84)	2 (2.84)	0.9897	
Não	44 (62.77)	22 (31.14)		

Tabela 7. Comparando-se os ERG de 2016 e 2018, evidencia-se que as orientações propostas em 2016 não foram efetivas. Corroborando a literatura atual, tabagismo e diabetes influenciam significativamente na classificação, por se relacionarem com diversos fatores que favorecem o surgimento de DCVs e, portanto, como aumentado número de indivíduos classificados como intermediário e alto no ERG. Conclusão: Visto que todas as medianas encontradas em 2018 foram superiores em 2016, faz-se necessário uma abordagem mais intervencionista, a partir de estratégias práticas de conscientização, como eventos de promoção de hábitos saudáveis e de mudanças no estilo de vida, principais desafios da atualidade. Além disso, medidas de prevenção adequadas ao perfil de cada funcionário, buscando orientar mudanças viáveis à sua rotina e que favoreçam a prática continuada, podem ser mais eficazes e consigam reduzir, em curto prazo, a quantidade de indivíduos classificados no ERG intermediário e alto.

Referências Bibliográficas: 1. Arquivos Brasileiros de Cardiologia; 1. Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Sociedade Brasileira de Cardiologia, ISSN-0066-782X, Vol101, N°6, Supl. 2, 2013 2. Khammatt J et al. Theart of cardiovascular risk assessment. Clin Cardiol. 2018 1-8; doi: 10.1002/cc.22930.

EP051

ENDOCARDITE FÚNGICA ASSOCIADA À IMUNOSSUPRESSÃO POR QUIMIOTERAPIA, COM GRAVE INSUFICIÊNCIA VALVAR - RELATO DE CASO

CARLA MAIOLINI DE FREITAS, KAMILA SILVA MARINS CHAMON, JÉSSICA MARIA COSTA SOUSA, FERNANDA ARAÚJO, ESTÊVÃO LAINNA FIGUEIREDO, ROBERTO DRUMOND FERREIRA DE MELO

HOSPITAL LIFE CENTER - BELO HORIZONTE

A endocardite infecciosa (EI) é uma doença com um que causa alto índice de mortalidade. A etiologia fúngica geralmente associa-se a manifestações mais graves e o tratamento de escolha é o cirúrgico. As neoplasias hematológicas são tratadas de forma agressiva, com quimioterápicos (QT) muito potentes, infundidos por acessos venosos centrais que são por si só fatores predisponentes a infecções fúngicas. Relata-se o caso de paciente em tratamento para leucemia, que desenvolveu grave endocardite fúngica na valva mitral. Relato de Caso: Homem, 66 anos, portador de leucemia mieloide aguda, recidivante, no 4º ciclo de QT com 5-fluoracil, doxorubicina, cisplatina e prednisona. Portador de cateter venoso central de longa permanência. Evoluiu com quadro de febre diária, calafrios, sudorese noturna, hiporexia, dispnéia progressiva, até ao repouso e tosse seca. Inicialmente foi tratado como neutro pênico febril, com meropenem e vancomicina. Ao exame clínico apresentou, no 7º dia de febre, novo e intenso sopro holossistólico, regurgitativo, com frêmito na região apical e irradiação à axila esquerda, associado a B3. Ecocardiograma transtorácico revelou vegetação de 4,6mm na valva mitral, com grave regurgitação valva redifunção sistólica moderada associada. Hemoculturas eram negativas; fundo de olho mostrou sinais de embolização para a retina; ultrassom abdominal mostrou infartos hepáticos. Assim, pensou-se em etiologia fúngica. Associou-se voriconazol e o paciente foi encaminhado ao bloco cirúrgico, para troca valvar mitral. Foi confirmada a destruição da valva, com enorme vegetação. Realizado troca valvar, com implante de prótese biológica. Em paralelo, iniciou-se tratamento medicamentoso para a insuficiência cardíaca (carvedilol, espirinolactona e enalapril). O paciente apresentou significativa melhora clínica, teve alta hospitalar, após completar os 28 dias de antifúngicos. Infelizmente, a doença de base evoluiu e o paciente veio a óbito, sete meses após a troca valvar. Discussão e Conclusões: Pacientes oncológicos, em QT sistêmica estão muito susceptíveis a infecções oportunistas graves, como as fúngicas. Deve-se estar atento para o diagnóstico precoce da endocardite infecciosa nestes pacientes. O tratamento adequado (clínico e cirúrgico, quando indicado) também devem ser instituídos o mais precoce possível. Referências Bibliográficas: 1. 2015 ESC Guide lines for the management of infective endocarditis: The task force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC), Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM), Eur Heart Journal, 2015; 36 (44): 3075-3128, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv319>, 2. Shi-Min Yuan, Fungal endocarditis, Braz J Cardiovasc Surg, 2016; 31(3): 252-255.3. Bor DH, Woolhandler S, Nardin R, Brusch J, Himmelstein DU. Infective Endocarditis in the U.S., 1998-2009: A Nationwide Study, PLoS One, 2013; 8(3): e60033. Published online 2013 Mar 0;doi:10.1371/journal.pone.0060033

EP052

IMPACTO DO USO DE MENSAGENS DE TEXTO POR TELEFONE NA PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA - UM SUBESTUDO DO PROJETO BOAS PRÁTICAS EM CARDIOLOGIA

Luiz Guilherme Passaglia, Mariana Martins Pires, Mariana Figueiredo Simões, Lucas Neves Vaz, Lorhayne Kerley Capuchinho Scalioni, Luisa Campos Caldeira Brant, Antônio Luiz Pinho Ribeiro

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Introdução e Objetivos: A doença cardiovascular é a principal causa de morte e anos de vida perdidos no mundo. O objetivo principal deste estudo é avaliar o impacto do uso de mensagens de texto (SMS) como ferramenta para aumento do controle dos fatores de risco cardiovascular em pacientes que estão em prevenção secundária após a alta hospitalar por Síndrome Coronariana Aguda (SCA). Métodos: Estudo prospectivo, grupo-paralelo, randomizado, de seguimento simples e centro único, iniciado em dezembro de 2017 e com data prevista para término em maio de 2019. A população que está sendo alocada é de dependentes de um Hospital Universitário internados com diagnóstico de SCA e que recebem alta para acompanhamento ambulatorial, com idade ≥ 18 anos e que possam receber SMS através de celular próprio. Os pacientes do grupo intervenção receberão os cuidados usuais associado à SMS, enquanto o grupo controle terá apenas o cuidado usual. O SMS oferecerá aconselhamento, motivação e informação sobre adesão medicamentosa, exercício físico regular, adoção de medidas dietéticas saudáveis e cessação do tabagismo, de acordo com os hábitos e comorbidades do paciente. Os SMS são enviados 4 vezes por semana durante os 6 meses seguintes à alta hospitalar. Resultados: Os resultados serão descritos diante dos desfechos primários e secundários analisados com 6 meses após a alta hospitalar. O desfecho primário consiste no Escore do controle combinado de fatores de risco (5 variáveis): LDL-C < 70 mg/dL, pressão arterial $< 140/90$ mmHg, exercício regular (150min/semana), status de não-fumante e Índice de Massa Corporal (IMC < 25). Os desfechos secundários avaliados serão: LDL-C, nível de atividade física, pressão arterial, adesão medicamentosa, proporção de não fumantes, IMC, reinternação, morte cardiovascular e por qualquer causa. Estima-se uma amostra necessária de 160 pacientes, com possível perda de seguimento de 10%, erro alfa de 5% e poder de 80% para detectar uma diferença de pelo menos 20% entre grupo intervenção e grupo controle na obtenção de quatro ou mais dos cinco fatores de risco modificáveis no Escore do Desfecho Primário. Conclusão: O presente estudo apresenta inovação tecnológica e incentivo ao auto cuidado através de mudanças de hábito de vida para pacientes coronariopatas pós SCA, podendo esta estratégia de intervenção ser disponibilizada para outros projetos e para toda a comunidade caso o resultado seja positivo. Referências Bibliográficas: 1) Shepard, D, Vander Zanden A, Moran A, Naghavi M, Murray C, Roth G. Ischemic Heart Disease Worldwide, 1990 to 2013: Estimates From the Global Burden of Disease Study 2013. Circ Cardiovasc Qual Outcomes, 2015 Jul; 8(4): 455-6. 2) Ribeiro AL, Duncan RB, Brent LC, Lotufo PA, Mili JG, Barreto SM. Cardiovascular Health in Brazil: Trends and Perspectives. Circulation. 2016 Jan 26; 133(4): 422-33. 3) Chow CK, Redfern J, Hillis GS, Thakkar J, Santo K, Hackett ML, et al. Effect of Lifestyle-Focused Text Messaging Risk Factor Modification in Patients With Coronary Heart Disease: A Randomized Clinical Trial. Jama. 2015 Sep 22; 314(12): 1255-63.

	Modulo1	Modulo2	Modulo3	Modulo4
	Insatisfeitos	Insatisfeitos	Insatisfeitos	Insatisfeitos
	dependente	dependente	dependente	dependente
	DM	DM	DM	DM
Physical exercise	X	X	X	X
Healthy diet	X	X	X	X
Medication adherence	X	X	X	X
General health status	X	X	X	X
Smoking cessation	X	X	X	X
DM management	X	X	X	X
Insulin management	X	X	X	X

EP053

PRESENÇA E SEVERIDADE DE INSONIA EM CARDIOPATAS ASSISTIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE DIVINÓPOLIS/MG ESTUDO OBSERVACIONAL

CÍNTIA APARECIDA SANTOS / ELISA FACCION CRUZ FIDELES, WALQUIRIA DA MATA SANTOS, LUISA TEIXEIRA PASQUALOTTO, JACQUELINE ALVES, SARAH CRISTINA VIEIRA, LAYRA FERNANDA MARTINS, MARCO TÚLIO TAVARES SEIXAS, MARCELLA OLIVEIRA RODRIGUES, NEWTON SANTOS DE FARIA JÚNIOR

A insônia é uma das mais frequentes queixas dos indivíduos relacionadas ao sono. Trata-se de uma dificuldade repetida em iniciar o sono, mantê-lo ou consolidá-lo, resultando em alguma forma de deficiência diurna. Há crescentes evidências que destacam a associação entre um sono reparador e doenças cardiovasculares, levando ao comprometimento do funcionamento social, ocupacional, educacional, acadêmico e comportamental do indivíduo, refletindo assim nas atividades de vida diária. Objetivo: O objetivo deste trabalho consistiu em verificar a presença e severidade de insônia em indivíduos cardiopatas assistidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's) em Divinópolis. Método: Estudo observacional transversal com amostra consecutiva e de conveniência de 32 indivíduos, recrutados a partir de UBS's do município de Divinópolis-MG. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob número de protocolo 1.475.521/2016. Todos os indivíduos foram avaliados clinicamente e responderam ao Índice de Severidade de Insônia. Resultado: A média de idade foi de $62,22 \pm 10,64$ anos e de índice de massa corporal $28,35 \pm 6,22$ kg/m². Do total, 86,67% dos indivíduos eram do sexo feminino. 78,13% destes apresentaram insônia, sendo que 20% apresentaram grau leve, 48% grau moderado e 32% grau severo de insônia. Discussão: Os distúrbios do sono têm grande prevalência na população geral, inclusive considerada atualmente como problema importante de saúde pública, afetando a qualidade de vida da população e influenciando na morbimortalidade. Com a análise dos achados do Índice de Severidade de Insônia, notou-se que a maior parte dos indivíduos possui insônia, principalmente de severidade moderada. Os resultados poderiam sugerir a hipótese da insônia e a duração anormal do sono desempenharem papéis importantes na etiologia da cardiopatia. Conclusão: Verificou-se a presença de insônia em boa parte dos indivíduos com cardiopatia, em sua maioria de severidade moderada, mostrando uma relação entre insônia e cardiopatia. Resultados de estudos epidemiológicos como este não são apenas aplicáveis na prática clínica, mas também no planejamento e implementação de políticas públicas. Referências Bibliográficas: 1) FAVA, M. Daytime sleepiness and insomnia as correlates of depression. Journal of Clinical Psychiatry 2004; 65(16):27-32. 2) HARVEY A. G. Insomnia: symptom or diagnosis? Clin Psychol Rev. 2002;17(1): 1037-1059.

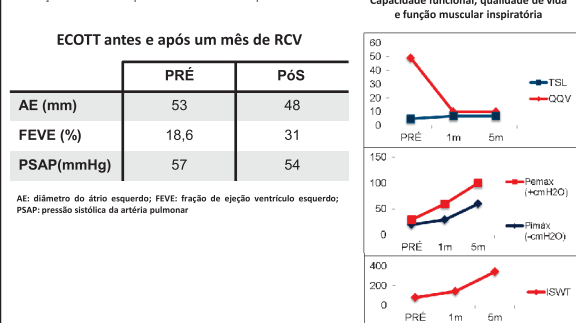
EP054

REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR MELHORA A QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE EM PACIENTE COM MIOCARDIOPATIA DILATADA E CARDIODEFIBRILADOR – UM RELATO DE CASO

RENATA CRUZEIRO RIBAS¹; SABRINA COSTA LIMA¹; SUSAN MARTINS LAGE¹; ESTÊVÃO LAINNA FIGUEIREDO²

(1) REABILITAÇÃO CARDÍACA BH – FISIOTERAPIA CARDIOVASCULAR - BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS (2) HOSPITAL LIFECENTER - BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

A Reabilitação Cardiovascular (RCV) proporciona efeitos benéficos em pacientes com diferentes tipos de miocardiopatias, e pode ser empregada com segurança em pacientes com implante de cardiofibrilador. Contudo, a prescrição de exercícios aeróbios e resistidos deve considerar as especificidades e a estabilidade clínica do paciente. Caso Clínico: Paciente do sexo masculino, 76 anos. História prévia de miocardiopatia dilatada idiopática, FEVE prévia de 30%, síncope de repetição e TVS. 2016: Implante de cardiofibrilador. 2016 - 2017: Emagrecimento de 30kg; 2017/1º: TEP com piora do quadro de IC; 2017/2º: Adequado tratamento da IC (Candesartan 16mg bid, Bisoprolol 5mg bid, Espironolactona 25mg mid, Ivabradina 5mg bid, Rosuvastatina 20mg mid) e associado anticoagulação com Rivaroxabana (20mg mid). Encaminhado à RCV pelo cardiologista após melhora do quadro clínico. AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA: Incremental Shuttle Walking Test (ISWT); Teste de sentar e levantar (TSL) em 30"; Questionário de Qualidade de Vida (QOV) de Minnesota; Avaliação das pressões respiratórias máximas (Pmáx e Pmín). PROGRAMA DE RCV: Treinamento aeróbio; Exercícios de resistência muscular periférica; Exercícios funcionais e de equilíbrio; Treinamento muscular inspiratório POWERbreathe® Classic LR (30% Pimáx); Frequência e duração: três vezes por semana, durante cinco meses. Conclusão: A RCV associada ao tratamento clínico otimizado contribuiu para a melhora clínica, funcional e da qualidade de vida do paciente. Não ocorreram disparos no CDI durante todo este período. Isso reafirma que a RCV é segura nos pacientes com IC grave e CDI. Referências Bibliográficas: Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular. Arq. Bras. Cardiol. Vol. 103 nº 2 Supl.1, São Paulo 2014.

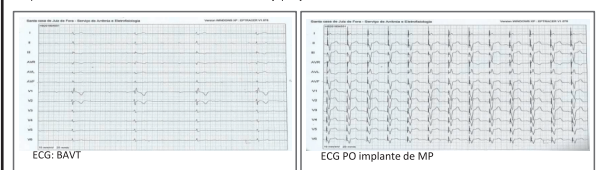


EP056

CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO ASSOCIADA A BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR TOTAL

GABRIELA D.C. OLIVEIRA; HÉLIO L. BRITO JR.; RAFAEL F. SILVA; LÍVIA C. JARDIM; JOSÉ DONDICI FILHO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFJF; SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA - MG

A cardiomiopatia de Takotsubo (CMT) caracteriza-se por disfunção sistólica apical importante e transitória do ventrículo esquerdo (VE). Apresenta-se clinicamente de forma similar à síndrome coronariana aguda, porém com ausência de doença obstrutiva coronariana^{1,2}. Afeta mais frequentemente mulheres na pós-menopausa e costuma ser precedido por períodos de estresse emocional^{3,4}. Seu prognóstico geralmente é favorável. Associação com bloqueio atrioventricular total (BAVT) tem sido relatada em raros casos, contudo, não foi encontrado na literatura associação de BAVT e CMT em paciente submetido à tratamento quimioterápico (pesquisa PubMed). Relato de Caso: Mulher de 69 anos, diagnóstico de câncer de língua, com queixa de cansaço para as atividades habituais (CF III NYHA) dois dias após ter realizado uma sessão de quimioterapia. Avaliada uma semana após o início dos sintomas e diagnosticada com BAVT. Exame físico: ritmo regular, bulhas normofonéticas e PA 110/60 mmHg. ECG: BAVT, QRS com padrão de bloqueio de ramos direito e FC 40 bpm. Realizado implante de marcapasso (MP) dupla câmara (DDD) sem intercorrências. No pós-operatório (PO) imediato (2 horas) a paciente apresentou dor torácica típica com duração de 20 minutos. Exames: 1- Elevação troponina: 1,74 (30 min/dor) e 5,38(12 horas/dor); 2-Avaliação do MP: ritmo de MP normofuncionante; 3- EcoDopplercardiograma transtorácico (ETT) 6 horas/dor: FE=40%, hipocinesia importante dos segmentos médio e apical do VE, hipercinesia dos segmentos basais e abaulamento apical sugestivo de CMT; 4-Caterismo cardíaco (9 horas/dor): artérias coronárias insensíveis de lesões obstrutivas (Ventriculografia não realizada - insuficiência renal); 5- ETT 6 dias PO: FE global preservada e discreta hipocinesia apical. Paciente recebeu alta hospitalar em uso de carvedilol, espironolactona e enalapril. Avaliação 30 dias PO: dispneia aos grandes esforços (CF II NYHA). Foi repetido ETT: FE 65%, movimento assíncrono do septo interventricular, sem outras alterações segmentares. Avaliação do MP, ritmo de base: BAVT. Com escape de 30 bpm. Conclusão: A associação entre CMT e BAVT é rara, e sua ocorrência após quimioterapia ainda não foi relatada na literatura. A relação causa e efeito é incerta, porém é possível que o estresse emocional e/ou quimioterapia prévia possam ter sido fatores desencadeantes. Referências Bibliográficas: 1- Complete atrioventricular block associated with takotsubo cardiomyopathy. Circ. Journal 2009 Mar;73(3):589-92. Epub 2008 Dec 12; 2- Kodama S, Miyoshi K, Shiga Y. Takotsubo cardiomyopathy complicated by high-grade atrioventricular block: a report of two cases. Exp Clin Cardiol. 2009;14:e35-e38; 3- Chun S-G, Kwok V, Pang D-K. Transient left ventricular apical ballooning syndrome (takotsubo cardiomyopathy) as a complication of permanent pacemaker implantation. Int J Cardiol. 2007;117:e27-e30; 4- Inoue M, Kanaya H, Matsubara T. Complete atrioventricular block associated with takotsubo cardiomyopathy. Circ J. 2009;73:589-592.



EP057

CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO ASSOCIADO À MIXOMA ATRIAL: UM RELATO DE CASO

LEONARDO ARRUDA MORAES RASO / CAMILA DAIBERT DIONÍSIO / STEFÂNIA BRUNA COSTA VALENTE / LAILA RIBEIRO SANTA BÁRBARA / PAULA CARVALHO PINTO GUIMARÃES

COMPLEXO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE ASSIS

A cardiomiopatia de Takotsubo é caracterizada por disfunção sistólica segmentar transitória, muitas vezes com fração de ejeção do ventrículo esquerdo reduzida, mimetizando o infarto agudo do miocárdio (massa-vidência angiográfica de doença arterial coronariana obstrutiva ou ruptura aguda de placa). Frequentemente está relacionada a evento físico ou emocional estressante. Omixomaiatral, por sua vez, é um tumor cardíaco primário benigno, no qual 80% dos casos se localizam no átrio esquerdo (AE). Uma vez que o diagnóstico por estudo de imagem é feito, a ressecção cirúrgica é indicada em função do risco de embolização e de morte súbita. Existem poucas descrições na literatura de casos em que haja associação de cardiomiopatia de Takotsubo e mixoma atrial. O presente relato de caso tem como objetivo ilustrar tal associação. Descrição do Caso: Mulher de 63 anos, hígida, admitida em edema agudo de pulmão. Evoluiu com insuficiência respiratória e choque cardiogênico, necessitando de suporte ventilatório mecânico e aminas. ECG evidenciou ritmo sinusal com baixa voltagem e má progressão de onda R em parede anterior. RX de tórax com congestão pulmonar importante. Troponina qualitativa positiva. Coronárias sem obstruções significativas à cineangiogramiografia e ventriculogramiografia com balonamento apical sugestivo de Takotsubo (Figura1). Ecocardiograma transtorácico (ECOTT) mostrou fração de ejeção do ventrículo esquerdo (VE) de 43% e a cinésia sem afilamento de toda a metade apical de todas as paredes. Visto ainda massa sugestiva de mixoma dentro do AE, com 5,8 x 3,5cm, aderida ao septo interatrial e ao folheto anterior da valva mitral, obstruindo parcialmente a mesma e gerando estenose secundária moderada (Figura2). Paciente evoluiu bem, tolerou desmame de aminas e foi extubada. Repetido ECOTT duas semanas após fração de ejeção do VE já encontrava-se recuperada (74%) e sem mais déficits segmentares. Em reunião clínica, optado pela ressecção cirúrgica domixoma atrial e num segundo momento, tendo em vista o quadro recente de Takotsubo. Procedimento foi realizado 4 meses após, sem intercorrências. Conclusão: A relação de causa e efeito entre o mixoma atrial e a cardiomiopatia de Takotsubo não é bem estabelecida. O melhor momento para a ressecção cirúrgica do mixoma em casos como este também é algo que gera dúvida, uma vez que a injúria miocárdica recente pelo Takotsubo aumentaria a morbidade cirúrgica. Por outro lado, pesa-se o risco de embolização sistêmica em adiar o procedimento em alguns meses. No presente relato, o intervalo entre o diagnóstico de Takotsubo e a ressecção do mixoma foi de 4 meses. Mais relatos e séries de casos necessitam ser descritos para melhores conclusões. Referências Bibliográficas: 1- Lyon AR, Bosstone E, Schneider B, et al. Current state of knowledge on Takotsubo syndrome: a Position Statement from the Taskforce on Takotsubo Syndrome of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Fail. 2016 Jan; 18(1): 8-27. 2- Pinedel, Duhaoui, Loire R. Clinical presentation of left atrial cardiac myxoma. A series of 112 consecutive cases. Medicine (Baltimore) 2001; 80:159.

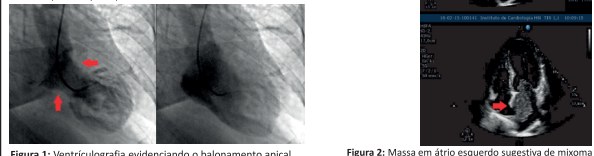


Figura 1: Ventriculografia evidenciando o balonamento apical

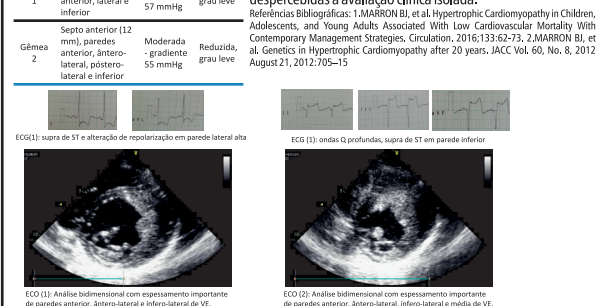
Figura 2: Massa em átrio esquerdo sugestiva de mixoma

EP058

CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA EM GÊMEAS UNIVITELINAS ASSINTOMÁTICAS

MONTEZE NM, SILVA LM, SOUZA GG, AMADOR SND, MEIRA ZMA, TONELLI HAF, CASTILHO SRT
HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFMG

A cardiomiopatia hipertrofica sarcomérica (CMH) é uma doença autossômica dominante, de penetrância variável e expressão fenotípica tardia, associada ao risco de morte súbita durante atividade física. Relato do Caso: Gêmeas univitelinas, 13 anos de idade encaminhadas para avaliação cardiológica para início de atividade física em academia. Assintomáticas quanto ao aparelho cardiovascular. Sem comorbidades ou história familiar de cardiopatias congênitas ou morte súbita inexplicada em jovens. Exame cardiovascular: ritmo cardíaco regular em 2 tempos, sopro sistólico ejetivo, II/VI em borda esquerda média e alta. Pulso ligeiramente amplos e simétricos. Exame eletrocardiográfico (ECG): ondas Q profundas em parede inferior; alterações difusas de repolarização, sobretudo em septo interventricular (SIV) e paredes anterior, lateral alta e inferior; hemibloqueio anterior esquerdo no exame da gemelar 1 e bloqueio de ramo esquerdo no da gemelar 2. Exame ecocardiográfico (ECO): (imagens) Discussão: A prevalência das doenças genéticas ligadas ao risco de morte súbita (CMH e algumas síndromes canaliculares) é baixa. No entanto, a partir da adolescência, mesmo na ausência de manifestações ou de história familiar sugestivas, indica-se a realização de ECG como parte da avaliação pré-atividade física. Caso este esteja alterado, está indicada a complementação propedéutica com ECO. A expressão fenotípica tardia de algumas doenças e a intensidade das atividades físicas realizadas a partir desta idade - sabidamente relacionada ao risco de morte súbita - justificam este cuidado. Nos casos relatados, a ausência de história familiar positiva para morte súbita ou miocardiopatia hipertrofica pode decorrer de um perfil fenotípico menos agressivo ou de uma mutação nova. Conclusão: O emprego sistemático do ECG convencional na avaliação pré-atividade física em adolescentes se justifica pela capacidade do método na identificação de condições de potencial risco, as quais podem passar despercebidas à avaliação clínica isolada. Referências Bibliográficas: 1-MARRON BJ, et al. Hypertrophic Cardiomyopathy in Children, Adolescents, and Young Adults Associated With Low Cardiovascular Mortality With Contemporary Management Strategies. Circulation. 2016;133:62-73. 2-MARRON BJ, et al. Genetics in Hypertrophic Cardiomyopathy after 20 years. JACC Vol. 60, No. 8, 2012 August 21, 2012:705-15



ECO (1): Análise bidimensional com espessamento importante de paredes anterior, antero-lateral e infero-lateral de VE.

ECO (2): Análise bidimensional com espessamento importante de paredes anterior, antero-lateral, infero-lateral e média de VE.

EP 059

IAM TROMBOEMBÓLICO POR MIXOMA ATRIAL

LILIANE DINIZ DE ARAÚJO, ANDRÉ CHUSTER DE SOUZA, FELIPE DE OLIVEIRA RAMALHO, ANA LUIZA GUIMARÃES FERREIRA, HELDER GOMES DE MOURA, EDILEIDE DE BARROS CORREIA

INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

O mixoma atrial é o tumor cardíaco benigno mais comum, representando cerca de 40% das neoplasias cardíacas. A embolização para artérias coronárias ocorre em aproximadamente 10% dos casos, sendo mais comum para território da coronária esquerda. Descrição de Caso: M.J.A.V., 43 anos, sexo feminino, hipertensa e tabagista, encaminhada por achado de massa tumoral em átrio esquerdo (AE) em ecocardiograma transtorácico (ECOTT). Referia dispnéia progressiva há cinco anos, em classe funcional NYHA II, associada a tosse seca, sem alterações ao exame físico, exceto por B3 audível em ápice. Eletrocardiograma: ritmo sinusal, SAQRS: 30°, sobrecarga de AE, baixa voltagem elétrica no plano frontal, zona eletricamente inativa ântero-apical e alteração de repolarização anterior. (Figura 1). ECOTT: AE aumentado, com massa ecogênica heterogênea aderida ao septo interatrial, medindo 58x25 mm, que se projetava para ventrículo esquerdo (VE) na diástole. (Figura 2). Cineangiografiografia: artéria descendente anterior com oclusão total proximal e aspecto de recanalização, demais artérias isentas de ateromatose e vascularização com acinesia ântero-apical. Procedida ressecção da massa tumoral medindo 6x4x3 cm com diagnóstico histológico de mixoma cardíaco. No pós-operatório realizou ressonância magnética cardíaca (RM): fração de ejeção de VE: 28%; áreas de realce tardio de padrão coronário transmural do ápex, porções apical e média, com carga total de fibrose de 31g, acometendo 35% da massa de VE (Figura 3). Em seguimento ambulatorial, a paciente mantém-se com dispnéia NYHA II mesmo após tratamento clínico otimizado. Conclusão: A associação entre doença coronária obstrutiva com IAM e mixoma de átrio esquerdo representa um desafio diagnóstico dada a raridade desta doença. A baixa idade, sexo feminino e poucos fatores de risco apontam para a possibilidade do mixoma, com consequente tromboembolismo, ter sido o fator causal do IAM. Referências Bibliográficas: -JIAO, Z.X. et al. Clinical analysis of acute myocardial infarction caused by coronary embolism. J Thorac Dis. 2017;9(9):2898-2903. -LAZAROS, G. et al. Cardiac myxoma and concomitant myocardial infarction. Embolism, atherosclerosis or combination? International Journal of Cardiology 205 (2016) 124-126. -ZHANG, Y. et al. Left atrial myxoma induced acute ST-segment elevation myocardial infarction. J Card Surg 2017;32:809-811.

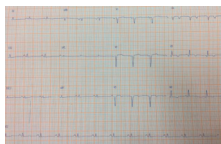


Figura 3. RM com áreas de fibrose (setas verdes).

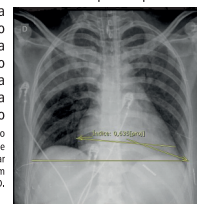
EP 060

MORTE SÚBITA EM PACIENTE JOVEM SECUNDÁRIO À MIOCARDIOPATIA PERIPARTO

SAMIR IDALÓ JUNIOR; LARISSA D'AMICO SANTOS; LUANA LOPES CESARINI; GUILHERME DUARTE TEIXEIRA; SÉRGIO SANTOS CABRAL; NATÁLIA FARIA MESQUITA

UNIVERSIDADE DE UBERABA - MÁRIO PALMÉRIO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Considera do um diagnóstico de exclusão, a miocardiopatia periparto (MCP) é uma causa rara de insuficiência cardíaca (IC) em mulheres no final da gravidez ou puerpério precoce, sendo que a causa permanece desconhecida e pode ser multifatorial. A apresentação clínica é similar a outras formas de IC sistólica e o diagnóstico inicial costuma ser atrasado, visto que sintomas como fadiga inespecífica, dispnéia e edema de membros são semelhantes aos observados em uma gestação normal. Os critérios diagnósticos são desenvolvimento de IC no final da gravidez ou nos 5 meses seguintes ao parto; ausência de outra causa identificável de IC e disfunção sistólica com fração de ejeção geralmente menor que 45%. As complicações mais frequentes são tromboembolismo e arritmias. O tratamento é semelhante ao empregado na IC por outras causas, com atenção especial as contraindicações farmacológicas durante a gestação. Relato de Caso: Paciente K.I.M.M., 28 anos, iniciou com dispnéia, tremores e mal estar indefinido no sétimo dia de puerpério de parto vaginal de recém nascido saudável. Após 3 dias, devido a piora dos sintomas, procurou atendimento hospitalar em Pronto Socorro. Ao exame físico, apresentava-se taquicárdica, dispnéica, ausculta pulmonar e cardíaca normais. Durante atendimento paciente evoluiu com rebaixamento do nível de consciência e parada cardiorrespiratória (PCR) em ritmo de fibrilação ventricular. Após 20 minutos de ressuscitação cardiopulmonar adequada, houve retorno do ritmo sinusal e pulsação. Deu entrada em leito de UTI em RASS-4, JOT, sem sinais de desconforto respiratório em ventilação mecânica, está velhinho dinamicamente às custas de drogas vaso ativas. História pregressa: previamente hígida, três gestações anteriores, tabagista. Realizados exames complementares que evidenciaram: eletrocardiograma com isquemia subepicárdica em parede lateral e sobrecarga batrial; Troponina positiva pós PCR; Radiografia de tórax com aumento da área cardíaca sem sinais de congestão pulmonar (em anexo). Angiotomografia de tórax dentro da normalidade. Ecocardiograma com fração de ejeção de 42%, hipocinesia difusa do ventrículo esquerdo (VE), déficit de grau moderado da função sistólica VE e hipertrofia concêntrica do VE de grau discreto. Cateterismo cardíaco com ausência de coronariopatia obstrutiva, ponte miocárdica discreta na artéria descendente anterior e função ventricular discretamente diminuída. Holter de 24 horas sem alterações. Realizado hipótese diagnóstica de parada cardiorrespiratória secundária a complicações de miocardiopatia periparto. Paciente evoluiu com estabilidade hemodinâmica, desmame progressivo de drogas vaso ativas e sedação, sendo realizada extubação após 4 dias. Recebeu alta hospitalar após 24 dias de internação com amiodarona 200mg, AAS 100mg, Sinvastatina 40mg, Carvedilol 12,5mg e Losartana 100mg para seguimento ambulatorial na cardiologia. Conclusão: Apesar de rara, é causa importante de mortalidade, porém com o tratamento e diagnóstico corretos e imediato, cerca de 50% das pacientes evoluem com melhora da função ventricular ao longo dos meses. É importante orientar a mulher quanto ao planejamento familiar, já que pode haver recidiva do quadro em gestação futura. Referências Bibliográficas: Jeanne M De Cara, MD; Roberto M Lang, MD; Michael R Foley. Management of heart failure during pregnancy. Dec 27, 2016. Louise Harris, MBChB; Sing-Chien Ng, MD, PhD; Candice Silverman, MD, MS; FRCP. Ventricular arrhythmias during pregnancy. Jun 11, 2018. Wendy Tsang, MD; Roberto M Lang, MD. Peripartum cardiomyopathy: Treatment and prognosis. Oct 24, 2017. Wendy Tsang, MD; Roberto M Lang, MD. Peripartum cardio myopathy: Etiology, clinical manifestations, and diagnosis. Oct 24, 2017.



EP 61

ARRITMIA CARDÍACA EM PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE TETRALOGIA DE FALLOT COM DUPLA VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO DIREITO E ATRESIA PULMONAR

RICCI, J.A., VIEIRA, J.K., ANASTÁCIO, L.B., REZENDE, G.X., HORTA, M.G.C.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE ITAÚNA, HOSPITAL SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE

A Tetralogia de Fallot (TF) é a cardiopatia congênita cianótica mais frequente, a partir do primeiro mês de vida, com bom prognóstico e sobrevida após correção cirúrgica (CC). Entretanto, pacientes podem apresentar alterações hemodinâmicas consequentes às lesões residuais, levando ao aparecimento de arritmias cardíacas (AC), causando maior morbimortalidade. As AC são consideradas a maior causa de morte súbita tardia, geralmente associadas à ocorrência de eventos graves, como taquicardia ventricular sustentada e fibrilação ventricular. Descrição do Caso: KDSC, 11 meses, assintomático, diagnosticado no quinto dia de vida com TF. Encaminhado para propedêutica, submetido a shunt central com prótese posicionada entre a aorta ascendente e o tronco da artéria pulmonar. Após 8 meses, permaneceu assintomático, realizou um cateterismo que evidenciou atresia da valva pulmonar associado a TF. Foi realizada CC com fechamento da comunicação intraventricular, colocação de conduto valvulado e fechamento da anastomose sistêmica pulmonar. Paciente foi encaminhado para Centro de Terapia Intensiva (CTI) no pós-operatório, onde evoluiu com dispnéia, febre, sinais flogísticos em local de inserção do cateter e secreção purulenta em vias aéreas. Foi realizada retirada do cateter e iniciada antibioticoterapia para seps de foco pulmonar. Extubado, evoluiu estável e com bom padrão respiratório. Na enfermagem, paciente iniciou sudorese, agitação e taquicardia. Foi encaminhado para UTI e admitido com frequência cardíaca de 220 bpm e identificado taquicardia supraventricular (TS) no eletrocardiograma. Hipótese Diagnóstica: TS em paciente em pós-operatório de TF. Conduta Adotada: Paciente encaminhado para o CTI, monitorizado, realizada manobra vagal com gelo, adenosina 0,2mg/kg, sem resposta. Administrado dose dobrada de adenosina, ainda assim mantendo TS. Realizado cardioversão sincronizada com 1J/kg, sem resposta. Administrado 5mg/kg de amiodarona dose de ataque e manutenção 10mcg/kg/min, sem resposta. Após 3 dias, paciente apresentou ritmo sinusal, mantendo estabilidade hemodinâmica. Paciente recebeu alta da UTI e evoluiu sem complicações. Conclusão: AC em crianças operadas de TF, são de baixa frequência e benignas em sua maioria. O acompanhamento regular desses pacientes, após CC, com exames clínicos e complementares é importante para a detecção precoce das complicações consequentes às lesões residuais, podendo, provavelmente, reduzir o risco de AC tardias nessas crianças.



Gráfico 1 - Incidência de arritmias no pós-operatório.

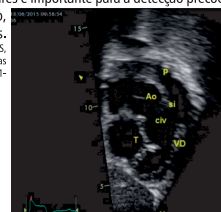


Figura 1: Ecocardiograma evidenciando Tetralogia de Fallot, com dupla via de saída de VD e atresia de valva pulmonar.

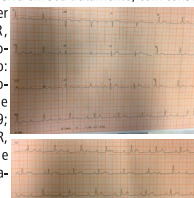
EP 062

BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR TOTAL CONGÊNITO EM PACIENTE PRÉ-PÚBERE SINTOMÁTICO: RELATO DE CASO

VIEIRA, P.D.A./ OLIVEIRA, R.A.S., LIMA, E. A., SILVA, M.V.P., SILVA, M.V., SILVA, S.C.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE; FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA - FAME/FUNJOBE

O bloqueio atrioventricular total (BAVT) é definido como a inabilidade de um impulso atrial propagar-se aos ventrículos utilizando o sistema de condução normal. A forma congênita é rara, estimando-se uma incidência de 1:20.000 nascidos vivos, e segue os seguintes critérios: baixa frequência cardíaca presente ao nascimento ou em idade precoce, ausência de história de difteria ou outra miocardite que possa causar bloqueio AV total, ausência de evidência de doença cardíaca isquêmica ou miocardiopatia e ausência de cirurgia cardíaca prévia. No Brasil, acrescenta-se a estes critérios a ausência de doença de Chagas. O diagnóstico é dependente de comprovação eletrocardiográfica e, em fetos, de ecocardiografia. A forma isolada dessa afecção, sem defeitos intracardíacos associados, corresponde a cerca de 70% dos casos. A fisiopatologia está fortemente relacionada a doenças autoimunes maternas, com o lúpus eritematoso sistêmico, síndrome de Sjögren, artrite reumatoide e dermatomiosite. O implante de marcapasso cardíaco artificial permanente é a única forma de tratamento, resultando em excelentes taxas de sobrevida a longo prazo. Este trabalho tem por objetivo relatar o caso clínico de uma paciente pré-púbere com o diagnóstico de bloqueio atrioventricular total congênito sintomático. Discussão de Caso: Paciente do sexo feminino, 13 anos, previa mente hígida, admitida na Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte com quadro de dispnéia aos médios esforços e lipotímia. Ao exame físico da admissão encontrava-se alerta, corada, pressão arterial 110 por 80mmHg nos membros superiores, eupneia, afebril, ritmo cardíaco regular sem sopros, frequência cardíaca de 48 batimentos por minuto, ausculta pulmonar sem alteração. Exames complementares realizados: Eletrocardiograma mostrando bloqueio atrio ventricular total. Holter de 24 horas: bloqueio atrioventricular durante todo o exame com frequência cardíaca média de 45 bpm. Ecocardiograma normal. Função tireoidiana normal. Sorologia para Doença de Chagas negativa. Hipótese Diagnóstica: Bloqueio Atrioventricular Total Congênito. Condutas Adotadas: Realizado implante de marcapasso de câmara dupla epimiocárdica definitivo. Procedimento realizado sem intercorrências. Alta hospitalar sem queixas. Conclusão: O interessante deste caso consiste na identificação da patologia incomum e com potencial gravidade e elucida que o tratamento com implante de marca passo definitivo contribui de maneira essencial em seu tratamento, com consequente melhora na sobrevida. Referência Bibliográfica: Lima GG, Meyer GB, Schellemberger R, Halperin C. Bloqueio atrioventricular total congênito: uma revisão. Revista Latino-Americana de Marca passo e Arritmia. 1993 ; 6 (1): 44-49; Santos ECL, Figueira FCR, Mastrocola F. Manual de Eletrocardiografia- Cardiopaters. 1 ed. Atheneu, 2017.



Laudo do Ecocardiograma	
Átrio Esquerdo:	35 mm;
Diâmetro Diastólico Final do VE:	46 mm;
Diâmetro Sistolico Final do VE:	30 mm;
Espessura Diastólica do Septo:	08 mm;
Fração de Ejeção (Teichholz):	64 %;
Volume Diastólico Final:	97 ml;
Volume Sistolico Final:	35 ml;
Fluxo aórtico e pulmonar de velocidade levemente aumentada, sugestivo de hiperfluxo.	

EP063

DOENÇA CORONARIANA EM MULHER JOVEM SEM FATORES DE RISCO E MORBIDADES PRÉVIAS: RELATO DE CASO

DEBORAH CRISTINA DA SILVA CARDOSO¹, VINÍCIUS SARMENTO VALÉRIO¹, CLAUDIA MARIA VILAS FREIRE², MARIA CRISTINA COSTA DE ALMEIDA¹

¹ACADÊMICO(A) DE MEDICINA - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE - UNIBH ²MÉDICA CARDIOLOGISTA E ECOCARDIOGRAFISTA PELA SBC

A doença cardiovascular (DCV) é a principal causa de mortalidade entre as mulheres, superando as neoplasias de útero e mama¹. Apesar da maior prevalência de DCV ser devido à doença coronariana aterosclerótica, esta é menos frequente em mulheres pré ou peri menopausa e, principalmente, naquelas sem fatores de risco cardiovascular². O presente relato mostra mulher jovem sem fatores de risco (exceto estresse no trabalho) ou morbididades prévias relacionados à doença aterosclerótica. Evoluiu com dor precordial típica e propedéutica mostrou lesão única em descendente anterior (DA), sem sinais de aterosclerose em outros segmentos arteriais. Objetivo: Relatar manifestação atípica de doença arterial coronariana (DAC) na mulher. Correlacionar doença não aterosclerótica como possível causa de doença coronariana em mulher jovem. Método: B.A.D.D. sexo feminino, 49 anos, bancária, esportista, sem fatores de risco ou morbididades prévias, exceto estresse no trabalho. Em uso de DIU mirena e estrogênio transdérmico há um ano por falhas menstruais prolongadas. Iniciou dispnéia e precordialgia típica aos moderados esforços, o que a levou ao serviço de urgência várias vezes. Eletrocardiogramas, Ecocardiograma, Radiografia de tórax e enzimas cardíacas sem alterações. Teste Ergométrico eletivo dado como inconclusivo por hipotensão no início do exame. Cintilografia miocárdica evidenciou hipotensão no esforço sendo suspensa. Angiotomografia de coronárias mostrou lesão suboclusiva importante em segmento proximal da DA (94%), e sem sinais de aterosclerose em outros segmentos. Escore de cálcio zero. Cineangiogramografia confirmou lesão obstrutiva importante em segmento proximal da DA (99%). Paciente submetida a implante de stent farmacológico, evoluindo sem intercorrências. Discussão: Existem diferenças significativas entre homens e mulheres em relação à epidemiologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico da doença coronariana (DCO)^{3,4}. DCV em mulheres está associada em sua maioria à doença aterosclerótica principalmente após a menopausa, se manifestando 10 anos após a idade de aparecimento nos homens⁵. A paciente do presente caso encontra-se no período peri menopausa (falhas menstruais prolongadas), tem estilo de vida saudável como prática regular de atividade física, alimentação equilibrada, peso ideal, não tabagismo e não etilismo. Exames propedéuticos não evidenciaram lesão aterosclerótica em outros segmentos, porém a cineangiogramografia não mostrou imagem sugestiva de causas não ateroscleróticas como dissecação coronariana espontânea (DCE), espasmo coronariano, ponte miocárdica, Takotsubo ou arterite⁶. A DCE é pouco diagnosticada como causa de isquemia miocárdica aguda, sendo que cerca de 70% dos casos ocorrem em mulheres⁷. Em publicação recente, estudo com 177 mulheres abaixo de 50 anos submetidas a coronariografia, mostrou que 42,9% tiveram síndrome coronariana aguda. Dessas, 55% tinham coronárias normais, 31% doença aterosclerótica, 13% doença não aterosclerótica, e 2% etiologia desconhecida. Das causas não ateroscleróticas, 70% foram por DCE⁸. Conclusão: A doença aterosclerótica é a principal causa de síndrome coronariana aguda nas mulheres, principalmente pós menopausa e com fatores de risco cardiovasculares clássicos. Entretanto, pode se manifestar em mulheres jovens sem fatores de risco, como descrito na literatura e demonstrado no presente caso. Referências Bibliográficas: 1. K. Vahaj, H. Davis, E. Arbusini, R. Virmani. Sex differences in coronary artery disease: Pathological observations. *Atherosclerosis*, 2015; 238(1):260-267. 2. R. Douglas, A. Poppas. Overview of cardiovascular risk factors in women. *American Heart Association, Circulation*, 2000; 102:126-140. 3. Wenger NK. You've come a long way, baby: cardiovascular health and disease in women: problems and prospects. *Circulation*, 2004; 109(5):558-560. 4. J. Saw, E. Ayom, G.B. Mancini, T. Sedlak, A. Starovoytov, D. Ricci. Nonatherosclerotic coronary artery disease in young women. *Can. J. Cardiol*, 2014; 30:814-819.



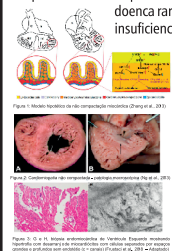
EP064

MIOCARDIOPATIA NÃO COMPACTADA COM EVOLUÇÃO PARA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: RELATO DE CASO

ANASTÁCIO LB^{1,2}/REZENDE GX^{1,2}/VIEIRA JK^{1,2}/OLIVEIRA DA^{1,2}/MARQUIORI RAS²/HORTA MGC²

(1) FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE DE ITAÚNA (2) SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE

A miocardiopatia não compactada (MNC) isolada é uma doença rara, que surge no período embrionário, com paradas da compactação miocárdica. Assim, são geradas trabeculações miocárdicas proeminentes com recessos intertrabeculares profundos e espessamento miocárdico em duas camadas distintas (compactado e não compactado). A clínica do quadro é variável, partindo da ausência de sintomas a insuficiência cardíaca congestiva (ICC), arritmias e/ou tromboembolismo sistêmico. O ecocardiograma (ECO) e o exame mais utilizado para firmar diagnóstico e avaliar o quadro. Porém o pouco conhecimento sobre essa doença, sua semelhança com outras afecções miocárdicas e a limitação do ECO fazem com que o diagnóstico seja postergado. Descrição do Caso: AAR, 2 anos, história de internação prévia (2016) por quadro respiratório agudo. Na internação evoluiu com PCR, com retorno após 1 minuto. Nesta ocasião, foi diagnosticado com Insuficiência Respiratória Aguda, sendo tratado com associação de antibioticoterapia, oxetamivir e tratamento de IC. Após terapêutica apresentou melhora. Desde de então, vem sendo acompanhado por cardiologista que, ao solicitar novo Ecocardiograma Transtorácico (ECO TT) (28/02/16), percebeu piora do quadro cardíaco (piora funcional e alterações estruturais – aumento de VE e AE; hipotratilidade difusa; FE 44%; Valva mitral com abertura reduzida) sendo encaminhado para unidade hospitalar para extensão propedéutica. Hipótese Diagnóstica: Miocardiopatia Dilatada. Conduta: Na internação (9/05/18), foi admitido assintomático para propedéutica cardiologia. Foi realizado eletrocardiograma que apresentou sinais sugestivos de sobrecarga de câmaras esquerdas, Radiografia convencional de tórax com aumento de área cardíaca, sem alterações dos campos pleuropulmonares. Solicitado novo ECO TT que demonstrou aumento importante de VE e AE, FEVE 27%, disfunção diastólica grau 3, trabeculações miocárdicas compatíveis com miocárdio não compactado. Após o diagnóstico de MNC, por achados característicos no ECO TT, foi otimizado tratamento farmacológico com Enalapril, Espironolactona e Furosemida, com boa tolerância pelo paciente que apresentou melhora significativa dos sintomas. Assim, paciente recebeu alta hospitalar com acompanhamento semestral em ambulatório de cardiologia. Conclusão: A MNC é uma doença rara e possui apresentação clínica variável, podendo ser assintomática ou levar a insuficiência cardíaca grave e até mesmo a morte súbita. O ECO TT é um exame operador dependente e quando feito de forma dirigida e por profissional experiente tem grande valia no diagnóstico e acompanhamento do quadro. Diante de uma forte suspeita clínica e exames tradicionais inconclusivos, a



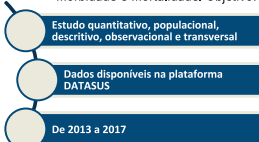
Ressonância nuclear magnética e exame padrão ouro para elucidar diagnóstico. Referências Bibliográficas: 1- Ng D, Bouillon Y, Unsell PC et al. Monozygotic Monochorionic Twins Discordant for Noncompaction Cardiomyopathy. *Am J Med Genet A*, 2013; Jun; 161(6): 1339-1344. 2- Zhang W, Chen H, Qu X et al. Molecular mechanism of ventricular trabeculation/compaction and the pathogenesis of the left ventricular noncompaction cardiomyopathy (LVNC). *Am J Med Genet C Semin Med Genet*, 2013 Aug; 163(3):144-56. 3- Frustaci A, De Luca A, Guida V, Biagini T et al. Novel Actin Gene Mutation p.(Ala21Val) Causing Familial Hypertrophic Cardiomyopathy, Myocardial Noncompaction, and Transmural Crypts. *Clinical-Pathologic Correlation*. *J Am Heart Assoc*, 2018 Feb 10;7(4).

