



ABC Cardiol
Arquivos Brasileiros de Cardiologia

**Resumo das
Comunicações**

Volume	Número	Suplemento
119	2	1
Agosto 2022		

Sociedade Brasileira de Cardiologia
ISSN-0066-782X

RESUMO DAS COMUNICAÇÕES

48^o CONGRESSO PARANAENSE DE CARDIOLOGIA

CURITIBA - PR



ABC Cardiol

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Corpo Editorial

Editor-Chefe

Carlos Eduardo Rochitte

Coeditor Internacional

João Lima

Editor de Mídias Sociais

Tiago Senra

Editor de Consultoria Chinesa

Ruhong Jiang

Editores Associados

Cardiologia Clínica

Gláucia Maria Moraes de Oliveira

Cardiologia Cirúrgica

Alexandre Siciliano Colafranceschi

Cardiologia Intervencionista

Pedro A. Lemos

Cardiologia Pediátrica/Congênitas

Ieda Biscegli Jatene

Vitor C. Guerra

Arritmias/Marca-passo

Maurício Scanavacca

Métodos Diagnósticos Não Invasivos

Nuno Bettencourt

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

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

Carlsi 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 Amodeo – 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

Cleonice 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 Prêcoma – 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

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

Glaucia 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 HCFMUSP (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 Pércles 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 (UFCSA), Porto Alegre, RS – Brasil

Luís Eduardo Paim Rohde – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Florianópolis, SC – 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 – Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), 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 HCFMUSP), 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 (FMUG), 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 – EUA

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

Ana Teresa Timóteo – Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal

Fausto Pinto – Universidade de Lisboa, Lisboa – Portugal

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

James de Lemos – Parkland Memorial Hospital, Texas – EUA

João A. Lima, Johns – Johns Hopkins Hospital, Baltimore – EUA

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 – EUA

Peter Libby – Brigham and Women's Hospital, Boston – EUA

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

Conselho Administrativo – Mandato 2022 (Sociedade Brasileira de Cardiologia)

Região Norte/Nordeste

Nivaldo Menezes Filgueiras Filho (BA)
Sérgio Tavares Montenegro (PE)

Região Leste

Denilson Campos de Albuquerque (RJ)
Andréa Araujo Brandão (RJ) – Vice-presidente do Conselho Administrativo

Região Paulista

Celso Amodeo (SP)
João Fernando Monteiro Ferreira (SP) – Presidente do Conselho Administrativo

Região Central

Carlos Eduardo de Souza Miranda (MG)
Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza (GO)

Região Sul

Paulo Ricardo Avancini Caramori (RS)
Gerson Luiz Bredt Júnior (PR)

Comitê Científico

Denilson Campos de Albuquerque (RJ)
Paulo Ricardo Avancini Caramori (RS)
Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza (GO)