EP065

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERCORRÊNCIAS POR TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS NA GRAVIDEZ E NO PUERPERIO EM MINAS GERAIS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS.

BRUNO BASTOS GODOI, PATRICIA FRAGA PAIVA, CAMYLLA SANTOS DE SOUZA, SAMARA PEREIRA DE ALMEIDA, CAROLINA FRAGA PAIVA, YNGRID SOUZA LUZ, EMANUEL GUIMARÃES PAIVA E JOÃO DAVID DE SOUZA NETO

Os distúrbios hipertensivos da gravidez, incluindo hipertensão crônica, com ou sem pré-eclâmpsia sobrepostas, hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia, apresentam um risco significativo de morbidade tanto para a mãe quanto para o feto. O pré-natal adequado, com observação atenta de sinais de pré-eclâmpsia e pronto atendimento para reduzir ou evitar efeitos adversos, responde pela redução da morbidade e mortalidade. Objetivo: O Presente trabalho tem como objetivo apresentar o perfil epidemiológico das intercorrências por transtornos hipertensivos na gravidez e no puerpério em Minas Gerais nos últimos 5 anos. Métodos: (figura) Resultados: Estimase em 2-8% a prevalência global de pré-eclâmpsia, com cerca de 3,2% na América Latina e 8,2% no Brasil. Nos últimos 5 anos, em Minas Gerais, houve um total de 35.759 internações de mulheres com transtorno hipertensivo na gravidez, parto e puerpério, de 20 a 49 anos, sendo 48% dessas mulheres de raça parda, 22% de raça branca e 7% de raça negra. Conclusão: No presente estudo, constatou-se que as internações foram determinadas por uma faixa etária entre 20 a 49 anos, sendo 48% dessas mulheres de raça parda, com baixa ocorrência de óbito e altos custos para a saúde. Neste contexto, interfere um vínculo destas internações aos aspectos sociais, econômicos, acesso aos serviços de saúde, estrutura hospitalar adequada e qualidade de assistência pré-natal. Referências Bibliográficas: Marchand NE, Davasasambu G, McElrath TE, Davasasambu E, Batar T, Troisi R. Prevalence of pregnancy hypertensive disorders in Mongolia. *Pregnancy Hypertens*, 2016 Oct;6(4): 413-417. Nakanishi S, Aoki S, Nagashima A, Seki K. Incidence and pregnancy outcomes of superimposed preeclampsia with or without proteinuria among women with chronic hypertension. *Pregnancy Hypertens*, 2017 Jan;23:39-43. Dong X, Gou W, Li C, Wu M, Han Z, Li X, Chen Q. Proteinuria in preeclampsia: Not essential to diagnosis but related to disease severity and fetal outcomes. *Pregnancy Hypertens*, 2017 Apr;8:60-64.



Valor total de serviços e média de permanência hospitalar de mulheres com transtorno hipertensivo na gravidez, parto e puerpério

Valor total de serviços hospitalares no SUS	Média de permanência hospitalar
R\$1.867.408,93	3,6 dias

Valor total de serviços e média de permanência hospitalar de mulheres para tratamento de edema e proteinúria na gravidez, parto e puerpério

Valor total de serviços hospitalares no SUS	Média de permanência hospitalar
R\$479.285,15	3,4 dias

Valor total de serviços e média de permanência hospitalar de mulheres para tratamento de eclâmpsia

Valor total de serviços hospitalares no SUS	Média de permanência hospitalar
R\$625.275,97	3,4 dias

Caráter do atendimento de mulheres com eclâmpsia

Natureza do atendimento	Porcentagem
Urgência	99%

EP066

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL DEVIDO A CARDIOPATIAS CONGÊNITAS, RELACIONADAS ÀS MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS EM NASCIDOS VIVOS, NO PERÍODO DE 2010 A 2016, NO ESTADO DE MINAS GERAIS

MENDES, D. G.; ROLDI, A. F.; ARRUDA, B. C. A. P.; FARIA, C. S. P.; ROQUE, E. L.; MACIEL, E. B. P.; COSTA, J. H. S. M.; FARIA, L. S. P.; TAVARES, L. B. S.; CORREIA, M. C. A.

1-ACADÊMICOS DO CURSO DE MEDICINA DO INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES); 2-ACADÊMICOS DO CURSO DE MEDICINA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA (UNIFOA); 3-ESPECIALISTA EM CLÍNICA MÉDICA; MÉDICA ATUANTE NO HOSPITAL MÁRCIO CUNHA;

Anomalia cardíaca congênita significa uma malformação estrutural do coração ou dos grandes vasos, que ocorre no período embrionário, estando presente desde o nascimento. É o defeito congênito isolado mais prevalente, com alto impacto na mortalidade principalmente no primeiro ano de vida e também na morbidade (BELO; OSELAME; NEVES, 2016). Os fatores de risco para o desenvolvimento de cardiopatias congênitas englobam a herança multifatorial, com fontes genéticas e ambientais. Diabetes mellitus, infecções durante a gestação e o uso de teratogênicos são importantes causas para o desenvolvimento do defeito cardíaco congênito (ROSA et al., 2013). Objetivo: Avaliar a prevalência da malformação cardíaca em detrimento das outras má-formações congênitas, demonstrando a sua relevância na morbimortalidade. Método: Trata-se de um estudo transversal, descritivo e retrospectivo, baseado em análise de dados obtidos através da plataforma DATASUS e Tabnet. As variáveis utilizadas foram: malformações cardíacas, extra cardíacas, óbitos e taxa de mortalidade infantil. O período explorado foi 2010 a 2016, no estado de Minas Gerais. Resultado/Discussão: No tempo de 2010 a 2016, foram notificados 4495 óbitos por malformações congênitas, deformidades e anomalias no estado de Minas Gerais. Destes, 1694 foram em decorrência de anomalias do coração, correspondendo à 37,68% dos óbitos. A taxa de mortalidade infantil pode ser dividida entre neonatal precoce (0-6 dias), neo natal tardia (7 dias completos a 27) e pós neonatal (28 a 364 dias). As cardiopatias congênitas foram responsáveis por 21,8% das mortes entre 0-6 dias (506 casos), 48,2% (405) neo natal tardia e 43,9% das mortes pós-natais (783). Esses dados representam que a maior causa de óbito infantil por malformação congênita isolada foi a cardiopatia congênita. A seguir, encontram-se mal formações congênitas do sistema nervoso, representando 14,9%. Diante de todas as causas de óbito infantil no presente estudo, a cardiopatia congênita isolada foi responsável por 7,63% dos casos. As malformações cardíacas fetais podem ser divididas entre aclanóticas e clonóticas, menos comuns e mais graves. É de suma importância a realização do diagnóstico precoce da malformação, para melhor acompanhamento fetal e menores taxas de morbimortalidade de neonatos. Ainda no período pré-natal, pode ser feito através da ecocardiografia fetal. O teste de triagem neonatal de cardiopatias congênitas também é de grande valia. Deve ser feito em todos os recém-nascidos cuja idade gestacional é maior ou igual a 34 semanas, entre 24-48 horas de vida. O tratamento cirúrgico envolve diferentes técnicas, como objetivo de correção definitiva ou paliativa das malformações cardíacas, e devem ser realizadas de acordo com o portador e a cardiopatia base. Conclusão: Os resultados dessa meta-análise demonstram o impacto das malformações cardíacas na mortalidade infantil. O prognóstico da criança está relacionado a vários fatores, como a apresentação da cardiopatia, presença de anomalias associadas, diagnóstico precoce, tratamento clínico e intervenção cirúrgica. Apesar do avanço nos tempos atuais no diagnóstico e tratamento das cardiopatias congênitas, esta ainda é a segunda causa de mortalidade infantil no Brasil, sendo a primeira causa em países desenvolvidos. Referências Bibliográficas: ROSA, Rosana Cardoso M. et al. Cardiopatias congênitas e malformações extra cardíacas. *Revista Paulista de Pediatria*, v.1, n.2, p.31, 2013. Trimstrat. BELO, Wanessa Alves; OSELAME, Gleidson Brandão; NEVES, Eduardo Borba. Perfil clínico-hospitalar de crianças com cardiopatia congênita. *Cadernos Saúde Coletiva*, [s.l.], v.24, n.2, p.216-220, 2016. FapUNIFESP/SCIELO.



EP 067

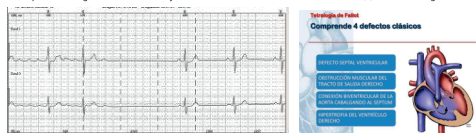
ABLAÇÃO DE ARRITMIA SUPRAVENTRICULAR NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE CORREÇÃO DE TETRALOGIA DE FALLOT: UM RELATO DE CASO

CARLOS ALBERTO FERREIRA¹, RAÍZATEIXEIRA DE OLIVEIRA¹, PAULA GOMES RABELO¹, SAMIRA SODREPICHELI¹, CARLOS EDUARDO DE SOUZA MIRANDA¹, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO^{1,2}

(1) HOSPITAL MADRE TERESA - BELO HORIZONTE (2) FACULDADE DE MEDICINA - PUC MINAS-BETIM

A tetralogia de Fallot (TF) é a cardiopatia congênita cianogênica mais comum. Resulta do desalinhamento anterior do septo conal durante o desenvolvimento embrionário. O reparo cirúrgico completo vem sendo realizado há várias décadas, mas na evolução em longo prazo podem ocorrer arritmias atriais e ventriculares, secundárias à sobrecarga das câmaras direitas e às cicatrizes cirúrgicas. Arritmias cardíacas são a maior causa de morte súbita tardia nestes pacientes. As taquiarritmias atriais, como flutter ou fibrilação atrial, são observadas com frequência maior a partir da terceira década. Mesmo em uma anatomia tão distorcida quanto na TF, a presença de sinais clássicos ao ECG de flutter atrialismo dependente pode levar a avaliação eletrofisiológica precoce, com possibilidade de tratamento e resolução rápida de arritmia, com alto sucesso terapêutico. Caso Clínico: Paciente de 46 anos, sexo feminino, com histórico de TF abordada cirurgicamente há 41 anos, desde então sem intercorrências maiores, apenas com relatos ocasionais de palpitações. Em 14/03/18, enquanto caminhava em via pública, iniciou com dispnéia, sudores e elipolímia, além de dor precordial em aperto. No pronto atendimento, identificado ritmo de flutter atrial 1:1, com condução aberrante e frequência cardíaca de 300 bpm, sendo submetida a CVE, com sucesso. Encaminhada para internação hospitalar, permaneceu estável, sem recorrência arritmia. ECG em ritmo sinusal, com BRD + BDAS, RNM cardíaca evidenciava regurgitação pulmonar residual importante (41%), além de VD dilatado enorme contrátil e um VE com função sistólica preservada. Recebeu alta com amiodarona, betabloqueador e DOAC. Em 22/05/18, submetida a estudo eletrofisiológico e ablação por radiofrequência tridimensional do istmo cavotricuspeideo e lesões lineares a nível da crista terminalis do átrio direito, com sucesso. Conclusão: O acompanhamento regular desses pacientes, após reparo cirúrgico, com exames clínicos e complementares, é importante para a detecção precoce das complicações consequentes às lesões residuais, podendo, provavelmente, reduzir o risco de arritmias cardíacas tardias. O desenvolvimento de taquiarritmias atriais nestes pacientes causa uma piora grave do estado hemodinâmico e do desfecho clínico. Uma abordagem invasiva precoce torna-se um tratamento curativo eficaz e rápido, com alto sucesso terapêutico (98%), quando a arritmia tem sinais típicos de flutter atrial, isto dependente.

Referência Bibliográfica: 1. Li X, Wissner E, Kamio M, Makimoto H, Rausch P, Metzner A, et al. Safety and feasibility of transcatheter puncture for atrial fibrillation ablation in patients with atrial septal defect closure devices. Heart Rhythm. 2014;11(2):330-5. 2. Bricker ME, Hillis LD, Lange RA, Congenital heart disease adults: second of two parts. N Engl J Med. 2000; 342(13): 988. 3. James FW, Kaplan S, Chou TC. Unexpected cardiac arrest in patients after surgical correction of tetralogy of Fallot. Circulation. 1975; 52(4): 691-5. 4. Murphy JS, Gersh BJ, Mair DD, Foster V, McGoon MD, Hrusup DM, et al. Long-term outcome in patients undergoing surgical repair of tetralogy of Fallot. N Engl J Med. 1993; 329(9): 933-9. 5. Gatzoulis MA, Till JA, Somerville J, Redington AN. Mechanical interaction in tetralogy of Fallot. QRS prolongation related to right ventricular size and predicts malignant ventricular arrhythmias and sudden death. Circulation. 1995; 92(2): 231-7. 6. Magalhães LP, Guimarães ICB, Melo SL, Mateo RP, Andaraft RB, Xavier LRF, et al. Dilema de Arritmias Cardíacas em Crianças e Cardiopatias Congênitas SOBREC e DCC - CR. Arq Bras Cardiol. 2016; 107(1Supl3):1



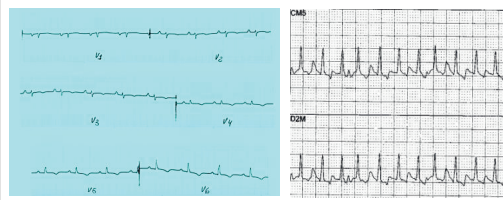
EP 068

ARRITMIAS ATRIAIS COMO MANIFESTAÇÃO DE DISPLASIA ARRITMOGÊNICA DO VENTRÍCULO DIREITO

GEOVANNI GABRIEL ALMEIDA BRITO¹, GABRIELA RIGAMONTERIBEIRO¹, CARLOS EDUARDO DE SOUZA MIRANDA¹, CLÁUDIA MADEIRA MIRANDA¹, MITERMAYERREIS BRITO¹, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO^{1,2}

(1) HOSPITAL MADRE TERESA - BELO HORIZONTE (2) FACULDADE DE MEDICINA - PUC-BETIM

A displasia arritmogênica do ventrículo direito (DAVD) se caracteriza por uma desordem muscular geneticamente determinada, que afeta o miocárdio, principalmente o ventrículo direito (VD), predispondo aocorrência de arritmias ventriculares. As arritmias atriais quando presentes, em geral estão associadas à presença de arritmias ventriculares, sendo rara sua ocorrência de maneira isolada. Objetivo: As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos, aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura. Resultado: Paciente feminina, 23 anos, encaminhada para avaliação de quadro de palpitações aos esforços. Exame físico em alterações significativas e ECG em ritmo sinusal (RS) com alterações difusas da repolarização ventricular. Solicitada propedêutica: teste ergométrico-taquicardia atrial multi focal, estável hemodinamicamente, com reversão espontânea. Ecodopplercardiograma (ECO)-VD com dimensões aumentadas (73mm em seu diâmetro máximo), presença de aneurismas ao longo de toda sua extensão e ventrículo esquerdo (VE) sem alterações; Holter 24h-RS com 643 extrasístolesatriais ausência de ectopias ventriculares (EV). Como complementação, solicitada ressonância nuclear magnética (RNM), que confirmou os achados do ECO, eECG-AR, que evidenciou potenciais tardios. Diante dos achados no ECG-AR e na ECO/RNM nos quais foram observados 1 critério menor e 2 critérios maiores, respectivamente, feito o diagnóstico de DAVD Iniciados aprotalol (80mg 2x/dia) evarfarina. Em sua evolução, apresentou único episódio de flutter atrial há aproximadamente cinco anos, quando foi ajustada a dose do aprotalol (160mg 2x/dia) sem registro de novos episódios até o momento. Quanto aos exames realizados anualmente, Holter evidencia aumento progressivo na densidade das ectopiasatriais, sem documentação de qualquer EV ou de episódios de taquicardia supraventricular e ventricular. Já a RNM demonstra ausência de progressão das alterações de VD e ausência de acometimento de VE. Conclusão: 1-Arritmias atriais como únicas manifestações da DAVD, apesar de raras, podem ocorrer. 2-A ausência de arritmias ventriculares não exclui a necessidade de acompanhamento clínico e exames periódicos, uma vez que a DAVD pode ter um caráter progressivo, associado a novas manifestações clínicas. Referências Bibliográficas: 1. Gemayel C, Pelliccia A, Thompson PD. Arrhythmogenic right ventricular cardio myopathy. J Am Coll Cardiol. 2001; 38: 1773-2. Corrado D, Link MS, Calkins H. Arrhythmogenic Right Ventricular Cardiomyopathy. N Engl J Med. 2017; 376: 61-3. Asima KIA, Tandi H, Huang H, et al. A new diagnostic test for arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy. N Engl J Med. 2009; 360: 1075.



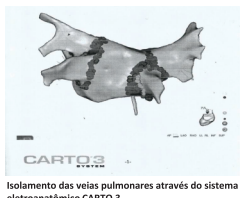
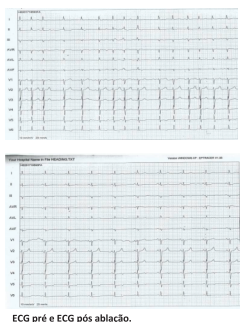
EP 69

MIOCARDIOPATIA DILATADA INDUZIDA POR FIBRILAÇÃO ATRIAL PERSISTENTE: REMODELAMENTO REVERSO COMPLETO APÓS ABLAÇÃO

GABRIELA D.C. OLIVEIRA¹; HÉLIO L. BRITO JR.; CASSIANO M. FERREIRA¹; MARIA A. M. UMA¹; VÍCTOR C. CLEMENTE¹

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFJF - JUIZ DE FORA-MG/ HOSPITAL MONTE SINAI - JUIZ DE FORA-MG

A taquicardiomiopatia é uma etiologia pouco frequente de miocardiopatia dilatada, sendo caracterizada por disfunção ventricular sistólica e insuficiência cardíaca congestiva^{1,2}. Tem como causa taquiarritmias persistentes ou repetitivas com frequência cardíaca elevada, cujas manifestações clínicas podem ser reversíveis quando o tratamento objetivando a normalização do ritmo cardíaco é feito precocemente^{3,4}. Relato do Caso: Paciente de 49 anos, sexo masculino, com quadro de astenia e cansaço para os mínimos esforços (CF III NYHA) associada a fibrilação atrial (FA) persistente, refratária ao tratamento farmacológico e a cardioversão elétrica prévia. Exame: ecodopplercardiograma transtorácico (ETT): átrio esquerdo (AE) = 49mm, ventrículo esquerdo (VE) = 57/42mm e fração de ejeção (FE) = 51%. Foi realizada ablação por cateter de radiofrequência através do sistema eletroanatômico CARTO3, com sucesso (isolamento elétrico das quatro veias pulmonares e reversão do ritmo de FA para ritmo sinusal). Após seguimento de 10 meses observou-se: paciente assintomático (CF I NYHA) na ausência de drogas antiarrítmicas. Exames: 1- ECG: ritmo sinusal; 2- ETT mostrando remodelamento reverso: FEVE = 76%, VE = 51/28 mm, e AE = 39mm. Foi observado neste caso que o controle precoce do ritmo cardíaco após a reversão da FA para ritmo sinusal sustentado, permitiu a reversão da miocardiopatia com remodelamento cardíaco reverso completo associado a melhora significativa da qualidade de vida. Conclusão: A taquicardiomiopatia dilatada induzida por FA persistente pode cursar com importante comprometimento da qualidade de vida e remodelamento cardíaco. A ablação da FA em pacientes portadores de disfunção ventricular é um procedimento seguro e com eficácia elevada a médio prazo. Referências Bibliográficas: 1- Walker NL, Cobbe SM, Birnie DH. Taquicardiomiopatia: a diagnosis not to be missed. [Abstract]. Heart. 2004;90(2): e7. 2- Aboucheidil et al. Taquicardiomiopatia - Relato de caso. Rev Bras Cardiol. 2011;24(2):125-127. 3- Deseta et al. Remodelamento atrial após ablação. Rev SOCER. 2009;22(6):379-386. 4- Lobo e cols. Ablação da FA e disfunção ventricular sistólica. Arq Bras Cardiol. 2015; 104(1):45-52.



EP 070

SÍNDROME DE TWIDDLER: RELATO DE CASO

ADRIANA COSTA DIAMANTINO SOARES¹; LUNA SANTOS RABELO¹; HERTZ LACERDA CARDOSO¹; FERNANDO ROTATORI NOVAES¹; WILLIAN MOREIRA SENA¹

HOSPITAL SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE MONTES CLAROS

A síndrome de Twiddler é uma complicação conhecida após a implantação do marcapasso definitivo. Foi descrito pela primeira vez por Bayliss et al. após um doente ter manipulado e rodado o gerador na loca cirúrgica que resultou no desalojamento dos eletrodos com consequente perda de captura¹. Os principais fatores de risco são obesidade, idade avançada e doença psiquiátrica². Relato de Caso. Homem de 86 anos, coronariopata e valvopata, usuário de marca passo definitivo bicameral, implantado há aproximadamente um mês. Encaminhado ao serviço de referência com história de astenia, náuseas e tontura com início há 6 dias. Eletrocardiograma evidenciou bloqueio atrio ventricular total, radiografia de tórax mostrou deslocamento dos eletrodos, ambos agrupados ao redor do gerador (Figura 1). Evoluiu na unidade de emergência com 2 episódios de parada cardiorrespiratória em ritmo de fibrilação ventricular, realizada reanimação cardiovascular e desfibrilação com retorno à circulação espontânea, iniciado aminase encaminhado ao bloco cirúrgico. Procedeu-se à revisão cirúrgica com reposicionamento do seletrodos, não tendo sido observadas alterações da integridade destes. Foi reforçada a posição do gerador, feito limpeza e reposicionamento ventricular e atrial dos eletrodos. Testes com bons limiares. Após o procedimento houve melhora da pressão arterial e regularização do ritmo cardíaco. O mesmo evoluiu estável hemodinamicamente e teve alta hospitalar cinco dias após a admissão. Neste caso o doente negou manipulação consciente do gerador, o que acontece na maioria dos casos descritos³. Discussão: A síndrome de Twiddler é rara, comum a incidência relatada de 0,07 a 1,1%. No entanto, na maioria das vezes, pode levar a sérias consequências. As principais complicações incluem bradiarritmia sintomática; estimulação do nervo frênico e da musculatura diafragmática, levando a um quadro de soluços incoercíveis ou dolexo braquial, levando a movimentos involuntários do braço; em pacientes dependentes do marcapasso, podem levar ao óbito⁴. Este evento leva à revisão ou substituição do sistema do dispositivo, aumentando os riscos de infecção, sangramento, pneumotórax e tamponamento cardíaco⁵. Reoperações também são caras e inconvenientes. A gestão da síndrome de Twiddler pode ser muito frustrante, visto que pode recorrer após o primeiro evento⁶.

Referências Bibliográficas: 1- Fahraeus T, Holter CJ. Early pace maker twiddler syndrome. Europace. 2003; 5: 279-81. 2- Weir RA, Murphy CA, O'Rourke B, Petre CJ. Twiddler's syndrome: a rare cause of implantable cardioverter defibrillator malfunction. Eur Heart J. 2016; 37: 269-71. 3- Pande A, Kahali D. A rare case of very early pacemaker twiddler's syndrome. Heart Views. 2012; 13: 114-5. 4- Hill RE. Complications of permanent transvenous cardiac pacing: a 14-year review of all transvenous pacemakers inserted at one community hospital. Pacing Clin Electrophysiol. 1987; 10 (Pt1): p. 564-70. 5- Camacho C, et al. Recurrent twiddler's syndrome: report of a case. J Thorac Cardiovasc Surg. 1995; 110(1): p.269-71. 6- Higgins SL, et al. Recurrent Twiddler's syndrome in an orthotopic ICD system despite a Dacron pouch. Pacing Clin Electrophysiol. 1998; 21 (Pt1): p.130-3.

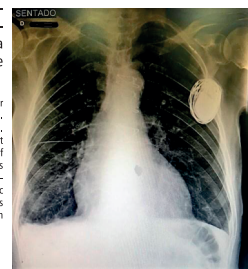


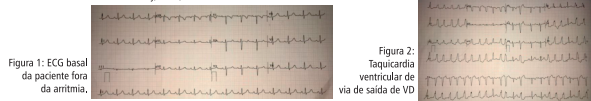
Figura 1: Eletrodos agrupados ao redor do gerador.

EP071

TAQUICARDIA VENTRICULAR DE VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO DIREITO EM GESTANTE

ARMANDO FAGUNDES MORATO NETO; LÉLIDA PATRICIA VARGAS GONTIJO; OSMAR D'ALEXANDRIA PITA BAPTISTA; VÍCTOR PIMENTEL DE MATOS; VINICIUS COSTA GOMES
HOSPITAL FELÍCIO ROCHO

Arritmias são complicações cardíacas comuns durante a gravidez. Dentre as causas tem-se o aumento do volume intravascular, distensão dos átrios e ventrículos, redução da refratariedade de vias e aumento da frequência cardíaca de repouso. Nas gestantes sem cardiopatia estrutural, a TV de via de saída do VD, é uma das mais comuns. Caracteriza-se por episódios curtos de TV não sustentada, com padrão de BRE e eixo inferior no ECG podendo apresentar palpitações e tonturas como sintomas. Estresse e exercício físico são desencadeantes e um padrão de ciclo circadiano pode ser detectado. O prognóstico é benigno e raramente degeneram para TV sustentada ou FV. O tratamento visa o término e prevenção de recorrência podendo ser usados: adenosina, verapamil, betabloqueadores, sotalol e amiodarona e nos casos refratários a ablação pode ser uma alternativa. Objetivo: O objetivo do presente trabalho é relatar o caso de uma gestante que se apresentou com taquicardia ventricular de via de saída do VD. Bem como evidenciar os desafios no diagnóstico e tratamento e o desfecho após a instituição da terapêutica. Método: Trata-se de um relato de caso, de uma paciente internada no Hospital Felício Rocho em Belo Horizonte. Foi realizada extensa revisão da literatura por meio do acesso a sumários de evidência como UpToDate, Dynamed, e artigos de revisão disponíveis em bases como PubMed, Lilacs, Medline. Descrição de Caso: Gestante de 22 semanas, relatando dispnéia palpitações aos mínimos esforços há cerca de 1 semana. Após consulta de pré-natal foi aconselhada a procurar avaliação cardiológica. Detectado no ECG de consultório ritmo sinusal alternando com taquicardia não sustentada de QRS largo com eixo inferior e padrão de BRE. Paciente encontrava-se hemodinamicamente estável com alternância entre ritmo regular e episódios de taquicardia, sem sopros a ausculta cardíaca, aparelho respiratório normal, sem outras alterações. Realizado ECGT a beira leito com FEVE de 55%, função sistólica biventricular preservada e insuficiência mitral de grau leve. Foi encaminhada ao PA para avaliação. Discutido caso com aritmologia e firmado diagnóstico de TVSDV, iniciou-se Propranolol e paciente foi encaminhada ao CTI. Mantive-se com arritmia na UTI, tentado controle com Metoprolol também sem sucesso e então optado por iniciar Sotalol 80mg BID. Houve redução importante dos episódios de TVNS, recebendo alta para enfermagem onde apresentou alguns episódios curtos de TV sem sintomas e Sotalol ajustado para 80mg/6h com resolução da arritmia. Paciente recebeu alta para controle ambulatorial e permanece estável clinicamente, em ritmo sinusal e com boa evolução da gestação. Conclusão: A Taquicardia Ventricular de Via de Saída do VD ocorre habitualmente em indivíduos sem doença estrutural do coração, como pode ser visto nesse relato de caso. É considerada uma arritmia benigna com bom prognóstico como foi evidenciado nos estudos de acompanhamento. O uso de drogas antiarrítmicas pode resultar em uma boa taxa de controle dos episódios. Diante dessas características, e do controle da arritmia obtido com o Sotalol foi optado por seguimento ambulatorial com a alternativa da ablação por radiofrequência caso ocorra recidiva e refratariedade ao tratamento clínico. Referências Bibliográficas: 1. CALLANS, David et al. Monomorphic ventricular tachycardia in the absence of apparent structural heart disease. Up to date. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 13/07/18. 2. HARRIS, Louis et al. Ventricular arrhythmias during pregnancy. UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 13/07/18. 3. FUENMAYOR, Abdel. Treatment Of Cure Of Right Ventricular Outflow Tract Tachycardia. Journal of Atrial Fibrillation. June-July, 2014. Vol-7.



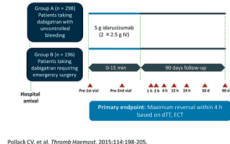
EP072

USO BEM SUCEDIDO DO REVERSOR DO DABIGATRANA EM PACIENTE CRÍTICO

VICTOR LUIZ OLIVEIRA PIMENTA DE ARAÚJO; BRUNO ALENCAR FONSECA; DANILO CASTRO PIRES DE ALMEIDA; TATIANA SANTOS VIEIRA; SIMONE DONNARD SANTOS; CARLOS EDUARDO ORNELAS
HOSPITAL MATER DEI, BH-MG

Nos últimos anos, surgiu uma nova classe de anticoagulantes orais (DOAC), que teve bons resultados de segurança e eficácia quando comparados com a varfarina. Porém, não tinha até então um medicamento reversor em caso de emergência clínica. Objetivo: Trazer dados de mundo real que possam ser comparados com resultados de desfechos clínicos apresentando o estudo, principalmente no que diz respeito à segurança. Métodos: Trata-se de um relato de caso de ótica relevância clínica, uma vez que temos ainda pouca experiência clínica no uso do Idarucizumab, reversor do Dabigatran, que é o anticoagulante inibidor direto da trombina. O Dabigatran é o único DOAC que possui reversor aprovado e em uso no momento. O Estudo RE-VERSE AD mostrou que o Idarucizumab é seguro em casos de sangramento em casos de sangramento maior e também quando há necessidade de reversão para realização de procedimentos cirúrgicos de emergência. Resultado: Paciente de 51 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e fibrilação atrial permanente, com história de síndrome coronariana aguda em dezembro de 2017, tendo sido submetido na ocasião a implantação de stent farmacológico em descendente anterior, estando, portanto, em uso de dabigatran e dopedogrel. Admitido no hospital com quadro clínico de dispnéia, apresentando melhora após instituição de diurético e controle de frequência cardíaca. Na avaliação inicial, evidenciado também isquemia crítica de membro inferior esquerdo. Submetido a amputações sequenciais de segmento, com suspensão programada e bem sucedida de dabigatran 24 horas do procedimento, sempre mantendo dopedogrel. Porém, durante internação, apresentou acidente vascular encefálico cardioembólico e na vigência do uso dos medicamentos. Ressonância magnética mostrou múltiplos focos de acidente vascular e dissecação arterial de carótida esquerda. NIH menor que 8. Retornado com dabigatran e dopedogrel após discussão com equipe da neurocirurgia. Após 7 dias, apresentou episódio de melena com instabilidade hemodinâmica e rebaixamento de sensorio, sendo administrado o idarucizumab. Após 24 horas, o paciente já não apresentava mais sangramento, déficit neurológico ou instabilidade hemodinâmica, sendo reiniciado dabigatran conforme recomendação do estudo, desta vez sem dopedogrel. No estudo RE-VERSE AD, 137 pacientes (45,5%) apresentaram-se com hemorragia digestiva. Não houve nenhum sinal de efeito adverso de segurança. Em 90 dias de acompanhamento, ocorreu recorrência de evento trombotico em 6,3% desse grupo, com mortalidade de 18,8%. 114 pacientes (37,9%) apresentaram-se com instabilidade hemodinâmica. O idarucizumab reverteu a anticoagulação de forma rápida e completa em 98% dos pacientes, e a reversão se manteve por 24 horas na maioria dos pacientes. Conclusão: O uso do reversor mostrou-se seguro, assim como no estudo, principalmente nesse caso de complexidade aumentada e necessidade de seguimento cirúrgico. Assim como no estudo, idarucizumab reverteu a anti-coagulação de forma rápida e completa. Referências Bibliográficas: 1) Polack, CV et al. Idarucizumab for Dabigatran Reversal - Full Cohort Analysis. N Engl J Med 2017; 377:431-441. 2) Polack, CV et al. Design and Rationale for RE-VERSE AD: a phase 3 study of idarucizumab, a specific reversal agent for dabigatran. Thromb Haemostasis. 2015;114:198-205.

REVERSE-AD: Trial Design

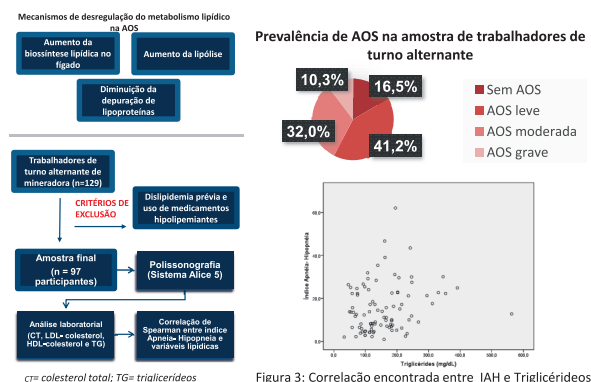


EP073

APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO, ÍNDICES LIPÍDICOS E RISCO CARDIOVASCULAR EM TRABALHADORES DE TURNO ALTERNANTE DE MINERADORAS

ROCHA, D.O.A.; ATHADEU, B.F.M.; FAJARDO, V.C.; DINIZ, A.P.; PIMENTA, F.A.R.; OLIVEIRA, F.L.P.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO (UFOP)

A apneia obstrutiva do sono (AOS) vem sendo associada de forma independente a alterações nos níveis lipídicos. Nesse sentido, a dislipidemia pode constituir um mecanismo pelo qual a AOS aumenta o risco cardiovascular (RCV) (figura 1). Objetivo: Buscou-se analisar a correlação entre o Índice Apneia-Hipopneia (IAH) e as variáveis lipídicas-triglicérides, HDL-colesterol, LDL-colesterol e colesterol total em trabalhadores de turno alternante. Método: (figura 2). Resultados: A média de idade foi de 36,87 anos. Correlação significativa foi encontrada entre o IAH e o TG ($p=0,045$). Não foram encontradas correlações significativas entre o IAH e as outras variáveis lipídicas (figura 3). Conclusão: Correlação significativa foi encontrada entre o IAH e os níveis de TG, mostrando que nessa população a AOS está associada a alterações lipídicas, as quais podem ser um mecanismo de aumento do RCV nesses indivíduos. Por tal associação ainda se conflitante na literatura, mais estudos são necessários para sua elucidação. No entanto, o estabelecimento de dislipidemia em pacientes com AOS é um processo multifatorial, que pode ser afetado pela gravidade da AOS e por fatores externos a síndrome. Nesse sentido, é compreensível que nem todos os parâmetros lipídicos se encontrem alterados e que o presente estudo possua limitações na medida em que não há o ajuste para tais variáveis. Referências Bibliográficas: DRAGER, Luciano F.; JUN, Jonathan C.; POLOTSKY, Vsevolod Y. Metabolic consequences of intermittent hypoxia: relevance to obstructive sleep apnea. Best practice & research clinical endocrinology & metabolism. v.24, n.5, p.843-851, 2010. NADEEM, Rashid et al. Effect of obstructive sleep apnea hypopnea syndrome on lipid profile: a meta-regression analysis. Journal of Clinical Sleep Medicine. v.10, n.05, p.475-489, 2014. TRZEPZUR, Wojciech et al. Independent association between nocturnal intermittent hypoxemia and metabolic dyslipidemia. Chest. v.143, n.6, p.1584-1589, 2013.



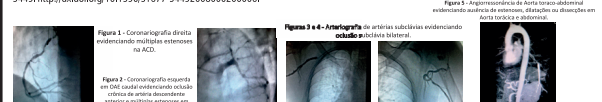
EP074

DOENÇA CORONÁRIA TRIARTERIAL GRAVE ASSOCIADO À OCLUSÃO BILATERAL DE ARTÉRIAS SUBCLÁVIAS: DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

RAZERA, RJ¹; JÁCOME, BZ²; SILVA, CN¹; SILVA, LC²; OLIVEIRA, RM¹; O'CONNELL, JF²

(1) FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA (FAMED-UFU)
(2) SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA (FAMED-UFU)

Temos identificado um aumento significativo do número de pacientes jovens apresentando doença arterial coronária (DAC). Em geral, a maioria dos pacientes jovens que manifestam a DAC são portadores da forma clássica da doença: a aterosclerótica. Entretanto, em indivíduos com menos de 40 anos, ou quando associada a oclusões de Aorta ou seus ramos principais, outras etiologias de DAC devem ser suspeitadas. O principal diagnóstico diferencial deve ser feito com a Arterite de Takayasu (AtK). Relato de Caso: Masculino, 39 anos, tabagista, HDL baixo, obeso grau I, sem outros fatores de risco para DAC. Vinha apresentando quadro de angina progressiva há 10 meses e internou em pronto socorro por IAM sem supra-desenvolvimento do segmento ST. Ao exame físico: pressão arterial inaudível em membros superiores e redução significativa de pulsos braquiais e radiais. Realizado cateterismo cardíaco: DAC triarterial - oclusão crônica de descendente anterior, estenoses importantes em circunflexa e múltiplas estenoses em coronária direita (que fornecia colaterais moderadas para DA). Observado hipocinesia ântero-apical e inferior e função sistólica do ventrículo esquerdo deprimida em grau leve. Feito tratamento clínico otimizado para DAC e indicado o tratamento de revascularização cirúrgica do miocárdio (CRM), mas paciente recusou, seguindo tratamento medicamentoso. Atualmente, encontra-se em Classe Funcional I, seis meses após internação hospitalar. Discussão e Conclusão: O diagnóstico diferencial entre DAC aterosclerótica e outras etiologias é importante pois pode alterar o tratamento medicamentoso (como a adição de imunomediadores na AtK) e também alterar a opção de tratamento intervencionista a ser sugerido (uma vez que a ocorrência de reestenoses de stents e perda de enxertos é mais frequente nestes pacientes). O achado frequente de oclusão de artéria subclávia na AtK também interfere na decisão sobre a melhor terapia a ser oferecida. No caso em questão, o paciente apresentava fatores de risco importantes para a ocorrência de aterosclerose coronária e sistêmica em jovens, mas também critérios para o diagnóstico de AtK, segundo a classificação do American College of Rheumatology (ACR) como, por exemplo, idade menor que 40 anos, diminuição dos pulsos braquiais, diferença de 10 mmHg na PA sistólica de membros superiores, sopros em subclávias e aorta e alterações nos arcos principais da aorta. Assim, a ausência de acometimento da Aorta nos conduziu ao diagnóstico de DAC secundário à aterosclerose coronária. Ainda, segundo outros critérios bastante utilizados para esta diferenciação (os de Kiehl), o não acometimento das carótidas e o aspecto angiográfico das lesões coronárias também são mais sugestivos de aterosclerose do que de AtK. Infelizmente, a biópsia arterial (que definia o diagnóstico definitivo) não pôde ser realizada pela recusa do paciente à CRM. Referências Bibliográficas: ARAÚJO, Abut K; FAUSTO, Nelson; KUMAR, Vinay; COTRAN, Ramo S; ASTER, Jon C; ROBBINS, Stanley L; Robbins e Cottan: Patologia - Bases patológicas das doenças, 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010 GOLDMAN, L; AUSIELLO, D. Cecil. Medicina. 23ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. Vol 1 e 2. PANICO, Marília Duarte Brandão et al. Arterite de Takayasu: aspectos clínicos e terapêuticos em 36 pacientes. J. vasc. bras. [online]. 2008, vol.7, n.2, pp.123-130. ISSN 1677-5449. http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492008000200006.



EP075

DOENÇA ISQUÊMICA DO CORAÇÃO EM MINAS GERAIS: INTERNAÇÕES, GASTOS PÚBLICOS E TAXA DE MORTALIDADE EM 2017 E 2018.

ROLDI, A. F.; ARRUDA, B. C. A. P.; FARIA, C. S. P.; MENDES, D. G.; MACIEL, E. B. P.; ROQUE, E. L.; COSTA, J. H. M.; FARIA, L. S. P.; TAVARES, L. B. S.

(1) ACADÊMICAS DO INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES), IPATINGA/MG; (2) MÉDICA DO HOSPITAL MÁRCIO CUNHA, IPATINGA/MG; (3) ACADÊMICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA, VOLTA REDONDA/RJ

O envelhecimento populacional progressivo resulta em aumento da prevalência de doenças crônicas, entre as quais as doenças cardiovasculares (DCV) ocupam lugar de destaque (MORAES; FREITAS, 2012). Estas são responsáveis por 18 milhões de mortes ao ano no mundo, sendo as doenças isquêmicas do coração encarregado por quase dois terços desses óbitos e por, aproximadamente, 22% das mortes por todas as causas (INCA, 2003). A natureza dos gastos desse grupo de doenças varia por região e unidade da federação, nos quais os valores são maiores em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil (INCA, 2003). A morbidade por doenças isquêmicas do coração também representa uma grande carga para o país. De 1993 a 1997, as internações por essas doenças representaram 1,0% de todas as internações e 3,3% dos gastos do SUS (INCA, 2003). Objetivo: O presente trabalho tem como objetivo analisar os dados relativos à doença isquêmica do coração no estado de Minas Gerais, em 2017 e 2018. Método: Estudo transversal, descritivo e retrospectivo construído através de dados obtidos na plataforma DATASUS e Tabnet. Foram utilizadas as variáveis: número de internações, valor total e taxa de mortalidade, as quais foram analisadas no ano de 2017 e 2018, nas regiões brasileiras e nas unidades da federação. Resultado: Em 2017, em Minas Gerais, 19.032 pacientes foram internados devido a doenças isquêmicas do coração, correspondendo a 19% de toda a região Sudeste. Essas admissões custaram para o governo o total 77.820.751,88 reais, cerca de 4088,9 por paciente. A taxa de mortalidade para este ano foi de 2,19, sendo a Segunda menor taxa do estado. Em 2018, os dados se limitaram até março. Até este mês, já foram internados 4760 indivíduos, com uma taxa de mortalidade de 2,08 e custando para a gestão 19.908.085,78 reais, o que atinge 4.182,37 reais por doente. Conclusão: Conclui-se que a assistência médica, bem como das medidas de prevenção primária, contribui como variáveis explicativas para a diminuição da mortalidade e, consequentemente, com o declínio dos gastos públicos investido no tratamento das doenças isquêmicas do coração. Portanto, cabe ao médico incentivar o paciente a ter bons hábitos alimentar e a se exercitar, para uma melhor qualidade de vida e, quando necessário, prescrever medicamentos que previnam o desenvolvimento dessas doenças. Referências Bibliográficas: INSTITUTO DO CÂNCER. Doenças Isquêmicas do Coração, 2003. MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. Ischemic heart disease and coronary adults from Ribeirão Preto, Brazil. Rev Saúde Pública, n.46, v.4, p.591-601, São Paulo, 2012.

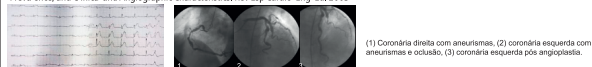
EP076

ECTASIAS E ANEURISMAS DIFUSOS EM PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: RELATO DE CASO

OLIVEIRA, R.A.S.; SILVA, M.V.; SILVA, R.A.; SILVA, M.V.R.; CAMPOS, H.A.B.; VIEIRA, R.D.A.

HOSPITAL IBIAPABA CEBAMS; FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA - FAME/FUNJOBE

Ectasias e aneurismas de artérias coronárias constituem dilatações locais ou difusas do lúmen vascular em 1,5x-2x do diâmetro normal do vaso (ectasias) ou acima de 2x (aneurismas). São anomalias raras, com prevalência estimada em 0,3-5,3% das cineangiogramas. Quanto à sua extensão topográfica, podem ser subcategorizadas em 4 tipos: tipo I, ectasia difusa de duas ou três artérias; tipo II, doença difusa em uma artéria e localizada em outra; tipo III, ectasia difusa de uma artéria apenas; tipo IV, lesões ectásicas localizadas ou segmentares. Podem ser vistas geralmente em associação à aterosclerose, doença de Kawasaki, Lúpus HIV. A localização mais comum é na coronária direita e em seus ramos. As ectasias da artéria coronária estão associadas aos fatores de risco clássicos para doenças cardiovasculares, exceto diabetes. Este trabalho tem como objetivo relatar o caso clínico de um paciente com infarto agudo do miocárdio com supra desnívelamento do segmento ST de provável causa embólica com achado inusitado coronariográfico de ectasias e aneurismas difusos em artérias coronárias direita e esquerda. Descrição do Caso: Paciente do sexo masculino, 76 anos, admitido com quadro de precordialgia anginosa com 6 horas de evolução, ex-tabagista, portador de hipertensão arterial sistêmica e de hipotireoidismo. Ao exame físico da admissão encontrava-se alerta, hidratado, corado, pressão arterial de 100x60mmHg, afebril, eupneico, ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, frequência cardíaca de 88bpm, ausência de edemas, classificação de Killip 1. Dosagem sérica de CK e CKMB, com valores de 975ng/mL e 135ng/mL, respectivamente. Eletrocardiograma da admissão: presença de supra desnívelamento do segmento ST em parede anterior e onda T apiculada simétrica. Cineangiogramas: coronária direita difusamente ectasiada. Artéria descendente anterior ectasiada em toda sua extensão com pequenos aneurismas fusiformes proximal e medial, ocluída na porção médio distal com aspecto de trombo. Primeiro ramo diagonal aneurismático na porção proximal. Artéria circunflexa ectásica com "Kinking" medial. Primeiro ramo marginal esquerdo com aneurisma fusiforme proximal, sem lesões obstrutivas. Acinesia apical. Discussão: As ectasias coronarianas podem ser consideradas uma forma exagerada de remodelamento arterial, uma vez que a degradação enzimática da matriz extra celular da camada média parece ser um processo patológico fundamental nessa condição. São possuidoras de elevado potencial de complicações, bem como de implicações clínicas diretas, visto que têm sido associadas às manifestações clínicas de doenças arteriais coronarianas (DAC), como a angina e até mesmo as síndromes coronarianas agudas. A angiografia coronariana é o padrão ouro no diagnóstico de aneurismas coronarianos, fornecendo informações sobre sua forma, localização, diâmetro e extensão. Os tratamentos possíveis consistem em tratamento clínico, implante de stent revestido ou ressecção cirúrgica. Entretanto, o melhor tratamento ainda é controverso e depende da situação clínica particular. A terapia medicamentosa conservadora consiste em tentativas de prevenir complicações tromboembólicas por meio da administração de fármacos antiplaquetários e anticoagulantes. O manejo cirúrgico é apropriado em pacientes sintomáticos que têm DAC obstrutiva, riscos de ruptura ou evidências de embolização que possam levar à isquemia miocárdica. O paciente em questão foi submetido à angioplastia primária com implante de um stent convencional em Arteria Descendente Anterior. Conclusão: As ectasias coronarianas são achados incomuns e frequentemente acidentais. O interessante deste caso consiste no achado incomum coronariográfico de artérias coronarianas com ectasias e aneurismas difusos em paciente portador de síndrome coronária na aguda com indicação de angioplastia primária. O manejo ideal das ectasias e aneurismas das coronárias ainda não é bem estabelecido, e por isso exige que os pacientes tenham tratamento individualizado, de acordo com a localização e o contexto clínico. Referências Bibliográficas: 1. Antoniadis, AP; Chatzizisis, YS, et al. Pathogenetic mechanisms of coronary ectasia. Int J Cardiol. 2008; 2. Ramos, SG, et al. Coronary Aneurysms: An Update. Novel Strategies in Ischemic Heart Disease. 2012; 3. Ch, 21, 3. Bermúdez, EP; Palop, RL; et al. Coronary Ectasia: Prevalence, and Clinical and Angiographic Characteristics. Rev Esp Cardiol Engl Ed. 2003



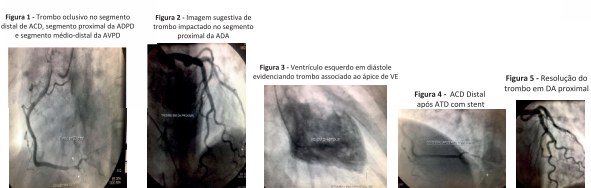
EP077

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO SECUNDÁRIO A EMBOLIZAÇÃO PARA ARTÉRIAS CORONÁRIAS PROVENIENTES DE TROMBO ASSOCIADO A ANEURISMA APICAL DE VENTRÍCULO ESQUERDO

RAZERA, R.J.; SILVA, C.N.; FERREIRA, IMM.; SILVA, LCT.; O'CONNELL, J.F.

(1) FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA (FAMED-UFU) (2) SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA (FAMED-UFU)

A embolia coronariana é causa incomum de infarto agudo do miocárdio. Os êmbolos coronarianos podem ser provenientes: do átrio esquerdo, do ventrículo esquerdo, das válvulas cardíacas, de material protético intra-cardíaco, de veias periféricas (nos êmbolos paradoxais) e da própria artéria coronária. Outros casos de embolia coronária podem estar associados a uso irregular de anticoagulantes, tabagismo, uso de contraceptivos orais e outros estados pró-coagulantes. Relato de Caso: Masculino, 67 anos, portador de miocardiopatia chagásica e aneurisma apical com trombo, chegou ao Pronto Socorro com quadro de dor precordial típica, associada à supra-desnívelamento do segmento ST em parede inferior. Cateterismo cardíaco: imagem sugestiva de trombo coronário associado à ausência de fluxo em artéria coronária direita (ACD); imagem sugestiva de trombo em segmento proximal de artéria descendente anterior (ADA), com fluxo coronariano normal. Realizado angioplastia para segmento distal de ACD com implante de stent, com obtenção de fluxo coronário TIMI II distal. Mantidos AAS 100 mg/dia, Clopidogrel 75 mg/dia e Enoxaparina 1 mg/kg 12/12 horas). Repetido coronariografia após uma semana: melhora importante do fluxo para ACD e resolução da imagem sugestiva de trombo para ADA proximal. Paciente evoluiu assintomático e recebeu alta com uso de Rivaroxabana (15 mg/dia) associado a Clopidogrel (75 mg/dia). Encontra-se assintomático, em tratamento clínico otimizado, um ano após a embolia coronariana. Conclusão: Quando o êmbolo leva à oclusão total do vaso, o uso de dispositivos de aspiração do trombo, de trombolise mecânica (angioplastia) ou química (trombolíticos) do vaso devem ser tentados. Se não há oclusão total e o paciente se mantiver clinicamente estável, pode-se manter o uso de antiagregantes, anticoagulantes, anti-isquêmicos e realizar o reestudo da coronária dentro de alguns dias. No caso em questão, foram necessárias tanto a angioplastia por balão imediata para a CD, quanto o manejo farmacológico para DA, que permitiu regressão importante do trombo e desaparecimento da estenose naquele vaso, uma semana após o uso do tratamento medicamentoso. Referências Bibliográficas: CHARLES, R. G.; EPSTEIN, E. J. Diagnosis of coronary embolism: a review. Journal of the Royal Society of Medicine, v. 76, n. 10, p. 863-1983. GODOY, Moacir Fernandes et al. Embolia múltipla simultânea das artérias coronárias direita e esquerda. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 84, n. 3, 2005. GOLDMAN L., AUSIELLO D. Cecil: Medicina. 23ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. Vol II e III. CREA, Filipe. NICKOLI, Giampaolo. Myocardial infarction with no obstructive coronary atherosclerosis. UpToDate, Jun, 2017.



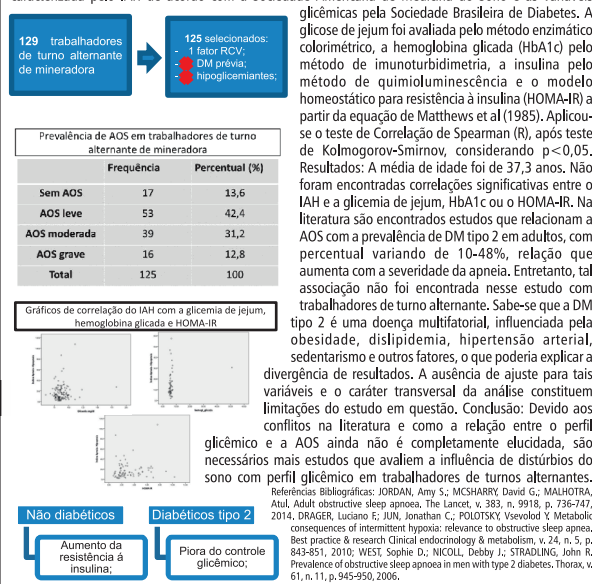
EP078

PERFIL GLICÊMICO E APNEIA DO SONO EM TRABALHADORES DE TURNO DE MINERADORA

ATHADEU, B. F. M.; ROCHA, D. O. A.; FAJARDO, V. C.; NASCIMENTO NETO, R. A.; PIMENTA, E. A.; DINIZ, A. R.

UNIVERSIDADE FEDERA DE OURO PRETO - UFOP

Os distúrbios respiratórios relacionados ao sono são prevalentes, em especial a Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) que vem sendo relacionada com aumento na prevalência de diabetes mellitus (DM) tipo 2, constituindo um possível fator de risco cardiovascular (RCV). Objetivo: Investigar a correlação entre o Índice Apneia-Hipopneia (IAH) e as variáveis glicêmicas em trabalhadores de turno alternante. Método: Estudo transversal, A polissonografia foi realizada com a utilização do sistema Alice 5. A AOS foi caracterizada pelo IAH de acordo com a Sociedade Americana de Medicina do Sono e as variáveis glicêmicas pela Sociedade Brasileira de Diabetes. A glicose de jejum foi avaliada pelo método enzimático colorimétrico, a hemoglobina glicada (HbA1c) pelo método de imunoturbidimetria, a insulina pelo método de quimioluminescência e o modelo homeostático para resistência à insulina (HOMA-IR) a partir da equação de Matthews et al (1985). Aplicou-se o teste de Correlação de Spearman (R), após teste de Kolmogorov-Smirnov, considerando p<0,05. Resultados: A média de idade foi de 37,3 anos. Não foram encontradas correlações significativas entre o IAH e a glicemia de jejum, HbA1c ou o HOMA-IR. Na literatura são encontrados estudos que relacionam a AOS com a prevalência de DM tipo 2 em adultos, com percentual variando de 10-48%, relação que aumenta com a severidade da apneia. Entretanto, tal associação não foi encontrada nesse estudo com trabalhadores de turno alternante. Sabe-se que a DM tipo 2 é uma doença multifatorial, influenciada pela obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial, sedentarismo e outros fatores, o que poderia explicar a divergência de resultados. A ausência de ajuste para tais variáveis e o caráter transversal da análise constituem limitações do estudo em questão. Conclusão: Devido aos conflitos na literatura e como a relação entre o perfil glicêmico e a AOS ainda não é completamente elucidada, são necessários mais estudos que avaliem a influência de distúrbios do sono com perfil glicêmico em trabalhadores de turnos alternantes.



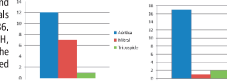
EP079

CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE 20 PACIENTES COM ENDOCARDITE INFECCIOSA DIAGNOSTICADOS EM UM HOSPITAL GERAL TERCIÁRIO DE BELO HORIZONTE

FERNANDA R. ARAUJO, KAMILA S.M. CHAMON, CARLA M. FREITAS, JÉSSICA M.C. SOUSA, GUSTAVO F. WERNER, ESTEVÃO LANNIA FIGUEIREDO

HOSPITAL LIFE CENTER - BELO HORIZONTE MG

A endocardite infecciosa (EI), é uma doença de alta morbidade e letalidade. Trata-se de uma infecção bacteriana ou fúngica da parede interna do coração ou de suas válvulas. O seu prognóstico depende de um diagnóstico rápido, tratamento efetivo e pronto reconhecimento de suas complicações. Objetivo: Comparar e descrever as características clínicas e epidemiológicas dos pacientes diagnosticados com EI em nosso serviço no período de janeiro/2017 a maio/2018. Material e Métodos: Trata-se de uma coorte retrospectiva, obtida pela análise de prontuários dos pacientes que foram diagnosticados com EI em nosso serviço entre janeiro/2017 e maio/2018. Este trabalho descreve as características epidemiológicas destes pacientes. Foram realizadas pesquisas nas bases de dados Pubmed e Scielo. Resultados: No período citado, 20 pacientes foram diagnosticados com EI em nosso serviço. O gênero mais acometido foi o masculino com doze pacientes (60% dos casos). Quanto à idade, a média foi de $64 \pm 19,88$ anos, treze (65%) tinham mais de 60 anos e quatro (20%) estavam abaixo dos 40 anos de idade. A doença concomitante mais prevalente foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS), presente em oito (40%) dos pacientes. Além disso, três (15%) pacientes com EI apresentavam um tipo de câncer (CA), sendo eles: Neoplasia de mama, Linfoma difuso de grandes células B e Leucemia de células pilosas. As válvulas mais acometidas foram a aórtica (12 casos), e a mitral (7 casos), representando 60% e 35% respectivamente. Apenas um desses pacientes apresentou EI localizada na válvula tricúspide. Não houve acometimento da válvula pulmonar nesta série de casos. Os microrganismos responsáveis pela EI, isolados nas culturas, foram diversificados. As bactérias GRAM positivas atingiram 17 (85%) dos pacientes, enquanto as GRAM negativas em apenas 01 caso (5%). Dois pacientes (10%) apresentaram EI fúngica e ambos os casos ocorreram em pacientes com câncer, imunossuprimidos e em quimioterapia. Os pacientes tiveram evoluções satisfatórias e foram tratados com antimicrobianos. Dezoito (90%) receberam o tratamento clínico exclusivo. Apenas três (15%) tiveram que ser submetidos a cirurgia de troca valvar; as duas fúngicas e a da válvula tricúspide (causada por estafilococo relacionado a cateter venoso), que associaram-se a importante disfunção valvar. Os pacientes operados recuperaram a função valvar. Não ocorreram óbitos intra-hospitalares. Discussão e Conclusão: O perfil geral dos pacientes com EI no nosso serviço assemelha-se ao da literatura médica. As válvulas do lado esquerdo são as mais frequentemente acometidas, as bactérias GRAM positivas sendo os principais agentes etiológicos, as infecções fúngicas normalmente cursam com destruição valvar e requerem tratamento cirúrgico. Os dados demonstram, também, que, na maioria das vezes, o tratamento clínico adequado é suficiente. A suspeita clínica (fatores predisponentes, sinais e sintomas), o pronto diagnóstico e o tratamento precoce são fundamentais para se prevenir as complicações. Referências Bibliográficas: 1. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis (Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC), Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM), Eur Heart Journal, 2015;36(44):3075-3128, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv319>, 2. Baddour LM, Wilson WR, Bayer AS, et al. Infective Endocarditis in Adults: Diagnosis, Antimicrobial Therapy, and Management of Complications: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. Circulation. 2015 Oct 13;132(15):1435-86. doi: 10.1161/CIR.0000000000000296. Epub 2015 Sep 15. 3. Bor DH, Woodhull S, Nardin R, Bruch J, Himmelstein DU. Infective Endocarditis in the U.S., 1998-2009: A Nationwide Study. PLoS One. 2013; 8(3): e60033. Published online 2013 Mar 0. doi: 10.1371/journal.pone.0060033.



EP081

DUPLA DISFUNÇÃO VALVAR - DISFUNÇÃO DE BIOPRÓTESE MITRAL-RELATO DE CASO

RIBEIRO, NC; MOURA, RR; MARTINS, MF; FERREIRA, FC; FERREIRA, LA; ALVES, EE.

HOSPITAL IBIAPABA-CEBAMS

A dupla disfunção valvar geralmente ocorre com predomínio de uma das lesões, mas a gravidade pode ser semelhante. As causas assemelham-se às lesões isoladas, sendo as principais etiologias estruturais e infecciosas. A evolução da doença promove limitações nas atividades do paciente e algumas vezes pode ser fatal. Relato de Caso. L.M.N., feminino, 47 anos, histórico de troca valvar há 15 anos, cirrose hepática por etilismo e hipertensão arterial. Iniciou com queixas de palpitação e edema de membros inferiores, mal estar geral, dispnéia aos mínimos esforços e desmaios; com evolução de seis meses e piora nas últimas semanas. Admitida no serviço de urgência em Glasgow 15, caquética, hipotensa, afebril, dispnéica, em anasarca e sinais de hepatopatia crônica. Exames laboratoriais sem leucocitose, enzimas hepáticas elevadas, discreta alteração de função renal. ECG em ritmo em FA com baixa resposta ventricular (35 batimentos por minuto); sendo realizado marca passo transvenoso. Ecocardiograma evidenciou espessamento de prótese biológica mitral, gradiente médio de 11mmHg e regurgitação tricúspide importante. PSAP estimada em 55mmHg. A cineangiogramiografia direita, esquerda e ventriculogramiografia demonstrou aterosclerose coronária discreta, dupla disfunção de bioprótese mitral com estenose importante e insuficiência leve. Insuficiência tricúspide moderada a importante. VD com hipocinesia difusa moderada a importante. VE com hipocinesia antero-apical leve. Admitido em CTI em classe funcional NYHA IV, hipotensa, em máscara de alto fluxo. Avaliada pelo Team Heart do hospital com indicação de dupla troca valvar. EuroSCORE II: 39,61%. STS Risk Mortality 37,23%. Realizado procedimento de troca valvar mitral e tricúspide. Após alta médica a paciente mantém acompanhamento no ambulatório de cardiologia sem novas queixas. Conclusão: Alterações na pressão do átrio esquerdo podem provocar hipertensão pulmonar, favorecendo a hipertrofia, dilatação e falência do ventrículo direito; culminando com insuficiência tricúspide. As disfunções estruturais secundárias a sobrecarga atrial de volume, pressão e fibrose; alteram as propriedades eletrofisiológicas do átrio esquerdo determinando a fibrilação atrial. A discussão de casos pelo Team Heart setor na fundamental para o gerenciamento de pacientes com doença cardíaca, estabelecendo os pacientes são elegíveis para intervenção com maior sucesso. Referências Bibliográficas: Deviri E, Sarel P, Wisenbaugh T, Cranje SL. Obstruction of mechanical valve prostheses: clinical aspects and surgical management. J Am Coll Cardiol 1991; 17: 646-650. Mylen PS, Caidahl K, Larsson P. Mechanical versus biological valve prosthesis: aten-year comparison regarding function and quality of life. Ann Thorac Surg 1995; 60:5447.

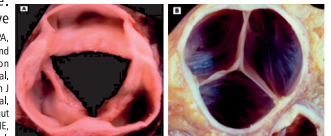
EP080

DOENÇA CARDÍACA CARCINOIDE

KAROLINE FREIRE KOSAC; JÚNIA MATA TAVARES PEREIRA DO NASCIMENTO; MARINA REZENDE BARATA; ANA LUIZA SOBREIRA SENA; DÉBORA CRISTOFORIDIS TEIXEIRA.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE.

A síndrome carcinóide é uma malignidade neuroendócrina que acomete principalmente trato gastrointestinal, brônquios e gônadas. A doença cardíaca carcinóide é rara e acomete 1,2-2,1/100.000 habitantes por ano. Ocorre, obrigatoriamente após invasão hepática, uma vez que as metástases hepáticas promovem a liberação de substâncias vasoativas que atingem o coração. Trata-se de uma doença de curso prolongado, acometendo pacientes entre 50-70 anos e caracteriza-se pelo acometimento principalmente das válvulas tricúspide e pulmonar, sendo o depósito valvar e de endocárdio de placas de fibrose um sinal patognomônico. Os sintomas clínicos estão relacionados ao acometimento valvar de coração direito, principalmente, ocasionando fadiga e dispnéia, além de possível edema, ascite e caquexia cardíaca. Descrição do Caso: Paciente S.S.G., sexo feminino, 69 anos, admitida com quadro de dor abdominal difusa, hipoxemia e constipação intestinal. Colonoscopia previa evidenciava pólipos em ceco, cólons ascendente e transversos, sigmoide e reto. Ultrassom de abdome durante internação evidenciou ascite moderada/acentuada na pelve. Tomografias de tórax e abdome evidenciavam estrias fibroelásticas e espessamento de septos interlobulares nos lobos pulmonares inferiores; ascite e nódulos heterogêneos esparsos no fígado. Inter correu com quadro de hipotensão, sudorese e dispnéia em repouso, sendo realizada transferência para unidade de terapia intensiva. Ecocardiograma transtorácico evidenciou FEVE 51%, refluxo tricúspide e pulmonar muito importantes (espessamento e retração dos folhetos valvulares), aumento importante de câmaras direitas e disfunção de ventrículo direito. Apesar de proposta de valvuloplastia, paciente inter correu com instabilidade clínica. Hipótese Diagnóstica: Câncer de cólon? Endocardite? Doença cardíaca carcinóide? Conduta Adotada: Optado pela realização de biópsia de lesões hepáticas. Após confirmação diagnóstica de doença cardíaca carcinóide, prescrito medicações para otimização de tratamento para insuficiência cardíaca direita análogo de somatostatina - octreotida. Conclusão: A doença cardíaca carcinóide caracteriza-se pelo acometimento cardíaco da síndrome carcinóide, ocasionando inflamação e deposição de tecido fibrotico principalmente no endocárdio das cúspides valvares, comprometendo a funcionalidade destas. Como consequência, ocorre insuficiência das respectivas câmaras cardíacas. A suspeita diagnóstica se dá através da história clínica, associada a confirmação do tumor primário, avaliação ecocardiográfica e dosagem urinária de ácido 5-hidroxi-indol-ácético. O tratamento é baseado na otimização da insuficiência de câmaras direitas e na prescrição de análogos de somatostatina, para redução da secreção tumoral de peptídeos vasoativos que provocam a síndrome carcinóide. Tratamento intervencionista ou cirúrgico deve ser considerado. Referências Bibliográficas: 1. Pellikka PA, Tajik AJ, Vanshetha BK, et al. Carcinoid heart disease. Clinical and echocardiographic spectrum in 74 patients. Circulation 1993;87:1188-97. 2. Bassan MD, Ahman H, Wangberg B, et al. Biology and management of the midgut carcinoid syndrome. Am J Surg 1993;165:288-97. 3. Westberg G, Wangberg H, Ahman C, et al. Prediction of prognosis by echocardiography in patients with midgut carcinoid syndrome. Br J Surg 2001;88:865-82. 4. Strickman NE, Rossi PA, Massumhani GA, et al. Carcinoid heart disease: a clinical, pathologic and therapeutic update. Curr prob cardiol 1982;6:1-42.



Conolly HM, et al. Carcinoid heart disease. Update 2018.

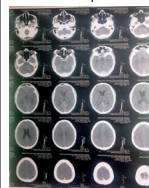
EP082

ENDOCARDITE INFECCIOSA DE VALVA MITRAL NATIVA, COMPLICADA POR ABSCESSO CEREBRAL RELATO DE CASO

REIS, L.J.A.; PINTO, L.M.A

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS-FELUMA

A Endocardite Infecciosa (EI) é uma afecção geralmente bacteriana, da superfície endocárdica do coração, que afeta principalmente as válvulas cardíacas protéticas. Doença grave com alta incidência e morbimortalidade, sendo mais comum em homens de meia-idade, idosos, e em pacientes com defeitos cardíacos congênitos ou com cardiopatia reumática. Dentre os vários agentes etiológicos, Streptococcus viridans e Staphylococcus aureus estão entre os principais. A doença se caracteriza pela presença de vegetações contendo fibrina, células inflamatórias e microrganismos na superfície endocárdica do coração. Essas vegetações podem gerar várias complicações sistêmicas como embolizações por despreendimento de fragmentos, Insuficiência Cardíaca por falha de mecanismo valvar esquerdo, reações imunológicas pelo aumento de complexos imunes circulantes e extensão perivalvar da infecção. O diagnóstico da EI geralmente depende da associação entre uma síndrome infecciosa e envolvimento endocárdico recente, sendo recomendado desde 2000 o uso dos Critérios de Duke Modificados, que se baseiam em achados clínicos, ecocardiográficos e biológicos. O uso de antibióticos por tempo prolongado guiado por hemoculturas é pedra fundamental para o tratamento dessa enfermidade, sendo a indicação e o momento cirúrgico um importante fator no sucesso terapêutico. O objetivo deste relato de caso é reforçar a gravidade da doença e a urgência na realização do diagnóstico e tratamento dessa entidade, com indicação e momento cirúrgico correto. Descrição do Caso: Homem, 48 anos, admitido com quadro de dor abdominal em fossa ilíaca direita, febre não termometrada, icterícia, náuseas e vômitos. Evolui com febre persistente, dor abdominal importante, calafrios, piora da icterícia e alteração do nível de consciência, com períodos de confusão mental. Propedêutica abdominal sem alterações. Hemoculturas positivas para Staphylococcus aureus. Realizado ecocardiograma transtorácico que evidenciou valva mitral com espessamento leve da porção distal, medindo cerca de 0,8cm, presença de estrutura filamentar de aspecto algodonoso sugestivo de vegetação e regurgitação moderado-importante. Tomografia de crânio revelou múltiplos abscessos cerebrais (figura 1). Hipótese Diagnóstica: Endocardite infecciosa de acordo com os Critérios de Duke Modificados complicada com embolização cerebral. Conduta: Antibioticoterapia prolongada endovenosa guiada por cultura. Paciente apresentou boa evolução clínica, porém com manutenção de febre. Optado por troca valvar mitral biológica e antibioticoterapia prolongada sem necessidade de drenagem do abscesso cerebral. Conclusão: A Endocardite Infecciosa é uma doença grave com um perfil variável e dinâmico de apresentação clínica. Por essa razão seu pronto reconhecimento permite tratamento precoce com redução da mortalidade e morbidade. Importante ressaltar que muitas vezes a doença se apresenta já na presença de complicações o que torna a mesma de mais difícil manejo. O caso relatado é relevante devido a forma complicada de apresentação e a necessidade de terapia cirúrgica, que até o momento ainda é um ponto muito discutido em estudos e diretrizes. Referências Bibliográficas: 1. GOLDMAN, D. Cecil. Tratado de Medicina Interna. In: CHAMBERS, H.F. Endocardite Infecciosa. 22ª Edição. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2005. Cap.310. 2. SQUEIRA, FA, et al. Endocardite Mural de Atrio Esquerdo Complicado por Abscesso Cerebral: Relato de Caso. Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2012. 3. GONÇALVES, A.J.R, et al. Endocardite infecciosa e abscessos cerebrais: estudo de 11 casos. Arquivos Brasileiros de Medicina, v.65, n.2, 1991. 4. BRAUNHARDT, E., Tratado de Doenças Cardiovasculares. In: BADOUIR, L.M, et al. Infecções Cardiovasculares, 10ª Edição. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2018. Cap.64. 5. BARBOSA, M.M., Endocardite infecciosa: perfil clínico em evolução. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v.83, n.3, 2004. 6. COLAFRANCESCO, S., et al., Diretriz Brasileira de Valvulopatias, Sociedade Brasileira de Cardiologia, São Paulo, 2011. 7. HABIBIG, PATRIZIO, et al. Guidelines for the management of infective endocarditis. The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC), ESC Committee for Practice Guidelines, 2015.



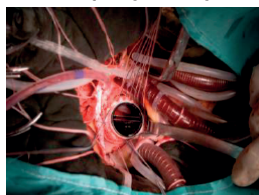
EP083

ESTENOSE GRAVE DE PRÓTESE MECÂNICA AÓRTICA POR TROMBOS SIMULANDO DISFUNÇÃO ESTRUTURAL

EDITH MÁRCIA VALADARES SILVA, LAÍS TOLEDO DE VASCONCELOS, RAFAELA SIMÕES MOREIRA, RAFAEL PORTO SILVA, PEDRO HENRIQUE CAVEANHA, EPOTAMENDES M. GOOD GOD

HOSPITAL SOCOR

As complicações não estruturais das valvas protéticas mecânicas podem ser causadas por formação de trombos, pannus ou combinação de ambas. A diferenciação entre trombo e pannus é desafiadora, uma vez que a apresentação clínica é a mesma, sendo que trombo é mais comum quando a anticoagulação é inadequada. A reoperação é usualmente requerida para disfunção protética de moderada a grave, dependendo da disfunção estrutural, mas poderia ser evitada desde que seja confirmado, no pré-operatório, que a disfunção se deve à trombose. Descrição do Caso: L. A. V. P, mulher de 71 anos, submetida à troca valvar aórtica por prótese mecânica há 18 anos. AVCh há 3 anos, sob anticoagulação com varfarina. Iniciou, nos últimos 3 meses, episódios frequentes (2-3 vezes/dia) de pré-síncope sem pródromos, associados a palpitações, sem relação com posição e/ou movimento corporal. Em propedêutica realizada ambulatorialmente, identificado ao holter presença de períodos de TV e TA não sustentados, frequentes. ECOTE evidenciou FEVE 60%, prótese mecânica aórtica bem implantada, ampla abertura sistólica, gradiente max VE-Ao=91 e médio=51, área valvar de 0,6. ECOTD prévios mostravam prótese normofuncionante, sem mismatch. Paciente foi internada com proposta de retroca valvar. Hipótese Diagnóstica: Trombo. Pannus. Disfunção estrutural. Condutas Adotadas: Durante cirurgia, foram observados trombos aderidos em toda extensão inferior da valva o que dificultava ampla abertura de seus folhetos, dado daramente não identificado ao ECO. Realizado trombectomia, não sendo necessária re-troca. Doppler pós-cirúrgico evidenciou gradiente máx 32 e médio de 16 com boa abertura sistólica. Paciente recebeu alta hospitalar, sem novos relatos de pré-síncope e em uso de varfarina e AAS, com proposta de seguimento ambulatorial. Conclusão: A valorização da apresentação clínica da paciente aliada à expertise médica pode permitir a correta interpretação e correlação com a propedêutica complementar, mesmo que o achado ao exame não seja evidente. O presente caso mostra como o ecocardiograma não foi definitivo quanto à elucidar a causa da disfunção da prótese, embora essa possibilidade não tenha sido desconsiderada. A falta de uma definição diagnóstica e a gravidade da condição clínica culminaram em reoperação; fato que poderá ser evitado em outras circunstâncias de apresentação clínica menos grave e com ajuda dos métodos complementares. Referências Bibliográficas: 1. HELMUT Baumgartner, Volkmar Falk, Jeroen J Bax, Michele De Bonis, Christian Hamm, Per Johan Holm, Bernard Jung, Patrizio Lancellotti, Emmanuel Lancellotti, Daniel Rodriguez Muñoz, Raphael Rosenhek, Johan Sjogren, Pilar Tomas Mas, Alec Vahanian, Thomas Walther, Olaf Wendler, Stephan Windecker, Jose Luis Zamora, ESC Scientific Document Group, 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease, European Heart Journal, Volume 38, Issue 36, 21 September 2017, Pages 2739-279 2.2017 AHA/ACC Focused Update of the 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines



EP084

RELATO DE CASO: SÍNDROME DE HEYDE - A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOZE.

VITÓRIA SANTOS DE SOUZA, FRANCISCA RAIMUNDA DE SOUZA BARREIRO, AURELIANO INÁCIO DE SOUZA NETO, NATÁLIA CRISTINA DE PAULA MICHELIN, MATHEUS REBELO ABATE

A Síndrome de Heyde é conhecida pela associação entre Estenose Aórtica, comprovada pelo ecodopplercardiograma, e Angiodisplasia Intestinal, com diagnóstico endoscópico. Está relacionada com a deficiência de fatores de coagulação, principalmente o fator de Von Willebrand.^{1,2} O paciente apresenta necessidade de transfusão sanguínea frequente. Desse modo, quanto mais rápido se iniciar a terapêutica, menor serão as complicações advindas da doença.^{3,4} Objetivo: Relatar o caso de uma paciente, cujo tratamento de troca valvar não foi curativo, ocorrendo recidiva da doença. Relato de Caso: Paciente MSB, 66 anos, dona de casa, de Poços de Caldas, deu entrada em pronto atendimento no início deste ano, com hemorragia digestiva ativa, palidez cutânea e emagrecimento. Trazia os exames: Transferrina 332 mg/dl; ferro sérico 14 mcg/dl; DHL 319 U/L; VHS 49mm; Ecodopplercardiograma(18/01/2018): Fração de ejeção de 65%; aumento moderado de VE. Contratilidade biventricular conservada, disfunção diastólica tipo I de VE, prótese biológica em posição aórtica normofuncionante, refluxos valvares mitral e tricúspide leves e hipertrofia concêntrica de VE. Ao exame físico: Eupneica, acianótica, anictérica, afebril, hipocorada e desidratada, sinais estáveis. Ausculta Cardíaca - bulhas normofonéticas com Ritmo Regular 2 tempos com sopro sistólico em foco aórtico; Ausculta Pulmonar: sem alterações; Abdome livre; membros inferiores com edema de articulações sem sinais de trombose. Além dos exames apresentados, paciente trouxe laudo médico mostrando a realização de Endoscopia Digestiva Alta em 2016 com evidências de telangiectasias em trato digestivo alto 4, mesmo após cirurgia de troca valvar. Novos exames foram realizados na Santa Casa, mostrando queda importante da hemoglobina (5,3). Anemia microcítica e hipocrômica. Durante a internação, a hemoglobina subiu para 8,2. Recebeu suporte clínico, prescreveram ocreotide e solicitamos colonoscopia, não disponível na época. Paciente evoluiu com melhora progressiva. Após estabilização, recebeu alta com solicitação de colonoscopia e pedido de transferência para serviço de referência via secretária de saúde. Em junho de 2018, teve piora e foi readmitida, realizada colonoscopia, porém, atual sem índices de angiodisplasia em trato digestivo baixo. Sendo a proposta de tratamento o suporte clínico. Resultados: É considerada rara, todavia, como o diagnóstico tem sido feito com maior frequência, uma das maiores questões discutidas seria o tratamento em caso de refratariedade.¹ Conforme os estudos, a primeira escolha de tratamento é a via endoscópica, determinando a localização do sangramento com maior precisão. E se for necessário realizar a colectomia.¹ Outra opção seria o ocreotide, inibidor de secreção de hormônio de crescimento e de peptídeos do sistema endócrino gástrico pancreático, com finalidade de reduzir o fluxo sanguíneo no território esplâncnico.⁴ Conclusão: Assim, mostra-se necessário maiores estudos sobre os mecanismos que ocorrem na Síndrome de Heyde. Somente através de pesquisas poderemos definir a melhor opção de tratamento. Além disso, há a necessidade de definição do fluxo de referência para instituição apta a prestar assistência especializada. Referências Bibliográficas: 1. Figueira FCR et al. Heyde's Syndrome: Case Report and Literature Review. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Instituto do Coração - HC-FMUSP São Paulo, SP - Brasil. Arq Bras Cardiol 2011;96(3):e42-e45; 2. Godinho AR, Amorim S et al. Estenose aórtica grave: associações esquecidas. Rev Port Cardiol. 2014;33(9):563.e1-563.e4; 3. Balbo CT, Cealra LP et al. Heyde's Syndrome and Transcatheter Aortic Valve Implantation. Hospital do Coração da Associação Sanitária Sino, São Paulo, SP - Brasil. Arq Bras Cardiol. 2017; 108(4):378-380; 4. Bana e Costa T, et al. Artigo de Revisão: Tratamento Farmacológico das Angiectasias Gastrointestinais. Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Lisboa, Portugal. GE J Port Gastroenterol 2009; 16: 149-153.

EP085

AValiação de complicações em próteses valvares – valor da ecocardiografia transesofágica tridimensional - SÉRIE DE CASOS

RODOLFO LUIZ AMORIM DE OLIVEIRA; FORTUNATO FRANCO BORGES JUNIOR; RAFAELA ANSELMO SOARES BARBOSA; TABATTA LARISSA DE MACEDO; ANTÔNIO CARLOS DE OLIVEIRA FREITAS; JOSÉ LUIZ BARROS PENA

HOSPITAL FELÍCIO ROCHO

A ecocardiografia transesofágica (ETE) é considerada ferramenta de grande utilidade na cardiologia, fornecendo imagens de melhor qualidade e resolução do que a ecocardiografia transtorácica (ETT). Para o estudo de próteses, o estudo com o ETE torna-se imprescindível¹. Imagens extremamente informativas das próteses biológicas são obtidas através da ETE, particularmente naquelas implantadas em posição mitral. Na imagem da ETE, a insuficiência protética é caracterizada por jatos largos ou excêntricos, marcante variação no mapeamento de fluxo em cores, e jatos que se originam ao redor do anel de sutura (para protéticos), entre outras. A imagem tridimensional (3D) permite identificação mais precisa das relações anatômicas entre as diversas estruturas do coração². Ela é particularmente útil na identificação de defeitos estruturais em próteses. Selecionamos três pacientes portadores de próteses valvares, com possível disfunção de prótese. Os pacientes foram submetidos ao estudo ecocardiográfico transtorácico. Devido a dúvidas diagnósticas, optamos pela realização da ETE 3D. A ETE 3D pôde

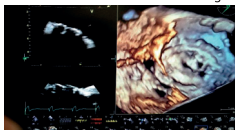


Figura 01

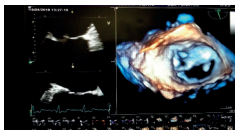


Figura 02

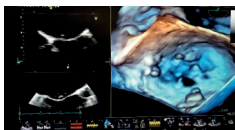


Figura 03

identificar estruturas que não foram visualizadas ou suspeitadas pela ETT. Material L. F. V., 79 anos, masculino, portador de próteses biológicas mitral e aórtica, submetido ao ETE 3D, equipamento Vivid E9, GE, identificamos vários "leaks", muito bem visualizados e quantificados ao estudo tridimensional (Figura 01). M. L. M., 95 anos, masculino, portador de prótese aórtica biológica, apresentando importante refluxo transprotético, prolapso valvar mitral e cordal rota inserida à cúspide anterior da valva mitral (Figura 02). M. A. M., 77 anos, feminino, portadora de prótese mitral biológica, apresentando importante "leak" paraprotético, visualizado e quantificado ao ETE 3D (Figura 03). Conclusão: A ETE 3D é modalidade ecocardiográfica indispensável na avaliação das próteses valvares e disfunções. A riqueza de detalhes anatômicos e a visualização direta de defeitos estruturais, torna o método fundamental no diagnóstico e planejamento terapêutico, podendo estabelecer a possibilidade de tratamento percutâneo das complicações. Referências Bibliográficas: 1. Sugeng L, Sherman SK, Salgo IS, Weiner L, Shook D, Raman J, et al. Live 3D transesofageal echocardiography: initial experience using the fully-sampled matrix array probe. J Am Coll Cardiol. 2008;52 (5): 446-51; 2. Otto CM (ed). Textbook of clinical echocardiography. Philadelphia: Elsevier; 2014; 3. McCulloch ML, Little SH. Imaging methodology and protocols for three-dimensional echocardiography. Curr Opin Cardiol. 2009;24(5): 395-401; 4. Vitaroli AJ, Conde Y, Cimino E, et al. Assessment of severity of mechanical prosthetic mitral regurgitation by transesofageal echocardiography. Heart 90: 539-544, 2004.

EP086

DESAFIO TERAPÊUTICO: CIV PÓS INFARTO, COMO ABORDAR?

NATÁLIA S. MORAES; ALEXANDRE H. COBUCCI; RENATA V. ARAÚJO; ROBERTA A. BATISTA; PAULA G. RABELO; GUSTAVO P. ALMEIDA; DÉBORA R. CARVALHO; FRANCESCA A. SILVA

HOSPITAL MADRE TERESA - MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE

Uma das principais complicações após infarto agudo do miocárdio (IAM) é a ruptura do septo interventricular com consequente comunicação interventricular (CIV). Sua incidência variada 0,5% a 3%, sendo responsável pelo bitode 1% a 5% dos pacientes infartados, apresentando taxa de mortalidade em torno de 90%. O tratamento cirúrgico é a terapia de escolha, com redução importante de mortalidade após 1 ano quando comparada ao tratamento clínico apenas. No entanto, o fechamento percutâneo da CIV com dispositivos de oclusão, tem sido proposto como alternativa menos invasiva em pacientes de alto risco cirúrgico. Descrição do Caso: O.F.C. 50 anos, portador de dislipidemia, relatou quadro de precordialgia de forte intensidade e dispnéia dia 04/11/2017. Procurou atendimento dia 06/11/2017, sendo diagnosticado com infarto agudo do miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do segmento ST em parede inferior. Realizado cineangiogramia que evidenciou CIV infero-apical e septo muscular e artéria circumflexa ocluída. O ecocardiograma mostrou, além da acinesia em porção médio-basal da inferior, foi observado afilamento com descontinuidade de aproximadamente 15 mm ao nível do segmento basal do septo interventricular com moderado shunt E-D compatível com comunicação interventricular. Hipótese Diagnóstica: Comunicação interventricular pós infarto agudo do miocárdio. Conduta Adotada: Paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica e foi submetido em caráter de urgência, ao fechamento da comunicação interventricular e realização de revascularização ST-MG, com sucesso. Conclusão: A comunicação interventricular é uma complicação importante pós-IAM, geralmente apresentando instabilidade hemodinâmica com choque cardiogênico, edema pulmonar refratário e a necessidade de medicamentos vasoativos. Em 90% dos casos, pode-se detectar o aparecimento de sopro cardíaco. Apesar dos avanços da assistência cirúrgica, a mortalidade permanece alta. Os pacientes com essa complicação devem ser tratados cirurgicamente e, apesar da gravidade, podem apresentar resultados satisfatórios quando conduzidos corretamente. Entretanto, o reparo percutâneo além de viável, torna-se uma opção em pacientes com risco cirúrgico proibitivo. Mas é importante observar que pacientes com CIV acompanhados no estudo GUSTO-1 selecionados para correção cirúrgica tiveram melhores resultados quando comparados aos pacientes tratados clinicamente. Por outro lado, aqueles que desaconselham a abordagem precoce recomendam aguardar a melhora do paciente e a conclusão do processo cicatricial em torno da CIV. O momento mais oportuno para a correção da CIV pós-IAM ainda é discutível. Referências Bibliográficas: - Sabiniwicz R, Huczek Z, Zbroński K, Scilo R, Rymusz R, Kochman J, et al. Percutaneous closure of post-infarction ventricular septal defects-an over decade-long experience. J Invasive Cardiol. 2017; 30 (1): 63-71; Crenshaw BS, Granger CB, Bimbaum Y, Pieper KS, Morris DC, Kleiman NS, et al. Risk factors, angiographic patterns, and outcomes in patients with ventricular septal defect complicating acute myocardial infarction. GUSTO-1 (Global Utilization of Streptokinase and TPA for Occluded Coronary Arteries) Trial Investigators. Circulation. 2000;101(1):27-32; - Mangovski L, Kozlik-Feldmann R, Peric M, Jovicic I, Farkic M, Delic D. Challenges in treatment of postinfarction ventricular septal defect and heart failure. Wojnosci Pregl. 2015; 72 (1): 68-71.

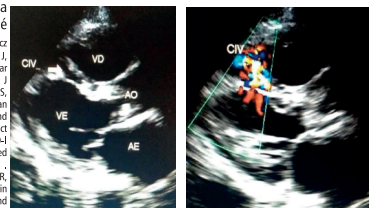


Figura 1 - Ecocardiograma transtorácico evidenciando CIV

EP087

ENDOCARDITE INFECCIOSA MANIFESTANDO-SE COM SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÊMICA

LAÍS TOLEDO DE VASCONCELOS/ EPOTAMENDES M. GOOD GOD, EDITH MARCIA VALADARES SILVA, RAFAELA SIMÕES MOREIRA, RAFAEL PORTO SILVA, PEDRO HENRIQUE CAVEANHA

HOSPITAL SOCOR

A endocardite infecciosa (EI) é uma doença grave, associada a elevadas taxas de morbimortalidade. Acomete mais comumente as válvulas cardíacas, especialmente as protéticas. A apresentação clínica varia, desde uma evolução rápida, às vezes fatal, até quadros de evolução mais indolente. A disfunção renal aguda é uma complicação comum da EI e pode ocorrer em 6-30% dos pacientes. Descrição do Caso: A.T.A.V, mulher de 56 anos, iniciou quadro de sudorese noturna, calafrios, febre intermitente (40°C), dispnéia e mal estar, três semanas após ter realizado procedimento dentário. Estava em investigação com reumatologistas, devido a um quadro de artrite migratória associada a alterações laboratoriais de provas reumatológicas. Durante este período, fez uso de amoxicilina-clavulanato para tratamento de cistite, sem melhora. Em consulta ambulatorial com reumatologista foi auscultado sopro cardíaco, suspeito de EI e, então solicitado ECO TT, que evidenciou vegetação mitral (20x18mm) e regurgitação mitral importante. Foi internada e submetida a troca valvar mitral com implante de prótese biológica, após avaliação pelo heart team de EI. No pós-operatório evoluiu com piora progressiva da função renal (creatinina de 3,4), anasarca, plaquetopenia (21.000) e anemia hemolítica (esquizócitos em sangue periférico, COOMBS direto não reagente, elevação de LDH, hiperbilirubinemia indireta). Hipótese Diagnóstica: Síndrome hemolítico-urêmica (SHU), glomerulopatia por deposição de imunocomplexos, púrpura trombocitopênica trombótica (PTT). Condutas Adotadas: Acompanhada por equipe de nefrologia. Realizou exames para exclusão de outras causas de plaquetopenia e PTT (ADAMTS 13). Não realizada biópsia renal, pois paciente evoluiu com melhora espontânea e progressiva de função renal, sem necessidade de terapia renal substitutiva ou plasmaférese. Hemoculturas e fragmento de válvula fecharam sem crescimento bacteriano. A paciente recebeu alta em boas condições com função renal recuperada e permanece em acompanhamento ambulatorial. Conclusão: 1.O presente caso evidenciou os polimorfismos de apresentação da EI, resultando em propedêutica extensa até se chegar ao diagnóstico correto. 2. O diagnóstico precoce e acompanhamento multidisciplinar é capaz de mudar o curso da EI e otimizar resultados. 3.As complicações renais estão entre as principais causas de aumento da morbimortalidade da EI, sendo a SHU uma complicação grave, que requer envolvimento de equipe multidisciplinar. Referências Bibliográficas: 1.MOAKE, Joel L., THROMBOTIC MICROANGIOPATHIES, New England Journal of Medicine: Mechanisms of disease, Virginia, v. 347, n. 8, p.589-600, 22 Aug. 2002. Disponível em: <Moake JL. Thrombotic microangiopathies. N Engl J Med 2002; 347:589-600>. Acesso em: 10/03/2018. 2.POLITO, Maria Goretti; KRSZTAJ, Gianna. Microangiopatias trombóticas: púrpura trombocitopênica trombótica e síndrome hemolítico-urêmica. Jornal Brasileiro de Nefrologia, São Paulo, p. 303-315, jul. 2010. 3.HABIB, Gilbert et al, ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine, European Heart Journal, Oxford, v.36, n.44, p.3075-3128, 21 Nov. 2015.



Fig. 1: Vegetação com dimensões de aproximadamente 20 x 18 mm em valva mitral

EP088

TROMBO GIGANTE EM VENTRÍCULO DIREITO EM PACIENTE COM TEP

NATÁLIA S. MORAES¹; ALEXANDRE H. COBUCCI¹; RENATA V. ARAÚJO¹; ROBERTA A. BATISTA¹; PAULA G. RABELO¹; GUSTAVO P. ALMEIDA¹; DÉBORA R. CARVALHO¹; FRANCIELE A. SILVA¹

¹HOSPITAL MADRE TERESA - MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE

A associação entre tromboembolia cardíaca e tromboembolismo pulmonar (TEP) é pouco frequente e sua incidência é sub estimada. A detecção ecocardiográfica de tromboembolismo nas câmaras cardíacas direitas permite identificar um grupo de pacientes de alto risco, com mortalidade muito elevada, em relação aos pacientes com TEPs em trombo em câmaras direitas. Relatamos o caso de um paciente com TEP central maciço e tromboembolia cardíaca, confirmado pelo ecocardiograma transtorácico. Descrição do Caso: Mulher, 45 anos, previamente hígida, relata quadro de dispnéia aos esforços e dor pleurítica há 2 dias. Relatou quadro de lesão de ligamento em pé esquerdo com repouso absoluto por 3 semanas. Ao exame, a paciente estava alerta, taquidispnéica, saturação de oxigênio de 96% em cateter nasal 2L/min, FC:107 bpm, ritmo sinusal, PA 150 x 100 mmHg. Angiotomografia computadorizada de tórax demonstrou TEP bilateral na bifurcação da artéria pulmonar. Apesar da estabilidade clínica, o ecocardiograma evidenciou hipertensão arterial pulmonar compressão sistólica e mártéria pulmonar (PSAP) estimada 50mmHg, além de presença de trombo extenso em ventrículo direito (VD) e via de saída de ventrículo direito, associada à repercussão importante em câmaras direitas. Hipótese Diagnóstica: Trombo intracardiaco direito associado ao quadro de tromboembolismo pulmonar maciço. Condutas Adotadas: Optado por realização de trombólise, atos em intercorrências. O ecocardiograma 24 horas após a trombólise mostrou desaparecimento do trombo, ausência de disfunção de VD e PSAP de 32 mmHg. Angiotomografia de tórax de controle mostrou significativa recanalização do tromboembolismo pulmonar central maciço na comparação como exame prévio. Clinicamente, paciente se tornou assintomática. Recebeu alta hospitalar com uso de rivaroxabana por, no mínimo, seis meses e acompanhamento ambulatorial. Conclusão: A identificação de trombo intracardiaco em trânsito em câmaras direitas em pacientes portadores de TEP constitui um evento raro, mas sua incidência de 3-23% está provavelmente subestimada em função da falta de realização sistemática de ecocardiograma nesses casos. Não está claro se a presença de trombo nas câmaras direitas contribui em si para a pior evolução ou simplesmente serve como um marcador para presença de TEP maciço. Mas, praticamente 100% dos casos estão associados à TEP nas formas mais graves, constituindo-se em um provável marcador prognóstico, devendo-se diferenciá-los da trombose insintomática cardíaca. Melhor opção terapêutica é ainda controversa. Dados disponíveis referem-se a publicações de séries de casos ou de casos consecutivos, a maioria deles com viés de seleção para uma das formas de tratamento. As opções terapêuticas são anticoagulação com heparina, uso de trombolíticos e emblectomia cirúrgica. Referências Bibliográficas: Kinney EL, Wright RL. Efficacy of treatment of patients with echocardiographically detected right-sided heart thrombi: amniotic analysis. Am Heart J. 1989;118(3): 569-73. Ferrari E, Benhamou M, Berthier F, Baudouy M. Mobilization of the right heart's pulmonary embolism: delayed disappearance after thrombolytic treatment. Chest. 2005; 127(3): 1051-3. P mid: 15764793. Torrici A, Galie N, Covezzoli A, Rossi E, De Rosa M, Goldhaber SZ, et al. Right heart thrombi in pulmonary embolism: results from the International Cooperative Pulmonary Embolism Registry. J Am Coll Cardiol. 2003; 41(12): 2245-51.

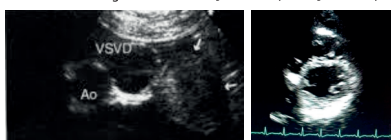


Figura 1e2: Ecocardiograma realizado antes e após trombólise

EP088

MIOCÁRDIO NÃO COMPACTADO ISOLADO EVOLUINDO PARA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

ELUAN ALBUQUERQUE DE LIMA; ANDERSON PEREIRA DE OLIVEIRA; RALDNER BORGES E RÉGES; EDUARDO DIAS CHULA; CHRISTIANA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA; NELSON BORGES NETO;

HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS - DIVINÓPOLIS/MG

Miocárdio Não Compactado (MNC) é uma anomalia cardíaca rara, de etiologia incerta, geralmente associada a outras cardiopatias, mas também pode-se apresentar de forma isolada^{1,2}. O MNC é caracterizado pela presença de trabéculas proeminentes com recessos intertrabeculares profundos e espessamento do miocárdio distinguindo duas camadas (compactado e não compactado)^{3,4,5}. Sua apresentação clínica é variável, e os sintomas podem surgir em qualquer idade, observa-se desde pacientes assintomáticos, a pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC) 2, fenômenos tromboembólicos e arritmias cardíacas, conferindo a essa doença um mau prognóstico¹. Resultados: MMSE 42 anos, sexo feminino, natural de Martinho Campos/MG, com histórico de Epilepsia, sem história familiar de cardiopatia e até então sem história pessoal, com vida laboral ativa. Iniciou em Agosto de 2017, quadro de dispnéia, inicialmente aos moderados esforços, que evoluiu para os mínimos esforços e em repouso, ortopnéia, dispnéia paroxística noturna e edema de membros inferiores discreto. Em outubro de 2017 procurou atendimento médico devido ao agravos dos sintomas, sendo diagnosticada com IC, na ocasião foi iniciada a terapia específica e solicitado exames complementares. No mesmo mês, realizou ecocardiograma que evidenciou uma miocardiopatia dilatada com fração de ejeção reduzida. Após a otimização da terapia com Bisoprolol, Losartana, Espironolactona, Furosemida e Digoxina paciente melhorou dos sintomas. Em Abril de 2018 realizou novo ecocardiograma de seguimento, que evidenciou uma miocardiopatia dilatada, com disfunção sistolística importante do ventrículo esquerdo, fração de ejeção de 28%, com presença de numerosas trabéculas no ventrículo esquerdo característicos de miocárdio não compactado (Figuras 1, 2 e 3). Paciente retornou ao Cardiologista assistente que manteve a terapia para IC e indicou a anticoagulação oral. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Miocárdio não compactado. CONDUTA ADOTADA: Otimização do tratamento clínico para IC, iniciado anticoagulação oral e orientações gerais. Discussão: O MNC acomete principalmente o sexo masculino, com apresentações familiar e esporádica, já relatadas na literatura^{1,2}. O diagnóstico é feito através do ecocardiograma e ressonância magnética (RM) 4,5. No ecocardiograma observa-se numerosas trabéculas miocárdicas, com definição nítida da camada compactada e não compactada. A RM adiciona detalhes anatômicos e informação funcional da cinética dos segmentos, além do grau de fibrose². O tratamento é feito de forma individualizada, dependendo da apresentação clínica, a anticoagulação oral é recomendada, tendo em vista uma incidência aumentada de fenômenos tromboembólicos nesses pacientes². Conclusão: Embora seja raro, o MNC vem aumentando sua incidência nos últimos anos devido a melhor acurácia diagnóstica dos exames de imagem, principalmente do ecocardiograma bidimensional e ressonância magnética. Devido à possibilidade de complicações graves relacionadas ao MNC, faz-se necessário o seu diagnóstico precoce e instituição de terapia adequada, prevenindo assim desfechos desfavoráveis. Referências Bibliográficas: 1. Rosa LM, Salemi VMC, Alexandre LM, et al. Miocardiopatia não compactada - uma visão atual. Arq. Bras. Cardiol. vol.97 no.1 São Paulo Julho 2011; 2. Meneguzzi-Moreno RA, Teixeira FRC, Rossi Neto JM, et al. Miocárdio não compactado isolado evoluindo para insuficiência cardíaca refratária. Rev Port Cardiol 2016; 35: 507-8. 3. Hotta et al. Echocardiographic analysis of LV noncompact, Arq. Bras. Cardiol. 2017; 110(5): 483-488. 4. Song Z. Echocardiography in the diagnosis left ventricular noncompactation. Cardiovascular Ultrasound 2008; 6: 64. 5. Chin TK, Perloff JK, Williams RG, et al. Isolated noncompactation of left ventricular myocardium. A study of eight cases. Circulation 1990;82:507-513.



Figura 1 e 2: Ecocardiograma bidimensional, corte apical e cinzas evidenciando trabéculas no VE, sugestivas de miocárdio não compactado sendo preenchido pelo color Doppler

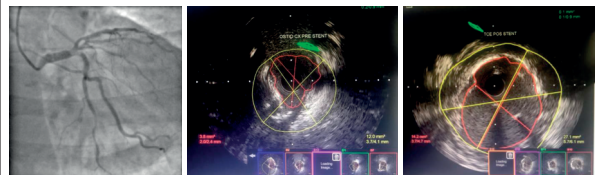
EP090

VALOR DO ULTRASSOM INTRACORONARIANO EM LESÃO DUVIDOSA: RELATO DE CASO

JAMIL SAAD, MANOEL ESTEVES, LAÍS ANDRADE REZENDE, NATÁLIA CHAGAS TEIXEIRA, JEMIMASANT'ANNA, TAMARA TAVARES LEÃO

HOSPITAL VERA CRUZ

O ultrassom intra coronariano (USIC) é um método de imagem intravascular que auxilia a angiografia e consegue identificar com maior precisão a presença e a extensão da placa, sua característica, bem como sua área, através de imagens em corte transversal do lúmen da parede arterial. As principais indicações clínicas de USIC incluem avaliação de lesões no tronco da coronária esquerda (TCE), a severidade de obstruções coronarianas consideradas moderadas à angiografia (50 a 70%) e lesões ambíguas. Objetivo e Método: Este trabalho visa relatar a utilidade do USIC em casos coronarianos duvidosos. Utilizou-se revisão de literatura em meio eletrônico, pesquisa bibliográfica com a utilização de livro texto. Descrição do Caso: Paciente de 59 anos em acompanhamento ambulatorial com cardiologista devido a doença arterial coronariana estável, assintomático. Propedêutica funcional (cintilografia miocárdica) positiva para isquemia. Angiografiacoronária na eletiva demonstrou lesão intermediária em TCE, envolvendo origem da artéria circunflexa (CX), com imagem de menor densidade radiológica (aspecto "haziness"). Foi necessário extensão da propedêutica para determinar etiologia da imagem radiolúcida. Resultado: Diante da imagem vista na angiografia houve dúvida quanto a característica da lesão e seu grau de obstrução, aventou-se possibilidade de trombo, ateroma com imprecisa definição angiográfica, ou calcificação. O paciente foi submetido a USIC evidenciando lesão aterosclerótica importante em TCE, bem como na origem da CX. Realizado implante de stent farmacológico em TCE direcionando para CX pela técnica provisional, conduzida com insuflação simultânea de balões nos dois ramos (a, descendente anterior CX). Conclusão: Diante do caso exposto nota-se a importância de exames complementares pouco utilizados na prática clínica. Utilização do USIC tem auxiliado na otimização do diagnóstico e resultado de procedimentos percutâneos terapêuticos. Mas algumas limitações ainda existem para a incorporação desse exame na rotina dos procedimentos intervencionistas. Referências Bibliográficas: TARDIF J, L'ALIER, R. Imagem de Ultrassonografia Intravascular. In: BOMWOL, R.O. et al. Braunwald, Tratado de doenças cardiovasculares, 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. cap.22, p.455-461. MINIZ, G. et al. Intravascular Ultrasound in the Evaluation and Treatment of Left Main Coronary Disease: A consensus statement from the European Bifurcation Club. Euro Intervention 2018; 14a:363-2018.

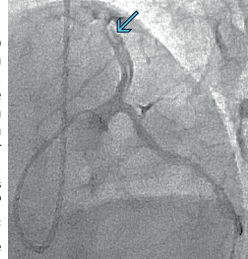


EP095

RELATO DE CASO: DISSECÇÃO ESPONTÂNEA DE ARTÉRIA CORONÁRIA

VASCONCELOS, JOA/MOTA, AC; FREITAS, VMF; TEIXEIRA, IL; FILHO, RTF; ARRUDA, CM
UNIVERSIDADE DE ITAUNA; FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS

A dissecção espontânea de artéria coronária (DEAC) configura-se como uma causa rara de infarto agudo do miocárdio, sendo uma entidade potencialmente fatal. Acomete, predominantemente, indivíduos jovens e/ou do sexo feminino que, na maior parte dos casos, não apresentam fatores de risco clássicos para a instalação da doença aterosclerótica coronariana. Entretanto, parece estar associada a uma série de fatores predisponentes, tais como: gravidez e puerpério, doenças do colágeno, uso de cocaína, hipertensão grave, tabagismo, anticoncepcional oral, exercício extenuante e vaso espasmo. O primeiro caso de DEAC foi descrito por Prettyem 1931 a partir de um achado de necropsia e, atualmente, sabe-se que a artéria descendente anterior é o vaso mais comumente acometido. Descrição de Caso: DG, 41 anos, masculino, tabagista (5 anos/maço), hipertensão, dislipidêmico, apresentou quadro de precordialgia típica, de forte intensidade, com irradiação para membro superior esquerdo, sem sintomas associados. Procurou atendimento em UPA, realizando ECG que mostrou infra desnívelamento do segmento S tem DII, DII e AVF; com elevação dos marcadores de necrose. Exames da admissão: hemoglobina 14,4mg/dl; hematócrito 41,4%; leucemia 10.230cél/mm³; troponina positiva; CPK-T426,95U/L; CPK-MB23,4U/L; íons, ureia e creatinina normais. Transferido para hospital primário onde foi início do protocolo de Síndrome Coronariana Aguda. Hipótese Diagnóstica: IAM ou DEAC. Conduta: Três dias após o quadro, foi transferido para CTI, estável hemodinamicamente, bom padrão respiratório em repouso, sem precordialgia e dispnéia, em Killip. Submetido ao cateterismo cardíaco onde foi evidenciado DA longa, tipo III, de contornos irregulares, com imagem de dissecção espontânea estendendo do óstio até o terço médio eleito distal de fino calibre; ventrículo esquerdo com hipocinesia ântero-lateral importante. Ecocardiograma transtorácico com imagem de dissecção espontânea estendendo do óstio até o terço médio eleito distal de fino calibre; ventrículo esquerdo com hipocinesia de ápice, médio-apical do septo e apical anterior e lateral; regurgitação mitral leve. Suporte cardiológico mantido e opção por tratamento clínico, caso não houvesse recorrência da dor. Transferido para enfermaria, onde foi mantido em observação, recebendo alta hospitalar com orientações de retorno ao ambulatório de cardiologia e prescrição de Clopidogrel 75mg; Sinvastatina 40mg; Enalapril 20mg e Atenolol 25mg. Conclusão: Por se tratar de uma enfermidade pouco estudada, sua etiologia permanece pouco conhecida, assim como o seu prognóstico e a sua abordagem terapêutica, sendo o cateterismo cardíaco crucial neste caso. Pelo fato de haver limitada experiência clínica da DEAC, não existem diretrizes quanto ao manejo. No entanto, frente à instabilidade hemodinâmica, elétrica ou permanência de dor torácica, deve-se considerar revascularização miocárdica, devido gravidade dos sintomas apresentados.



Referências Bibliográficas: 1. ANDRADE, H.E., FÉLIX, L.A., LAYALL, G.C., TEDESCHI, A.L. Infarto Agudo do Miocárdio como Apresentação de Dissecção Espontânea Coronariana. Cardiol. 2010; 2. MANHÃES, E.B. et al. Dissecção Espontânea de Artéria Coronária: Abordagem Terapêutica e Desfechos de uma Série Consecutiva de Casos. Cardiol. 2014; 3. BARBOSA, R.R. et al. Infarto Agudo do Miocárdio por Dissecção Espontânea de Artérias Coronárias—Série de Cinco Casos. Cardiol. 2013.

EP096

REPOLARIZAÇÃO PRECOCE COMO APRESENTAÇÃO ELETROCARDIOGRÁFICA DE CARDIOMIOPATIA HIPERTROFICA: RELATO DE CASO

CANAZART JA, PAIXÃO GMM, CARDOSO GF, SILVEIRA PR, RIBEIRO ALP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

A cardiomiopatia hipertrofica (CMH) é uma doença genética caracterizada por hipertrofia do miocárdio na ausência de doenças cardíacas ou sistêmicas que tem caráter autossômico dominante. Seu diagnóstico é ecocardiográfico. Os achados eletrocardiográficos são variados, desde normal (6% dos casos) a ondas T invertidas e ondas q patológicas. A repolarização precoce não constitui achado frequente na CMH. Relato do Caso: F.M.L, sexo masculino, 31 anos, previamente hígido, realizou eletrocardiograma (ECG) eletivo (Figura1), devido à dor torácica atípica em 2011. ECG evidenciou corrente de S subepicárdica na parede antero lateral. Solicitados, então, ecocardiograma (ECO), sem alterações e Teste Ergométrico (TE) (Figuras3e4) com padrão de repolarização precoce no repouso e pseudo normalização do segmento ST no esforço sendo liberado de acompanhamento regular cardiológico. Após 6 anos, com intuito de iniciar atividade física, procurou novamente atendimento clínico. Realizou novo ECO, que revelou hipertrofia assimétrica do ventrículo esquerdo (VE) e obstrução dinâmica intra ventricular na via de saída do VE. O TE manteve o mesmo padrão, sem queda da pressão arterial sistólica no esforço. Holter de 24 horas (figura2) confirmou padrão de repolarização precoce, sem arritmias ventriculares complexas. Ressonância Magnética Cardíaca mostrou aumento importante da espessura do septo interventricular (IV) em sua porção basal, realce tardio transmural em faixa no septo IV, com FEVE preservada. Diagnosticado com CMH, orientado a não realizar atividades físicas e rastreamento familiar. Paciente se manteve assintomático, sem eventos cardiovasculares. Discussão: O padrão de repolarização precoce com supra de ST na CMH foi, durante muito tempo, correlacionado com benignidade por ser encontrado comumente em pacientes jovens e assintomáticos. Em oposição a essa crença, estudos recentes têm demonstrado que supra desnívelamento de ST horizontal ou descendente é preditor independente de morte súbita em pacientes assintomáticos portadores de CMH. Emadição, o ECO é um método propedéutico examinador-dependente e pode não diagnosticar a doença em estágios precoces. Assim, a presença dessa alteração eletrocardiográfica em assintomáticos deverá motivar propedéutica adicional. Conclusão: A CMH possui uma diversidade de achados eletrocardiográficos, induzindo a repolarização precoce, que merece investigação adicional quando o padrão de supra desnívelamento de ST for horizontal ou descendente.

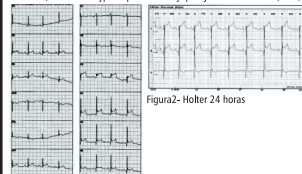


Figura1- Ecocardiograma



Figura2- Holter 24 horas

Figura 3 e 4- Teste Ergométrico

Referências Bibliográficas: 1. Maron MS. J Point Elevation in Hypertrophic Cardiomyopathy: Riding a New Wave in Risk Stratification? JACC. Clinical Electrophysiology. 2017; 3(10): 1143-1145. 2. Paixão GMM, Veronesi HE, Silva HAGP, Neto JNA, Maldic CP, et al. Correlação das Alterações Eletrocardiográficas com a Ressonância Magnética Cardíaca em Pacientes com Cardiomiopatia Hipertrofica. Arq Bras Cardiol. 2018; 110(1):52-59. 3. Maron BJ, Maron MS. Hypertrophic cardiomyopathy. The Lancet. 2013; 381(9862): 242-355.

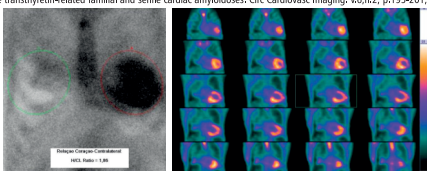
EP097

AMILOIDOSECARDÍACA COMO CAUSA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA: UM RELATO DE CASO

FARIA, L. S. P./ FARIA, C. S. P.; MOELLER, D. S.; CARVALHO, L. S. M.; AZEVEDO, J. C.; MESQUITA, C. T.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA - UNIFOA, INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR-IMES.

A amiloidose cardíaca (AC) é uma doença clínica caracterizada pelo depósito extra celular da proteína amiloide no miocárdio e nos vasos. Esse depósito pode levar a distúrbio da condução cardíaca, cardiomiopatia restritiva, baixo débito cardíaco e comprometimentos atriais isolados, sendo o retardo do diagnóstico a principal causa da redução da sobrevida destes pacientes. Descrição do Caso: Paciente do sexo masculino, 82 anos, busca atendimento após descompensação de ICC perfil B de Stevenson. Previamente portadora de HAS, insuficiência venosa crônica e miocardiopatia dilatada, em uso de enoxaparina, furosemida, bisoprolol, AAS, rosuvastatina e enalapril. À ecocopia, lúcida e orientada, e estável hemodinamicamente. Ao exame físico, PA 100x60mmHg, FC 60bpm, RCR, MVabolidono 1/3 inferior do pulmão inferior direito e discreto edema perimaleolar. Família trouxe Angio TC que evidenciou semi obstrução importante de vários sítios arteriais cardíacos. No momento da admissão, solicitado ecocardiograma bidimensional com doppler que mostrou aumento biatrial, HVE importante, disfunção sistólica importante, PSA Estimada de 41mmHg e aspecto granulomatoso do septo e parede posterior, levantando a hipótese de alguma doença infiltrativa. Hipótese Diagnóstica: Cardiomiopatia infiltrativa ou isquêmica; Condutas Adotadas: Solicitado RM cardíaca com diprimadol que teve como laudo a ausência de isquemia miocárdica, aspecto granuloso de cardiopatia infiltrativa cursando com hipertrofia concêntrica de VE, aumento biatrial, disfunção biventricular grave determinado por hipocinesia difusa. Ademais, solicitado cintilografia miocárdica com pirofosfato de tecnécio-99m, que mostrou captação difusa e intensa do radio fármaco em todos segmentos do ventrículo esquerdo, assim como em grau moderado das paredes do ventrículo direito, confirmando o diagnóstico de AC. Conclusão: A AC é uma patologia de ocorrência rara e por isso cabe ao médico a suspeição da doença para que possa ser direcionada aos exames condutivos. A abordagem cintilográfica com pirofosfato marcado com tecnécio-99m permite o diagnóstico diferencial de AC relacionada à transtiretina, revelando uma sensibilidade e especificidade em 97% e 100%, respectivamente. Dessa forma, a medicina nuclear uma alternativa não invasiva ao diagnóstico, fomentando uma perspectiva que difere de métodos invasivos. Referências Bibliográficas: • MESQUITA, E.T. et al. Amiloidose Cardíaca e seu Novo Fenótipo Clínico: Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 109, n.1, p.77-80, 2017. • MENDES, Rosana G.G. et al. Comprometimento cardíaco na amiloidose sistêmica. Diagnóstico Invasivo. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v.70, n.2, p.119-123, 1998. • FERNANDES, A. et al. Amiloidose cardíaca-abordagem diagnóstica, a propósito de um caso clínico. Portugal, Rev Port Cardiol, São Paulo, v.35, n.5, p.305, 2016. • BOKHARI, S. et al. 99m Tc-Pyrophosphate scintigraphy for differentiating light-chain cardiac amyloidosis from the transthyretin-related familial and senile cardiac amyloidosis. Circ Cardiovasc Imaging. v.6, n.2, p.195-201, 2013.



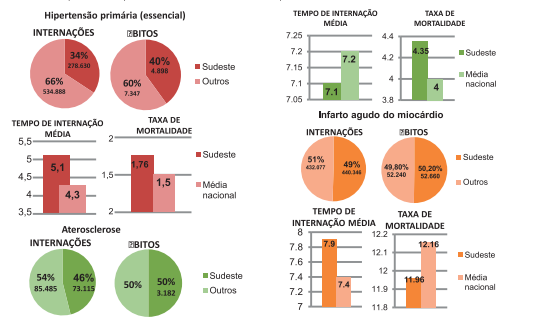
EP098

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE AS INTERNAÇÕES POR HAS, ATROSCLEROSE E IAM NA REGIÃO SUDESTE

FARIA, L.S.P./ MONTEIRO, C. M.; ALMEIDA, A. S.; CAGLIARI, C. S.; PAIVA, J. V. E.; PAULA, I. S. T.; GOMES, V. M. S.; LINUCCI, G. S.; NETO, J. W.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA - UNIFOA, CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES-UNIT, FACULDADE DAS AMÉRICAS-FAM.

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é condição clínica multifatorial, configurando-se como um dos agravos crônicos mais comuns e com repercussões clínicas mais graves. No Brasil, a HA Satinge 32,5% de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular. AHAS é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose. Após um período prolongado sem efeitos clínicos da aterosclerose, esta pode se manifestar de forma aguda com a ocorrência do infarto agudo do miocárdio (IAM), sendo a principal causa de morte no Brasil. Objetivo: O objetivo desse trabalho é analisar e comparar as internações por HAS, aterosclerose e IAM na região sudeste. Resultados: (gráficos). Conclusão: doença cardiovascular apresentam alto índice de mortalidade e frequência no Sudeste. Dentre as três doenças estudadas o IAM apresenta a enfermidade com maior índice de internação, tempo e internação média e taxa de mortalidade na região seguido da aterosclerose e HAS. Conclui-se que é de fundamental importância o controle dessas doenças cardiovasculares, principalmente pelo fato de estar em intrinsecamente relacionadas quando às suas fisiopatologias, pois a HAS, aterosclerose e IAM revelam índices de mortalidade expressivos que necessitam de uma intervenção das entidades de saúde pública e consequente gastos na rede de saúde. Referências Bibliográficas: BOING, A.C.; BOING, A.F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem sistemas brasileiros de cadastramento e informações em saúde. Rev Bras Hipertens, v.14, n.2, p.84-88, 2007. FALUDI, A.A. et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose - 2017. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v.109, n.2, supl.1, p.1-76, 2017. SALA, A. As doenças do aparelho circulatório no estado de São Paulo. Bol. epidemiol. paul., São Paulo, v.8, n.88, 2011. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VII Diretrizes Brasileiras de hipertensão. Arq Bras Cardiol, Rio de Janeiro, v.107, n.3, p.1-483, 2016.



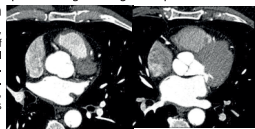
EP099

ANGIOTOMOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DE PONTE MIOCÁRDICA: RELATO DE CASO

PEREIRA, E¹; PEREIRA, M.A²; REIS, A¹.

¹CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS (UNIPAM) - ²UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE (UFF)

Ponte miocárdica é o nome que se dá ao trajeto anormal de um segmento de uma artéria coronária, que ao invés de cursar epicardicamente, aprofunda-se, tornando intramural¹. Representa a anomalia congênita mais comum das artérias coronárias¹. Podem ser superficiais ou profundas, podem acometer qualquer artéria epicárdica, porém, cerca de 80% delas são na artéria descendente anterior¹. Em média, acometem 25% dos adultos¹, mas por volta de 60% delas são diagnosticadas apenas à necropsia. Os pacientes portadores dessa anomalia podem ser assintomáticos ou apresentarem síncope, taquicardia supraventricular, isquemia miocárdica, síndromes coronarianas agudas, espasmo coronariano ou até morte súbita¹. Os mecanismos exatos envolvidos na isquemia ainda não foram totalmente elucidados, mas é sabido que há uma compressão sistólica que leva ao aumento do fluxo retrógrado de sangue, que por sua vez leva a aumento precoce na velocidade do fluxo na diástole e um retardo no relaxamento diastólico no local em que o segmento está inserido no músculo cardíaco³. Além disso, alguns pesquisadores já observaram que o segmento proximal da ponte está mais sujeito à formação de placas ateroscleróticas¹, possivelmente devido a perturbação do fluxo e estresse mural, se comparado a outros vasos ou trajetos da própria artéria³. Descrição do Caso: Paciente APF, masculino, 49 anos, se apresenta à consulta com quadro de angina há 3 semanas. História familiar é positiva para doença cardiovascular. Hipertensão diagnosticada há 9 anos, pré-diabetes há 3 e dislipidemia há 21. Em uso de losartana 50mg MID, hidroclorotiazida 12,5mg MID, ciprofibrato 100mg MID, metformina 850mg BID e oxalato de escitalopram 10mg MID. Ao exame físico: BRNF em 2T, s/s; IMC: 27,7; PA: 120x80 mmHg. Hipótese Diagnóstica: Doença arterial coronariana aterosclerótica, com diagnóstico diferencial para anomalias congênitas e transtornos de ansiedade¹. Conduta: Foi solicitado ECG em repouso, teste ergométrico e ecocardiograma. Todos os exames tiveram resultados normais, sendo solicitada angiotomografia das artérias coronárias e escane de cálcio. Neste exame ficou evidenciado ponte miocárdica no terço médio da artéria descendente anterior, mas não foram detectadas lesões ateroscleróticas calcificadas nas artérias coronárias. Com isso, optou-se pelo tratamento conservador com nebivolol 5mg uma vez ao dia para atenuação da sintomatologia e prevenção de eventos, que é o tratamento de escolha. O paciente teve atenuação dos sintomas, não necessitando de antagonistas do canal de cálcio como adjuvante. Caso o paciente fique refratário ao tratamento farmacológico máximo, intervenção coronária percutânea, a miotomia ou a cirurgia de revascularização miocárdica, poderão ser consideradas¹. Conclusão: A ponte miocárdica é uma condição que apresenta bom prognóstico, sendo que maior parte dos pacientes responde bem à terapia farmacológica. Porém, pacientes que não respondem bem aos medicamentos precisam ser analisados com cautela para escolha da melhor intervenção. O diagnóstico, na atualidade, foi facilitado pelas inúmeras modalidades de exames, em especial a angiotomografia, que é um exame



quanto avalia malformações. Referências Bibliográficas: 1. CORBAN, Michel T. et al. Myocardial bridging: contemporary understanding of pathophysiology with implications for diagnostic and therapeutic strategies. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 63, n. 22, p. 2346-2355, 2014. 2. JARANTINI, Giuseppe et al. Left Anterior Descending Artery Myocardial Bridging. *Journal of the American College of Cardiology*, 68(25):2887-99, 2016. 3. BARROS, Marcio Vinícius Lins et al. Avaliação da ponte miocárdica pela angiotomografia das coronárias. *Rev Bras Ecardiogr Imagem Cardiovsc*, v. 26, n. 1, p. 8-15, 2013.

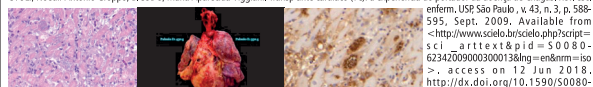
EP 100

INSUFICIÊNCIA CARDÍCA SECUNDÁRIA À REATIVAÇÃO DE DOENÇA DE CHAGAS EM PACIENTE TRANSPLANTADO CARDÍACO

AUTORES(AS): FERNANDA ROQUETTE DE ARAUJO, RAFAELA DE ASSIS AMARAL, DAVID C. WANDERLEY, KAMILA S.M. CHAMON, CARLA M. FREITAS, ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO

FACULDADE DA SAÚDE E ECOLOGIA HUMANA (FASEH); HOSPITAL DAS CLÍNICAS; BELO HORIZONTE MG

A cardiopatia chagásica (CC) é considerada a pior dentre as diferentes etiologias da insuficiência cardíaca. A OMS estima em aproximadamente 6 a 7 milhões o número de pessoas infectadas em todo o mundo, com a maioria residente na América Latina. No Brasil é a terceira causa etiológica mais comum de transplante cardíaco e a única forma de reverter o quadro clínico em fase terminal consiste no transplante cardíaco que, na Doença de Chagas (DC), representa um desafio devido à possibilidade de reativação da doença diante da manutenção da imunossupressão. Aproximadamente 20% a 30% dos pacientes apresentam ao menos um episódio de reativação da DC ao longo da vida, pois estes pacientes são submetidos à terapia imunossupressora com finalidade de impedir a rejeição do enxerto, estando, portanto, sujeitos a reativarem a infecção chagásica, uma vez que o T.cruzi persiste no sangue e em outros órgãos do receptor. A maior incidência de reativação é verificada no primeiro ano após o transplante. Este estudo visa relatar um caso de necropsia de uma reativação cardíaca de infecção chagásica pós-transplante cardíaco, enfatizando seus aspectos clínicos e principalmente histopatológicos. Objetivo: Avaliar as características clínicas e morfológicas de uma necropsia de um paciente com reativação cardíaca da doença de chagas pós transplante cardíaco. Materiais e Método: Coletamos os dados de uma necropsia realizada em um paciente do Hospital das Clínicas (HC) e foi realizada uma revisão de literatura através da pesquisa de artigos científicos efetuada nas bases de dados do Pubmed e MEDLINE utilizando as palavras-chave: chagas disease, heart transplantation and chagas disease, relapse of chagas disease. Descrição do Caso: Cadáver, 43 anos, sexo masculino, transplantado cardíaco há 2 meses e 15 dias, com quadro insuficiência cardíaca aguda secundária à reativação de doença de chagas. A reativação da infecção chagásica no coração transplantado foi constatada em biópsia endomiocárdica realizada 6 dias antes do óbito, pelo encontro de grande número de ninhos de amastigotas de T. cruzi em miocárdios e em fagócitos do infiltrado miocárdico. A pesquisa imuno-histoquímica para o parasita, confirmou a suspeita morfológica. As manifestações clínicas apresentadas foram febre, sinais de miocardite aguda - caracterizados por insuficiência cardíaca ou bloqueio atrioventricular e também foram encontradas lesões cutâneas entomato-infiltrativas. O coração transplantado pesou 600g. Havia hemotórax de 3.500 ml após drenagem de derrame pleural. Discussão e Conclusão: A reativação da infecção por *Trypanosoma cruzi* é um desafio que só encontrar solução com a descoberta de uma forma eficaz de garantir a eliminação definitiva do parasita. Por outro lado, o transplante cardíaco na CC tornou-se uma técnica indicada, necessitando de cuidados específicos no período pós-operatório. Embora o transplante nesta etiologia apresente peculiaridades próprias, essas dificuldades hoje são bem conhecidas, propiciando melhores tratamentos e estratégias preventivas tentando evitar recidivas das doenças e complicações para os pacientes no futuro. Referências Bibliográficas: 1. BACAL, Fernando; BOCCHI, Edmar Alcides. Cardiac transplantation for Chagas' disease. *Insud. card. Ciudad Autónoma de Buenos Aires*, v. 3, n. 2, p. 85-87, Jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/articulo.php?scit=15852-3862/200800200007&lng=en&nm=iso>, acessado em 15 Jun 2018. 2. Bocchi EA, Fioletti AI, on behalf of the First Guidelines Group for Heart Transplantation of the Brazilian Society of Cardiology. The paradox of survival results after heart transplantation for cardiomyopathy caused by *Trypanosoma cruzi*. *Ann Thorac Surg* 2001;71:1833-1838. 3. DINARDI, Layana Fernanda Lipani et al. Transplante cardíaco na doença de Chagas. *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 91, n. 4, p. 229-240, dec. 2012. ISSN: 1679-9836. Disponível em: <http://www.revista.usp.br/revista/article/view/58991/61977>. Acesso em: 15 Jun 2018. doi:http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v91n4p229. 4. SADAIA, Maria Lúcia Araújo STOLE, Noedir Antonio Gruppo; BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. Transplante cardíaco (TC): a experiência do portador da doença de Chagas. *Rev. esc. enferm. USP* São Paulo, v. 43, n. 3, p. 588-595, Sept. 2009. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300013&lng=en&nm=iso>. access on 12 Jun 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300013.



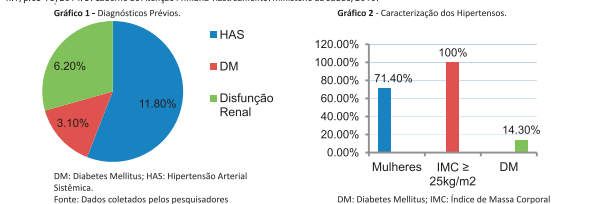
EP 102

RASTREAMENTO DE RISCO CARDIOVASCULAR E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM UM DIA DE UNIVERSIDADE ABERTA A POPULAÇÃO

RESENDE, L.O., PROENÇA, A.D., CHULA, E.D.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI (UFSJ)

As doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de morte no mundo. Sendo assim, destaca-se a importância da prevenção e rastreio das mesmas com impacto em toda a população. Método: Relatar a experiência de um dia de universidade aberta à população, em Divinópolis, Minas Gerais, em maio de 2018. Foram organizadas estações para abordar as pessoas que transitavam no local. Estudantes de Medicina aplicaram questionários validados de risco cardiovascular (RCV) e questionário sobre a história clínica de base. Além disso, realizaram aferição da pressão arterial (PA), medidas antropométricas e encaminharam para a atenção primária quando constatadas alterações. A demais, foram realizadas orientações sobre cuidados com a saúde e distribuídos materiais educativos. Os dados obtidos foram inseridos e organizados no software EpiData @ 3.1, e a análise realizada nos of tware EpiInfo@7 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA)¹. Resultados: A população era composta por 52,3% de mulheres e por 47,7% de homens, em uma faixa etária variando dos 10 aos 69 anos, sendo que 92,3% já haviam aferido a PA pelo menos uma vez na vida. Em relação à presença de diagnósticos prévios, 3,1% declarou possuir diabetes mellitus (DM), 6,2% relatou possuir algum tipo de disfunção renal e 10,8% referiu hipertensão arterial sistêmica (HAS), sendo que 75,4% declarou cuidar de sua saúde. Dentre os declarados hipertensos, 71,4% eram mulheres; 14,3% diabéticos e 100% possuíam índice de massa corporal (IMC) ≥ 25kg/m². No rastreamento do RCV, 14,3% eram de alto risco. Constatou-se ainda que 41,5% das pessoas apresentavam-se com IMC ≥ 25kg/m² e 15,4% com obesidade. Entre os que estavam com IMC ≥ 25kg/m², 2,37% apresentaram baixo risco cardiovascular e 3,7% alto risco cardiovascular. Discussão: Os dados possuem correlação com as prevalências dessas doenças na população brasileira segundo dados do Vigilante. O excesso de peso correspondeu a 48,5%, HAS a 24,1% e DM a 6,9%. As diferenças de valores para menos na pesquisa refletem também a maior parte dos indivíduos serem jovens, sendo 60,0% indivíduos menores de 30 anos de idade. Conclusão: O evento permitiu uma abordagem dos indivíduos, revelando dados que instigam a busca ativa da HAS, da DM e da obesidade na população em geral, e que fortalecem a importância de campanhas de prevenção e de tratamento dessas doenças crônicas, além do adequado controle do RCV. Referência Bibliográfica: 1. MAGACHO, E.J.C. et al. Tradução, adaptação cultural e validação do questionário Rastreamento da Doença Renal Oculta (Screening for Occult Renal Disease-SCORE) para o português brasileiro. J. Bras. Nefrol., São Paulo, v.34, n.3, p.251-258, 2012. KIRKZIAN, G.M. et al. Lettura rapida del KIDGO 2012: Direttori per la valutazione e la gestione della malattia renale cronica in pratica clinica. J. Bras. Nefrol., São Paulo, v.36, n.1, p.63-73, 2014. 3. Caderno de Atenção Primária-Rastreamento. Ministério da Saúde, 2010.



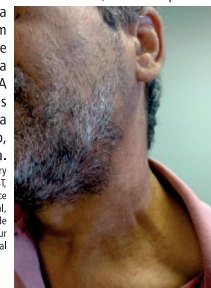
EP 103

ANEURISMA EXTRACRANIANO DE ARTÉRIA CARÓTIDA - RELATO DO CASO

OLIVEIRA^{1,3} DA ANASTÁCIO^{1,3} LB; FREITAS^{1,3} ACO; GRANDO^{1,3} J; SÁ^{1,3} RF; RODRIGUES^{1,3} DN

(1)FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE DE ITAÚNA (2) SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE

Aneurismas de artérias carótidas extracranianas (AEAC), são dilatações superiores à 150% do diâmetro segmentar não envolvido. A história natural da doença ainda não está bem estabelecida, todavia o alto risco de embolia ou mesmo o risco de ruptura mostra a importância da intervenção. Essas raras apresentações ocorrem devido à uma ampla gama de etiologias, sendo a doença aterosclerótica a mais frequente. Descrição do Caso: Paciente IMP, sexo masculino, 56 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica essencial e angina estável. Tabagista ativo (15 anos/mg). Relatou história prévia de correção endovascular de aneurisma da aorta abdominal (2016). Deu entrada no serviço com queixa de tumoração dolorosa, delimitada e de crescimento progressivo, em área cervical, há um ano. O exame físico mostrou massa pulsátil na região cervical esquerda e edema facial. A tomografia computadorizada (TC) revelou formação aneurismática fusiforme com trombo mural de 2,0 centímetros de espessura envolvendo o segmento distal da artéria carótida comum (ACC), bulbo carotídeo e segmento proximal da artéria carótida interna esquerda (ACIE). A radiografia convencional de tórax não apresentou alterações pulmonares. O Ecocardiograma transtorácico revelou disfunção diastólica grau I. O eletrocardiograma evidenciou bloqueio de ramo direito associado a hemibloqueio anterior esquerdo e alterações secundárias de repolarização ventricular. Hipótese Diagnóstica: Aneurisma extracraniano de artéria carótida esquerda. Conduta: Após avaliação da equipe Cardiovascular, optou-se por abordagem cirúrgica aberta. Submetido à cirurgia (11/01/2018), realizou-se dissecação das carótidas comum, interna e externa esquerdas, e posteriormente exérese do grande aneurisma carotídeo. Em seguida realizou-se a interposição da prótese de Politetrafluoretileno. Foi encaminhado à terapia intensiva pós-operatória onde evoluiu com afasia, desvio de comissura labial e hemiparesia à direita. Realizado TC que mostrou evento isquêmico agudo/subagudo na região da artéria cerebral média. Evoluiu com melhora, mantendo paresia em mão direita. Readmitido na enfermaria onde recebeu alta (19/01/2018) e encaminhamento para controle ambulatorial, sem demais intercorrências. Conclusão: Os AEAC são incomuns e se manifestam com variados sintomas. Qualquer segmento da artéria carótida pode ser acometido, embora o interno seja prevalente. A abordagem cirúrgica aberta ou a endovascular são opções terapêuticas disponíveis. Embora não exista consenso sobre a melhor estratégia, todos os portadores carecem de identificação, avaliação e tratamento frente à morbimortalidade associada. Referências Bibliográficas: 1. LI, Z. et al. Endovascular Stenting of Extracranial Carotid Artery Aneurysm: A Systematic Review. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2011; 419-426. 2. DE BORSI, G.; POURIER, V.E.C. Treatment of aneurysms of the extracranial carotid artery: current evidence and future perspectives. *J Neurol Neuroim* 2016; 11-14. 3. KIRKWOOD et al. Extracranial carotid artery aneurysm. 2017. Disponível em: www.upToDate.com acesso em 20 de janeiro de 2018. 4. ATTIGIAN, N. et al. Surgical therapy of extracranial carotid artery aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2009; 127-133. 5. FANKHAUSER, Gern T Surgical and medical management of extracranial carotid artery aneurysms. *J Vasc Surg* 2015; 389-93



EP 104

APRESENTAÇÃO RARA DE FÍSTULA DO TRONCO DA ARTÉRIA CORONÁRIA ESQUERDA COM O SEIO VENOSO - RELATO DE CASO

OLIVEIRA^{1,2} DA/ANASTÁCIO^{1,2} LB; BARBOSA^{1,2} ISP; DELMASCHIO^{1,2} CR; SANTOS^{1,2} LE; MARQUIORI¹ RAS

(1)FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE DE ITAÚNA (2)SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE

Fístulas em artérias coronárias apresentam uma baixa incidência em meio às cardiopatias congênitas. São comunicações entre a rede coronária e as cavidades cardíacas e/ou tronco da artéria pulmonar. Podem mostrar-se assintomáticas por um longo período de tempo ou ainda manifestar algum sintoma secundário à outra patologia. Apresentam uma origem congênita (primária) ou por trauma/inflamação. A literatura médica é pouco ampla na descrição desse tipo de assunto, frente à raridade em apresentação. Descrição do Caso: AMSM, sexo feminino, 53 anos, mestiça, deu entrada no serviço com relato de dispnéia paroxística progressiva e dor torácica típica com alívio após repouso. Relatou histórico de dislipidemia, mas sem anormalidades cardiovasculares. Ao exame físico mostrou sopro sistólico (SS) grau III, em região paraesternal esquerda, associado a S5 grau I, em foco mitral, ambos sem irradiações. O ecocardiograma transtorácico mostrou aumento importante de átrio esquerdo (AE) (51 mm), regurgitação mitral avançada e alterações degenerativas leves – compatível com quadro reumático. Fluxo significativo ao nível do tronco da coronária esquerda (TCE) em direção ao seio venoso (SV) – compatível com fístula - e SV levemente dilatado. O eletrocardiograma mostrou sobrecarga de AE e o cateterismo indicou presença de fístula de alto débito em TCE e SV com importante roubo de fluxo e regurgitação mitral avançada. Hipótese Diagnóstica: Insuficiência mitral (IM) associada a fístula de TCE com SV. Conduta: Em reunião clínico-cirúrgica optou-se por correção da fístula através de ligadura e troca valvar. Na cirurgia (23/02/2018) realizou-se troca da valva por implante metálico nº28. Após disseção, observou-se gigantesca fístula coronariana, sendo realizada ligaduras em terço proximal e médio-distal. Na saída da circulação extracorpórea, auxiliada por Dobutamina, a paciente apresentou baixo débito cardíaco e sinais de isquemia na parede anterior; optou-se pela exérese da ligadura proximal, sendo restabelecida a função cardíaca. Foi encaminhada ao centro de terapia intensiva pós-operatória onde evoluiu com quadro hipotensivo, revertido com noradrenalina. Iniciado Marevan. Readmitida na enfermaria (27/02/2018), onde permaneceu até meta de RNI 2.5-3.5. Recebeu alta após 10 dias com encaminhamento para controle ambulatorial. Conclusão: Trata-se de um quadro de IM primária, associada a fístula de TCE com SV - um evento raro e de curso benigno. A correção da fístula é indicada a depender do tamanho e da repercussão hemodinâmica, podendo ser cirúrgica ou percutânea. Nesse caso a escolha cirúrgica foi impulsionada pela IM importante e sintomática, a qual também necessitaria de intervenção invasiva. Referências Bibliográficas: 1. Braunwald. Tratado de doenças cardiovasculares. BONAHO, RO et al. 9ª Edição. 2. Fístula Congênita de artéria coronária: apresentação de 11 casos e revisão de literatura. SAVIOU NETO, Felício et al. 1985. 3. Fístula coronariana para ventrículo esquerdo: diagnóstico por tomografia computadorizada. MENDONÇA, Roberto Moreno et al. 2011. 4. Fístula da artéria coronária: relato de três casos operados e revisão da literatura. MENDONÇA, Roberto Moreno et al. 2002.

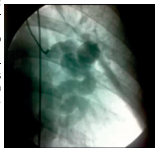


Figura 1: Cateterismo de BSAH evidenciando formação fistular importante.

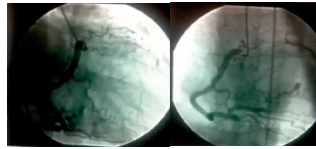


Figura 2 e 3 (foto cima para baixo): Evidenciando circulação colateral importante.

EP 107

INSUFICIÊNCIA VALVAR TRICÚSPIDE SECUNDÁRIA A ENDOCARDITE INFECCIOSA EM PACIENTE EM HEMODIÁLISE - RELATO DE CASO

REZENDE GX¹/VIEIRA JK¹/ANASTÁCIO LB¹/FREITAS JC¹/DUCA LG¹/MARQUIORI RAS¹

(1)FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE ITAÚNA (2) HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE

A endocardite infecciosa (EI) é uma causa importante de morte em pacientes do sexo masculino em hemodiálise. A valva mitral é a mais infectada, seguida pela valva aórtica. O acometimento da valva tricúspide é raro e ocorre mais comumente em usuário de drogas endovenosas e em persistência de cateter de demora em veia profunda. Na maioria dos casos a infecção ocorre pelo *Staphylococcus aureus*, apresenta um quadro clínico inespecífico, e se não tratada evolui para óbito. Apesar dos avanços alcançados no tratamento da EI, o diagnóstico continua sendo um desafio, com pouca suspeição clínica. Assim, a EI possui alta morbimortalidade, sendo o diagnóstico precoce essencial para o tratamento adequado. Descrição do Caso: EBV 42 anos, hipertenso, usuário de droga, portador de IRC dialítico há 6 anos, Admitido com prostração, sudorese, dispnéia, evoluindo com insuficiência respiratória aguda, foi submetido a IOT e transferido para UTI com instabilidade hemodinâmica e em uso de aminas vasotônicas. Foi identificada saída de secreção purulenta em cateter de hemodiálise (CDL), sendo solicitado hemoculturas, cultura de ponta de cateter e retirada CDL. Iniciado Vancomicina e Cefepime empiricamente. As culturas evidenciaram *Staphylococcus aureus* multissensível, sendo descalonado antibiótico por Oxacilina. Devido ao crescimento de *S.aureus* em duas amostras de hemocultura, foi solicitado ecocardiograma transtorácico (ECOTT) para pesquisa de endocardite, que evidenciou: valva tricúspide com estruturas filiformes aderidas às faces atriais dos folhetos-compatíveis com grandes vegetações (sendo a maior delas de 32mm); regurgitação importante e PSAP estimada de 36mmHg; FE66%. Devido à instabilidade hemodinâmica e à gravidade da doença, o paciente foi encaminhado para bloco cirúrgico, sendo realizada troca de valva tricúspide biológica, com achado de valva totalmente destruída por grandes vegetações. Hipótese Diagnóstica: Insuficiência tricúspide importante secundária à EI. Conduta Adotada: No dia 20/03/18 foi submetido à cirurgia de troca valva tricúspide, onde econstaratam-se vegetações aderidas nos folhetos tricúspide e na parede do AD, se estendendo até o óstio da veia cava inferior. Foi realizada retirada de valva e remoção de vegetações em AD, sendo implantada prótese valvar biológica. No ECO pós-cirurgia evidenciou: AD levemente aumentado, FE: 80% super estimada por inotrópicos; bioprótese bem posicionada sem regurgitação/leak para valvar. No pós-operatório paciente evoluiu com pneumonia associada à ventilação mecânica, tratada com Cefepime, recebeu alta da UTI para a enfermaria no dia 04/04/18, apresentando boa evolução clínica para completar tratamento de EI. Conclusão: AEI é uma doença de alta morbimortalidade, sendo o acometimento da valva tricúspide pouco comum. É necessário intervenção cirúrgica precoce devido à gravidade da doença e a falha de tratamento clínico/medicamentoso. Logo, é essencial acompanhamento minucioso clínico e de exames complementares, para tomada de decisões terapêuticas assertivas. Referências Bibliográficas: 1. Bassetto S, Menardi AC, Alves Junior I, Rodrigues AJ, Évora PRB. Reflections on the 24 years durability of anisole tricuspidovine pericardium IMC/Braile bioprosthesis. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2011; 26(4): 653-7. 2. Habib G, Hoen B, Tornos P, Thuny F, Prendergast B, Vlachostal, et al. Recomendações para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da endocardite infecciosa (nova versão 2009). Rev Port Cardiol. 2010; 29: 845-90. 3. Kamalakannan D, Pal RM, Johnson LB, Gardin JM, Saravolatz LD. Epidemiology and clinical outcomes of infective endocarditis in hemodialysis patients. Ann Thorac Surg. 2007; 83(6): 2081-6. 4. Salgado AA, Lamas CC, Bôla NM. Endocardite infecciosa: o que mudou na última década? HUPF. 2013; 12 (Supl1): 100-109. 5. Rosa AS, Germano N, Santos A, Bentol, Endocardite aórtica e tricúspide em pacientes de hemodiálise com embolia sistêmica e pulmonar. Rev Bras Ter Intensiva. 2015; 27(2): 185-189. 6. Gonçalves AM, Correia A, Falcão LM. Endocardite da valva tricúspide em doente com cardiopatia congênita. Rev Port Cardiol. 2013; 32(1): 53-58.

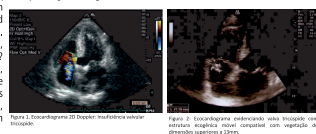


Figura 1: Ecocardiograma do seio superior mostrando valva tricúspide.

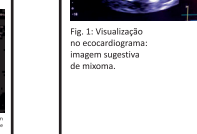


Figura 2: Ecocardiograma transtorácico mostrando valva tricúspide com vegetações.

EP 106

ENDOCARDITE INFECCIOSA: RELATO DE CASO -DESAFIO TERAPÊUTICO: ENDOCARDITE INFECCIOSA COM CULTURAS NEGATIVAS

CARVALHO, LORENA DE SOUZA; SANTOS, THAUANPEDRO DA SILVA; MILHOMEM, PAULO ARTHUR MENDES; FILHO, FERNANDO ANTÔNIO ROQUETE REIS; LIMA, LUIZA CLAUDIO MOREIRA; MARINO BÁRBARA CAMPOS ABREU.

HOSPITAL MADRE TERESA; FACULDADE DE MEDICINA PUC MINAS BETIM.

A endocardite infecciosa (EI) é uma doença peculiar que se apresenta sob ampla variedade de manifestações clínicas iniciais, na dependência de características individuais dos pacientes, do estado cardíaco subjacente, dos microrganismos envolvidos se da presença ou ausência de complicações. A EI fúngica é uma patologia rara com características e propriedades próprias e específicas, com mortalidade elevada, mesmo com tratamento terapêutico e cirúrgico. Relato do Caso: Paciente, 74 anos, sexo masculino, fibrilação atrial paroxística e AVE cardioembólico, submetido a troca valvar com prótese biológica em julho de 2017 em nosso serviço. Apresentou boa evolução após a alta, ECOTT na alta evidenciou prótese bem implantada com gradiente transvalvar médio 17 e máximo 27mmHg. Em janeiro de 2018, evoluiu com quadro de febre e prostração, procurando atendimento em nosso serviço. Coletadas hemoculturas, exames laboratoriais e solicitado ECOTT. Exames com leucocitos, PCR elevado e ECOTT: imagem em prótese aórtica sugestiva de vegetação 11mm e gradiente 46/76, feito diagnóstico de Eieiniciado antibioticoterapia(ATB) com vancomicina + rifampicina + gentamicina. Após 48 horas do início ATB, manteve picos febris e evoluiu com petéquias em membros inferiores, ECOTE: aumento da vegetação na prótese aórtica, 1,8x1,6 cm e disfunção e gradiente VE-AO 61/93mmHg. Submetido a retroa aórtica de urgência com prótese biológica e enviado material para culturas. Aspecto da vegetação sugestiva de fungos. Iniciado anidulafungina para cobertura fúngica. Hemoculturas e culturas de prótese vieram negativas. Paciente evoluiu com piora da função, trocado ATB para daptomicina. Discutido com equipe de CCH e optado por manter daptomicina + anidulafungina por 6 semanas. Evoluiu com controle infeccioso e ECOTT de controle estáveis. No entanto, na Quarta semana de ATB ocorreu com febre leucocitose, solicitado novo ECO que mostrou deiscência de prótese aórtica com leak para valvar importante e abscesso. Encaminhado para nova retroa aórtica, no procedimento evidenciado prótese com rotura da sutura causando endoleak, fragilidade do anel valvar e grande vegetação aderida na face ventricular da prótese. Reimplanta da nova prótese aórtica biológica, 48 horas após a cirurgia evoluiu choque séptico e óbito. Discussão: As manifestações da endocardite resultam dos efeitos destrutivos locais, da embolização de fragmentos de vegetação, causando infarto e infecção e produção de anticorpos com depósito e injúria tecidual por imunocomplexos ou interação de anticorpos e complemento com antígenos depositados nos tecidos. Dentre as situações mais frequentes há grande associação da patologia com a utilização de material cardíaco protético. Conclusão: Apesar do aprimoramento do diagnóstico e da terapia antimicrobiana, a EI permanece como uma doença de alta morbimortalidade. A mortalidade difere em relação aos agentes etiológicos, estado cardíaco prévio, sítio de infecção e aumento da idade. Referências Bibliográficas: A. Wang, JG, Gaca; VH, Chu, Management Considerations Infective Endocarditis: A Review. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29971402>. Acesso em: 15 jun. 2018 - BRANDÃO, Mariana et al.Fungal prosthetic valve endocarditis with mycotic aneurysm: Case report.2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1742494916301313?via%3Dihub>. Acesso em: 16 jun. 2018 - SEXTON, Daniel J et al.Epidemiology, risk factors, and microbiology of infective endocarditis. 2018. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-risk-factors-and-microbiology-of-infective-endocarditis?search=endocarditis%20infectiosas&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage-type=default&display_rank=3>. Acesso em: 13 jul. 2018.



Fotografia 1: Prótese de valva aórtica com vegetação

Fotografia 2: Prótese de valva aórtica com vegetação

EP 108

SÍNCOPE COMO APRESENTAÇÃO DE MIXOMA ATRIAL: RELATO DE CASO

ERIKA DE ALMEIDA SANTOS QUADROS¹; LARISSA FERREIRA MARQUES¹; GABRIEL MOREIRA VARGAS CAPANEMA¹; FERNANDO ANTONIO ROQUETE REIS²; ROBERTO LUIZ MARINO²; MARINO, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO^{1,2}

1-FACULDADE DE MEDICINA PUC MINAS BETIM. 2-HOSPITAL MADRE TERESA

O mixoma cardíaco (MC) é um tumor primário mais comum do coração com uma incidência estimada de 0,5 por milhão de pessoas por ano. Apesar de ser uma neoplasia benigna, pode levar a uma evolução desfavorável. Em aproximadamente 10% dos pacientes, o tumor causa obstrução valvar que evolui com estenose mitral grave. Relato do Caso: Paciente de 55 anos, sexo feminino, ex-tabagista, evoluindo há 2 meses com dispnéia classe II NYHA com diversas idas a pronto-socorro. Realizado ECG e Rx-torax sem alteração, sendo liberada. Apresentou quadro desincopico e iniciada propedêutica cardiologia, solicitado ECOTT que evidenciou átrio esquerdo com aumento importante (AE=44mm) com grande massa medindo 6,9x3,0cm pedunculada e aderida na região central do septo inter atrial sugestiva de mixoma, que durante a diástole desloca para dentro do VE através da valva mitral, levando a obstrução do fluxo diastólico e gerando gradiente máximo 19 e médio 9mmHg. FVE 65%, PSAP=35mmHg. Encaminhada ao nosso serviço para cirurgia. Submetida a exérese da massa e anatomo patológico confirmou se tratar de mixoma. Apresentou boa evolução intra-hospitalar e recebeu alta 5 dias após à cirurgia para acompanhamento ambulatorial. Discução: As manifestações clínicas do MC são determinadas pelo tamanho, localização e mobilidade do tumor. Os sintomas podem ser inespecíficos, como dispnéia, síncope, com mudanças posturais, simular estenose mitral, embolia cerebral ou coronariana (causada por fragmento de tumor ou trombo) e, em caso de mixomas ventriculares causar arritmias cardíacas. Os sintomas clínicos mais comuns estão associados a obstrução da valva mitral com congestão cardíaca e dispnéia. O tratamento em pacientes sintomáticos é tratamento cirúrgico imediato com exérese do tumor, e para evitar recorrência deve-se realizar a ressecção de parte do tecido normal na base de implantação do pedículo. Conclusão: OMC é uma neoplasia benigna que pode ter evolução desfavorável, a precocidade diagnóstica e sua remoção cirúrgica melhoram o prognóstico. Referências Bibliográficas: 1. Braunwald. Tratado de Medicina Cardiovascular. Cap.48, vol.2. São Paulo: Edipro. 1991: 1530-50. 2. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery Volume 22, Issue 6, 1 December 2002, Pages 971-977. https://doi.org/10.1016/S1010-7940(02)00592-4. 3. Lammner RI, Bloom CM-Pathologyofcardiomyomas. In: Kapoor AS (ed)-Cancerofthe Heart. New York: Springer-Verlag. 1986. 4. MacGowan W, Sidly R, Ahern T, Luke D, Wood A.E., Neligan M.C., Mc Govern E. Atrialmyxoma: national incidence, diagnosis and surgical management. Int Med Sci. 1993; vol.162 (pp.223-226)



Fig. 1: Visualização no ecocardiograma: imagem sugestiva de mixoma.



Fig. 2: Corte 4 câmaras do ecocardiograma. A massa pedunculada no septo interatrial se movimenta do AE para o VE e causa obstrução da valva mitral.



Fig. 3: Massa retirada na cirurgia. Tamanho comparativo com seringas 20ml.

EP 109

COMPLICAÇÕES CARDÍACAS PÓS-CIRÚRGICAS E PÓS-IMPLANTE DE ENXERTOS E DISPOSITIVOS PROTÉTICOS VALVARES: QUAL O RETRATO ESTATÍSTICO DE MINAS GERAIS FACE AO RESTANTE DO SUDESTE?

BRUNO BASTOS GODOI, CAROLINA FRAGA PAIVA, CAMYLLA SANTOS DE SOUZA, PATRICIA FRAGA PAIVA, LARA DO NORTE GARCIA, YNGRID SOUZA LUZ, MARCELA ACCARI DE ALMEIDA, EMANOEL GUIMARÃES PAIVA E JOÃO DAVID DE SOUZA NETO

As primeiras horas no pós-operatório imediato (POI) de cirurgia cardíaca são essenciais e extremamente necessárias para o reestabelecimento fisiológico, porém, em alguns casos, podem ocorrer intercorrências decorrentes do procedimento ou de condições clínicas associadas a fatores de risco, como a idade, história pregressa, medicamentos utilizados e condições intraoperatórias (complexidade da cirurgia, tempo de circulação extracorpórea, permanência hospitalar). Objetivos: O Presente trabalho tem como objetivo apresentar um panorama entre MG e o restante do Sudeste sobre as complicações cardíacas pós-cirúrgicas e pós-implante de enxertos e dispositivos protéticos valvares. Método: Estudo quantitativo, populacional, descritivo, observacional e transversal. Dados disponíveis na plataforma DATASUS de 2008 a 2017. Resultados: (tabelas) No período analisado, o SE totalizou 1.761 internações para o tratamento de complicações cardíacas pós-cirurgia e complicações oriundas de dispositivos protéticos, implantes e enxertos cardíacos e valvulares. Conclusão: Dessa forma, SP é o estado da região SE que mais apresenta internações, gastos e óbitos por complicações cardíacas pós-cirurgia e oriundas de dispositivos protéticos, implantes e enxertos cardíacos e valvulares. No entanto, o RJ destaca-se por superar SP e registrar a maior média de permanência hospitalar. Referências Bibliográficas: GAIA, Diego Felipe et al. Implante transcatheter de valva aórtica: resultados atuais do desenvolvimento e implante de uma nova prótese brasileira. Rev Bras Cir Cardiovasc. São José do Rio Preto, v. 26, n. 3, p. 338-347, Sept. 2011, Braga SLN, et al. Implante Percutâneo de Válvula Pulmonar. Rev Bras Cardiol Invas 2005; 13(2): 95-99. BASTOS, Alessandra Soler et al. Complicações em pacientes após substituição valvular aórtica percutânea. Acta Paulista de Enfermagem, [s.l.], v. 29, n. 3, p.267-273, jun. 2016, FapUNIFESP (SciELO), <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600038>.

Número de internações por estado no período avaliado (2008-2017)

ESTADO	NÚMERO DE INTERNações
MG	420
RJ	275
SP	692
ES	374

Valor médio da internação por estado no período avaliado (2008-2017)

ESTADO	VALOR MÉDIO DA INTERNAÇÃO
MG	R\$1.833,68
RJ	R\$966,58
SP	R\$1.833,68
ES	R\$1.221,59

Número de óbitos decorrentes de complicações por estado no período avaliado (2008-2017)

ESTADO	ÓBITOS
MG	24
RJ	11
SP	54
ES	15

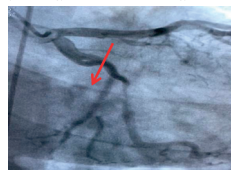
EP 110

DISSECÇÃO ESPONTÂNEA DE ARTÉRIA CORONÁRIA: RELATO DE DOIS CASOS DE ETIOLOGIA DISTINTAS

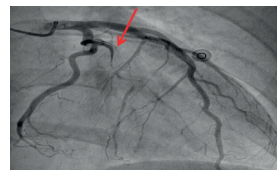
SAMIRA SODRÉ PICHELI, MARCELLALETE DE MATTOS MIRANDA, DIOGO NOGUEIRA, FERNANDA OLIVEIRA LOPES, ROBERTO LUIZ MARINO, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO

HOSPITAL MADRE TERESA-IPMMI

A dissecção espontânea de coronária (SCAD) é causa rara não aterosclerótica de síndromes coronarianas agudas (SCA). Estima-se seja responsável por 0,1 a 0,4% dos casos de SCA. Relato do Caso: Relato Caso 1- Paciente, RCL, 32 anos, sexo masculino, tabagista, evoluiu após atividade física intensa (jiujitsu), com quadro de dor torácica típica, procurou pronto socorro (PS), iniciou protocolo de SCA; ECG com alteração dinâmica em parede ântero-septal, troponina 16, diagnóstico de infarto (IAM) sem elevação ST. Cateterismo (CATE): ramo Obtuso Marginal calibroso, com dissecção em terço médio com estenose significativa de 70%, imagem sugestiva de trombo em local de dissecção. Optado por tratamento conservador, mantido antiplaquetário e estatina, indicado anticoagulação terapêutica por 5 dias. ECOT de 27/06 VE função sistólica preservada, sem déficits segmentares. Apresentou boa evolução e recebeu alta após 5 dias para controle ambulatorial. Relato de caso 2-Paciente, AMCSM, 37 anos, sexo feminino, tabagista, sedentária, sobre peso, evoluiu com dor retrosternal típica. Procurou Pshiptensa, iniciado protocolo SCA; ECG com retificação de onda T e má progressão de onda R em parede anterior, troponinas: 0,3/0,89/2,85; diagnóstico de IAM sem supra. Medicada com antiplaquetário, anticoagulante etridil. Encaminhada a UCO. ECOT: VE função sistólica preservada, sem déficits segmentares. CATE: óstio e terço proximal de artéria coronária circunflexa com estenose de 80% com imagem sugestiva de dissecção, demais artérias coronárias isentas de estenose significativa. Optado por tratamento conservador, mantido AAS, ticagrelor e noxaparina. Assintomática durante internação, repetido CATE após uma semana, desaparecimento da imagem de dissecção e matéria circunflexa, sem lesões residuais. Recebeu alta após 10 dias controle ambulatorial. Discussão: Pacientes com SCAD não apresentam fatores clássicos de risco cardiovascular. Acredita-se que fatores desencadeantes são os que aumentam o estresse de cisalhamento na parede da coronária, mediado por níveis elevados de catecolaminas e pressão intra-abdominal, como, exercício intenso, estresse emocional, uso de drogas simpatomiméticas. O tratamento inicial é semelhante aos pacientes com SCA e manejo conservador é opção preferida com a cura espontânea da dissecção na maioria dos casos. Conclusão: A revascularização com ICP e CRVM tem resultados sub-ótimos, muitas vezes levando a complicações graves. Referências Bibliográficas: 1-Sharon, et al Spontaneous Coronary Artery Dissection: Current State of the Science: Scientific Statement from the American Heart Association, Circulation, April, 2018, 2- SHAHID, Aziz, Spontaneous coronary artery dissection. European Society of Cardiology Journals E-Journal of Cardiology Practice, vol.14, N°38-2Feb2017



Caso 1



Caso 2: SCAD Tipo 1 Envolvendo Ramo Obtuso Marginal. Há dissecção proximal com fluxo TIMI I no vaso distal.

EP 111

INTERVENÇÃO COM CATETER BALÃO EM PACIENTE COM DOENÇA RENOVASCULAR FIBRODISPLÁSICA: RELATO DE CASO

TAWIL, G.O.; ROCHA, A.P.; PERDIGÃO, J.C.V.; MENDES, L.I.R.; MITRI, S.C.1; REIS, A.²

(1)ACADÊMICO DO CURSO DE MEDICINA - (2)ESPECIALISTA EM CARDIOLOGIA. PROFESSOR - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS (UNIPAM)

Dentre as causas de HAS 2ª, tem-se a estenose da artéria renal, causada principalmente por doença aterosclerótica e displasia fibro muscular. Sendo esta última não-aterosclerótica e não-inflamatória, acometendo artérias de médio calibre, e raramente as de pequeno calibre. Relato do Caso: F.A.C., sexo feminino, 36 anos, tabagista, em uso de anticoncepcional injetável há mais de 5anos. Foi orientada a buscar auxílio médico devido a níveis tensionais elevados em triagem para doação de sangue (PA:180/90mmHg). Procurou atendimento em pronto socorro local por este motivo, solicitando exames abaixo e orientada a consultar cardiologista, queixava-se de enjoos, cólicas intestinais e cefaleia há meses, além de quadro crônico de ansiedade. Em consulta de 20/04/2017 sua PA era 120/70mmHg, já em uso de candesartana/HCT (16/12,5mg) prescrita no pronto socorro, com sopro sistólico 3+/6+ em flancos em esôgástrico. MAPA com PAS média 154mmHg/24h e PAD média 102mmHg/24h. Revisão laboratorial de hipertensão, incluído TSH e ECG sem alterações. Foi então realizado US Doppler que mostrou estenose arterial renal, confirma da em angio-TC renal. Submetida a angiografia com angioplastia de artéria renal direita, sem stent, evoluindo com controle razoável dos níveis pressóricos, porém na consulta de out/2017 associamos ao tratamento nitrendipina (Relato de medidas domiciliares acima de 140/90mmHg). Nova angio-TC não mostrou restenose significativa. HD:HAS renovascular por fibrodysplasia, sem melhora importante após angioplastia, necessitando de 3 classes de anti-hipertensivos, quadro de ansiedade relevante. CD: Ajustado tratamento para ansiedade com bupropiona e encaminhada para psicoterapia e ao nefrologista. Discussão: Os métodos de US Doppler renal, angiografia por RNM ou TC, arteriografia renal estão indicados para o diagnóstico e rastreamento de doença renovascular. (MALACHIAS et al., 2016) HERMANN et al. (2018) indicam a ICP com cateter balão nas lesões fibrodysplásicas. A escolha cirúrgica é uma opção provável quando há estenose recorrente. (PERSU et al., 2016) Apesar da alta eficácia da angioplastia (BORELLI, 2015), a paciente tinha outros fatores de risco com o uso de anticoncepcional, tabagismo e importante ansiedade. Com base na hipótese de que o estado emocional interfere na pressão arterial, em uma metanálise em 2015, Yu Pan e cols, demonstraram forte associação entre ansiedade e hipertensão arterial. Suportando necessidade de detecção precoce e tratamento desta entidade nos hipertensos. Conclusão: Assim, a identificação dos fatores de risco foi essencial para o desfecho favorável do caso. Além disso, a partir do diagnóstico precoce da estenose da artéria renal, rapidamente pode-se intervir -de modo cirúrgico ou não-, a fim de preservar a função renal. Referências Bibliográficas: 1.MA, Chagas W.R., Avela, M et al. Hipertensão renovascular por displasia fibromuscular. Souza J Vasc Br 2005, vol.4, N°1, MALACHIAS, M.V.B.; SOUZA, W.K.S.B.; PLAVNIK, F.L.; 7ª DIRETORIA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, Sociedade Brasileira de Cardiologia, ISSN-0066-782X, Volume 107, N°3, Supl.3, Setembro 2016, p.67-68. 2.SARA, L.; SZARE, G.; TACHIBANA, A.; et al. II Diretriz de Ressuscitação Magnética E Tomografia Computadorizada Cardiovascular Da Sociedade Brasileira De Cardiologia E Do Colégio Brasileiro De Radiologia. Sociedade Brasileira de Cardiologia, ISSN-0066-782X, Volume 103, N°6, Supl.3, Dezembro 2014, p.54-4. 3.HERMANN, S.H.; TEXTOR, S.C. Current Concepts in the Treatment of Renovascular Hypertension. American Journal of Hypertension, Volume 31, Issue 2, 12 January 2018, Pages 139-149. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpx154> 4. PERSU, A.; VANDERMELEN, R.; TOUZÉ, E. Revisiting Fibromuscular Dysplasia: Rationale of the European Fibromuscular Dysplasia Initiative. Journal of Hypertension, Volume 68, August, 2016, Pages 832-839. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.116.07543> 5. SILVEIRA, Camilla Oliveira et al. Contraceção em mulheres com condições clínicas especiais. Critérios médicos e elegibilidade. Reprod. Clim. 29(1): 13-20, jan.-abr.2014.- 7. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Planejamento familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde.2007.8. PERLUTAN, Boehringer Ingelheim do Brasil Química e Farmacêutica Ltda, Bula profissional, - 1. O BORELLI, Flavio Antonio de Oliveira. O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO 9 RENOVASCULAR FRENTE AOS RESULTADOS DOS NOVOS ESTUDO. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2015; 25 (1):32-7



EP 112

O ACESSO AMPLIADO À ANGIOPLASTIA FRENTE AO CRESCENTE NÚMERO DE OCORRÊNCIA DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO ESTADO DE MINAS GERAIS.

BRUNO BASTOS GODOI, PATRICIA FRAGA PAIVA, CAMYLLA SANTOS DE SOUZA, ADELMO ISAAC MEDEIROS AVELINO, CAROLINA FRAGA PAIVA, VITÓRIA MIKAELY DA SILVA GOMES, EMANOEL GUIMARÃES PAIVA E JOÃO DAVID DE SOUZA NETO

As doenças cardiovasculares respondem pela principal causa de morte no mundo, entretanto dispomos de valiosas estratégias terapêuticas, como a intervenção coronária percutânea precoce (ICP). A eficácia desse tratamento é aferida a partir da avaliação da melhora da qualidade de vida dos pacientes coronarianos, como a diminuição das limitações físicas e o restabelecimento da percepção do estado de saúde. Objetivo: O Presente trabalho tem como objetivo apresentar dados colhidos no sistema DATASUS relacionados ao acesso ampliado à angioplastia frente ao crescente número de ocorrência de infarto agudo do miocárdio no estado de Minas Gerais. Método: Estudo quantitativo, populacional, descritivo, observacional e transversal. Dados disponíveis na plataforma DATASUS de 2008 a 2017. Resultados: (tabelas) Considerando a última década, observou-se, primeiramente, que o total de procedimentos (angioplastia coronariana, angioplastia coronariana com implante de dois stents, angioplastia coronariana com implante de stent, angioplastia coronariana primária) foi responsável por 148.152 internações em Minas Gerais. Em relação aos gastos obtidos com tais procedimentos durante o período analisado, o estado gastou o montante de R\$ 685.769.756,28. Conclusão: Os resultados apontam um aumento considerável deste procedimento, ocasionando importante elevação de gastos públicos, não acompanhados pelos registros de óbitos, que apresentaram aproximação aos registros apresentados nesta década. Desta forma, a regionalização, hierarquização, o acesso aos serviços de saúde e mão de obra profissional qualificada podem estar diretamente relacionados aos resultados apresentados. Referências Bibliográficas: Barauskas M, Unikaitis R, Tamuleviute E, Unikaitis R. The impact of clinical and angiographic factors on percutaneous coronary angioplasty outcomes in patients with acute ST-elevation myocardial infarction. Arch Med Sci Atheroscler Dis. 2016;11(1):e150-e157. Davisipour A, Javadi-Pishaki N, Salari A, Sadeghi T, Talehsan-Najad M. Factors associated with quality of life in patients undergoing coronary angioplasty. Int J Health Sci (Qassim). 2017;11(4):35-41.

NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR ANO NO ESTADO DE MG

ANO AVALIADO	NÚMERO DE INTERNAÇÕES
2008	11.734
2009	12.911
2010	13.253
2011	14.587
2012	15.698
2013	15.635
2014	15.384
2015	15.340
2016	16.401
2017	17.209

ANO AVALIADO	GASTOS ANUAIS
2014	R\$ 76.041.316,08
2015	R\$ 75.039.795,68
2016	R\$ 80.546.860,18
2017	R\$ 87.150.199,50

ANO AVALIADO	ÓBITOS ANUAIS
2008	1.095
2009	1.138
2010	1.114
2011	1.094
2012	1.094
2013	1.181
2014	1.196
2015	1.136
2016	1.243
2017	1.205

EP 113

O USO DE UM INIBIDOR DA PCSK9 NA REDUÇÃO DA LIPOPROTEÍNA DE BAIXA DENSIDADE EM UMA PACIENTE PÓS-SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

ARAÚJO, G.M; NEUENSCHWANDER, EC; LAMOUNIER, I.V.R; LANZA, G.H.S.P; SIMÃO, J.R

HOSPITAL VERA CRUZ

Um a cada quatro óbitos ocorrem como resultado de doenças cardíacas ou da circulação cerebral (AVC), sendo a maioria por doença arterial coronariana. Dado a isso, houve nos últimos anos, um grande avanço nos estudos para prevenção e tratamento dessas entidades. As melhorias obtidas no diagnóstico e controle dos fatores de risco do sistema cardiovascular, levaram a uma redução das taxas de óbito por doença atero trombótica nas últimas décadas. Dos fatores de risco atero trombóticos, o colesterol da lipoproteína de baixa densidade (LDL-C) é o que tem associação causal melhor estabelecida com morte cardiovascular. As diretrizes enfatizam o LDL-C como o principal alvo da terapia hipolipemiante, com objetivo de melhorar o prognóstico cardiovascular em longo prazo. A maior parte do colesterol LDL em circulação é sintetizada no fígado, pela HMG-C o A redutase, e o principal meio de removê-lo da circulação é através de receptores hepáticos. Com isso, as terapias atuais têm por objetivo reduzir a taxa de biossíntese e do colesterol (principal efeito das estatinas) ou sua taxa de absorção (ezetimiba, sequestrantes de ácidos biliares ou esteróis de origem vegetal). A terapia com anticorpos monoclonais anti-PCSK9 tem liderado o campo de desenvolvimento científico. A inibição da pró-proteína convertase subtilisina/kexina tipo9 (PCSK9) é um novo conceito terapêutico baseado na redução do nível plasmático do LDL-C por meio do aumento de sua depuração hepática. A redução da atividade ou expressão da PCSK9 aumenta o número de receptores LDL, o que reduz o colesterol LDL circulante (figura1). Esses agentes são administrados por meio de injeção sub cutânea e têm efeito de longa duração, exigindo aplicações pouco frequentes. Resultados demonstram reduções acentuadas do LDL-C resultantes da inibição da PCSK9, independentemente da natureza da terapia hipolipemiante de base. Recentemente publicado, o estudo ODYSSEY que avaliou os resultados cardiovasculares em 18.924 pacientes após uma síndrome coronariana aguda (SCA), o uso de medicamento inibidor da PCSK9 mostrou benefícios terapêuticos e melhora do prognóstico em pacientes de alto risco cardiovascular, com redução do LDL-C (Tabela1). Objetivo: Demonstrar o uso de um inibidor da PCSK9 em uma paciente após um evento de SCA, que não apresentava controle do LDL-C mesmo em uso de altas doses de estatinas. Método: Revisão crítica da literatura médica sobre o uso de inibidor da PCSK9, sobretudo, no estudo ODYSSEY somado a este relato de caso. Descrição e Resultado: Paciente 54 anos, sexo feminino, leucoderma, natural e procedente de Belo Horizonte, apresentou no dia 30/09/2015 quadro de SCA, sendo submetida a revascularização completa percutânea. Recebeu alta hospitalar em doses otimizadas de medicações para controle pós evento de SCA, usando estatina em dose alta e associada a ezetimiba, porém manteve-se com LDL-Centre 150-200mg/dL. Indicado uso de Inibidor da PCSK9 (Alirocumab) na dose 150mg subcutâneo a cada 15 dias, associado a terapia hipolipemiante. Apresentou durante tempo de acompanhamento, redução do LDL-C expressiva, chegando a dosagem de 23mg/dL. Conclusão: A associação da elevação dos níveis circulantes de lipoproteínas aterogênicas, especialmente o colesterol LDL, leva a um risco maior de eventos cardiovasculares. Com isso é necessária a implementação de novas estratégias terapêuticas capazes de avançar sobre esse risco. Recentemente os inibidores da PCSK9 se mostraram efetivos quando adicionados a outro hipolipemiante na redução de LDL-C e consequentemente do risco cardiovascular. Referências Bibliográficas: 1 SCHWARTZ, Gregory G, et al. Effect of alirocumab, a monoclonal antibody to PCSK9, on long-term cardiovascular outcomes following acute coronary syndromes: Rationale and design of the ODYSSEY Outcomes trial. American Heart Journal, [s.l.], v. 168, n. 5, p.682-689, nov, 2014. Elsevier BV. 2 SCHWARTZ, Gregory G, et al. Effect of alirocumab, a monoclonal antibody to PCSK9, on long-term cardiovascular outcomes following acute coronary syndromes: Rationale and design of the ODYSSEY Outcomes trial. American Heart Journal, [s.l.], v. 168, n. 5, p.682-689, nov, 2014. Elsevier BV. 3 BARTER P Metabolic abnormalities: high-density lipoproteins. Endocrinol Metab Clin North Am 2004; 33: 393-403. 4 Gordon T, Castelli WP, Hjortland MC, Kannel WB, Dawber TR. High density lipoproteins as a protective factor against coronary heart disease: the Framingham Study. Ann Med 1977;62:714-715. Samtani, Wentworth D, Neaton JD. Is relationship between serum cholesterol and risk of premature death from coronary heart disease continuous and graded? Findings in 356,222 primary screeners of the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). JAMA 1986;256 (20):2823-8



EP 114

TRATAMENTO DA ESTENOSE DAS ARTÉRIAS SUBCLÁVIA ESQUERDA E CARÓTIDA INTERNA ESQUERDA UTILIZANDO STENTS EM PACIENTE COM SÍNDROME DO ROUBO DA SUBCLÁVIA.

ELAINE DE OLIVEIRA ALVES, HENRIQUE AUGUSTO BECHO DE CAMPOS, LETÍCIA DUTRA DE ARAÚJO BRANDI, LUANA GIRASOLE BRETAS, MARCUS VINICIUS DE PAULA DA SILVA, PATRÍCIO ARAÚJO DA SILVA

FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA

A Síndrome do Roubo da Subclávia é uma desordem vascular em que há inversão do fluxo sanguíneo da artéria vertebral ipsilateral, distalmente a uma estenose, oclusão da artéria subclávia proximal ou, raramente, do tronco braquiocéfálico. Devido à redução da pressão na artéria subclávia distalmente à obstrução, o sangue flui antegradamente pela artéria vertebral contralateral, chega à artéria basilar e reflui pela artéria vertebral ipsilateral. Ele é sequestrado do sistema basilar, o que pode comprometer o fluxo encefálico. É uma doença rara, relatada em 6% dos pacientes assintomáticos com soporo cervical. Os sintomas mais comuns são vertigem, síncope e claudicação intermitente da extremidade superior. O objetivo deste relato é descrever o tratamento percutâneo transluminal com stents da estenose das artérias subclávia esquerda e carótida interna esquerda em paciente com síndrome do roubo da subclávia. Descrição do Caso: Paciente feminino, 64 anos, hipertensa, tabagista, apresentou-se com quadro súbito de cefaleia intensa, seguido de hemiparesia no membro esquerdo. Exame físico: alerta, hidratada, corada, pressão arterial 100/60 mmHg, eupneica, aférril, ritmo cardíaco regular e ausculta pulmonar com murmúrio vesicular fisiológico. Exames complementares: Tomografia de crânio inalterada. Arteriografia torácica dos vasos da base e cerebral: estenoses do arco aórtico em 30%, subclávia esquerda em 90% na origem, carótida interna esquerda em 80%, carótida externa esquerda em 98%, vertebral esquerda obstruída em 70% e direita 30% e sistema vertebro-basilar sem patologia. Tronco braquiocéfálico ocluído na origem. Constatou-se roubo de fluxo do sistema vertebro-basilar para a artéria subclávia direita. Hipótese Diagnóstica: Síndrome do Roubo da Subclávia, Acidente vascular encefálico isquêmico e Ataque isquêmico transitório. Conduta: A conduta proposta foi angioplastia com stents nas artérias carótida interna esquerda e subclávia esquerda com sucesso. Optou-se por abordagem futura da estenose do tronco braquiocéfálico pelo risco tromboembólico. A paciente recebeu alta para seguimento ambulatorial. Conclusão: A relevância do caso consiste na identificação da patologia rara e elucida que tratamento percutâneo com stents é eficaz e menos agressivo na abordagem das estenoses arteriais responsáveis pela Síndrome do Roubo da Subclávia.

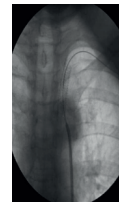
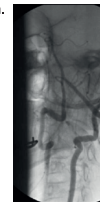


Imagem 1: Artéria vertebral esquerda enchendo retrogradamente a artéria vertebral direita pelo sistema vertebro-basilar

Imagem 2: Stent implantado em artéria subclávia esquerda.

Imagem 3: Stent implantado em artéria carótida esquerda.

EP 115

ACOMETIMENTO ISOLADO DA CÂMARA CARDÍACA DIREITA NA MIOCARDIOPATIA CHAGÁSICA: RELATO DE CASO

DEBORAH CRISTINA DA SILVA CARDOSO¹, VINÍCIUS SARMENTO VALÉRIO¹, MARIA CRISTINA COSTA DE ALMEIDA².

¹ACADÊMICO(A) DE MEDICINA - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE - UNIBH ²MÉDICA CARDIOLOGISTA E ECOCARDIOGRAFISTA PELA SBC, DOCENTE UNIBH

A doença de Chagas constitui um dos principais problemas de saúde pública e importante causa de insuficiência cardíaca (IC) e mortalidade em nosso país. Cerca de 10 a 40% dos pacientes desenvolvem alguma forma de cardiopatia, sendo incomum o acometimento isolado da câmara direita. Apesar de haver relatos de disfunção ventricular direita, seu envolvimento decorre de disfunção concomitante e secundária ao acometimento do ventrículo esquerdo (VE). O presente relato mostra paciente com possível acometimento isolado do ventrículo direito (VD). Objetivo: Relatar caso atípico de acometimento isolado de VD em paciente portador de IC descompensada por diagnóstico prévio de miocardiopatia chagásica (MC), com ausência de sinais de acometimento biventricular. Método: A.R.O, sexo masculino, 81 anos, hipertenso, portador de IC chagásica e fibrilação atrial, em uso regular de Carvedilol, Enalapril, Furosemida e Warfarin. Admitido no HUXIII com sinais de congestão sistêmica. Ao exame, taquipneico, edema em MMII 3+/4+, e turgência jugular. Murmúrio vesicular diminuído em hemitórax direito. Ritmo cardíaco irregular, sopros sistólicos III/VI em foco tricúspide, abdome globoso e hepatomegalia. ECG: Bloqueio completo de ramo direito e hemibloqueio anterior esquerdo. Doppler venoso em MMII sem sinais de trombose venosa profunda. Ecocardiograma transtorácico: VE com diâmetros normais e boa função contrátil global e segmentar. VD dilatado e hipocinético com redução da função sistólica global, aumento batrial, regurgitação tricúspide importante. Pressão sistólica em artéria pulmonar (PSAP) 47mmHg; veia cava inferior (VCI) 31mm sem colapso inspiratório. Ultrassom de abdome: hepatomegalia inespecífica e ectasia das veias hepáticas e VCI. Paciente cursou com descompensação cardíaca direita, com sintomas de franca congestão venosa. Discussão: A MC tem características fisiopatológicas peculiares que a diferem das outras miocardiopatias¹. A disfunção do VD tem papel fundamental na MC, levando a sinais de insuficiência ventricular direita mais evidentes que a congestão pulmonar em pacientes com manifestações clínicas da doença^{2,3}. Alguns estudos demonstraram o acometimento do VD quando analisada a função biventricular⁴. Disfunção grave de VD foi descrita como única anormalidade cardíaca funcional em pacientes assintomáticos com doença de Chagas crônica sem sinais clínicos evidentes de cardiopatia⁵. Estudos em que se avaliou a função ventricular por outros métodos que não o ecocardiograma demonstram que a disfunção sistólica do VD é achado comum na MC mesmo nos estágios iniciais da doença, porém raramente é encontrada na ausência de acometimento do VE⁶. Em estudo em que se analisou a função ventricular de 158 pacientes com MC pela ressonância magnética (RM), houve acometimento isolado do VD em 4,4% dos pacientes⁷. Conclusão: Apesar do acometimento isolado de VD ser raramente documentado na literatura, sua prevalência possivelmente seja maior se forem usadas técnicas mais sensíveis como RM ou angiografia por radionúclides. Isso contribuiria para melhor entendimento do porque a congestão sistêmica é mais predominante que a congestão pulmonar em pacientes com IC por MC. Portanto, deve-se dar particular atenção à investigação do VD em todas as formas da doença Chagásica. Diante de disfunção isolada do VD, o diagnóstico de MC deve ser considerado no diagnóstico diferencial em pacientes de zona endêmica. Referências Bibliográficas: 1. Marin-Neto JA, Bromberg-Marin G, Pazin-Ribeiro A, Simões MV, Maciel BC. Cardiac autonomic impairment and early myocardial damage involving the right ventricle are independent phenomena in Chagas' disease. Int J Cardiol 1998;65:261-9. 2. Marin-Neto JA, Marzullo F, Souza ACS, et al. Radionuclide angiographic evidence for early predominant right ventricular involvement in patients with Chagas' disease. Can J Cardiol 1988;4:221-6. 3. Nunes MDG, Barbosa MDM, Brun VA, Rocha MO. Morphofunctional characteristics of the right ventricle in Chagas' dilated cardiomyopathy. Int J Cardiol. 2004;94:79-85. 4. Moreira HT, et al. Evaluation of right ventricular systolic function in Chagas' disease using cardiac magnetic resonance imaging. Circ Cardiovasc Imaging. 2017;10



EP 116

AS RELAÇÕES ENTRE INTERNAÇÕES POR ARRITMIAS CARDÍACAS E IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR: PANORAMA DE MINAS GERAIS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS.

BRUNO BASTOS GODOI, PATRICIA FRAGA PAIVA, CAMYLLA SANTOS DE SOUZA, LUCAS SANTOS GIRÃO, WILLIAMINA OLIVEIRA DIAS PINTO, CAROLINA FRAGA PAIVA, EMANOEL GUIMARÃES PAIVA E JOÃO DAVID DE SOUZA NETO

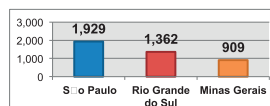
A arritmia cardíaca é caracterizada por ritmo irregular do batimento cardíaco, podendo acometer qualquer idade. Além de medicamentos antiarrítmicos, a implantação de dispositivos do tipo marca-passo e desfibriladores tem sido sugerida para o tratamento de alguns desses pacientes. Neste contexto, o presente estudo objetiva descrever as relações entre internações por arritmias cardíacas e implante de cardioversor desfibrilador (CVD) em Minas Gerais nos últimos 5 anos. Objetivo: O presente trabalho tem como objetivo apresentar dados colhidos no sistema DATASUS relacionados ao panorama de MG nos últimos 5 anos sobre internações por arritmias cardíacas e implante de cardioversor desfibrilador. Método: Estudo quantitativo, populacional, descritivo, observacional e transversal. Dados disponíveis na plataforma DATASUS de 2013 a 2018. Resultados: (tabelas e gráfico). Conclusão: MG apresenta alta incidência de distúrbios da condução, o que condiz com a distribuição populacional dessa região. Apesar disso, a necessidade de intervenção cirúrgica é baixa, sendo o implante de CVD de câmara dupla transvenoso o mais frequente. Referências Bibliográficas: Fu DG. Cardiac Arrhythmias: Diagnosis, Symptoms, and Treatments. Cell Biochem Biophys. 2015; 73(2): 291-296. Jordans L. A clinical approach to arrhythmias revisited in 2018 - From ECG over noninvasive and invasive electrophysiology to advanced imaging. Neth Heart J. 2018; 26(4): 182-189.

DISTÚRBIOS DE CONDUÇÃO E ARRITMIAS CARDÍACAS

Minas Gerais	Belo Horizonte
47.868 internaões	9.268 internaões
R\$176.325.354,25	R\$59.047.474,18

Minas Gerais:
✓ Taxa de mortalidade: 7,39
✓ Média de permanência hospitalar: 4,9 dias.

IMPLANTES DE CVD – Ranking nacional



Apenas 0,018% necessita de implante de CVD, sendo o manejo farmacológico-conservador priorizado.

Preferências do implante de CVD em MG	
Câmara dupla transvenoso	456 (50,1%)
Câmara única transvenoso	318
Multi-sítio transvenoso	112
Multi-sítio endocavitário com reversão para epicardiocárdico	16
Multi-sítio transvenoso epicardiocárdico por toracotomia	7

MG vs Sudeste – Implantes de CVD	
MG: 2º lugar (28,9% de 3.145 procedimentos)	
Mortalidade SE: 0,89 (3ª maior do país)	Mortalidade MG: 0,55 (2ª menor da região)
Gasto total de MG: R\$40.099.613,40	
Média de permanência por internação: 5,3 dias	

EP117

CARDIOPATIA REUMÁTICA: ACOMETIMENTO POR FAIXA ETÁRIA E REGIÕES BRASILEIRAS

ROLDI, A. F.¹; ARRUDA, B. C. A. P.¹; FARIA, C. S. P.¹; MENDES, D. G.¹; MACIEL, E. B. P.¹; ROQUE, E. L.¹; COSTA, J. H. M.²; FARIA, L. S. P.³; TAVARES, L. B. S.¹

1- ACADÊMICAS DO INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES), IPATINGA/MG; 2- MÉDICA DO HOSPITAL MARCIO CUNHA, IPATINGA/MG; 3-ACADÊMICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA, VOLTA REDONDA/RJ

A fisiopatologia da febre reumática (FR) e da cardiopatia reumática crônica (CRC) são deflagradas pela infecção *Streptococcus* β -hemolítico do grupo A. Prevalece ainda como diagnóstico os Critérios de Jones, estabelecidos em 1992 pela American Heart Association (AHA). A cardiíte deixa sequelas progressivas e permanentes, sendo a maior causa de mortalidade cardiovascular em adultos jovens de países em desenvolvimento. Além disso, gera desdobramentos sociais e econômicos para o paciente e para a nação. (MULLER, 2011; FILHO, 2012; PEREIRA; BELO; SILVA, 2017). Método: Estudo retrospectivo, com base em dados das plataformas DATA-SUS, SIH/ SUS, associado a revisão de literatura em sites como Pub Med e de Scielo. Foram analisados dados de morbidade e mortalidade da cardiopatia reumática no Brasil por regiões e Unidade da Federação. Resultados: A mortalidade no país por feixa etária segundo Grupo CID-10 no período de 2016, FR atingiu 116 casos totais, com 21 casos nas faixas de 40-49 anos e 50-59anos. Já os óbitos por CRC, foram mil vezes maior em comparação à FR, atingindo 1951 casos. A prevalência de casos por feixa etária foi diferente da FRA. Nos casos de CRC houve maior incidência de casos de 60-69anos. No que tange o acometimento por região brasileira, a mortalidade na feixa etária de 5-74 anos prevaleceu na região Sudeste, em todas as categorias de acometimento cardíaco reumático do CID-10 investigadas, no período de 2016. Com destaque para lesões da valva mitral, totalizando 871 casos. O dado encontrado de maior acometimento na região Sudeste é um dos fatores que corrobora o índice do SIH/SUS(2016), de que a região brasileira que associa-se a maior número de doenças do aparelho circulatório é a Sudeste, com 40,850 do total de 89.651. Vale destacar, que além de alta mortalidade no país, a FR foi responsável por 1,5 milhões de anos potenciais de vida perdidos ajustados para incapacidade (DALYs "disability-adjusted life years") em análise global de 2014. (WHO, 2012). Discussão: Na carditerumeuáticasaslesõesvalvaresão responsáveispeloadoradoincidenceoprognoóstico. As lesões valvares de feixe aguda são insuficiência mitral, seguidas de insuficiência aórtica. Quando estabelecido doença crônica há endocardite e maior acometimento por estenoses valvares. O grau de comprometimento valvar associa-se a insuficiência cardíaca e maior morbimortalidade podendo resultar em fibrilação atrial, hipertensão arterial pulmonar, ascite e edema. (FILHO, 2012; PEREIRA; BELO; SILVA, 2017). Conclusão: Diferenças entre aspectos socioeconômicos e acesso a assistência médica entre as regiões brasileiras, dificultam a fidelidade desses dados regionais. É reconhecido o fato de ser um problema de saúde pública e apesar de existir medidas comprovadamente eficazes, as estratégias de prevenção seguem falhas e insuficientes. As publicações científicas reduzidas sobre CRC contrapõe a alta incidência da doença nos serviços cardiológicos e elevada mortalidade cardiovascular evitável. (FILHO, 2012; MULLER, 2011).

Fonte: 1. *Revista de Cardiologia* (vol. 74, nº 2, 2016)

Referências Bibliográficas: Dietze, Jasilas et al. para o diagnóstico, tratamento e prevenção da leishmaniose, Am. Bras. Cardiol., São Paulo, v.93, n.3, supl. 4, p.318-328, Set/2009. FILHO, JM. Cardiológico e dermatológico: aspectos dermatológicos, epidemiológicos e terapêuticos da leishmaniose no hospital público de referência em Salvador-BA. Bacia. Dissertação de Mestrado, Bahia, 2012. MULLER, RE. Cardiológico referência com lesão viral em crianças e adolescentes: fatores associados ao tempo até a terapêutica cirúrgica. Ministério da Saúde, Fundação Focuz, 2011. * PEREIRA, B.A.S.; BELLO, A.R.; SILVA, M.A. Rheumatic fever: update on the Jones criteria according to the latest evidence. Arthritis Rheumatism 2015, 67(12):2293-2301. 2015. Revista Brasileira de Reumatologia, v.57, n.4, p.368-387. 2017. * Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS). Ministério da Saúde (BR). 2016. *WHO. World Health Organization. Rheumatic fever and rheumatic heart disease. 2012. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/rheumaticfever/

Categoria CID-10	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste	Total
E01 Febre reumática com complicações na circulação	0	17	30	0	0	47
E02 Doenças reumáticas de origem infecciosa	63	101	628	16	0	811
E03 Doenças reumáticas de origem infecciosa	3	24	29	19	0	55
E07 Doenças reumáticas de origem infecciosa	4	16	21	0	7	52

Fonte: MS/SIS/CAGE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

EP 119

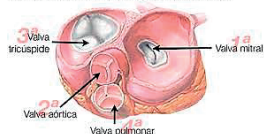
RELACÃO DO COMPROMETIMENTO CARDÍACO NA FEBRE REUMÁTICA

CORREIA, M. C. A¹; MENDES, D. G¹; ROLDI, A. F¹; ARRUDA, B. C. A. P¹; FARIA, C. S. P¹; ROQUE, E. L¹; MACIEL, E. B. P¹; COSTA, J. H. S. M³; FARIA, L. S. P²; TAVARES, L. B. S¹.

1- ACADÊMICOS DO CURSO DE MEDICINA DO INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES); 2- ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA (UNIFOA); 3- ESPECIALISTA EM CLÍNICA MÉDICA; MÉDICA ATUANTE NO HOSPITAL MÁRCIO CUNHA;

A febre reumática (FR) é uma complicação não suprativa da faringoamigdalite causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A, e em populações geneticamente predispostas, decorre da resposta imune tardia a essa infecção (PEIXOTO et al., 2011). A cardiite reumática é a mais importante das manifestações clínicas e se caracteriza, na maioria das vezes, por valvulite, em especial das valvas aórtica e mitral, podendo assim se complicar e originar sequelas incapacitantes (PEREIRA, BELO, SILVA, 2017). Segundo o Ministério da Saúde existe uma prevalência de FR no redor de 3% entre crianças e adolescentes, sendo responsável por 40% das cirurgias cardíacas no Brasil (COSTA, DOMICIANO, PEREIRA, 2009). Objetivo: O presente trabalho tem como objetivo analisar e comparar os dados relativos às manifestações cardíacas na Febre Reumática, avaliando sua prevalência e demonstrando sua relevância na morbimortalidade. Método: Estudo transversal, retrospectivo, com base em dados fornecidos por plataformas como DATA-SUS, INCA, revisão de literatura disposta online em sítios como Scielo e PubMed, e materiais didáticos impressos da área de cardiologia. Resultados: Dados retirados do DATASUS mostram que no Brasil foram registrados 418 óbitos por FR com comprometimento cardíaco em pessoas de 5 a 74 anos, durante o período de 2010 a 2016, enquanto há somente 257 óbitos por FR sem menção de comprometimento do coração. Esses achados evidenciam a relevância das complicações cardíacas, sendo a manifestação mais grave, que pode dekar sequelas e acarretar óbito. Conclusão: A FR é uma doença que pode evoluir com complicações graves, mas pode ser facilmente prevenida, contudo o percentual de pacientes acometidos ainda é crescente. No Brasil, ela ainda é um problema relevante de Saúde Pública, sendo uma das doenças que acarreta maiores custos, pois exige repetidas consultas, determina múltiplas internações hospitalares e cirurgias cardíacas para correção das sequelas valvulares. Referências Bibliográficas: PEIXOTO, L. L. et al. Febre reumática: revisão sistematizada. Rev Bras Clin Med., v. 9, n. 3, p. 234-238, 2011. *PEREIRA, B. A. F.; BELO, A. R.; SILVA, A. A. Febre reumática: atualização dos critérios de Jones, de 1992, à luz da 61ª American Heart Association – 2015 Rev Bras Reumatol, v. 57, n. 4, p. 364-368, 2017. COSTA, L. F.; DOMICIANO, D. S.; PEREIRA, R. B. Os Casos de febre reumática e suas complicações cardíacas: uma revisão da febre reumática no Brasil: revisão sistematizada. Rev. Bras. Reumatol., v.49, n. 1, p. 61-72, 2009.

Ordem do acometimento valvar na cardite reumática



Fonte: <http://rsaude.com.br/paranava/materia-destaque/febre-reumatica/13072>

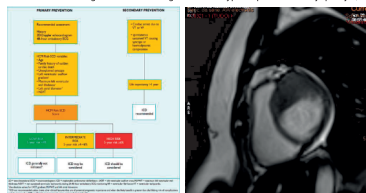
EP 118

PREVENÇÃO PRIMÁRIA DE MORTE SÚBITA NA CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA ESCORE DE RISCO DA ESC MODIFICADO POR RESSONÂNCIA CARDÍACA

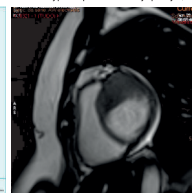
GABRIELA D.C. OLIVEIRA; BRUNA S.V.F. DUARTE; HÉLIO L. BRITO JR.; GABRIEL L. PASSOS; THAIZ R. SCHMAL

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFEJ—JUIZ DE FORA - MG

A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é uma doença genética autossômica dominante que atinge cerca de 0,2% da população, principalmente jovens e atletas, com pico incidência entre 24-40 anos¹. Cursas com alterações das proteínas dos sarômeros cardíacos e hipertrofia ventricular que favorecem o desenvolvimento de arritmias e morte súbita cardíaca (MSC)². Neste contexto, a calculadora proposta pela Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC)³ - HCM Risk-SCD Calculator tem-se mostrado como importante ferramenta na estratificação de risco de MSC. Objetivo: Descrever a importância da calculadora de risco da ESC na estratificação de prevenção primária de MSC na CMH, utilizando-se de forma alternativa, dados importados de Ressonância Magnética (RM). Relato de Caso: Paciente, sexo feminino, 50 anos, avaliada no ambulatório de cardiologia do HU-UFJF para risco cirúrgico de colecistectomia. Queixa de palpitações e dispnéia há 01 ano. Havia também, relato de parada cardíaca (SC) aos 30 anos no intraoperatório de apendicetomia, sem documentação. Exames complementares: 1-ECG: ritmo sinusal, bloqueio divisional anterior-superior esquerdo, bloqueio de ramo direito, e padrão QR em parede anterior; 2-Ecodoppler cardiograma transtorácico (ETT): diâmetros ventrículo esquerdo (VE) 112/120mm, septo 13mm, parede posterior 12mm, sem gradiente significativo na via de saída VE, FE = 69%, átrio esquerdo 42mm; 3-Holter 24 horas: taquicardia ventricular não sustentada (3 batimentos); 4-RM: diâmetros: 51/27mm, aumento importante da espessura ventricular na parede anterior do segmento basal (29mm), presença de áreas de realce tardio sugestivas de fibrose miocárdio em parede anterior e porção basal (massa de fibrose: 15,75 g - 17%). Após diagnóstico de CMH assintômica, foi calculado risco global de morte súbita pela calculadora da ESC utilizando os dados do ETT (13mm): 4,17% risco de MSC em 5 anos, não sendo geralmente indicado implante de cardiodesfibrilador implantável (CDI). Porém, quando utilizado diâmetros encontrados na RM (29mm): risco de 7,27% de MSC, sendo indicado implante de CDI. Conclusão: A estratificação de MSC é imperativa nos pacientes com CMH para a definição de profilaxia primária com CDI. A RM vem ganhando espaço não somente no diagnóstico como também na avaliação prognóstica destes pacientes. Referências Bibliográficas: 1-BRAUNJWALD- Tratado De Doenças Cardiovasculares - 9ª edição - Cap 69 - Pág 1620-1632; 2-Bienertucci et al, Morte súbita na cardiomiopatia hipertrófica, Int J Cardiol Sci, 2012; 23(9):504-511; 3- ESC Guidelines on Diagnosis and Management of Hypertrophic Cardiomyopathy (Eur Heart J 2014) - doi: 10.1093/eurheartj/ehu184.



ESC algoritmo para implante de CDI *European Heart Journal* (2014) 35, 2233-2272



RM cardíaca evidenciando área de fibrose

EP 120

SÍNDROME DO ROUBO DA SUBCLÁVIA: UM RELATO DE CASO

ABRANTES, MARINA GOMES: CARALINE, ELIZA MIRANDA COSTA / UNIRENTOR

O presente relato refere-se a paciente atendida em consultório na cidade de Itaperuna-RJ. Objetivo: O objetivo desse relato de caso é suscitar discussões em relação à síndrome do Roubo da Subclávia. Método: Paciente atendida em consultório e o caso discutido com alunos do curso de medicina. O embasamento teórico foi realizado através de pesquisa de artigos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Resultado: M.J.F.S., 67 anos, casada, moradora da zona rural. Apresentou-se relatando Síndrome do Pânico e estar extremamente esquecida. Dislipidemia e HAS de longa data, ex-tabagista e não etilista, refere cirurgia de aneurisma de aorta há 18 anos e cateterismo. Em uso de Clostazol 100mg, Rosuvastatina 20mg, AAS 100mg, Enalapril 20mg, Rivitol 2mg, Escitalopram 20mg. Ao exame físico, PA sentada: 140x80mmHg/PA deitada: 150x100mmHg, RCP27BNF e nada mais digno de nota. Solicita doppler preventivo, mamografia, RM de crânio, bioquímica, ecodoppler de carótidas, densitometria óssea. Após 40 dias, retorno com RNM de crânio sem alterações significativas e Ecodoppler de carótidas com doença aterosclerótica difusa bilateralmente com estenose moderada em ambos os bulbos carotídeos e 1/3 proximais de carótidas internas, sem distúrbio de fluxo. Importante distúrbio de fluxo no início da artéria subclávia direita compatível com estenose acima de 70% do diâmetro, com fluxo distal amortecido e inversão do fluxo sistólico da artéria vertebral direita configurando síndrome do roubo da subclávia direita do tipo 2 (SRSD). HD: SRSD tipo 2. CD: Orientações gerais, paciente encaminhada para cirurgia vascular. Conclusão: ASRSC é uma desordem vascular relativamente rara, na qual ocorre inversão de fluxo de sangue da artéria vertebral ipsilateral. Alguns dos sintomas decorrentes da hipoperfusão cerebral vértigo-basilar, consequente do desvio do fluxo sanguíneo característico da síndrome do roubo da subclávia, são hemiparesia, cefaleia, disfasia, vertigem, confusão mental, perda de consciência, além de isquemia do membro superior ipsilateral ao comprometimento. M.J.F.S. não apresentava sintomas clássicos da doença, como a maioria dos pacientes. A presença de sintomas pode estar relacionada com a localização e grau de estenose, concomitância de doença arterial carotídea e lesões na artéria vertebral contra lateral. No caso, a paciente apresentava estenose moderada da carotídea, sem distúrbio de fluxo nestas artérias, o qual acontecia no início da artéria subclávia direita e no fluxo sistólico da artéria vertebral direita. O fluxo reverso na fase sistólica a classifica como do tipo 2. M.J.F.S. apresentava os principais fatores de risco da doença, tabagismo, hipertensão e dislipidemia. O tratamento da síndrome é cirúrgico para restauração do fluxo normal da artéria vertebral, portanto, foi a conduta adotada. Referências Bibliográficas: NEIVA, Murilo Miglio. Síndrome do roubo da subclávia: relato de caso-Subclavian steal syndrome: case report. São Paulo; s.n. 2011; 1us. http://dx.doi.org/10.5935/2474-2751.201100016. Acesso em: 23/02/2016. 2. Serrão, A.R.C. imagens médicas: 2932: 59-62. Alzburm, 2016. 3us, graf BERNARDOS, Carlos Henrique Alvarenga. Subclaviansteal syndrome: Case Report. Acta medica (Brasília 2011); 38:41. 1999.

EP 121

ACOMETIMENTO CARDÍACO EM PACIENTES COM FEBRE AMARELA NA EPIDEMIA DE 2018 NO BRASIL: DADOS DO ESTUDO PROVAR+.

GABRIELA M. M. PAIXÃO¹, MARIA DO CARMO P. NUNES¹, BRUNO D. V. G. BEATO², KACIANE K. B. OLIVEIRA¹, BRENO DE FILIPPO REZENDE¹, JOÃO PEDRO P. NÓS¹, LEONARDO S. PEREIRA³, MARIA RITA D. TEIXEIRA³, NEIMY R. OLIVEIRA³, ANTONIO LUIZ P. RIBEIRO¹, BRUNO R. NASCIMENTO¹.

1- HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, BRASIL; 2- HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, BRASIL; 3- HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES - FHEMIG, BELO HORIZONTE, BRASIL FINANCIAMENTO: EDWARDS LIFESCIENCES FOUNDATION

As arboviroses são ainda um problema de saúde pública no Brasil, e nos últimos anos o número de casos de Febre Amarela (FA) tem aumentado no país. Já foram descritas bradiaritmias e alterações de condução relacionadas à doença, além da presença do antígeno da FA em tecido miocárdico. Objetivos: Avaliar a ocorrência de alterações cardiovasculares em pacientes com FA admitidos em um centro de referência em infectologia durante a epidemia de 2018 no Brasil. Métodos: • O estudo PROVAR+ utiliza profissionais não-especialistas, telemedicina e ecocardiografia portátil para avaliação cardiovascular. • Amostra: Pacientes internados de Feb/18 a Mar/18 com suspeita clínica de FA. • Procedimentos: os pacientes foram submetidos a avaliação clínica, laboratorial, ecocardiograma à beira do leito (GE Vivid IQ) com protocolo simplificado, eletrocardiograma (ECG) e, em caso de alterações, Holter 24h. • Leitura online: Os exames foram interpretados por telemedicina. • Avaliação adicional: Dois pacientes foram submetidos adicionalmente a ressonância magnética (RMN) cardíaca. Resultados: Pacientes avaliados: Foram admitidos consecutivamente 103 pacientes com suspeita clínica de arboviroses. Diagnósticos confirmados: 70 pacientes tiveram diagnóstico sorológico de FA, sendo 31% (N=22) com forma leve/moderada (G1) e 69% (N=48) com a forma grave (G2). Idade média: 48±14 anos, 90% (N=63) do sexo masculino. Evolução da internação: O tempo de internação foi de 13±12 dias e 61% (N=43) tiveram internação em CTI, com permanência de 7±7 dias. A mortalidade foi de 7,4% (N=5) e 1 paciente foi submetido a transplante hepático. Marcadores cardíacos: Os valores médios de TGO e creatinina foram 3320±3601 U/L e 1,7±2,6 mg/dL. Alterações ao ECG: Anomalias foram encontradas em 54,5% dos pacientes do G1 e 68,8% do G2, p=0,29. Bradicardia sinusal foi presente em 24,3% (N=17), G1 22,7% x G2 25,0%, p=0,67, sem prolongamento do intervalo Pri. (Figura 1). Holter: dos 32 pacientes submetidos ao Holter, 14 (44%) tinham FC média <60 bpm, sendo 8 pacientes do G2. • Ecocardiograma: disfunção ventricular esquerda leve a moderada foi observada em 4 (5,7%) pacientes, todos do G2. Foi observado um padrão infiltrativo, com textura hiperrefringente do miocárdio, em 17 (24,3%) dos pacientes (G1 18,2% x G2 27,1%, p=0,55). (Figura 2). • RMN: realizada em 2 pacientes e evidenciou áreas de realce tardio sugestivas de processo inflamatório (miocardite). (Figuras 3 e 4). hiperrefringência ventricular ao ecocardiograma. Conclusão: Parece haver envolvimento miocárdico na FA, marcada bradicardia e um padrão infiltrativo do miocárdio. A avaliação rotineira através de exames complementares e o acompanhamento cardiovascular podem ser fundamentais no manejo desta arbovirose. Referências Bibliográficas: 1. Monath T. Yellow fever. *Journal of Clinical Virology*. 2015;64:160-172. 2. Pan American Health Organization / World Health Organization. Epidemiological Update: Yellow fever. 20 March 2018 [Internet]. Washington, D.C. PAHO/WHO; 2018. Available from: <http://bit.ly/28ympG3>. 3. Lloyd W. The myocardium in yellow fever. *American Heart Journal*. 1931;64(4):483-503. 4. De Silva M, Sharma A, Staples E, Arndt B, Shieh W, Shames J et al. Fatal Yellow Fever Vaccine-Associated Viscerotropic Disease - Oregon, September 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2015;64(10):15-17. 5. Oliveira G, Ferreira R. Yellow Fever and Cardiovascular Disease: An Intersection of Epidemics. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2018.

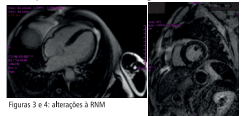
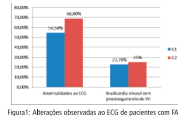


Figura 1: Alterações observadas no ECG de pacientes com FA.

Figura 2: Hiperrefringência ventricular ao ecocardiograma.

Figuras 3 e 4: Alterações à RMN

EP 122

ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E ANGIOGRÁFICAS E EVOLUÇÃO INTRA-HOSPITALAR PACIENTES MUITO IDOSOS SUBMETIDOS A ANGIOPLASTIA NO IAMCEST EM UM SERVIÇO TERCIÁRIO

BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO^{1,2}; WALTER RABELO¹; MARCOS ANTONIO MARINO¹; ROBERTO LUIZ MARINO¹

1 HOSPITAL MADRE TERESA - BELO HORIZONTE; 2 FACULDADE DE MEDICINA-PUC MINAS-BETIM

O envelhecimento populacional e aumento da expectativa de vida é acompanhado da maior prevalência de doenças isquêmicas na população idosa. O prognóstico dos idosos com infarto com elevação segmento ST (IAM CEST) é pior se comparado com os mais jovens. Objetivos: Análise dos dados clínicos e angiográficos e evolução intra-hospitalar dos pacientes com idade ≥ 70 anos que se apresentaram no IAMCEST em nosso serviço no período de 01 janeiro de 2015 a 13 de maio de 2018. Método: 01 janeiro de 2015 a 13 de maio de 2018 foram realizadas 666 angioplastias (ICP) com implante de stent nos pacientes com idade ≥ 70 anos. Dessas, 46 (6,9%) foram ICP primárias, a média de idade neste subgrupo foi 78±3,7anos (idade mínima de 74 e máxima de 92), destes 17,4% idade ≥ 80 anos e 65% do sexo feminino. Resultado: • Stent farmacológico foi implantado em 82,6% dos casos • 54,3% dos pacientes apresentavam lesão na ARI não relacionada ao IAM. E em 37% ela era passível de revascularização. Nestes subgrupos o CEST não ocorreu em 68,4% dos casos. • Óbito intra-hospitalar foi de 6,5% e estes pacientes se apresentaram em Killip IV. Discussão: Idosos > 75 anos representam 25% dos pacientes no IAMCEST nos países ocidentais, e apresentam mortalidade 4 vezes maior que os mais jovens. Apesar dos idosos serem pouco representados na maioria dos estudos randomizados, existem evidências com benefício e melhora da sobrevida nos pacientes submetidos a reperfusão coronária precoce. E nestes pacientes há benefício da angioplastia primária em relação a terapia fibrinolítica. Dessa forma, a angioplastia primária é a estratégia de reperfusão preferida nos idosos com IAMCEST. Conclusão: Nossos dados de mundo real mostraram uma baixa mortalidade intra-hospitalar na população muito idosa o que pode estar relacionado a tempo rápido de reperfusão e a procura ao atendimento médico e a reperfusão precoce. Referências Bibliográficas: 1- Pek P P et al. Comparison of epidemiology, treatments and outcomes of ST segment elevation myocardial infarction between young and elderly patients. *Emergency medicine journal*. 2018; 35: 289-296. 2- Alexander KP et al. Acute coronary care in the elderly. *part II. ST-segment-elevation myocardial infarction: As scientific statement for health care professionals from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology: In collaboration with the Society of Geriatric Cardiology*. *Circulation* 2007; 115: 2570-2589. 3- Bueno H, et al. Primary angioplasty vs. fibrinolysis in very old patients with a acute myocardial infarction: TRIANA (Tratamiento del Infarto Agudo de miocardio e Nancianos) randomized trial and pooled analysis with previous studies. *Eur Heart J* 2011; 32: 51-60. 4- Kocher A, et al. Long-Term Mortality of Older Patients With Acute Myocardial Infarction Treated in US Clinical Practice. *Journal of the American Heart Association*. 2018;7



A mediana do deltaT foi de 6 horas ± 8 horas.

EP 123

CONCORDÂNCIA ENTRE OS CRITÉRIOS DE DUKE EM UMA SÉRIE DE 20 CASOS DE ENDOCARDITE INFECCIOSA EM UM HOSPITAL GERAL, TERCIÁRIO, DE BELO HORIZONTE

FERNANDA R. ARAUJO, KAMILA S.M. CHAMON, CAMILA M. FREITAS, JÉSSICA M.C. SOUSA, GUSTAVO F. WERNER, ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO

HOSPITAL LIFE CENTER - BELO HORIZONTE

A Endocardite infecciosa (EI), é uma doença de alta morbidade e letalidade se não tratada a tempo. Trata-se de uma infecção bacteriana ou fúngica da parede interna do coração ou de suas valvas. Para o diagnóstico da EI, os critérios de Duke persistem como fundamentais, segundo diretrizes nacionais e internacionais. Tais critérios baseiam-se em sintomas, sinais clínicos, ecocardiográficos e laboratoriais (Tabela 1). Objetivo: Correlacionar os critérios de Duke com os achados clínicos, laboratoriais e ecocardiográficos dos pacientes internados com EI em nosso serviço. Material e Método: Coorte retrospectiva realizada pela análise de prontuários, limitada ao período entre janeiro de 2017 e maio de 2018. Este trabalho descreve e correlaciona os critérios de Duke encontrados nos dados clínicos, laboratoriais e ecocardiográficos dos pacientes diagnosticados com EI em nosso serviço no referido período, descrevendo os critérios mais prevalentes e será analisado a eficácia deste teste para a confirmação da doença em todos os pacientes avaliados. Além disso, foram realizadas pesquisas de artigos nas bases de dados PubMed e Scielo. Resultados: Vinte pacientes foram diagnosticados com EI em nosso serviço, no período mencionado. Dentre eles, doze (60%) homens e oito (40%) mulheres com a idade média de 64 $\pm$ 18,88 anos. Aplicando-se os critérios maiores de Duke, verificou-se: presença de vegetação ao Ecodopplercardiograma em quinze pacientes (75%) e hemoculturas positivas em dezoito pacientes (95%), o que já confirmaria a doença nos casos suspeitos de EI pois são necessários a presença de dois critérios maiores para tal confirmação. Ainda nos critérios maiores, três (15%) pacientes apresentaram sopro cardíaco novo. Dos critérios menores, febre > 38°C estava presente em dezoisete (85%) pacientes e a presença de prótese valvar em quatro (20%) pacientes. Dos demais critérios menores, apenas dois pacientes (10%) apresentaram fenômenos vasculares e nenhum outro paciente apresentou os demais critérios menores apresentados na tabela 1. Discussão de Conclusão: Em nossa série de 20 casos, os principais critérios diagnósticos de endocardite observados foram a presença de vegetações nas valvas, exame de hemocultura positivo e a presença de febre maior que trinta e oito graus. Isto está de acordo com a literatura uma vez que dois critérios maiores já são suficientes para considerar a presença de endocardite infecciosa e também são os critérios mais comumente encontrados na prática médica. Em nossa casuística, os critérios menores, isoladamente, não confirmariam o diagnóstico, uma vez que poucos pacientes apresentaram outras características além da febre. Entretanto, a presença de febre e a suspeita clínica nos fizeram solicitar o Ecodopplercardiograma e as hemoculturas. Portanto, os cardiologistas devem estar atentos e utilizar os critérios de Duke para fazer um diagnóstico correto e assim tratar o paciente o mais rápido possível, evitando as complicações futuras e o óbito.

Referências Bibliográficas: 1. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM). *Eur Heart J*. 2015;36(44):3075-3128. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv319>. 2. Baddour LM, Wilson WR, Bayer AS, et al. Infective Endocarditis in Adults: Diagnosis, Antimicrobial Therapy, and Management of Complications: A Scientific Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association. *Circulation*. 2015 Oct 13;132(15):1435-86. doi: 10.1161/CR.0000000000000296. Epub 2015 Sep 15. 3. Bor DH, Woolhandler S, Nardin R, Brusch J, Himmelstein DU. Infective Endocarditis in the U.S., 1998-2009: A Nationwide Study. *PLOS One*. 2013; 8(3): e60033. Published online 2013 Mar 01. doi: 10.1371/journal.pone.0060033.

Tabela 1- Critérios de Duke	Gravidade
1. Febre	Grande
2. Alterações hemodinâmicas	Grande
3. Alterações de função renal	Grande
4. Alterações de função hepática	Grande
5. Alterações de função pulmonar	Grande
6. Alterações de função cardíaca	Grande
7. Alterações de função neurológica	Grande
8. Alterações de função hematológica	Grande
9. Alterações de função imunológica	Grande
10. Alterações de função endócrina	Grande
11. Alterações de função reprodutiva	Grande
12. Alterações de função sensorial	Grande
13. Alterações de função motora	Grande
14. Alterações de função intelectual	Grande
15. Alterações de função emocional	Grande
16. Alterações de função social	Grande
17. Alterações de função cultural	Grande
18. Alterações de função religiosa	Grande
19. Alterações de função política	Grande
20. Alterações de função econômica	Grande
21. Alterações de função jurídica	Grande
22. Alterações de função científica	Grande
23. Alterações de função artística	Grande
24. Alterações de função literária	Grande
25. Alterações de função filosófica	Grande
26. Alterações de função histórica	Grande
27. Alterações de função geográfica	Grande
28. Alterações de função biológica	Grande
29. Alterações de função física	Grande
30. Alterações de função química	Grande
31. Alterações de função matemática	Grande
32. Alterações de função lógica	Grande
33. Alterações de função ética	Grande
34. Alterações de função estética	Grande
35. Alterações de função política	Grande
36. Alterações de função econômica	Grande
37. Alterações de função jurídica	Grande
38. Alterações de função científica	Grande
39. Alterações de função artística	Grande
40. Alterações de função literária	Grande
41. Alterações de função filosófica	Grande
42. Alterações de função histórica	Grande
43. Alterações de função geográfica	Grande
44. Alterações de função biológica	Grande
45. Alterações de função física	Grande
46. Alterações de função química	Grande
47. Alterações de função matemática	Grande
48. Alterações de função lógica	Grande
49. Alterações de função ética	Grande
50. Alterações de função estética	Grande
51. Alterações de função política	Grande
52. Alterações de função econômica	Grande
53. Alterações de função jurídica	Grande
54. Alterações de função científica	Grande
55. Alterações de função artística	Grande
56. Alterações de função literária	Grande
57. Alterações de função filosófica	Grande
58. Alterações de função histórica	Grande
59. Alterações de função geográfica	Grande
60. Alterações de função biológica	Grande
61. Alterações de função física	Grande
62. Alterações de função química	Grande
63. Alterações de função matemática	Grande
64. Alterações de função lógica	Grande
65. Alterações de função ética	Grande
66. Alterações de função estética	Grande
67. Alterações de função política	Grande
68. Alterações de função econômica	Grande
69. Alterações de função jurídica	Grande
70. Alterações de função científica	Grande
71. Alterações de função artística	Grande
72. Alterações de função literária	Grande
73. Alterações de função filosófica	Grande
74. Alterações de função histórica	Grande
75. Alterações de função geográfica	Grande
76. Alterações de função biológica	Grande
77. Alterações de função física	Grande
78. Alterações de função química	Grande
79. Alterações de função matemática	Grande
80. Alterações de função lógica	Grande
81. Alterações de função ética	Grande
82. Alterações de função estética	Grande
83. Alterações de função política	Grande
84. Alterações de função econômica	Grande
85. Alterações de função jurídica	Grande
86. Alterações de função científica	Grande
87. Alterações de função artística	Grande
88. Alterações de função literária	Grande
89. Alterações de função filosófica	Grande
90. Alterações de função histórica	Grande
91. Alterações de função geográfica	Grande
92. Alterações de função biológica	Grande
93. Alterações de função física	Grande
94. Alterações de função química	Grande
95. Alterações de função matemática	Grande
96. Alterações de função lógica	Grande
97. Alterações de função ética	Grande
98. Alterações de função estética	Grande
99. Alterações de função política	Grande
100. Alterações de função econômica	Grande

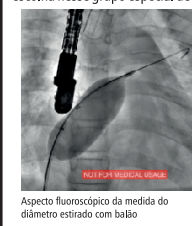
EP 124

FECHAMENTO PERCUTÂNEO DE CIA OSTIUM SECUNDUM (CIA OS) COM PRÓTESE AMPLATZER EM CRIANÇAS MENOR QUE 20 KG

OLIVEIRA, EDMUNDO CLARINDO; MOURA, MAG; BARBOSA, JAA; KATINA, T

FELÍCIO ROCHO, HC-UFMG, VILA DA SERRA, BELO HORIZONTE MG, BRASIL.

O fechamento percutâneo da comunicação interatrial (CIA) ostium secundum (OS) tem sido o método de escolha devido o alto índice de sucesso e por apresentar baixa morbimortalidade. Essa técnica, entretanto, requer mais cuidados em crianças com peso menor que 20 kg por apresentarem maior risco de complicações. Objetivos: Apresentar a experiência do serviço com o fechamento percutâneo da CIA nesse grupo de pacientes. Método: Entre Março de 2010 e Abril de 2018, 69 crianças com diagnóstico de CIA OS com peso menor que 20 kg foram submetidas ao fechamento percutâneo. O motivo para a indicação do procedimento foi a presença de repercussão hemodinâmica importante. Todos os pacientes receberam Ácido Acetil Salicílico (AAS) na dose de 3-5 mg/kg/dia, iniciado uma semana antes e mantido, como a recomendação de profilaxia para endocardite, por seis meses após o procedimento. Os procedimentos foram realizados sob anestesia geral, com dose única de cefazolina administrada quando obtido o acesso venoso periférico e guiados por ecocardiograma transesofágico (ETE) utilizando a sonda infantil ou ecocardiograma transtorácico (ETT). Resultados: Houve sucesso em 100% dos casos. Peso variou de 4,5 kg a 20kg, com 17 pacientes com menor que 10kg. A menor e a maior prótese implantada foram as com tamanho de 14 e 28 mm respectivamente (m=18). A relação prótese/peso foi menor que 1 em 10 pacientes (14,5%) e maior que 1 em 59 (85,5%), respectivamente. Foi observado taquicardia supraventricular em três pacientes (4,3%); sendo convertida com adenosina em um e com amiodarona venosa em dois pacientes. Sete pacientes (10%) apresentaram cefaleia com duração de 7 a 25 dias. Ausência de shunt residual em 67 pacientes (97,0%), e shunt residual pequeno em dois (3,0%). As câmaras cardíacas direitas normalizaram em todos os pacientes entre 6 a 12 meses após o procedimento. Conclusão: O fechamento percutâneo do CIA OS em crianças pesando menos que 20 kg é indicado quando há repercussão hemodinâmica importante ou quando a comunicação apresenta aumento progressivo de tamanho. Nessas circunstâncias, o tamanho da CIA pode ser desproporcional ao peso da criança, levando a um maior risco de complicações durante o procedimento. Nessa série de casos, os procedimentos foram realizados com sucesso em todos os pacientes sem maiores complicações. Em nossa opinião, a oclusão percutânea de CIA OS é um método seguro, devendo ser o tratamento de escolha nesse grupo especial de pacientes.



Aspecto fluoroscópico da medida do diâmetro estirado do balão



Aspecto fluoroscópico de prótese Amplatzer liberada

EP 125

TAQUICARDIOMIOPATIA: PERFIL CLÍNICO, TRATAMENTO E EVOLUÇÃO DE UMA SÉRIE DE CASOS.

ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA, ISABELLA CAPOBIANGO RODRIGUES, MARIANA ALVES GOMES, RAÍSSA ALVES PINTO MOURA.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Taquicardiomiopatia (TMP) é um quadro de disfunção sistólica ventricular esquerda induzida ou mediada por arritmia persistente, com alta frequência cardíaca (FC) e/ou com assincronia ventricular. A primeira descrição foi em 1913 por Gossage. Sua incidência é estimada entre 8% e 28% (parataquicardiassupraventriculares) e até 34% (para extrasístoles ventriculares) 24% do total de complexos QRS). É necessário um alto índice de suspeição para seu diagnóstico e abordagem racional. Objetivo: Descrever o perfil clínico e verificar o tratamento e a evolução de uma série de casos de pacientes (pts) com TMP. Método: Entre pts sem disfunção ventricular prévia, foram identificados 9 pts com TMP, os quais foram submetidos à avaliação clínica e complementar, ao tratamento e ao seguimento clínico. Resultados: (tabela) As arritmias determinantes da disfunção ventricular foram fibrilação atrial com alta resposta ventricular em 6 pts (66,6%); taquicardia atrial incessante em 2 e extrasístoles ventriculares frequentes em um paciente. Todos os pts foram tratados com inibidor da enzima de conversão. Para controle da FC, todos foram tratados com betabloqueador, e 6 em associação com digoxina. A modarona foi usada por 2pts. Foi feita ablação de foco de taquicardia atrial com sucesso em uma paciente e foi necessário implante de marca-passo em modo VVI e ablação do nó atrio ventricular em outra paciente com fibrilação atrial permanente. Houve somente uma recorrência. Após tempo médio de 29,4 meses, a média da FC foi de 78bpm (p=0,001, teste t pareado) e houve melhora clínica de todos os pts (p<0,0001 para dasse funcional). Apesar do incremento da função ventricular (aumento médio de 11,9% da FE), 3pts ainda apresentaram disfunção ventricular (média da FE de 0,46 de toda casuística), os quais apresentaram comorbidades adicionais durante tempo de seguimento de 66,6 meses.

Discussão: Na literatura, há estudos retrospectivos com casuística pequena ou relatos de casos de TMP, que pode ocorrer em crianças e adultos. Seu diagnóstico e tratamento proporcionam sua reversão em cerca de 6 meses, tempo inferior ao do presente estudo. Pode ocorrer melhora dos sintomas sem recuperação da FE. Conclusão: Nesta casuística, a principal causa de TMP foi a fibrilação atrial com alta resposta ventricular. Similar à descrição da literatura, houve remissão dos sintomas como controle da FC ou do ritmo. Referência Bibliográfica: 1. Gopinathan R, Etheridge SP, Marchinski FE, et al. Arrhythmia-Induced Cardiomyopathy: Mechanisms, Recognition, and Management. J Am Coll Cardiol. 2015; 66(15): 1714-28. 2. Martin CA, Lambase PO. Pathophysiology, diagnosis and treatment of tachycardiomyopathy. Heart. 2017; 103(19): 1543-1552. 3. Panizo JG, Barra S, Mellor G, Heck P, Aguiar IS. Premature Ventricular Complex-Induced Cardiomyopathy. Arrhythm Electrophysiol Rev. 2018; 7(2): 128-134.

Tabela 1 Características gerais da casuística.

Variáveis	Média ± DP	Varição
Idade (anos)	57,1 ± 21,1	6 - 79
Sexo feminino	5	
IMC (kg/m²)	24,5 ± 5,4	17,3 - 31,2
FC inicial (bpm)	117,4 ± 27,8	88 a 185
PA (mmHg)	114,4/12,4	84-182/50-92
AE (mm)	43,2 ± 10,0	27 - 55
FE inicial	0,35 ± 0,6	0,25 - 0,47
VE (diastólico/sistólico) mm	55,5/43,1	39-65/30-94
PASP (mmHg)	29,2 ± 7,4	15 - 39
FC final	78,1 ± 11,1	64 - 98
FE final	0,46 ± 0,17	0,23 - 0,73

DP: desvio padrão; IMC: índice de massa corporal; FC: frequência cardíaca; PA: pressão arterial; AE: diâmetro do atrio esquerdo; FE: fração de ejeção do ventrículo esquerdo; VE: diâmetro do ventrículo esquerdo; PASP: pressão sistólica da artéria pulmonar.

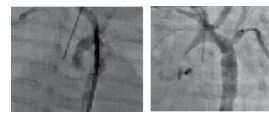
EP 126

TRATAMENTO INTERVENCIÓNISTA EM CRIANÇAS ABAXO DE 4 KG

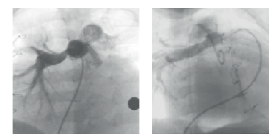
OLIVEIRA, EDMUNDO CLARINDO; MOURA, MAG; BARBOSA, JAA; KATINA, T

FELÍCIO ROCHO, HC-UFMG, VILA DA SERRA, BELO HORIZONTE MG, BRASIL.

As intervenções percutâneas em crianças menores de 4 kg constituem um desafio devido a maior dificuldade dos acessos vasculares, por serem indicadas em casos graves e pelo maior risco de complicações. Objetivo: Descrever a experiência do serviço com o tratamento percutâneo nesse grupo especial de pacientes usando diversas técnicas e materiais. Método: 54 pacientes com peso menor que 4 kg foram submetidos a intervenção entre janeiro de 2010 a abril de 2018: atresia septostomia em 19 pacientes; valvuloplastia pulmonar em estenose pulmonar crítica em 14; perfuração e dilatação de anel valvar pulmonar em 3 pacientes com atresia pulmonar sem CIV, implante de STENT em canal arterial em 7 pacientes, retirada de corpo estranho em 1; fechamento de canal arterial patente (PCA) em 03; implante de stent na VSVD em 02, oclusão de comunicação sistêmico/pulmonar em 03; tratamento da coarctação de aorta em 04; implante de STENT em ramos pulmonares ou VCS em 05 pacientes, fechamento da CIA em 2, STENT em PCA por punção de veia hepática em 01 paciente. Resultados: O peso variou de 960 a 4800 g, sendo 3 pacientes com menos de 1 kg; 21 pacientes entre 1 e 2,5 kg e 27 pacientes com peso entre 2,5 a 4,0 Kg. Os procedimentos foram realizados com sucesso em 88% casos. Dois pacientes com atresia pulmonar sem comunicação interventricular necessitaram intervenção cirúrgica e um paciente com hipoplasia de VE, com 960 gramas, com procedimento realizado por punção da veia hepática, faleceu três dias após o procedimento. Conclusão: A disponibilidade de novos materiais e experiência crescente dos intervencionistas, associados à facilidade de troca de opiniões com especialistas de todo o mundo, tem permitido que diversos tipos de intervenções possam ser realizados mesmo em pacientes de baixo peso e portadores de cardiopatias graves e de alto risco para cirurgia. O sucesso depende do planejamento em conjunto com toda a equipe responsável, incluindo o cardiologista pediátrico, o intensivista, intervencionista e o cirurgião.



Angioplastia com stent em tratamento de Coarctação de Aorta em RN com instabilidade hemodinâmica



Stent em VSVD em paciente com Tetralogia de Fallot com ramos pulmonares hipoplásicos

Angioplastia com stent em ramo pulmonar direito

EP 127

ANÁLISE DOS CASOS E EVOLUÇÃO INTRA-HOSPITALAR DOS PACIENTES SUBMETIDOS A ABLAÇÃO ALCOÓLICA NA MIOCARDIOPATIA HIPERTROFÍCA OBSTRUTIVA

MARIA DO CARMO RABELO ALVIM RODRIGUES¹, KÉNNYA GONÇALVES CAPANEMA¹, VINÍCIUS RIBEIRO SILVA¹, HUMBERTO RODRIGUES PARREIRA¹, THALES LOPES GOMES PINTO FERREIRA¹, FERNANDA OLIVEIRA LOPES¹, WALTER RABELO¹, MARCOS ANTÔNIO MARINO¹, ROBERTO LUIZ MARINO¹, BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO^{1,2}

1-HOSPITAL MADRE TERESA -BELO HORIZONTE -MINAS GERAIS 2-FACULDADE DE MEDICINA -PUC-BETIM

A ablação septal alcoólica (ASA) introduzida em 1994 é uma alternativa a miectomia em centros experientes, para os pacientes com miocardiopatia hipertrofica obstrutiva (MCHPO) com sintomas refratários ao tratamento medicamentoso. Objetivos: Descrever as características clínicas, técnicas do procedimento e evolução intra-hospitalar dos casos de MCHPO refratários ao tratamento clínico, submetidos à ASA. Método: Análise descritiva dos dados dos pacientes submetidos à ASA em nosso serviço no período de 2013 a 02/17. Resultados: Realizados oito procedimentos, os pacientes se encontravam em otimização terapêutica e queixavam de sintomas anginosos e dispnéia grau III. Todos realizaram cateterismo prévio para avaliar possibilidade de terapia com ablação alcoólica e apresentavam 1º ramo septal de grande calibre. O procedimento foi realizado com ECOTÉ transoperatório, passado um fio-guia no primeiro ramo septal de maior calibre, sobre o qual foi aplicado um cateter-balão e foi passado fio de marca passo temporário que permaneceu por 48 horas no caso de ausência de complicações. Todos os pacientes foram encaminhados para unidade coronariana onde foram realizados ECG seriados e curva de marcadores de necrose. A média de idade 55 anos ± 18 e 50% sexo feminino. Em relação aos gradientes ao ECO, a mediana do gradiente de obstrução da via de saída pré-procedimento foi de 60 (50-88)mmHg e pós 21 (10-36)mmHg. Ao cateterismo tivemos uma mediana do gradiente pré de 65 (30-108)mmHg e pós de 15 (2-46)mmHg. Ocorreu bloqueio de ramo direito em dois pacientes. Após procedimento, 80% evoluíram em classe funcional I e 20% dasse funcional II. Dois pacientes previamente portadores de CDI apresentaram episódios de taquicardia ventricular (TV) cerca de 12 horas após o procedimento, revertida com sucesso. Não ocorreram óbitos. Discussão: Dados de estudos não randomizados mostram que a redução do gradiente e dos sintomas após ASA é semelhante à miectomia. As complicações mais comuns descritas estão ligadas ao sistema de condução, como BAV de primeiro grau (53% dos pacientes), BAV transitório (5-20%), BRD (50-80%) e indicação de marca-passo definitivo em 5-12%. Mortalidade e infarto da artéria descendente anterior são complicações em geral raras. Quanto aos resultados, espera-se redução do gradiente em mais de 90% dos pacientes, associado à melhora significativa dos sintomas e da capacidade de exercício. Conclusão: A ASA é uma alternativa a miectomia em centros experientes para tratamento dos pacientes que permanecem sintomáticos, apesar do tratamento clínico, tendo bons resultados a curto e médio prazo. Referências Bibliográficas: Authors/Task Force members, Elliott PM, Anastakis A, et al. 2014 ESC Guide lines on diagnosis and management of hypertrophic cardiomyopathy: the Task Force for the Diagnosis and Management of Hypertrophic Cardiomyopathy of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2014; 35:2733. 2. Stegenga RC, Damman K, Balt JC, et al. Periprocedural complications and long-term outcome after alcohol septal ablation versus surgically ectomy in hypertrophic obstructive cardiomyopathy: a single-center experience. JACC Cardiovasc Interv. 2014; 7(12): 1227. 3. Veselka J, Jensen MK, Liebig M, et al. Long-term clinical outcome after alcohol septal ablation for obstructive hypertrophic cardiomyopathy: results from the Euro-ASA registry. Eur Heart J 2016; 37: 1517.



Figura 1 e 2: 1º ramo septal antes e depois ASA.

EP 128

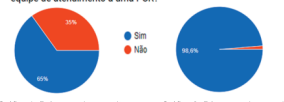
CAPACITAÇÃO CONTINUADA PARA MÉDICOS E EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA O ATENDIMENTO DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NO HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO

MELLO MMS / BRAGANÇA RD; BARBOSA LFP; DE PAULA CR; COLARES RP; MELLO IS

HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - HGIP/IPSEMG

Por parada cardiorrespiratória (PCR), entende-se a súbita cessação da atividade cardíaca, com a vítima evoluindo para irresponsabilidade. Geralmente a equipe multiprofissional é a responsável pelo primeiro atendimento desses casos em um ambiente intra-hospitalar. Entretanto, em muitas das vezes, o atendimento a PCR não segue os protocolos preconizados pela American Heart Association (AHA) e a dinâmica de atendimento em equipe encontra-se pouco estruturada, trazendo tensão e desorganização ao atendimento à PCR. Objetivos: Avaliar se o treinamento teórico-prático integrado de médicos e enfermeiros é capaz de melhorar o atendimento integrado a PCR na salas de enfermagem do HGIP por meio da avaliação de questionário pré-capacitação e pós-capacitação. Método: Trata-se de um estudo prospectivo quase experimental que incluiu médicos e equipe de enfermagem atuantes nas salas das enfermarias do HGIP. Foi aplicado um questionário pré-capacitação aos profissionais participantes, composto por questões objetivas e subjetivas relacionadas à PCR. Em seguida, todos foram submetidos ao treinamento realístico dividido em duas fases, em que foram abordados e treinados os principais conceitos da ressuscitação cardiopulmonar, de forma integrada. Finalizado o curso de capacitação, os profissionais foram submetidos ao questionário pós-treinamento, com questões semelhantes ao questionário inicial. Resultados: Ao fim do projeto, 151 profissionais da equipe de enfermagem completaram o curso. Houve baixa adesão dos médicos, com 37 participantes total. Foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis do estudo, por meio de distribuição de frequência absoluta e relativas respostas ao questionário (gráfico e tabelas). Conclusão: Ao se comparar os dois questionários, constatou-se que houve mudanças estatisticamente significantes nas respostas dos participantes após a capacitação: Maior percentual de respostas positivas para as questões subjetivas e maior percentual de acertos para as questões objetivas. Além disso, o treinamento integrado de médicos e enfermeiros trouxe melhorias no atendimento a PCR no HGIP, o que reforça a ideia de que o projeto se torne um curso de capacitação continuada, permitindo que o domínio de habilidades e procedimentos seja cada vez maior e que o atendimento integrado seja realizado de modo dinâmico e organizado. Referências Bibliográficas: 1. Kleinman et al. Part 5: adult basic life support and cardiopulmonary resuscitation quality: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care, Circulation, 2015; 132: 2. Link et al. Part 7: adult advanced cardiovascular life support: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care, Circulation, 2015; 132 (suppl2): S444-S464.

No presente momento, você se sente apto a fazer parte de uma equipe de atendimento a uma PCR?



Questões	Positivas (%)	Neutras (%)	Negativas (%)	p-valor			
3	51,6	80	20,9	13,3	27,4	6,7	<0,001
4	57,3	85,3	21,6	10	21,1	4,7	<0,001
5	27,5	54,7	23,4	18	45,1	27,3	<0,001
Total	45,3	73,3	22	13,8	32,7	12,9	<0,001

Tabela 1 - Análise comparativa entre as respostas subjetivas dos questionários pré-capacitação e pós-capacitação.

Questões	Acertos pré (%)	Acertos pós (%)	p-valor
1	96,2%	100%	<0,001
2	86,2%	97,4%	<0,001
3	38,3%	81,1%	<0,001
4	70,5%	82%	0,006
5	51,9%	63,5%	<0,001
6	60,8%	89,2%	<0,001
Total	68,1%	85,6%	<0,001

Tabela 2 - Análise comparativa entre as respostas objetivas dos questionários pré-capacitação e pós-capacitação.

EP 129

CUSTO TOTAL E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO HOSPITALAR DE INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM MG: COMPORTAMENTO NOS ÚLTIMOS 10 ANOS

MACHADO, L. R. D., VICTORIA, F. R. E., OLIVEIRA, F. A., CHAVES, C. V. S., BITTENCOURT, Y. S., MORAES, T. C., CASTRO, C. Z., GUANDALINI, G., ROCHA, M. M.

HOSPITAL VILA DA SERRA - NOVA LIMA - MG

A doença coronariana é a maior causa de morte e morbidade nos países desenvolvidos. Em caráter mundial e no Brasil, as doenças cardiovasculares, incluindo o infarto agudo do miocárdio (IAM), representam um importante problema de saúde pública com altas taxas de incidência e mortalidade. Apesar da redução da mortalidade nas últimas décadas ser evidente, ela é menos expressiva em países em desenvolvimento. No Brasil, esse acesso é difícil e envolve uma rede ampla de cuidado, desde planos de prevenção primária, ao contato final com unidades de pronto atendimento, serviço de transporte de emergência e hospital com serviços de hemodinâmica e de terapia intensiva. Objetivo: Levantar dados acerca das internações devido a IAM e dessa maneira mensurar seu impacto no sistema de saúde público mineiro. Método: Estudo ecológico descritivo, em série temporal, feito a partir de dados obtidos no Sistema de informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram coletadas variáveis relativas à morbidade hospitalar por IAM compreendendo o código CID-10 I21 de pacientes com idade maior de 20 anos no período de 2008 a 2017 em Minas Gerais. Variáveis analisadas: número de internações, valor total, valor médio por internação, média de permanência e taxa de mortalidade. Resultados: No período analisado foram registrados 108.342 internações, o que gerou um custo de 418 milhões de reais. O tempo médio de internação foi de 7 dias, tendo um custo médio de R\$ 3.864,01 por internação. No ano de 2008, o valor médio da internação foi de R\$ 2.524,06, enquanto que no ano de 2017, o valor aumentou para R\$ 4.722,21. O número de internações demonstrou aumento de 66,7% se equiparando ao aumento anual médio de 53,4% no custo das internações. A taxa de mortalidade foi de 10,38%, com diminuição média de mortalidade por grupo etário de 3,31%. O gênero masculino representou 64,7% das internações. A faixa etária dos 50 a 69 anos concentrou 54% de todas as internações. O presente estudo demonstrou um número crescente de internações/ano por IAM de 2008 a 2017 e o consequente aumento dos custos gerados pelas hospitalizações. Predominância da patologia no sexo masculino e da faixa etária entre 50 e 69 anos. Esses resultados mostram a importância de mais debates e planos de ações que podem efetivamente diminuir a carga de doença relativa ao IAM no Brasil. Conclusão: O investimento adequado em medidas preventivas das doenças cardiovasculares e o conhecimento do perfil epidemiológico dos doentes são importantes para redução do número de internações e sua duração. Referências Bibliográficas: Mansur, A.F. Favaretto, D. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. Arq Bras Cardiol. 2012; Marcolino, M.S., Brant, L.C.C., Araújo, J.G., Nascimento, B.R., Castro, L.R.A., Martins, R., Lodi-Junqueira, L., Ribeiro, A.L. Implantação da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio no Município de Belo Horizonte Ribeiro, R.A., Mello, R.G.B., Melchior, R., Dill, J.C., Hohmann, C.B., Lucchese, A.M., Stein, R., Ribeiro, J.P., Polanczyk, C.A. Custo Anual do Manejo da Cardiopatia Isquêmica Crônica no Brasil. Perspectiva Pública e Privada, Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 85, Nº 1, Julho 2005 Sanchez-Gomara F, Perez-Quilis C, Leischik R, Lucia A. Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. Ann Transl Med. 2016



Gráfico 1: Custo total de mortalidade devido a IAM por faixa etária



Gráfico 2: Número de internações e taxa de mortalidade devido a IAM

EP 130

FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES RELACIONADOS COM A FIBRILAÇÃO ATRIAL EM UMA COORTE PROSPECTIVA

LAÍS TOLEDO DE VASCONCELOS/ EPOTAMENIDES M. GOOD GOD, EDITH MARCIA VALADARES SILVA, RAFAELLA SIMÕES MOREIRA, RAFAEL PORTO SILVA

HOSPITAL SOCOR

A fibrilação atrial (FA) é a arritmia sustentada mais comum na prática clínica. Apesar dos progressos ocorridos no manejo do paciente com FA, essa arritmia permanece como uma das maiores causas de acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiência cardíaca (IC), com um elevado custo sócio-econômico. Sua prevalência é maior nos idosos e em pacientes com fatores de risco como hipertensão (HAS), obesidade, doença arterial coronariana (DAC), diabetes mellitus (DM), entre outros. Métodos: A partir do levantamento de prontuários de pacientes portadores de FA em acompanhamento regular, foram coletados dados de Janeiro de 2017 a Abril de 2018, por meio do preenchimento de um questionário elaborado que englobava as principais características clínicas comorbidades de pacientes com FA. A análise dos dados nessa coorte, permitiu a análise da prevalência dos fatores de risco FA-relacionados, na população estudada. Discussão: A FA é uma condição clínica cuja incidência tem aumentado com o envelhecimento populacional. É também uma doença potencialmente prevenível sendo, portanto, necessário atuarmos fatores de risco FA-relacionados. Fatores de risco como idade > 65 anos, HAS, DM, foram observados nesta coorte, estando os indivíduos, previamente ao início do acompanhamento, sem um controle adequado. O presente estudo envolve um número pequeno de pacientes, mas os dados encontrados estão de acordo com a maioria dos estudos epidemiológicos já realizados para avaliação de condições de risco relacionadas a FA. Conclusão: 1) É necessário reconhecer o impacto da abordagem adequada dos fatores de risco cardiovasculares modificáveis, no paciente com FA. 2) O manejo apropriado das doenças cardiovasculares, tem se mostrado elemento central no manejo da FA. 3) Atuar na prevenção de fatores de risco para FA deve fazer parte da estratégia primária de tratamento desta arritmia. Referências Bibliográficas: 1. KIRCHHOFF, Paulus et al. ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. European Heart Journal. Oxford, v. 37, n. 38, p.2893-2962, 27 Aug. 2016. 2. HAHA, Muel et al. Prevalence, Incidence, Management and Outcome of a Large Contemporary Cohort of Patients With Incident Non-Valvular Atrial Fibrillation. Journal Of The American Heart Association, Dallas, p.1-12, 16 Mar. 2015. 3. Furberg CD, Psaty BM, Manolio TA, Gardin JM, Smith VE, Rautaharju PM. Prevalence of atrial fibrillation in elderly subjects (the Cardiovascular Health Study). Am J Cardiol. 1994;74:236-241

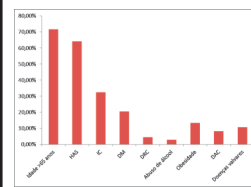


Fig. 1. Fatores de risco relacionados à FA na coorte apresentada.

EP 131

SEGURANÇA A MÉDIO/LONGO PRAZO DA RESERVA DE FLUXO FRACIONADO (FFR) COM VALOR > 0,8

LOPES, LFC¹; ARAÚJO, VPRJ¹; M. ESTEVES²; FILHO, UL²; MELO, RA²; FILHO, AL²; RABELLO, RR¹.
1. MÉDICO RESIDENTE EM CARDIOLOGIA; 2. CARDIOLOGISTA INTERVENCIÓNISTA; 3. CIRURGIÃO CARDIOVASCULAR. HOSPITAL VERA CRUZ

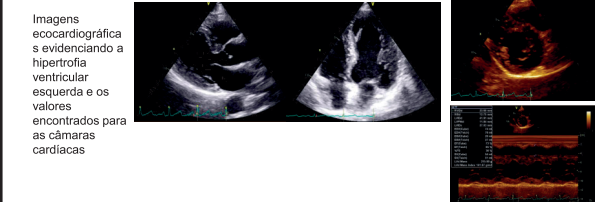
A revascularização miocárdica percutânea ou cirúrgica deve ser indicada para reduzir a obstrução ao fluxo coronário documentada, que gere isquemia miocárdica. Os exames não invasivos e a coronariografia falham, no entanto, ao não mostrar a importância funcional da estenose coronariana. O FFR (reserva de fluxo fracionado) é considerado o padrão ouro para isquemia em relação ao vaso alvo. Os dados na literatura mundial têm sido cada vez mais robustos. No nosso meio, este método vem ganhando força, mas ainda é pouco utilizado. FFR é a relação da pressão média distal à estenose presente dividido pela média da pressão da aorta, durante hiperemia máxima. Objetivo: Mostrar a segurança, a médio/longo prazo, dos pacientes submetidos a reserva de fluxo fracionado (FFR) > 0,8. Método: Trata-se de estudo retrospectivo de pacientes submetidos ao FFR, no período de 28/09/2011 a 13/04/2018, englobando 140 pacientes, num total de 176 lesões avaliadas. Foram avaliados quanto aos eventos maiores: acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM), nova revascularização e morte. O acompanhamento foi realizado por contato telefônico. O período médio de acompanhamento foi de 2,66 anos. Resultados: Foram 04 óbitos nos pacientes do grupo com ≤ 0,8, sendo dois óbitos em pacientes com complicações relacionadas a doença oncológica e os outros dois relacionados a complicações de pós-operatório tardio de CRVM. No grupo de pacientes com FFR > 0,8 foram quatro óbitos. Dois óbitos em pacientes com complicações relacionadas a doença oncológica. Um óbito relacionado a pneumopatia e uma paciente que apresentou morte súbita. Um paciente com FFR negativo apresentou episódio de angina instável, com nova coronariografia semelhante à prévia. Mantida a opção por terapia médica. Conclusão: A reserva de fluxo de fracionado mostrou-se segura a médio prazo para a definição da importância da funcionalidade da obstrução coronariana pela angiografia e a definição da presença ou não de isquemia. Os pacientes com FFR com resultado maior que 0,8 tiveram uma boa evolução clínica, sendo segura a não revascularização. Referências Bibliográficas: Pijls NH et al. Percutaneous coronary intervention of functionally nonsignificant stenosis: 5-year follow-up of the DEFER Study. J Am Coll Cardiol. 2007. • Tonino PA et al. Fractional flow reserve versus angiography for guiding percutaneous coronary intervention. N Engl J Med. 2009. • De Bruyne B et al. Fractional Flow Reserve - guided PCI versus Medical Therapy in Stable Coronary Artery Disease. N Engl J Med. 2012.

EP 132

SÍNDROME DE ERDHEIM-CHESTER/RELATO DE CASO

VICTOR MATOS / LORENA FONSECA, CAROLINA GALVÃO, GUSTAVO OLIVEIRA, BRUNO BEATO
HOSPITAL FELÍCIO ROCHO

A síndrome de Erdheim-Ches ter é uma disfunção histiocitária que pode acometer diversos tecidos com acúmulo de substância xantomatosa associado a fibrose. É uma doença rara e de incidências conhecida com menos de 500 casos descritos na literatura, ocorre geralmente aos 40 anos e é mais comum em homens. O sintoma mais comum é dor óssea, aproximadamente metade dos pacientes tem manifestações extra esqueléticas incluindo exoftalmia, xantelasma, doença pulmonar intersticial, fibrose retroperitoneal com obstrução perirrenal ou ureteral, insuficiência renal, diabetes insípido e envolvimento dos sistema nervoso e cardiovascular. O acometimento cardiovascular é verificado na maioria dos pacientes e pode variar de anormalidades valvares a alterações vasculares como fibrose periaórtica. Os achados mais comuns ao exame de imagem é a infiltração de câmaras direitas, pode ocorrer ainda tumor no átrio esquerdo, insuficiência cardíaca e infarto do miocárdio. A falta de conhecimento dos mecanismos patogênicos, resulta na falta de um tratamento com eficácia comprovada. Descrição de Caso: Paciente de 43 anos, diabética, hipertensa, tabagista, avaliada com quadro de dor em região de quadril direito com irradiação até joelho, com evolução de seis meses, evoluindo com limitação para a deambulação e marcha claudicante. Realizada cintilografia óssea que evidenciou hiperemia em fêmures associada a áreas de aumento da osteogênese, com aparentes áreas de lise associadas, localizadas em úmeros e fêmures. Paciente foi submetida à biópsia de lesão de úmero sendo evidenciado grande número de histiócitos xantomatosos compatível com doença de Erdheim-Chester. Foi submetida a tratamento cirúrgico da lesão, atualmente mantém dor local com uso de analgesia contínua. Não apresentou sintomas cardiovasculares, nega dispnéia e dor torácica, mantendo uso regular de anti-hipertensivos propranolol 40mg e hidroclorotiazida 25mg. Ecocardiograma a evidenciou hipertrofia das paredes do ventrículo esquerdo de grau moderado com aspecto infiltrativo, função sistólica preservada, strain longitudinal -22,7% com redução da deformação anteroseptal, inferoseptal e posterior, disfunção diastólica grau I. Sem história familiar da doença. Conclusão: A síndrome de Erdheim-Chester é uma doença pouco prevalente e ainda sem tratamento eficaz. É importante a divulgação e exposição de casos raros para aumento das taxas de diagnóstico e, assim, aumentar as pesquisas em terapêutica. Referências Bibliográficas: Jacobsen, Eric. Erdheim-Chester disease. In: Up To Date, Post, TW (Ed). Up To Date, Waltham, MA, 2017. HESSEL, Fernando Fernandez et al. Doença de Erdheim-Chester: relato de dois casos. Radiol Bras [online]. 2009; vol.42, n.4 (fev) 2018:07-16. pp.267-269.



EP 133

DISSECÇÃO ESPONTÂNEA DE CORONÁRIAS - ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA EM UMA SÉRIE DE CASOS.

DÉBORA BERTOLIN DUARTE; YORGHOS MICHALAROS; CLÁUDIA LOURES DE ASSIS; CAMILA ABRAHÃO LISBOA; CLÁRICE MOURA MATA MACHADO; LUIZ AUGUSTO ALVARENGA ANDRADE

CLÍNICA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DO HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO (HGIP) E CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS-IPSEMG/ SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL JOÃOXXIII -HEMIG.

A dissecção espontânea decoronária (DEC) é uma causa rara (0.1 a 0.4% dos casos) de síndrome coronariana aguda (SCA), não relacionada à aterosclerose, trauma ou iatrogenia. Seu mecanismo não é totalmente esclarecido, a maioria dos pacientes não apresenta fator de risco para doença coronariana. Mais comum em mulheres, menores que 50 anos, em 43% dos casos relacionada ao puerpério. Em relação à localização, a artéria mais acometida é a descendente anterior (DA). A apresentação clínica usual é a de uma SCA, 95% dos casos com dor torácica típica ou atípica e aumento dos marcadores de necrose. O diagnóstico é confirmado durante a angiografia (AG). A.C.R.A., 48 anos, feminina, com história prévia de DCE de coronária direita (CD). À admissão, queixa de dor torácica à direita com irradiação cervical. Eletrocardiograma (ECG) no primeiro atendimento com inversão de onda T de V1-V5 e troponina acima do percentil 99. Cateterismo (CATE) evidenciou stents prévios e presença de dissecção envolvendo a CD (Fig.1). Adotada conduta conservadora. V.J.A., 79 anos, feminina, admitida com quadro de dispnéia há 2 dias. ECG com supra de ST, maior que 1mm, em parede anterior e troponina acima do percentil 99. CATE mostrando DA com obstrução de 70% e imagem sugestiva de dissecção em seu terço distal (Fig.2), CD com obstrução de 80% em seu terço proximal. Implantado stent em CD e optado por tratamento clínico da dissecção em DA. M.S.M.O., 49 anos, feminina, admitida com dor precordial, com irradiação para região mediolateral esquerdo. ECG sem alterações de troponina acima do percentil 99. CATE evidenciou, no primeiro ramo ventricular posterior da circunflexa, sub oclusão no terço inicial e lesão sugestiva de DCE em ramo marginal (Fig.3). Implanta do stent farmacológico. Discussão: O diagnóstico de DCE se dá na maioria das vezes durante AG. O tratamento ideal ainda não foi oficialmente estabelecido, e as principais terapias relatadas na literatura são: conservadora, ICP, cirurgia de revascularização miocárdica (CRMV), manejo do sistema fibrinolítico, suporte mecânico hemodinâmico e transplante cardíaco. A estratégia conservadora é preferida. Conclusão: DCE, condição rara e sub diagnosticada, tem como método terapêutico de eleição a conduta conservadora. Apesar disso, deve ser tratada de modo individualizado. Com relação ao prognóstico, há recorrência de IAM intra-hospitalar em 4.5% e de eventos coronarianos maiores a longo prazo de 20%, em pacientes submetidos à terapia conservadora. Sobre o seguimento, faltam dados na literatura que comprovem benefícios com a realização de teste de esforço ou de nova AG.

Referências Bibliográficas: 1) Shownke N, Esther SH, et al. Spontaneous Coronary Artery Dissection: Current State of the Science. Circulation. American Heart Association, 2018. 2) Alfonso F5 pontia neo coronary artery dissection: new in sights from the tip of the iceberg? Circulation 2012. 3) Alfonso F, Paulo M, Lennie V, et al. Spontaneous coronary artery dissection: long-term follow-up of large series of patients prospectively managed with "conservative"therapeutic strategy. JACC Cardiovasc Interv 2012.



Figura 1

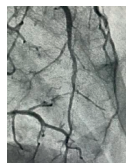


Figura 2



Figura 3

EP 135

EXCRESCÊNCIA DE LAMBIL NA VALVA PULMONAR: ACOMPANHAMENTO ECOCARDIOGRÁFICO DE UM CASO RARISSIMO

SANTANA GF, ZEFERINO IHR, SIMÃO LC, SOUZA LLR, MOTA MA, PEREIRA PAP

1 MÉDICO CARDIOLOGISTA NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA - HNSF -ACADÊMICOS DE MEDICINA NO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS - UNIPAM

Tumores cardíacos primários benignos e malignos representam, respectivamente, 75% e 25% dos casos. Quando são assintomáticos, eventualmente podem ser encontrados ao ecocardiograma (ECO). Embora raras, as excrescências de Lambil (EL) podem ser achadas nas válvulas cardíacas como estruturas finas e alongadas, com movimentação independente e próximas à linha de coaptação¹, associadas ao desgaste das válvulas. Há apenas um relato na literatura dessas estruturas na valva pulmonar (VP), em um paciente masculino com apresentação de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico. Descrição do Caso: Mulher, 28 anos, encaminhada ao serviço de ecocardiografia devido alteração à ausculta cardíaca em exame de rotina. Negava sintomas cardiovasculares, febre, uso de medicações, cirurgias prévias, uso de drogas ilícitas ou história familiar de cardiopatia. Ao exame encontrava-se em bom estado geral, acianótica, anictérica, perfusão capilar normal, eupnéica, PA 120x80, FC 80, bulhas normorritmicas e normocinéticas com click protossistólico em foco pulmonar, sem sopros. ECG sem alterações. O ECO evidenciou imagem de tumor pedunculado com movimento amplo aderido à face arterial da valva pulmonar (Imagem 1). Hipótese Diagnóstica: Alguns diagnósticos diferenciais das excrescências de Lambil incluem o fibroelastoma papilar, os trombos e as vegetações endocárdicas. O fibroelastoma ocorre com mais frequência em homens por volta da quinta década de vida e seu local mais incomum de acometimento é a VP. Além disso, em contraste com as EL, apresentam-se pedunculados ou sésseis, com projeção em forma de "dedo" e acometem a porção média dos folhetos valvulares. As vegetações, secundárias às endocardites infecciosas, se apresentam aderidas ao endocárdio e, além de cursarem com febre e insuficiência cardíaca, acometem a função valvar, podendo gerar degeneração desta estrutura e a formação de shunts. Os trombos estão associados a disfunções anatômicas cardíacas, podendo regredir após o uso de anticoagulantes, diferente do que ocorre com outras massas². Diante da avaliação clínica-epidemiológica e ecocardiográfica do caso em comparação com as hipóteses estabelecidas, sugere-se tratar de uma EL em VP Congênita: Tendo em vista a principal hipótese elucidada, foi explicado à paciente a possibilidade de tratarse de tumor benigno e colocado a ela seus potenciais riscos. A mesma optou por seguir em observação clínica e controle ecocardiográfico periódico. Após 7 anos de acompanhamento, não houve evento clínico associado ao tumor e os ECOs repetidos não evidenciaram alteração morfológica significativa da EL - exceto aumento do diâmetro (Imagem 2) - tampouco aumento da pressão sistólica em artéria pulmonar que pudesse sugerir embolização. Destaca-se o papel do ECO como um exame importante na abordagem etiológica e terapêutica na avaliação de tumores. Devido ao risco de embolização, discute-se a necessidade de anticoagulação ou mesmo excisão cirúrgica das ELs. O compartilhamento da conduta com a paciente levou à decisão de apenas observar o comportamento da lesão, o que até o momento tem se mostrado como uma opção adequada. Dados recentes da literatura apontam que a conduta conservadora tem sido segura em crianças^{3,6}. A prevalência das EL nas crianças é menor do que a relatada em adultos. Conclusão: Tumores em VP são raros, sendo esse o segundo caso relatado de EL em VP. Apesar do risco potencial de embolização, causando acidente vascular cerebral ou infarto do miocárdio, EL localizada na VP pode ser acompanhada por longo período desde que o paciente entenda e concorde com a decisão. A anticoagulação ou a excisão cirúrgica fica reservada aos casos que apresentem embolização e, necessariamente, após nova discussão com o paciente. Referências Bibliográficas: 1- Chu A, Jung TT, Sahalan H, Choksi V, Feiz H. Lambil's Excrescence Associated with Cryptogenic Stroke: A Case Report and Literature Review. Am J Case Rep. 2015 Dec; 14:1676-81. 2- Voros S, Nanda NC, Thakur AC, Narayan VJ, Samal AK. Lambil's Excrescences Involving the Pulmonary Valve Detected by Transesophageal Echocardiography. Echocardiography. 1999 Jan;16(1):35-39. 3- Salgado AA, Reis CASS, Silva VL, Castier MB. Role of Echocardiography in the Evaluation of Cardiac Tumors and Non-infectious Cardiac Masses. Rev Bras Cardiol. 2012;25(3):230-240. 4- Devereux E, Jain N, Kelley GP, Luer WH, Ferrin C, Helms R, et al. Papillary fibroelastoma and Lambil's excrescences: echocardiographic diagnosis and differential diagnosis. Echocardiography. 2005 May;22(5):461-3. 5- Aziz E, Bacievicz FA Jr. Lambil's excrescences: review and recommendations. Tex Heart Inst J. 2007;34(3):366-8. 6- Phillips AL, Qureshi MY, Eiden BW, Cetta F. Lambil's excrescences in children: Improved detection via transthoracic echocardiography. Congenit Heart Dis. 2018 Mar;13(2):251-253.

Imagem 1: ECO realizado em 2011. Tumor fibroso aderido à linha de fechamento da VP medindo 10 mm x 2 mm.



Imagem 2: ECO realizado em 2018, após 7 anos de acompanhamento. Aumento do diâmetro da EL para 13 mm.



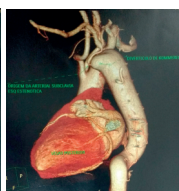
EP 134

DIVÉRTICULO DE KOMMERELL

ADRIANA COSTA DIAMANTINO SOARES, HERTZ CARDOSO LACERDA, LUNA SANTOS RABELO, GUSTAVO MONTEIRO SOARES, NOASSENNE DIAMANTINO, TATIANA COSTA DIAMANTINO

SANTA CASA DE MONTES CLAROS - MG

O divertículo de Kommerell é uma anomalia congênita rara, usualmente associada a arco aórtico à direita, artéria subclávia esquerda aberrante e, em geral, diagnosticado de maneira incidental em pacientes assintomáticos. O grande foco do diagnóstico clínico e por imagem está centrado na redução da mortalidade associada à ruptura ou compressão das estruturas mediastinais. Relato do Caso: Mulher, 74 anos, hipertensa, dislipidêmica, procurou atendimento queixando-se de cervicalgia à direita, náuseas e tontura. Apresentava exames prévios de doppler arterial de MMII e carótidas sem alterações, endoscopia digestiva alta apontando gastrite antral leve e ultrassonografia de abdome evidenciando esteatose hepática leve. Foram solicitados: ECG que apontou ritmo sinusal, eixo +15° e alteração de repolarização ventricular em parede inferior; ecocardiograma com FEVE de 75%, insuficiência mitral e tricúspide discretas e disfunção diastólica grau I; além de radiografia de tórax que evidenciou ectasia de aorta com opacidade ovalóide provocando deslocamento anterior traqueal. Foi solicitada angiotomografia da aorta torácica que demonstrou arco aórtico à direita, estenose ostial grave da artéria subclávia esquerda, que origina-se de divertículo de Kommerell coronárias isentas de lesões obstrutivas significativas. Discussão: Em adultos, os sintomas podem advir da dissecção ou dilatação aneurismática, com compressão das estruturas adjacentes, causando disfagia, dispnéia, estridor, respiração ruidosa, tosse, pneumonia de repetição, enfisema obstrutivo ou dor torácica. O divertículo de Kommerell é relevante devido ao aumento da mortalidade associada à sua ruptura, à morbidade causada pela compressão das estruturas mediastinais e à complexidade da cirurgia. O tratamento, em geral, é cirúrgico e bastante complexo. No caso clínico exposto não é possível associar com precisão a sintomatologia descrita pelo paciente à presença da anomalia, sendo optado pelo tratamento clínico e acompanhamento ambulatorial.



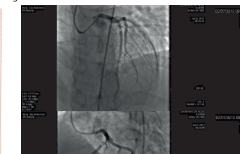
EP 136

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM JOVEM USUÁRIO DE ANABOLIZANTE

RARISSA Q, F. FERRAZ; SÁVIA Q. FERREIRA; LUARA G. QUEIROZ

HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE RIBEIRÃO PRETO

Desde as Olimpíadas da Grécia Antiga (800 a.C.) há relatos de uso de ervas, plantas e cogumelos objetivando o melhor desempenho dos competidores. Hoje com o advento dos esteróides anabolizantes, o chamado doping, vem sendo usado por atletas e mais investigado. Não apenas entre os que se dedicam a categorias esportivas de velocidade, onde tais substâncias agem melhor, mas também entre jovens que frequentam academias de musculação, a fim de obterem ganho de massa muscular rapidamente. Apresentamos caso de adulto jovem com Infarto Agudo do Miocárdio devido, provavelmente, ao uso de um esteroide anabolizante: estanozolol. Caso Clínico: Paciente L.S., 20 anos, natural e procedente de Ribeirão Preto - SP, em uso de Estanozolol há quatro semanas, três vezes por semana. Negava qualquer outro fator de risco para doença cardiovascular. Deu entrada no serviço de emergência com quadro clínico de Síndrome Coronariana Aguda (SCA). O eletrocardiograma evidenciou supra de ST infero-lateral com Bloqueio de Ramo Direito. Estudo hemodinâmico mostrou oclusão aguda em Ramo Descendente Anterior com hipocinesia anter-apical. Foi realizada Angioplastia para essa artéria além de tratamento convencional para SCA. O ecocardiograma não mostrou comprometimento da função ventricular, com Fração de Ejeção de 66% e mobilidade segmentar preservada. Houve boa evolução do quadro, hoje está em seguimento ambulatorial. Conclusão: A incidência de doença coronariana em pacientes jovens é baixa, correspondendo a 3% dos casos. Os fatores de risco principais nesses casos são história familiar de doença cardiovascular e tabagismo. Os esteróides anabolizantes em doses supra-fisiológicas podem causar complicações cardíacas, dentre as quais: insuficiência cardíaca, fibrilação atrial, morte súbita, estímulo à anti-agregação plaquetária, rigidez aórtica ou infarto agudo do miocárdio. Devido à não presença de outro fator de risco relevante e a relação temporal dos fatos, analisamos que a SCA desse paciente deveu-se ao uso da substância estanozolol. É necessária a divulgação de fatos como esse para que jovens e atletas estejam cada dia mais cientes dos riscos que os esteróides sintéticos podem lhes causar. Referências Bibliográficas: Fournier JA, Sánchez A, Quero J, Fernandez-Cortazero JAP, González-Barrero A. Myocardial infarction in men aged 40 years or less: a prospective clinical angiographic study. Clin Cardiol 1996; 19: 631-6 consequat. DURANT R, H., RICKERT V, L.; ASHWORTH, C. S.; NEWMAN, C. & SLAVENS, G., 1993. Use of multiple drugs among adolescents who use anabolic steroids. New England Journal of Medicine, 328: 922-926. KORKIA, P. & STIMSON, G. V., 1997. Indication of prevalence, practice and effects of anabolic steroid use in Great Britain. International Journal of Sports Medicine, 18:557-562. LEE, M. L. Z.; GAMA-E-SILVA, T. S.; FERREIRO, M. & BARRIOS, H. M., T., 1999. O abuso de esteróides anabolizantes-androgênicos em atletismo. Rev AMB 45:1-11.

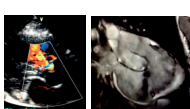


EP 137

RUPTURA DO SEIO DE VALSALVA: UMA CAUSA RARA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA NA GRAVIDEZ - RELATO DE CASO

FREIRE CMV; OLIVEIRA EC; BARBOSA LFP; KATINA T; FALCHETTO E; VILLAMARIN Q
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

O aneurisma do seio de Valsalva é uma doença cardíaca rara responsável por menos de 1% de todas as anormalidades cardíacas congênitas e é decorrente da deficiência de tecido muscular na parede aórtica. Está muito associada a lesões como comunicação interventricular (CIV), valva aórtica bicuspid, coarctação de aorta e estenose pulmonar infundibular. A sua ruptura apresenta alta mortalidade se o tratamento cirúrgico/percutâneo não for realizado em tempo hábil. Existem poucos casos documentados durante a gestação. Descrição do Caso: ecundigesta de 36 anos procurou atendimento de emergência durante a 28ª semana de gestação devido a quadro súbito de dispnéia e dor torácica. Tinha como história pregressa um sopro cardíaco previamente investigado, com diagnóstico CIV assintomática do ponto de vista cardiovascular (praticada corrigida 2 a 3 vezes por semana) e parto vaginal há 4 anos sem intercorrências. Na emergência, eletrocardiograma, dimero- D e ultra-som venoso foram realizados para pesquisa de tromboembolismo pulmonar sem alterações significativas. O ecocardiograma transtorácico (ECOTT) evidenciou miocárdio com tamanho e função preservados, valva aórtica bicuspid, não-estenótica ou regurgitante, além de fluxo turbulento com trajeto mal definido, que foi atribuído a uma pequena CIV. Condutas Adotadas: Tratada na emergência com diurético e encaminhada à cardiologia. Um sopro contínuo alto (grau 4/6), melhor auscultado sobre a região parasternal inferior esquerda foi notado ao exame físico e suspeitada, então, de uma ruptura do seio de Valsalva (RSV). O NT-pro-BNP foi anormal e o ECOTT repetido em um centro de referência que confirmou a ruptura do seio de Valsalva para o átrio direito com um grande shunt. Sinais e sintomas leves a moderados de insuficiência cardíaca estavam presentes até a 37ª semana de gestação, apesar do tratamento clínico. Indicada cesariana, sem intercorrências. Os sintomas de insuficiência cardíaca pioraram no pós-parto, a despeito do tratamento. Solicitada Ressonância Magnética Cardíaca para elucidação de detalhes anatômicos que confirmaram a suspeita de RSV. Após discussão com equipe multidisciplinar, optou-se pelo tratamento percutâneo. O defeito foi corrigido com sucesso usando um oclusor de ductos Amplatzer sob anestesia geral e guiado por ecocardiograma transesofágico. A paciente foi reavaliada no segundo mês pós-procedimento, encontrava-se assintomática sem uso de medicações, sem sopros e sem shunt residual ao ECOTT. Discussão: Etiologia: congênita, doença do tecido conjuntivo (Marfan, Ehlers-Danlos), traumática, iatrogênica, endocardite bacteriana, infecções (sífilis e tuberculose). Diagnóstico: (tabela). Particularidades da gestação: Alteração na parede aórtica harmonio-induzidas; Sobrecarga hemodinâmica da gravidez; Impacto durante o trabalho de parto: sobrecarga de volume com aumento do shunt; Tratamento Cirúrgico ou Percutâneo: (tabela). Conclusão: Esse caso ilustra o valor do exame clínico acurado permitindo o diagnóstico e tratamento apropriados de doenças raras potencialmente ameaçadoras à vida. Referências Bibliográficas: Crispis T et al. Br Heart J 1987;57:490-1; Latzman J et al. Tex Heart Inst J 2006;33:66-9; Moustafa S et al. Am J Cardiol 2007;99:1159-64; Liu F. Int J Clin Exp Med 2014;7(9):2945-2947; Latzman J et al. Tex Heart Inst J 2006;33:66-9; Vilamari T et al. The Journal of Obstetrics and Gynecology of India. 2012;62(S1):S4-S5; Crispis T et al. Br Heart J 1987;57:490-1; Liu S et al. Journal of Cardiology 2014; 64:139-144; Kurlakose EM et al. Am J Cardiol 2015;115:392-398



Sinais/ Síntomas	Ecocardiograma	Indicações	Percutâneo
Assintomático até que ocorre a ruptura	Acuidade de 90%	Sem rompimento, assintomático	Menos invasivo
Insuficiência cardíaca aguda (Hb), dispnéia, dor torácica e morte	Principal dificuldade: identificar o trajeto do fluxo interatrial	Aumento progressivo	Efetivo em mais de 90% dos casos
Sopro contínuo alto	OPV2/3 2.3 (1.2-4.3)	Sintomático, ruptura	Ci: Não moderada/leve ou outras comorbidades cardíacas associadas com indicação cirúrgica
Regurgitação aórtica			
Fluxo atrioventricular			

EP 139

ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DE VALORES DE COLESTEROL TOTAL, COLESTEROL-HDL E GLICEMIA DE JEJUM COMO FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR ENTRE FUNCIONÁRIOS DE UMA EMPRESA NO MUNICÍPIO DE ITAÚNA-MG

RODRIGUES CM¹, RABELO BMA¹, ARRUDA CM¹, CUNHA IM¹, ISIDORO GSP¹, MESQUITA GA¹, SILVA DF¹, PEREIRA MTM¹, VIEIRA JDM¹, FERREIRA GLM¹

¹UNIVERSIDADE DE ITAÚNA/MG

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), as Doenças Cardiovasculares (DCV) constituem a principal causa de morte no mundo. Acredita-se que a prevenção primária, com a melhora dos fatores de risco, é uma das principais formas para se evitar a progressão das DCV. Existem algoritmos que podem estimar o risco cardiovascular de cada indivíduo, dentre eles estão o Score de Risco Global (ERG), que estima o risco de infarto do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE) insuficiência vascular periférica (IVP) ou insuficiência cardíaca (IC) no período de 10 anos. As variáveis utilizadas nesse algoritmo são: sexo; idade; valores de pressão arterial sistólica tratada e não tratada; valores de colesterol total; fração HDL; fumo; diagnóstico de diabetes. Objetivo: O objetivo deste estudo foi verificar a evolução, no período de dois anos, dos valores da Glicemia Jejum (GJ), Colesterol Total (CT) e Colesterol-HDL, e uma amostra de funcionários de uma empresa, no município de Itaúna-MG, a partir da aplicação do ERG. A intenção foi analisar se, nesse período, as orientações educativas realizadas na empresa participante resultaram em redução das variáveis analisadas. Método: Estudo realizado nos anos de 2016 e 2018 para analisar a probabilidade de os indivíduos participantes desenvolverem DCV na próxima década de vida. O algoritmo empregado foi o ERG. A amostra estudada foi composta por 71 participantes (n=71). Os critérios de inclusão foram: adultos, de ambos os sexos e valores de CT, Colesterol-HDL e de GJ obtidos por meio de revisão laboratorial anual documentada nos registros de cada funcionário da empresa. Resultados: Observa-se, na Tabela 1, comparando os períodos para as variáveis estudadas, foi encontrada diferença entre os períodos para todas as variáveis, sendo que, em todos os casos, o período de 2018 apresentou medianas superiores a 2016. Foi executado um modelo que permite identificar quais as variáveis do banco de dados realmente influenciaram sobre o valor de ERG. A Tabela 2 mostra as estimativas dos coeficientes para as variáveis e também seus p-valores. Todas variáveis estudadas afetaram de forma significativa o valor do ERG. Conclusão: OCT foi a variável que apresentou mediana com maior discrepância entre os anos de 2016 e 2018. Contudo, quando comparado aos valores de Colesterol-HDL, ambas as variáveis afetaram igualmente o valor final do ERG. A glicemia de jejum foi um fator de risco que sofreu pouca variação no período estudado. Ainda assim, contribuiu significativamente no valor do ERG. Verificou-se que não houve melhora das variáveis estudadas durante o período analisado. Em ambas ocasiões os participantes da pesquisa foram orientados a reduzir a ingestão de carboidratos, o consumo de gorduras de origem animal e a aumentar o tempo de prática de atividade física, além de outras medidas educativas como cessar o tabagismo. Porém, percebe-se que a abordagem educativa realizada foi insuficiente para instigar mudanças nos hábitos de vida capazes de alterar as variáveis modificáveis analisadas pelo estudo, indicando a necessidade de ações mais intervencionistas com novas estratégias de conscientização. Referências Bibliográficas: 1. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemia: Prevenção da Aterosclerose - 2017. Arq Bras Cardiol. 2017 Jul; 109 (2Supl1): 1-76. doi:10.5935/abc.20170121.2.HONGKN et al. How low to go with glucose, cholesterol, and blood pressure in primary prevention of CVD. Journal of the American College of Cardiology. 2017.3.SHAHMA et al. Ideal Cardiovascular Health During Adult Life and Cardiovascular Structure and Function Among the Elderly. Circulation. 2015 November 24;132 (21): 1979-1989. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.115.017882.

Tabela 1. Resultados da medição para os valores de GJ, colesterol total, colesterol-HDL e ERG, relacionados aos dados de saúde para verificar se houve alteração significativa no valor de risco global (ERG) ao longo do tempo.

Parâmetro	2016	2018	p-valor
Glicemia de Jejum (GJ)	100,00	100,00	<0,0001
Colesterol Total (CT)	180,00	180,00	<0,0001
Colesterol-HDL	40,00	40,00	<0,0001
ERG	0,00	0,00	<0,0001

Tabela 2. Estimativas dos coeficientes para as variáveis e também seus p-valores.

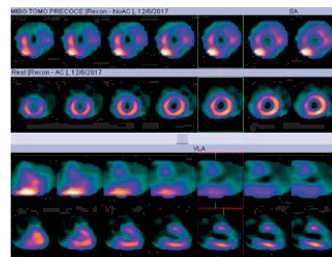
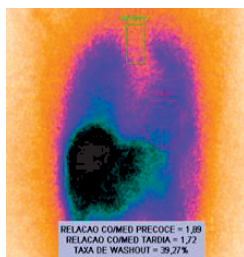
Parâmetro	Coeficiente	p-valor
Glicemia de Jejum (GJ)	0,00	<0,0001
Colesterol Total (CT)	0,00	<0,0001
Colesterol-HDL	0,00	<0,0001

EP 140

DISCORDÂNCIA ENTRE PERFUSÃO E INERVAÇÃO SIMPÁTICA NA PREDIÇÃO DE RISCO ARRITMOGÊNICO

FARIA, L. S. P; MOELLER, D. S.; SABRA, M. M. M.; COSTA, F. S.; AZEVEDO, J. C.; MESQUITA, C. T.
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA-UNIFOA, HOSPITAL PRÓ-CARDÍACO.

Meta-iodo-benzilguanidina (MBG) é um análogo da norepinefrina e pode ser marcado tanto com Iodo-131 quanto I-123, sendo que o estudo cintilográfico utilizando-o possibilita a avaliação in vivo da neuro transmissão adrenérgica cardíaca. As imagens deste exame refletem parâmetros relacionados à densidade dos receptores e ao tônus simpático. Descrição do Caso: Paciente do sexo feminino, 41 anos, submetida há 2 anos à cirurgia para correção da síndrome de ALCAPA (anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary artery) e desde então permanece assintomática. Procurou cardiologista com queixa de palpitação e no exame físico apresentou ecotopia e exame cardiovascular dentro dos padrões de normalidade. Exames eletrocardiográficos evidenciaram taquicardia ventricular não sustentada (TVNS). Foi encaminhada para realização de cintilografia de perfusão miocárdica e estudo da inervação com MBG-Iodo-123 que apresentou congruência de defeito de captação do radio traçador observado no estudo com I-123-MBG cardíaco no segmento anterior (apical e médio)- padrão match. Nota-se ainda incongruência de captação do radio traçador na parede inferior e lateral do ventrículo esquerdo-padrão mismatch. Hipótese Diagnóstica: O padrão mismatch pode corresponder a aumento da probabilidade de foco arritmogênico. Condutas Diagnóstica: Acompanhamento clínico com cardiologista. Conclusão: A dissociação, padrão mismatch, entre a distribuição da captação do MBG e a perfusão miocárdica guarda relação com arritmias ventriculares, adenosidade associada a estimulação simpática e alteração eletrofisiológica normal. Nesses casos, a combinação dos estudos eletrofisiológicos e cintilográficos pode otimizar a predição de risco arritmogênico. Referências Bibliográficas: • ROCHA, E.T., ALVES, W.E.F.M.; VERSCHURE, D.O.; VERBERNE, H.J. Theuse of Cardiac I-123-mIBG SPECT/CT in Clinical Practice: The Necessary Standard? Int. J. Cardiovasc. Sci., Rio de Janeiro, v. 30, n.6, p.533-541, 2017. • YUKIMURA, M.; NAKAMURA, M.; ITO, S.; NAKAYA, Y. Mismatch between myocardial accumulation of I-123-MBG and 99 mTc-MIBG (lanidate) ventricular potential sinapts after myocardial infarction: association with the development of ventricular arrhythmias. Am Heart J. 136, n.5, p.859-867, 1998.



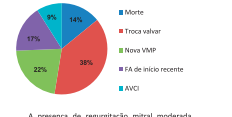
EP 141

IMPACTO DA REGURGITAÇÃO MITRAL MODERADA NOS DESFECHOS CLÍNICOS ADVERSOS APÓS VALVOPLASTIA MITRAL PERCUTÂNEA

LUCAS CAMPOS BARBOSA E SILVA / FLÁVIO AUGUSTO PAES DE OLIVEIRA, VICTOR TEATINI RIBEIRO, FREDERICO VARGAS BOTINHA MACEDO, FERNANDA MOREIRA E LEITE, TATIANA COSTA DIAMANTINO, LUCAS QUEIROZ FERNANDES CAMPOS, CLÁUDIO ARAÚJO SALGADO RIBEIRO, THIAGO PASCELE DE OLIVEIRA BATISTA, MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES

FACULDADE DE MEDICINA - UFMG E HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFMG

A cardiopatia reumática é a principal causa de estenose mitral no Brasil. Nesse contexto, a valvoplastia mitral percutânea configura-se como tratamento de escolha da estenose mitral reumática com anatomia favorável, devido sua capacidade de prevenir complicações inerentes ao tratamento cirúrgico e com manutenção da eficácia. A regurgitação mitral grave após a valvoplastia mitral percutânea constitui uma complicação do procedimento com indicação cirúrgica na maioria dos casos. Entretanto, o aumento do grau de regurgitação mitral é frequente e a história natural da regurgitação mitral moderada não está bem determinada. Objetivo: Determinar o impacto da regurgitação mitral moderada nos desfechos clínicos adversos após valvoplastia mitral percutânea. Método: Dos 273 pacientes com estenose mitral (EM) submetidos à VMP, 38 desenvolveram RM (14%), classificada como moderada em 22 (8%). Os pacientes com RM grave (n=16) foram excluídos. O peptídeo natriurético cerebral (BNP) foi dosado antes e 24 horas após a VMP. O desfecho avaliado foi combinado, definido por morte por todas as causas, necessidade de nova VMP, troca valvar, aparecimento de fibrilação atrial (FA) ou evento embólico. Resultados: A idade média foi de 45 ± 12 anos, 236 (86%) mulheres, 108 pacientes em classe III/IV (39%). Durante seguimento médio de 26 meses (variou de 1 a 84 meses), 78 eventos adversos ocorreram (11 mortes, 30 cirurgias para troca valvar e 17 novas VMP, 13 FA de início recente e 7 acidente vascular cerebral isquêmico). A presença de regurgitação mitral moderada não se associou à evolução desfavorável. Na análise multivariada pelo modelo de Cox, após ajuste pelas variáveis pós-procedimento incluindo gradiente médio, área valvar, pressão arterial pulmonar, as seguintes variáveis pós-VMP foram preditoras de eventos: BNP (HR 1,003; IC 95% 1,001-1,006; p = 0,004) e a função ventricular direita avaliada pelo Doppler tecidual (HR 0,800; IC 95% 0,659-0,970; p = 0,024). O aumento do grau de regurgitação mitral pós-VMP não significava, necessariamente, falência do procedimento. A regurgitação mitral moderada é bem tolerada clinicamente, especialmente nos pacientes que apresentam uma abertura valvar adequada. Conclusão: A regurgitação mitral moderada não foi um preditor independente de eventos adversos após valvoplastia mitral percutânea. O BNP e a função ventricular direita após o procedimento foram marcadores de evolução desfavorável. Referências Bibliográficas: Andrade, FB, et al. In-hospital and late outcomes of patients undergoing percutaneous mitral valvuloplasty in a center with intermediate volume of structural procedures. Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva. 2015; 23(3):173-176. Nobuyoshi M, Arita T, Shirai S, Hamasaki N, Yokoi H, Iwabuchi M, et al. Percutaneous balloon mitral valvuloplasty-A review. Circulation. 2009; 119:e211-19.

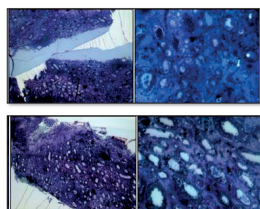


EP 142

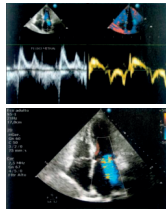
NEFROPATIA POR IGA: UM DIAGNÓSTICO POR VEZES DIFÍCIL - UM CASO DE HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA

PAULA, L.L./ SILVA, M.V.P.; GOMES, L.L.; SILVA, L.S.; ROCHA, L.R.; SILVA, S.C.
FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA - FUNJOBE

Nefropatia por IgA ou doença de Berger é a causa mais frequente de glomerulonefrite primária no mundo. É definida do ponto de vista histológico pela microscopia de imuno fluorescência, que mostra a presença de depósitos da imunoglobulina A no mesângio glomerular. A forma de apresentação clínica mais frequente é de hematúria macroscópica após episódios de infecção, embora possa apresentar-se com hematúria e proteinúria assintomática, e menos frequentemente com hipertensão arterial, síndrome nefrótica e insuficiência renal. Este trabalho tem por objetivo relatar o caso clínico incomum de um paciente idoso com quadro de hipertensão secundária em decorrência de Nefropatia por IgA. Caso Clínico: Paciente do sexo masculino, 77 anos, previamente hipertenso bem controlado, intercorreu com quadro progressivo de hipertensão arterial refratária ao tratamento, associado a edema de membros inferiores. Ao exame físico da admissão encontrava-se alerta, corado, pressão arterial 180 por 110mmHg nos membros superiores, eufônico, afébril, ritmo cardíaco regular sem sopros, frequência cardíaca de 94bpm, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído em bases, ascite e edema em membros inferiores. No segundo dia da internação o paciente evoluiu com quadro de anasarca, oligúria e insuficiência renal. Submetido a biópsia renal. Exames complementares realizados: EAS: hematúriae proteinúria. Creatinina 1,96mg/dL e 2,9mg/dL (VR:0,7-1,2mg/dL). Proteinúria nefrótica, hiperlipidemia e hipoalbuminemia. Biópsia renal evidenciou depósito de IgA e cilindros hemáticos característicos de Nefropatia por IgA. Hipótese Diagnóstica: Hipertensão arterial secundária a Nefropatia por IgA. Conduta: Otimizado tratamento anti-hipertensivo com inibidor da enzima conversor a de angiotensina, diurético de alça, diurético tiazídico e betabloqueador. Submetido a corticoterapia com prednisona dose plena. Ocorreu estabilização da pressão arterial. Alta hospitalar sem queixas para seguimento ambulatorial. Conclusão: O interessante deste caso consiste na identificação de uma causa incomum de hipertensão secundária em paciente idoso e elucidada que a Nefropatia por IgA, em sua apresentação atípica, pode ser de diagnóstico difícil, mas o tratamento pode ser capaz de gerar resultado satisfatório de melhor a clínica. Referências Bibliográficas: 1. PESSEGUIRO P, BARATA C, CORREIA J. Doença de Berger: proposta de algoritmo terapêutico e fatores preditivos de insuficiência renal crônica. Acta Med Port 2003; 16: 261-6. 2. SOARES, Maria Fernanda. Atualização em nefropatia IgA. J. Bras. Nefrol., São Paulo, v.38, n.4, p.433-440, Dec. 2016



Representação medular renal em microscopia eletrônica. Presença de cilindros hemáticos.



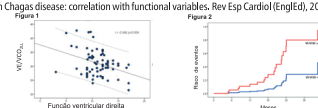
ECO demonstrando regurgitação mitral moderada.

EP 144

VALOR PROGNÓSTICO DA EFICIÊNCIA VENTILATÓRIA EM PACIENTES COM MIOCARDIOPATIA DILATADA DE ETIOLOGIA CHAGÁSICA E IDIOPÁTICA

ALMEIDA, F.R.; ALENCAR, M.C.N.; MARTINS, S.F.S.; CAMARGO, R.S.S.; SANTOS-JUNIOR, O.R.; NASSIF, M.C.L.; SILVA, T.L.; COELHO, R.M.P.; ROCHA, M.O.C.; NUNES, M.C.P.

A doença de Chagas permanece sendo um grave problema de saúde pública, tendo a miocardiopatia como uma complicação mais temível, por ser uma das principais etiologias de insuficiência cardíaca com prognóstico sombrio. A eficiência ventilatória, expressa pela razão entre ventilação (VE) e a liberação pulmonar de dióxido de carbono (VCO₂), prediz mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca, com valor prognóstico superior à capacidade funcional. Contudo, não está bem definido o valor prognóstico da eficiência ventilatória medido no limiar estimado de lactato (VE/VCO_{2L}) nos pacientes com insuficiência cardíaca. Objetivo: Verificar o valor prognóstico da eficiência ventilatória avaliada pela equivalência do VE/VCO_{2L} no limiar estimado de lactato (VE/VCO_{2L}) em pacientes com miocardiopatia dilatada de etiologia chagásica e idiopática. Identificar os principais determinantes da eficiência ventilatória na IC de etiologia chagásica e idiopática. Determinar as variáveis obtidas durante o teste cardiopulmonar que se associam a eventos adversos nos pacientes com miocardiopatia dilatada de etiologia chagásica e idiopática. Avaliar os fatores preditores de eventos adversos na população de pacientes com miocardiopatia dilatada de etiologia chagásica e idiopática, incluindo variáveis clínicas, ecocardiográficas e do teste cardiopulmonar. Método: Os pacientes com miocardiopatia dilatada de etiologia chagásica e idiopática foram submetidos ao exame clínico, avaliação ecocardiográfica e ao teste cardiopulmonar de exercício (TCPE), sintoma limitado. Vários parâmetros do TCPE foram medidos, incluindo Vo, de pico, inclinação de ΔVE/ΔVCO₂ e o VE/VCO_{2L}. O desfecho avaliado durante o seguimento foi combinado, definido por morte, internação por IC, acidente vascular cerebral isquêmico ou necessidade de transplante cardíaco. Foram incluídos 79 pacientes, com idade de 51 ± 14 anos. Cinquenta e dois deles com miocardiopatia dilatada chagásica e 27, idiopática. Resultados: Todos os pacientes realizaram o TCPE, sem complicações. A inclinação de ΔVE/ΔVCO₂ foi de 34,8 ± 7,2 e o resultado de VE/VCO_{2L} foi de 30,9 ± 4,6. Os fatores associados ao VE/VCO_{2L} foram a classe funcional da NYHA, volume atrial esquerdo e a função ventricular direita estimada pelo Doppler tecidual, ajustado por sexo e idade (Figura 1). Durante o seguimento de 17,3 ± 8,4 meses, 18 eventos adversos ocorreram. Na análise multivariada, incluindo a fração de ejeção do ventrículo esquerdo, a relação e/pressão arterial pulmonar, etiologia da miocardiopatia dilatada, o valor de VE/VCO_{2L} ≥ 31 foi preditor independente de eventos adversos, após ajuste para o uso de betabloqueadores (Figura 2). Conclusão: OVE/VCO_{2L} associou-se independentemente à classe funcional NYHA, ao volume atrial esquerdo e à função ventricular direita, apresentando valor prognóstico adicional nos pacientes com miocardiopatia dilatada. Referências Bibliográficas: 1. Nunes, M. C., et al., Chagas disease: a review of clinical and epidemiological aspects. Am J Cardiol. 2013;62(9): p.767-76. 2. Braga, A.M., et al., Predictive value of ventilatory and metabolic variables for risk of death in patients with cardiac failure. Am J Cardiol. 2006; 86(6): p.451-8. 3. Arena, R., et al., Development of a ventilatory classification system for patients with heart failure. Circulation. 2007; 115(18): p.2410-7. 4. Pereira Nunes Mdo, C., et al., Predictors of mortality in patients with dilated cardiomyopathy: relevance of chagas disease as an etiological factor. Rev Esp Cardiol. 2010;63(7): p.788-97. 5. Nunes Mdo, C., et al., Functional capacity and right ventricular function in patients with Chagas heart disease. Eur J Echocardiogr. 2010;11(7): p.590-5. 6. Ritt, L.E., et al., Heart failure surveillance in patients with Chagas disease: correlation with functional variables. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2012;65(6): p.536-43



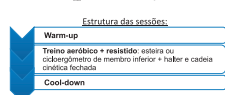
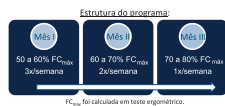
EP 146

EFEITOS DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR FASE II EM PACIENTES PÓS INTERNAÇÃO

SANTANA GF¹, ZEFERINO IHR², SIMÃO LC², SOUZA LLR², MOTA MA², PEREIRA PAP², PATRIC E. O. GONÇALVES³, KELLY S. REIS³, RITA C. MALAGOLI³, DANIELLE A. G. PEREIRA³

1 FISIOTERAPEUTA RESIDENTE EM SAÚDE CARDIOVASCULAR, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS; 2 FISIOTERAPEUTA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS; 3 PROFESSORA ADJUNTA, DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Dentre os benefícios de um programa de reabilitação cardiovascular (RC) destacam-se a maior segurança e melhora no desempenho em atividades de vida diária, redução de sintomas, melhora da qualidade de vida, maior estabilidade emocional. Há também redução de fatores de risco para novos eventos cardiovasculares fatais. Objetivo: Avaliar o efeito da RC na adaptação das variáveis hemodinâmicas e na capacidade funcional medida e auto relatada em indivíduos com doenças cardiovasculares. Métodos: Foi feito um estudo retrospectivo com pacientes que participaram um programa de RC Fase II no Hospital das Clínicas de Belo Horizonte, referência em procedimentos cardiovasculares, no período entre 2017 a 2018. Resultados: Foram incluídos vinte pacientes com média de idade de 57,2 anos (DP 11,7) e índice de massa corporal médio de 27,3 Kg/m² (DP 4,9). Conclusão: Após a RC houve melhora significativa da capacidade funcional medida e auto relatada, medidas pelo SWT e VSAQ respectivamente, sem adaptação de parâmetros hemodinâmicos. Referências Bibliográficas: 1. Lavie, Carl J., Richard V. Milani, Effects of cardiac rehabilitation programs on exercise capacity, coronary risk factors, behavioral characteristics, and quality of life in a large elderly cohort. 1995 American Journal of Cardiology; 76 (3), 177 - 179.



Pacientes eram orientados a realizar ao menos 150min de exercício aeróbico por semana.



Análise estatística utilizou ANOVA de medidas repetidas e o teste t pareado. Para significância foi considerado o valor de p < 0,05.

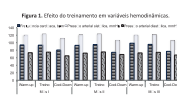
Tabela 1 - Características da amostra estudada

Variável	n (%)
Sexo: masculino	38 (60%)
Sedentários	33 (53%)
Diagnóstico	
Infarto Agudo do Miocárdio	12 (60%)
Truque Valter	2 (10%)
Doença Arterial Coronariana	2 (10%)
Angina instável	1 (5%)
Comorbidades	
Diabetes Mellitus	4 (20%)
Hipertensão arterial sistêmica	12 (60%)
Tobacagismo	1 (5%)
Ex tabagista	9 (45%)
Etilismo	1 (5%)
Dislipidemia	7 (35%)

Legenda: Os dados estão expressos em n (número de indivíduos) e percentual de amostra total (N).

Tabela 2 - Efeitos do tratamento em variáveis hemodinâmicas

Parâmetro	Pré	Pós	Diferença	Valor de p
FC (b/min)	161,2	152,3	-8,9	<0,001
PA (mmHg)	138,7	124,8	-13,9	<0,001
PA (mmHg)	82,3	78,2	-4,1	<0,001



EP 147

PERFIL DOS DOADORES EFETIVOS DE TRANSPLANTE CARDÍACO EM UM HOSPITAL BRASILEIRO

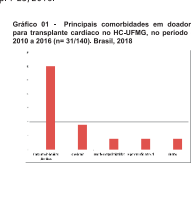
WÁGNER DO NASCIMENTO CARVALHO, ANNA LETÍCIA MIRANDA, KARLA CORDEIRO GONÇALVES, GUSTAVO SANTOS ALVES MARIA, SALETE MARIA DE FÁTIMA SILQUEIRA, MARIA DA CONSOLAÇÃO VIEIRA MOREIRA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Palavras-Chave: Transplante Cardíaco; Insuficiência Cardíaca; Transplante de Órgãos Sólidos; Doação de Órgãos; Doadores de Órgãos. **Introdução:** Os transplantes de Órgãos no Brasil têm sistema regulador bem estabelecido e legislação específica. Diversos fatores sobre o perfil do doador precisam ser analisados antes do aceite de um órgão para transplante. **Objetivo:** Analisar o perfil dos doadores de transplante cardíaco em um hospital brasileiro, referência estadual, responsável por cerca de 90% dos procedimentos. **Método:** Estudo transversal, realizado por meio da análise de prontuários, no período de 2010 a 2016, aprovado pelo COEP/UFMG - parecer nº 2.109.572. **Resultados:** Foram analisados dados de 174 doadores, 117 sexo masculino (67,24%) e 57 sexo feminino (32,76%). Idade de 12 a 54 anos, média 31,83 anos (± 10,11). Raça: 66 pardos (37,94%), 62 brancos (35,63%), 24 negros (13,79%), e 22 ignorados (12,64). Principais comorbidades (n=31/140), consumo de bebidas alcoólicas 21,42%, obesidade 6,42%, uso de drogas inalatórias 2,85%, hipertensão arterial sistêmica (HAS) 2,85%, outras 2,85%. Principais causas de morte encefálica foram traumatismo crânio encefálico 57,10%, acidente vascular encefálico hemorrágico 28,80%, e acidente vascular encefálico isquêmico 4,29%. Cerca de 47,14% dos doadores estavam com algum foco infeccioso. As cidades de captação de órgãos localizaram-se em maioria na região metropolitana, só em Belo Horizonte ocorreram 94,25%. O maior número de captações 102 (58,62%) ocorreu em um único hospital, caracterizado como pronto-socorro de referência estadual. **Discussão:** Dados da Associação Internacional de Transplante de Coração e Pulmão demonstram que os doadores são entre 68%-69% sexo masculino, média de idade está aumentando desde 1992 passando de 31 para 35 anos, peso em torno de 79,4 Kg, altura 1,75 m, IMC 25,6 Kg/m². Comorbidades são raras: 3% diabetes mellitus e 14% HAS, as principais causas de óbito são TCE (45%), e AVE (24%). **Conclusão:** Foi possível estabelecer o perfil dos doadores: maioria do sexo masculino, jovem com idade média de 31 anos, vítima de TCE, peso médio de 73 Kg, provenientes da região metropolitana e de um hospital de urgências traumatológicas. **Referências Bibliográficas:** 1. BACAL, Fernando; et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. O Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. Arq. Bras. Cardiol., v. 94, n. 1, sup. 1, p.16-73, 2009. 2. MEHRA, Mandep R.; et al. The 2016 International Society for Heart Lung Transplantation listing criteria for heart transplantation: A 10-year update. The Journal of Heart Lung Transplantation, v. 35, p. 1-23, 2016.

Tabela 1 - Principais características clínicas dos doadores para transplante cardíaco no HC-UFMG, no período de 2010 a 2016 (n=174). Brasil, 2016.

Parâmetro	n	%
Sexo masculino	117	67,24
Sexo feminino	57	32,76
Idade média (anos)	31,83	
Idade mínima (anos)	12	
Idade máxima (anos)	54	
Idade média (anos)	31,83	
Idade mínima (anos)	12	
Idade máxima (anos)	54	



EP 148

QUALIDADE DO SONO EM CARDIOPATAS ASSISTIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE DIVINÓPOLIS/MG - ESTUDO OBSERVACIONAL

ELISA FACCON CRUZ FIDELES / CÍNTIA APARECIDA SANTOS, WALQUÍRIA DA MATA SANTOS, LUÍSA TEIXEIRA PASQUALOTTO, MARCOS EUGENIO MATTOS ROCHA FARIA, JACQUELINE ALVES, SARAH CRISTINA VIEIRA, LAYRA FERNANDA MARTINS, MARCO TÚLIO TAVARES SEIXAS, NEWTON SANTOS DE FARIA JÚNIOR

O termo cardiopatia engloba todas as doenças que afetam o coração e é uma das principais causas de morte e incapacidade atualmente. Alterações na qualidade de sono são consideradas fatores agravantes para as doenças cardiovasculares, influenciando inclusive o tratamento e aumentando o risco de internações. Objetivo: Verificar a qualidade de sono em indivíduos cardiopatas assistidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's) em Divinópolis. Método: O presente estudo foi do tipo observacional transversal, realizado com amostra consecutiva e de conveniência de 30 indivíduos, recrutados por acadêmicos da Universidade, a partir de UBS's do município de Divinópolis-MG. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob número de protocolo 1.475.521/2016. Todos estes indivíduos foram avaliados clinicamente e responderam ao Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh. Resultados: A média de idade foi de $66,10 \pm 10,60$ anos e de índice de massa corporal $28,45 \pm 6,44$ kg/m². Além disso, com circunferência abdominal média de $98,83 \pm 13,12$ cm e circunferência de pescoço média de $36,73 \pm 2,59$ cm. Do total, 86,67% dos indivíduos eram do sexo feminino. Quanto ao Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh, 13,33% dos indivíduos apresentou presença de distúrbio do sono e 60% má qualidade de sono, com uma média de pontuação de $7,13 \pm 4,25$. Discussão: Com a análise dos achados Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh, notou-se que a maior parte dos indivíduos possui má qualidade de sono, o que é comprovado inclusive pelo valor médio encontrado. Assim, os resultados sugerem a relação entre presença e má qualidade de sono em pacientes cardiopatas. Conclusão: Verificou-se a presença de má qualidade de sono em boa parte dos indivíduos cardiopatas atendidos nas UBS's. Assim, a equipe multiprofissional deve avaliar a qualidade de sono dos pacientes que atendem, para que possam propor intervenções e conduzir medidas para restabelecer uma melhora na qualidade deste sono. Referências Bibliográficas: 1. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, BermanSR, Kupfer DJ. The Pittsburgh SleepQuality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatr Res* 1989;28:193-213. 2. Luyster FS, Strollo PJ, Zee PC, Walsh JK. Sleep: a health imperative. *Sleep*. 2012 Jun; 35(6):727-34.

A

ADELMO ISAAC MEDEIROS AVELINO	EP112
ADRIANA COSTA DIAMANTINO SOARES	EP070, EP134
ADRIANA FURLETTI MACHADO GUIMARÃES	EP011
ADRIANE PAZ ROCHA	EP111
ALANA CRISTINA BARBOSA SALGADO DE OLIVEIRA	EP021
ALESSANDRO REIS	EP099, EP111
ALEXANDRE HENRIQUE COBUCCI SANTANA	EP086, EP089
ALEXANDRE SOUTELO SOUTO DA SILVA	EP018
ALINE RAMOS AMARAL	EP043
ALINE SANTOS DE ALMEIDA	EP098
AMANDA FEJOLI ROLDI	EP066, EP075, EP093, EP117, EP119
AMANDA POPOLINO DINIZ	EP073, EP078
ANA CLARA CUNHA ÁVILA FEST DA SILVEIRA	EP094
ANA GABRIELA MENEZES DE JESUS TORRES	EP041
ANA LUIZA GUIMARÃES FERREIRA	EP059
ANA LUIZA SOBREIRA SENA	EP022, EP025, EP042, EP080
ANDERSON PEREIRA DE OLIVEIRA	EP001, EP007, EP008, EP016, EP027, EP088, EP091
ANDRÉ ASSIS LOPES DO CARMO	TL08
ANDRÉ CHUSTER DE SOUZA	EP059
ANDRÉ GORLE DE MIRANDA CHAVES	TL11
ANDRÉ RAUSCH CARELLOS SILVA	EP014
ANDRÉIA CUNHA ÁVILA	EP094
ANDREZZA OLIVEIRA MENDES	EP029, EP014, EP024
ANE EMANUELE DUTRA DE ALMEIDA	EP046, EP047
ANNA LETICIA MIRANDA	EP031, EP146, EP147
ANTONIO ALCEU DOS SANTOS	EP044
ANTONIO CARLOS DE OLIVEIRA FREITAS	EP085, EP103
ANTONIO FERNANDINO DE CASTRO BAHIA NETO	EP003
ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO	EP052, EP096, EP121, TL06, TL07, TL08, TL10, TL13
ARI MANDIL	EP010
ARIANE LAURA MATOS MARTINS	EP013
ARMANDO FAGUNDES MORATO NETO	EP071
ARTHUR COSTA MOTA	EP095
ARYELL DAVID PROENÇA	EP091, EP102
AUGUSTO LIMA FILHO	EP131
AURELIANO DE SOUZA NETO	EP084
AURELINA GOMES E MARTINS	EP039, EP040
AYESKA VIVIAN MICHELINI STAPASOLLA	EP001, EP007, EP008, EP016, EP027, EP028

B

BÁRBARA ASSI RABELO	EP037
BARBARA CAMPOS ABREU MARINO	EP019, EP049, EP067, EP068, EP106, EP108, EP110, EP122, EP127
BÁRBARA CÂNDIDA ALVES PEREIRA DE ARRUDA	EP066, EP075, EP093, EP117, EP119,
BÁRBARA ISADORA VALLE MUSSI CRUZ	EP020
BÁRBARA MARIA ASSI RABELO	EP050, EP139
BÁRBARA MARTINS FERNANDES BECHTLUFT	TL06
BARBARA VIDIGAL DOS SANTOS	TL15
BRENO DE FILIPPO REZENDE	EP121, TL06
BRENO MACHADO NEVES	EP042
BRISSA DANIELLE BARBOSA SOUZA	TL12
BRUNA ALVES MELO DE SOUZA	EP002
BRUNA ELISA SANTIAGO REIS	EP046
BRUNA JACOMINI MARTINS	EP003
BRUNA PINTO E SIQUEIRA	EP024
BRUNA STAMPINI VIDIGAL FERREIRA DUARTE	EP118
BRUNA ZANFORLIN JÁCOME	EP074
BRUNNO BARBALHO CARDOSO	EP024
BRUNO ALENCAR FONSECA	EP009, EP072
BRUNO BASTOS GODO	EP065, EP109, EP112, EP116
BRUNO DALA VEDOVA GOMES BEATO	EP132, EP014, EP121
BRUNO FRANÇIA MAIA ATHADEU	EP073, EP078
BRUNO RAMOS NASCIMENTO	EP121, TL06, TL07, TL13, TL14
BRUNO SAMUEL JOSÉ LUIZ DE ARAÚJO	TL12

C

CAMILA ABRAHÃO CARAM LISBOA	EP133, TL15
CAMILA CECÍLIA OLIVEIRA CORBELL	EP006
CAMILA DAIBERT DIONISIO	EP004, EP006, EP057
CAMILA OTONI NEVES	EP002
CAMILA ROCHA DELMASCHIO	EP104
CAMILA ZANON DE CASTRO	EP129
CAMILA ALVES MURATORI	EP002
CAMILA RAYANE DE PAULA	EP128
CAMILLE VILLEFORT SILVA CHAVES	EP129
CAMYLLA SANTOS DE SOUZA	EP065, EP109, EP112, EP116
CARLA MAIOLINI DE FREITAS	EP051, EP079, EP100, EP123
CARLOS A. MORILLO	TL08
CARLOS ALBERTO FERREIRA	EP067
CARLOS AUGUSTO BUENO SILVA	EP026
CARLOS EDUARDO DE SOUZA MIRANDA	EP057, EP068
CARLOS EDUARDO ORNELAS	EP009, EP021, EP072
CARLOS ROBERTO DE BRITO	TL15
CAROLINA FRAGA PAIVA	EP065, EP109, EP112, EP116
CAROLINA NUNES SILVA	EP074, EP077
CAROLINA SOUZA GALVÃO	EP132
CAROLINA TEIXEIRA CUNHA	TL01, TL09
CAROLINE MENDONÇA ARRUDA	EP037, EP050, EP095, EP139
CAROLINE SBARDELLOTTI CAGLIARI	EP098
CASSIANO MÉDICE FERREIRA	EP069
CASSIO MENEZES NOGUEIRA	EP049, EP018
CECÍLIA SILVA DE PAULA FARIA	EP066, EP075, EP093, EP094, EP097, EP117, EP119
CHRISTIANA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA	EP088
CÍNTIA APARECIDA SANTOS	EP053, EP148
CLARA LEAL FRAGA	TL06
CLARA MACHADO RODRIGUES	EP037, EP050, EP139
CLARICE MOURA MATA MACHADO	EP133
CLARISSA MENEZES MONTEIRO	EP098
CLAUDIA LOURES DE ASSIS	EP133
CLÁUDIA MADEIRA MIRANDA	EP068
CLAUDIA MARIA VILAS FREIRE	EP137
CLÁUDIA NATÁLIA FERREIRA,	TL04
CLAUDIA SAAD VALADARES JAIME	TL12
CLÁUDIO ARAÚJO SALGADO RIBEIRO	EP141
CLAUDIO AUGUSTO DE OLIVEIRA ANDRADE	EP012, EP015
CLAUDIO PEREIRA DA SILVA JUNIOR	EP019
CLÁUDIO TINOCO MESQUITA	EP097, EP140
CRAIG SABLE	TL13
CRISTIANE ASSIS MOTTA	EP046, EP047
CYBELLE NUNES LEÃO	TL15
CYNTHIA LETICIA FERREIRA	EP004, EP006

D

DAIANE SANTOS FIGUEIREDO	EP046, EP047
DANIEL FILIPE DA SILVA	EP037, EP050, EP139
DANIEL SOARES SOUSA	EP028
DANIELA GONZALEZ MENDES	EP066, EP075, EP093, EP117, EP119
DANIELLE APARECIDA OLIVEIRA	EP064, EP103, EP104
DANILO CASTRO PIRES DE ALMEIDA	EP009, EP072
DANILO NADAL RODRIGUES	EP103
DAVID CAMPOS WANDERLEY	EP100
DÉBORA BALDUINO OLIVEIRA MENDES	EP038
DÉBORA BERTOLIN DUARTE	EP133
DÉBORA CRISTOFORIDIS TEIXEIRA	EP022, EP025, EP080
DÉBORA DE OLIVEIRA ANTUNES ROCHA	EP073, EP078
DÉBORA RIBEIRO DE CARVALHO	EP086, EP089
DEBORAH CRISTINA DA SILVA CARDOSO	EP063, EP115
DERICK MATHEUS OLIVEIRA	TL10
DIEGO DA SILVA NEVES	EP146
DINAMAR AMADOR DOS SANTOS NETO	EP011, EP058
DIOGO VILELA NOGUEIRA	EP049, EP010
DOUGLAS SANTOS MOELLER	EP140, EP097

E

EDILEIDE DE BARROS CORREIA	EP059
EDITH MARCIA VALADARES SILVA	EP083, EP087, EP130, TL02, TL03
EDMUNDO CLARINDO OLIVEIRA	EP010, EP045, EP124, EP126, TL05
EDSON ELVIRO ALVES	EP081
EDSON SIQUEIRA DA ROCHA	EP026
EDUARDO BELISÁRIO FALCHETTO	EP010
EDUARDO DIAS CHULA	EP001, EP008, EP088, EP091, EP102
EDUARDO KEI MARQUESINI WASHIZU	EP010
EDUARDO RODRIGUES BORATO	EP041
ELEINE DE OLIVEIRA ALVES	EP114
ELEN CRISTINA DA MATA	EP003
ELENA DOMINGUES DE SIMONI SILVEIRA	TL12
ELISA BENETTI DE PAIVA MACIEL	EP066, EP075, EP093, EP117, EP119
ELISA FACCIÓN CRUZ FIDELES	EP053, EP148
ELISA LAGES ROQUE	EP066, EP075, EP093, EP117, EP119
ELIZA MIRANDA COSTA CARALINE	EP120
ELUAN ALBUQUERQUE DE LIMA	EP001, EP002, EP007, EP008, EP016, EP027, EP062, EP088, EP091
EMANOEL GUIMARÃES PAIVA	EP065, EP109, EP112, EP116
EPOTAMENIDES MARIA GOOD GOD	EP020, EP083, EP087, EP130, TL02, TL03
ERIC BOERSMA	TL08
ÉRICA LEANDRO MARCIANO VIEIRA	TL04
ERIKA DE ALMEIDA SANTOS QUADROS	EP108
ERNESTO LIPPI NETO	EP044
ESTÊVÃO LANNA FIGUEIREDO	EP051, EP054, EP079, EP100, EP123, TL04
ÉVEN ALINE PEREIRA	EP099

FABRÍCIO COSTA FERREIRA	EP013, EP081
FABRICIO MACHADO GUERRA,	EP005
FÁTIMA DERLENE DA ROCHA ARAÚJO	EP058
FAUSTO ALOÍSIO PEDROSA PIMENTA	EP073, EP078
FELIPE DE OLIVEIRA RAMALHO	EP059
FELIPE GOMES DE OLIVEIRA	EP042
FERNANDA DRUMOND RABELO	EP092
FERNANDA MOREIRA E LEITE	EP141
FERNANDA OLIVEIRA LOPES	EP110, EP127
FERNANDA RODRIGUES DE ALMEIDA	EP144
FERNANDA RODRIGUES FROES VICTORIA	EP129
FERNANDA ROQUETTE DE ARAUJO	EP051, EP079, EP100, EP123
FERNANDA SALOMÃO COSTA	EP140
FERNANDO ANTONIO ROQUETTE REIS FILHO	EP106, EP108
FERNANDO AUGUSTO DE OLIVEIRA	EP129
FERNANDO CARVALHO NEUENSCHWANDER	EP113, TL12
FERNANDO DE MARTINO,	EP038
FERNANDO LUIZ PEREIRA DE OLIVEIRA	EP073
FERNANDO ROTATORI	EP070
FLÁVIO AUGUSTO PAES DE OLIVEIRA	EP141, TL11
FORTUNATO FRANCO BORGES JUNIOR	EP085
FRANCIELE DE ANGELUS SILVA	EP086, EP089
FRANCIELLY HELENARA RODRIGUES ALVES	EP003
FRANCISCA RAIMUNDA DE SOUZA BARREIRO	EP084
FREDERICO VARGAS BOTINHA MACEDO	EP141
FREDWILSON DE SOUZA COSTA	EP041

G

GABRIEL ALBUQUERQUE MESQUITA	EP037, EP050, EP139
GABRIEL FERREIRA	EP003
GABRIEL GUANDALINI	EP129
GABRIEL LOPARDI PASSOS	EP118
GABRIEL MOREIRA VARGAS CAPANEMA	EP108
GABRIEL SILVESTRE MINUCCI	EP098
GABRIELA DRUMMOND COTTA DE OLIVEIRA	EP056, EP069, EP118
GABRIELA LOPES MARTINS	TL04
GABRIELA MIANA DE MATTOS PAIXÃO	EP096, EP121, TL10
GABRIELA RIGAMONTE RIBEIRO	EP068
GABRIELA SANTOS PESSOA ISIDORO	EP037, EP050, EP139
GABRIELA XAVIER REZENDE	EP061, EP064, EP107

GABRIELA ZAMUNARO LOPES RUIZ	TL06, TL07
GEOVANNI GABRIEL ALMEIDA BRITO	EP019, EP068
GIOVANA ZOBOLI SEMABUKURO	TL01, TL09
GIOVANNA LUIZA MEDINA FERREIRA	EP139, EP037, EP050
GIOVANNA RIBAS PASSAGLI	TL01, TL09
GIOVANNI OLIVEIRA CARVALHO	EP034
GISIA BRAGA TEODORA	TL09, TL10
GLAUBER SOUSA MENDES MOTA	EP022
GLAUCO FRANCO SANTANA	EP135
GLEYSON HENRIQUE DOS SANTOS PENA LANZA	EP113
GUILHERME DUARTE TEIXEIRA	EP033, EP043, EP060
GUILHERME FERRAZ MESSINA DE PADUA ANDRADE	EP004
GUILHERME GOMES DE SOUZA	EP011, EP058
GUSTAVO ALVES DE OLIVEIRA	EP132
GUSTAVO COUTO PEREIRA DA SILVA	TL01, TL09
GUSTAVO DOS SANTOS ALVES MARIA	EP031, EP146, EP147
GUSTAVO FERREIRA CARDOSO	EP096, TL10
GUSTAVO GONTIJO LISBOA	EP028
GUSTAVO LESTTER	EP005
GUSTAVO MICENA DE ARAUJO	EP113, TL12
GUSTAVO MONTEIRO SOARES	EP134
GUSTAVO OLIVEIRA TAWIL	EP111
GUSTAVO PALMIERI ALMEIDA	EP086, EP089

H - I

HELDER MOURA GOMES	EP059
HÉLIO LIMA DE BRITO JÚNIOR	EP056, EP069, EP118
HELTON JOSÉ DOS REIS	TL04
HENRIQUE AUGUSTO BECHO DE CAMPOS	EP076, EP114
HENRIQUE MIGLIORI DA ROCHA	EP030
HENRIQUE PATRUS MUNDIM PENA	EP009, EP021
HENRIQUE SILVEIRA COSTA	TL11
HERTZ CARDOSO LACERDA	EP070, EP134
HUMBERTO RODRIGUES PARREIRA	EP127
IARA MORAIS CUNHA	EP036, EP134, EP139
IGOR DA SILVA TEIXEIRA PAULA	EP098
IGOR DE MELLO ALVIM	EP041
IGOR HENRIQUE RODRIGUES ZEGERINO	EP135
IGOR MYCHAEL MELO FERREIRA	EP077
ISABELA GONÇALVES RIBEIRO	EP020
ISABELA VERAS RIOS LAMOUNIER	EP113
ISABELE SANTOS PIUZANA BARBOSA	EP104
ISABELLA CAPOBIANGO RODRIGUES	EP034, EP125
ISABELLA GALVÃO ANDRADE	EP033
ISABELLA LOPES TEIXEIRA	EP095
ISABELLA MOURA TEIXEIRA	TL07, TL13
IZABEL CRISTINA LIMA SOUTO	EP012
IZABELLA SOARES MELLO	EP128

J

JADER CUNHA DE AZEVEDO	EP097, EP140
JAMIL ABDALLA SAAD	EP010, EP090
JAMIL NASCIMENTO	TL10
JAMILLE HEMÉTRIO SALLES MARTINS COSTA	EP066, EP090, EP093, EP117, EP119
JAQUELINE ALVES	EP053, EP148
JAQUELINE RODRIGUES SIMÃO	EP017, EP113
JEFFANE MILENE SILVA PACHECO	TL14
JEMIMA SANT'ANNA	EP017, EP090
JENNIFER CARAVELLI VENTURA PERDIGAO	EP111
JÉSSICA AUGUSTA CANAZART	EP096, TL10
JÉSSICA KARINNE VIEIRA	EP061, EP064, EP107
JÉSSICA MARIA COSTA SOUSA	EP051, EP079, EP123
JOÃO BATISTA GUSMÃO	EP024
JOÃO DAVID DE SOUZA NETO	EP065, EP109, EP112, EP116
JOÃO DE SOUZA CUNHA	EP009
JOÃO LUCAS O'CONNELL	EP074, EP077
JOÃO MARCOS DE OLIVEIRA JUNIOR	EP044

J

JOÃO PEDRO PEIXOTO RIOS	EP121, TL13
JOÃO VÍCTOR FERNANDES DE PAIVA	EP098
JOSÉ ALVIM COTTA CHAVES	EP020
JOSE AUGUSTO DE ALMEIDA BARBOSA	EP045, EP124, EP126, TL05
JOSÉ DONDICI FILHO	EP056
JOSE FRANCISCO BAUMGRATZ,	EP044
JOSE HENRIQUE ANDRADE VILA	EP044
JOSÉ LUIZ BARROS PENA	EP085
JOSÉ OTÁVIO GUEDES JUNQUEIRA	EP041
JOSE PEDRO DA SILVA	EP044
JOSE RESENDE DE CASTRO JÚNIOR	EP041
JOSÉ RICARDO COSTA DE OLIVEIRA	EP035
JOSÉ WANDERLEY NETO	EP098
JOSEANE GRANDO	EP103
JOSEPH FABIANO GUIMARÃES SANTOS	TL15
JUAN F. AGUDELO	TL08
JÚLIA AMÉLIA RICCI	EP061
JÚLIA ASSIS DA MOTTA	EP046, EP047
JÚLIA DINIZ MARRA VIEIRA	EP037, EP050, EP139
JÚLIA OLIVEIRA AGUIAR VASCONCELOS	EP095
JULIANA COSTA	EP012, EP015, EP048
JULIANA CRISTINA DE FREITAS	EP107
JULIANA RODRIGUES SOARES DE OLIVEIRA	EP006
JULIANO MOREIRA REIS FILHO	EP014
JUNIA MATA TAVARES PEREIRA DO NASCIMENTO	EP022, EP025, EP080

K

KACIANE KRAUSS BRUNO OLIVEIRA	EP121, TL07
KACIANE KRAUSS BRUNO OLIVEIRA	TL13
KAMILA SILVA MARINS CHAMON	EP051, EP079, EP100, EP123
KARINE GABRIELE DE JESUS LIMA	EP039, EP040
KARLA CORDEIRO GONCALVES	EP031, EP146, EP147
KARLLA CARDINALI ANTUNES LAURIANO	TL07, TL13
KAROLINE FREIRE KOSAC	EP022, EP025, EP080
KASSIO AKIO TANAKA	EP018
KÊNNYA GONÇALVES CAPANEMA	EP049, EP027

L

LAILA RIBEIRO SANTA BARBARA	EP004, EP057
LAÍS ANDRADE REZENDE	EP017, EP090
LAÍS TOLEDO DE VASCONCELOS	EP083, EP087, EP130, TL02, TL03
LAÍSE OLIVEIRA RESENDE	EP028, EP091, EP102
LARA CASTRO,	TL07
LARA DO NORTE GARCIA	EP109
LARISSA COLARES DO AMARAL FONSECA	EP005
LARISSA D'AMICO SANTOS	EP033, EP043, EP060
LARISSA FERREIRA MARQUES	EP108
LARISSA GUIMARÃES DUCA	EP107
LARISSA MEZERHANE DA SILVA	EP011, EP045, EP058
LAURA DE CASTRO SIMÃO	EP135
LAURA ENEIDA SANTOS	EP104
LAYRA FERNANDA MARTINS	EP053, EP148
LAYS OLIVEIRA GROSSI	TL15
LEANDRO SOUZA MACHADO DA COSTA	EP041
LEANDRO TEIXEIRA MORAIS	EP029
LÉLIDA PATRICIA VARGAS GONTIJO	EP071
LEONARDO ARRUDA MORAES RASO	EP004, EP057
LEONARDO SOARES PEREIRA	EP121
LETHICIA DE CASTRO SILVA NUNES PIRES	EP041
LETÍCIA DUTRA DE ARAÚJO BRANDI	EP114
LETÍCIA HORTA GUIMARÃES	EP004, EP006
LETÍCIA LEÃO DE PAULA	EP142
LETÍCIA MARIA ALVES PINTO	EP021, EP082
LETÍCIA MARIA MOREIRA RABELO	TL07, TL13
LETÍCIA SANTOS MOELLER DE CARVALHO	EP097
LETYCIA RIBEIRO ROCHA	EP142
LILIANE DINIZ DE ARAÚJO	EP059
LÍLIA SOARES SILVA	EP142

LIVIA BONELA DE OLIVEIRA	EP021, EP009
LÍVIA CRISTINA JARDIM,	EP056
LÍVIA LEÃO GOMES	EP142
LIVIA ROQUETE MARINHO	EP005, EP023
LÍVIA SILVA DE PAULA FARIA	EP066, EP075, EP093, EP094, EP097, EP098, EP117, EP119, EP140
LORENA BRETAS STELZER TAVARES	EP066, EP075, EP093, EP117, EP119
LORENA DE SOUZA CARVALHO	EP106
LORENA IASMIN DA ROCHA MENDES	EP111
LORENA ROCHA DIAS MACHADO	EP129
LORENA SILVA FONSECA	EP132
LORHAYNE KERLEY CAPUCHINHO SCALIONI	EP052
LORRANE LARA RODRIGUES DE SOUZA	EP135
LORRANY DE CÁSSIA TORRES SILVA	EP074, EP077
LUAN RODRIGUES DOS SANTOS	EP046, EP047
LUANA CESARINI LOPES	EP033, EP043, EP060
LUANA GIRASOLE BRETAS	EP114
LUARA GIDRÃO DE QUEIROZ	EP032, EP136
LUCAS CAMPOS BARBOSA E SILVA	EP141, TL11
LUCAS DE BARROS ANASTÁCIO	EP061, EP064, EP103, EP104, EP107
LUCAS NEVES VAZ	EP052
LUCAS NOVAES CARVALHO	EP020
LUCAS QUEIROZ FERNANDES CAMPOS	EP141
LUCAS SANTOS GIRÃO	EP116
LUCIANO ABDALLAH FERREIRA	EP081
LUDIMILA SOBREIRA SENA	EP042
LUIS AUGUSTO ALVARENGA ANDRADE	EP133
LUÍS GUSTAVO SILVA E SILVA	TL10
LUISA CAMPOS CALDEIRA BRANT	EP052, TL01, TL09
LUISA FREIRE PEDERNEIRAS BARBOSA	EP128
LUÍSA TEIXEIRA PASQUALOTTO	EP053, EP148
LUÍZ CLÁUDIO MOREIRA LIMA	EP018, EP106
LUÍZ FELIPE CARVALHO LOPES	EP131
LUÍZ GUILHERME PASSAGLIA	EP052, TL01, TL09
LUÍZ OTÁVIO RODRIGUES FERREIRA	TL01, TL09
LUNA SANTOS RABELO	EP070, EP134
LUZICLÉLIA JANICE DE ANDRADE REIS	EP082

M

MANOEL BAPTISTA ESTEVES	EP090, EP131
MANOEL HORTA RIBEIRO	TL10
MANOEL OTÁVIO DA COSTA ROCHA	EP144, TL08, TL14
MARCELA ACCARI DE ALMEIDA	EP109
MARCELI FARAJ	EP013
MARCELLA LEITE DE MATTOS	EP110
MARCELLA MARIA SOARES MELLO	EP128
MARCELLA OLIVEIRA RODRIGUES	EP053
MARCELO GUIMARÃES DA FONSECA	EP029
MARCELO MENDES ROCHA	EP129
MÁRCIA DE MELO BARBOSA	TL06, TL13
MARCO ANTONIO GONCALVES DE MOURA	EP045, EP124, EP126, TL05
MARCO PAULO TOMAZ BARBOSA	EP021
MARCO POLO ASSIS DA MOTTA	EP046, EP047
MARCO TÚLIO TAVARES SEIXAS	EP053, EP148
MARCOS ANDRÉ PEREIRA	EP099
MARCOS ANTONIO MARINO	EP019, EP049, EP122, EP127
MARCOS CHEREM	EP044
MARCOS EUGENIO MATTOS ROCHA FARIA	EP148
MARCOS ROBERTO DE SOUSA	TL08
MARCUS VINÍCIUS DA SILVA	EP062, EP076, EP092
MARCUS VINÍCIUS DE PAULA DA SILVA	EP002, EP076, EP092, EP142, EP062, EP062, EP114
MARIA AUGUSTA DE MENDONÇA LIMA	EP069
MARIA CAROLINA ÁLVARES CORREIA	EP066, EP075, EP093, EP117, EP119
MARIA CECÍLIA LANDIM NASSIF	EP144
MARIA CLARA NOMAN DE ALENCAR	EP144
MARIA CRISTINA COSTA DE ALMEIDA	EP063, EP115
MARIA DA CONSOLAÇÃO VIEIRA MOREIRA	EP031, EP146, EP147

M

MARIA DA GLÓRIA CRUVINEL HORTA	EP012, EP015, EP048, EP061, EP064
MARIA DAS GRAÇAS CARVALHO	TL04
MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES	EP121, EP141, EP144, TL06, TL07, TL11, TL13, TL14
MARIA DO CARMO RABELO ALVIM RODRIGUES	EP049, EP127
MARIA MARTA MAGGIOTTO SABRA	EP140
MARIA TERESA MOURA PEREIRA	EP050, EP037, EP139
MARIANA ALVES GOMES	EP034, EP125
MARIANA ALVES MOTA	EP135
MARIANA FIGUEIREDO SIMÕES	EP052, TL09
MARIANA LEMOS PEREIRA ALVES	EP046, EP047
MARIANA MARTINS PIRES	EP052
MARIANA XAVIER DE SOUZA	EP046
MARIANE JAMAL RIBEIRO	EP019
MARINA GOMES ABRANTES	EP120
MARINA RESENDE BARATA	EP022, EP025, EP080
MARINA ROSSI DE OLIVEIRA	EP002
MARLY DE OLIVEIRA	EP012, EP015, EP048
MATEUS DIAS MARTINS	EP013, EP081
MATEUS NEVES ROMERO	EP010, TL02
MATHEUS ABATE	EP084
MILTON PIFANO	TL10
MITERMAYER REIS BRITO	EP068
MOACIR RODRIGUES DE LIMA JÚNIOR	EP121
MONIQUE ROCHA NOGUEIRA	TL01, TL09
MYLENA SOBREIRA SENA	EP042

N

NATÁLIA CHAGAS TEIXEIRA	EP017, EP090
NATÁLIA CURZIO RIBEIRO	EP013, EP081
NATÁLIA DE SÁ MORAES	EP086, EP089
NATALIA DOS SANTOS OLIVEIRA	EP049
NATALIA FARIA MESQUITA	EP060
NATALIA MICHELIN	EP084
NATÁLIA PESSOA ROCHA	TL04
NATHALIA MUSSI MONTEZE	EP011, EP045, EP058
NELSON BORGES NETO	EP001, EP007, EP008, EP026, EP027, EP028, EP088
NEWTON SANTOS DE FARIA JÚNIOR	EP053, EP148
NOASSES NEIVA DIAMANTINO	EP134

O - P

OLÍVIA MARIA TRINDADE	EP028
OMAR RIBEIRO SANTOS-JUNIOR	EP144
OSMAR D'ALEXANDRIA PITA BAPTISTA	EP029, EP071
OTAVIANO JOSÉ GRECO RODRIGUES	EP007
PÂMELA D'ELLE ALMEIDA VIEIRA	EP062, EP076, EP092
PATRÍCIA FRAGA PAIVA	EP065, EP109, EP112, EP116
PATRÍCIA RODRIGUES SILVEIRA	EP096
PATRÍCIO ARAÚJO DA SILVA	EP076, EP114
PAULA CARVALHO PINTO GUIMARÃES	EP057
PAULA GOMES RABELO	EP067, EP086, EP089
PAULO ARTHUR MENDES MILHOMEM	EP106
PAULO HENRIQUE MAIA VILELA	EP038
PAULO HENRIQUE SANTIAGO	TL02
PAULO RODRIGUES GOMES	TL10
PEDRO HENRIQUE RAMOS CAVEANHA	EP083, EP087, TL02
PEDRO HENRIQUE VENDRAMINI	EP005
PEDRO MELGAÇO MARTINS	EP001, EP007, EP008, EP016, EP027
PEDRO NILO MAGALHÃES DUMONT	EP029
PRICILA ROCHA COELHO	EP041
PRISCILA ÁGAPE PACHECO PEREIRA	EP135

R

RADMILA ALESSANDRA DE SOUZA OLIVEIRA	EP062, EP076, EP092
RAFAEL COLARES,	EP128
RAFAEL LUÍS FERREIRA SILVA	EP056
RAFAEL MEIRA COUTINHO	EP014, EP024

R

RAFAEL PORTO	EP083, TL02
RAFAEL PORTO SILVA	EP087, EP130, TL03
RAFAELA ANSELMO SOARES BARBOSA	EP085
RAFAELA DE ASSIS AMARAL	EP100
RAFAELLA SIMÕES MOREIRA	EP083, EP087, EP130, TL02, TL03
RAFAYANE NOGUEIRA MADRUGA	EP016, EP026
RAIMUNDO ANTÔNIO DE MELO	EP131
RAIMUNDO MARQUES DO NASCIMENTO NETO	EP078
RAÍSA FURFURO E SÁ	EP103
RAÍSSA ALVES PINTO MOURA	EP034, EP125
RAÍZA TEIXEIRA DE OLIVEIRA	EP067
RALDNER BORGES E RÊGES	EP008, EP016, EP027, EP088, EP091
RAPHAEL MAIA OLIVEIRA	EP074
RARISSA QUEIROZ FERREIRA FERRAZ	EP030, EP032, EP038, EP136
RAUL SILVA SIMÕES DE CAMARGO	EP144
RAYSSA PIAZZI ROCHA	EP042
RENAN ATÍLIO SANTOS MARQUIORI	EP064, EP104, EP107
RENAN DETOFFOL BRAGANÇA	EP128
RENATA CRUZEIRO RIBAS	EP054
RENATA VALENTE ARAÚJO	EP086, EP089
RENATO ROCHA RABELLO	EP131
RICARDO JOSÉ RAZERA	EP074, EP077
RICARDO WANG	TL12
RITA CAROLINA FIGUEIREDO DUARTE	TL04
RITA DE CASSIA SANTANA DO AMARAL	TL15
ROBERTA DE ALVARENGA BATISTA	EP086, EP089
ROBERTA RODRIGUES MOURA	EP013, EP081
ROBERTO DRUMOND FERREIRA DE MELO	EP051
ROBERTO LUIZ MARINO	EP049, EP108, EP110, EP122, EP127
ROBERTO MAX LOPES	EP015
RODOLFO GUILLERMO VIGIL VERASTEGUI	TL15
RODOLFO LUIZ AMORIM DE OLIVEIRA	EP085
RODRIGO MATOS PINTO COELHO	EP144
RODRIGO PINHEIRO LANNA	TL04
RONALDO TORRES FREITAS FILHO	EP095
ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA	EP034, EP125
ROSSANA DALL'ORTO ELIAS	EP005

S

SABRINA COSTA LIMA	EP054
SABRINA DE JESUS OLIVEIRA NEVES	EP039, EP040
SALETE MARIA DE FÁTIMA SILQUEIRA	EP146, EP147
SALETE MARIA DE FÁTIMA SILQUEIRA	EP147
SAMARA PEREIRA DE ALMEIDA	EP065
SAMIR IDALO JUNIOR	EP033, EP043, EP060
SAMIRA SODRÉ PICHELI	EP067, EP110
SANDER LUIS GOMES PIMENTEL	TL12
SANDRA MONETTI DUMONT	TL14
SANDRA REGINA TOLENTINO CASTILHO	EP011
SANNY CRISTINA DE CASTRO FARIA	TL11
SARA HELENA RESENDE CARVALHO	EP043
SARAH CRISTINA VIEIRA	EP053, EP148
SARCHA MIRANDA WARD DE PAIVA	EP057
SAULO AUGUSTO SILVA MANTOVANI	EP018, EP019
SÁVIA QUEIROZ FERREIRA	EP032, EP038
SÁVIA QUEIROZ FERREIRA,	EP136
SERGIO CASTRO PONTES	EP041
SERGIO SANTOS CABRAL	EP033, EP060
SIMONE DONNARD SANTOS	EP072
STEFANIA BRUNA COSTA VALENTE	EP006, EP057
STEPHANIE CHATER MITRI	EP111
STEPHANIE SAUBA DE FREITAS	TL14
SUELEN DA COSTA SILVA	EP062, EP092, EP142
SUEMARA FERNANDES DA SILVA MARTINS	EP144, TL11
SUSAN MARTINS LAGE	EP054
SUSANA DRUMOND PERES DOS REIS	TL06

T

TÁBATA LARISSA DE MACEDO	EP085
TAINÁ VITTI LOURENÇO	TL07
TALITA DE ARAÚJO PEREIRA	EP029
TALITA SANTOS DA SILVEIRA BETTONI	TL15
TAMARA KATINA	EP124, EP126, TL05
TAMARA TAVARES LEÃO	EP017, EP090
TATIANA COSTA DIAMANTINO	EP134, EP141
TATIANA CUNHA DE MORAES	EP129
TATIANA SANTOS VIEIRA	EP072
TERESA RAQUEL PEREIRA CUNHA	EP046, EP047
TEREZA LÚCIA DE MELO MASCI	EP012, EP015
THAIZ RUBERTI SCHMAL	EP118
THALES DE MELO MASCI VALADÃO CARDOSO	EP048
THALES LOPES GOMES PINTO FERREIRA	EP127
THAUAN PEDRO DA SILVA SANTOS	EP106
THIAGO LOREDO E SILVA	EP144
THIAGO PASCELE DE OLIVEIRA BATISTA	EP141
THIAGO VENUTO	EP003

U - V

UBIRAJARA LIMA FILHO	EP131
VANESSA MOURÃO FEIO DE FREITAS	EP095
VERÔNICA PAULINA ROCHA JARDIM ARAÚJO	EP131
VICTOR COELHO CLEMENTE	EP069
VICTOR LUIZ OLIVEIRA PIMENTA DE ARAÚJO	EP072
VICTOR PIMENTEL DE MATOS	EP071, EP132
VICTOR TEATINI RIBEIRO	EP141
VINÍCIUS COSTA GOMES	EP071
VINÍCIUS RIBEIRO SILVA	EP049, EP127
VINÍCIUS SARMENTO VALÉRIO	EP063, EP115
VIRGÍNIA CAPISTRANO FAJARDO	EP073, EP078
VITÓRIA MIKAELLY DA SILVA GOMES	EP098, EP112
VITÓRIA SANTOS DE SOUZA	EP084
VIVIANE SANTUARI PARISOTTO MARINO	TL14

W - Y - Z

WAGNER DO NASCIMENTO CARVALHO	EP031, EP146, EP147
WALQUÍRIA DA MATA SANTOS	EP053, EP148
WALTER RABELO	EP049, EP122, EP127
WILLIAM ANTÔNIO DE MAGALHÃES ESTEVES	TL11
WILLIAMINA OLIVEIRA DIAS PINTO	EP116
WILLIAN MOREIRA SENA	EP070
YASMIN DOS SANTOS BITTENCOURT	EP129
YNGRID SOUZA LUZ	EP065, EP109
YORGHOS LAGE MICHALAROS	EP133, TL15
ZILDA MARIA ALVES MEIRA	EP058, TL06