Presidentes das Soc. Estaduais e Regionais

SBC/AL – Pedro Henrique Oliveira de Albuquerque

SBC/BA – Joberto Pinheiro Sena

SBC/DF – Fausto Stauffer Junqueira de Souza

SBC/ES – Tatiane Mascarenhas Santiago Emerich

SBC/GO – Humberto Graner Moreira

SBC/MA – Francisco de Assis Amorim de Aguiar Filho

SBC/MG – Antônio Fernandino de Castro Bahia Neto

SBC/MS – Mauro Rogério de Barros Wanderley Júnior

SBC/NNE – José Albuquerque de Figueiredo Neto

SBC/PB – Guilherme Veras Mascena

SBC/PE – Carlos Japhet Da Matta Albuquerque

SBC/PI – Jônatas Melo Neto

SBC/PR – Olímpio R. França Neto

SOCERJ – Ronaldo de Souza Leão Lima

SBC/RN – Antônio Amorim de Araújo Filho

SOCERGS – Fábio Cañellas Moreira

SOCESP – Ieda Biscegli Jatene

Departamentos e Grupos de Estudo

SBC/DA – Marcelo Heitor Vieira Assad

SBC/DCC – Bruno Caramelli

SBC/DCC/CP – Cristiane Nunes Martins

SBC/DCM – Maria Cristina Costa de Almeida

SBC/DECAGE – José Carlos da Costa Zanon

SBC/DEIC – Mucio Tavares de Oliveira Junior

SBC/DEMCA – Álvaro Avezum Junior

SBC/DERC – Ricardo Quental Coutinho

SBC/DFCVR – Elmiro Santos Resende

SBC/DHA – Lucélia Batista Neves Cunha Magalhães

SBC/DIC – André Luiz Cerqueira de Almeida

SBCCV – João Carlos Ferreira Leal

SOBRAC – Fatima Dumas Cintra

SBHCI – Ricardo Alves da Costa

DCC/GECIP – Marcelo Luiz da Silva Bandeira

DCC/GECOP – Maria Verônica Câmara dos Santos

DCC/GEPREVIA – Isabel Cristina Britto Guimarães

DCC/GAPO – Luciana Savoy Fornari

DCC/GEAT – Carlos Vicente Serrano Junior

DCC/GECETI – João Luiz Fernandes Petriz

DCC/GEDORAC – Sandra Marques e Silva

DCC/GEECG – Nelson Samesima

DCC/GERTC – Adriano Camargo de Castro Carneiro

DEIC/GEICPED – Estela Azeka

DEIC/GEMIC – Marcus Vinicius Simões

DEIC/GETAC – Sílvia Moreira Ayub Ferreira

DERC/GECESP – Marconi Gomes da Silva

DERC/GEEN – Lara Cristiane Terra Ferreira Carreira

DERC/GERCPM – Pablo Marino Corrêa Nascimento

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Volume 119, Nº 2, Supl. 1, Agosto 2022

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

<http://abccardiol.org/>

SciELO: www.scielo.br

Departamento Comercial

Telefone: (11) 3411-5500

e-mail: comercialsp@cardiol.br

Produção Editorial

SBC - Setor Científico

Produção Gráfica e Diagramação

SBC - Setor de Comunicação e
Eventos

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

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

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



Resumo das Comunicações

**48° CONGRESSO PARANAENSE
DE CARDIOLOGIA**

CURITIBA - PR



MENSAGEM DO PRESIDENTE DA SOCIEDADE PARANAENSE DE CARDIOLOGIA

Prezados colegas,

Inciamos a preparação e organização do 48º Congresso Paranaense de Cardiologia/ International Cardiology Meeting, o principal evento de nossa sociedade.

Convido a todos para que reservem em suas agendas os dias 4, 5 e 6 de agosto de 2022 para estarem conosco em Curitiba neste grande encontro.

O tema principal do evento “Cardiologia Sustentável- A busca do equilíbrio em Prevenção, Diagnóstico e Tratamento das Doenças Cardiovasculares”, permitirá uma ampla abordagem de todas as particularidades da doença cardiovascular.

A programação científica contará com renomados palestrantes nacionais e internacionais, com os quais poderemos discutir e interagir sobre vários temas.

Seguramente será um grande Congresso.

Programe-se desde já, 4, 5 e 6 de agosto 2022, evento presencial com transmissão online.

Contamos com a presença de cada um de vocês!

Olímpio R. França Neto

Presidente da Sociedade Paranaense de Cardiologia 2022/2023



MENSAGEM DO PRESIDENTE DO CONGRESSO

Estamos nos aproximando do 48º Congresso Paranaense de Cardiologia. Temos um grande desafio ao retomar a realização de eventos científicos com a possibilidade de participação presencial após mais de 2 anos de cancelamentos impostos pela situação de pandemia.

Muitos esforços foram empregados para que o maior evento científico do Paraná pudesse voltar a acontecer, e nesta edição poderemos pela primeira vez participar de um Congresso Paranaense híbrido, com a possibilidade de participação nos formatos presencial e online. Todos os cuidados serão tomados para garantir a participação presencial de forma segura.

Com o tema “Cardiologia Sustentável - A busca do equilíbrio em Prevenção, Diagnóstico e Tratamento das Doenças Cardiovasculares”, o programa científico foi elaborado para discutir as melhores evidências científicas aplicadas à prática clínica buscando a excelência na Cardiologia Paranaense com uma reflexão sobre a sustentabilidade das nossas atividades.

Contamos com a presença e a contribuição de todos para construirmos juntos um Congresso do mais alto nível científico.

Esperamos que todos possamos aproveitar a oportunidade de nos encontrarmos presencialmente, reforçando os laços de respeito e amizade que sempre existiram em nossa Sociedade.

Desejamos a todos um excelente Congresso.

Willyan Nazima

Presidente do Congresso

001

ACHADO RADIOLÓGICO EM PACIENTE COM RELATO PRÉVIO DE IMPLANTE TRANSCATETER DE VÁLVULA AÓRTICA (TAVI) = UMA RARA COMPLICAÇÃO DE MIGRAÇÃO DE PRÓTESE

ALEXANDRE ALESSI 1, MARCELO CASTRO GONÇALVES SILVA 1, BRUNO H MIRANDA 1, GABRIEL GIFFORD CARNEIRO 2, JOSÉ PAULO AGNER 1, GUILHERME CORDEIRO 1

1 HNSG - Hospital Nossa Senhora das Graças (Curitiba- Paraná), 2 Hospital do Idoso - Hospital do Idoso do Paraná (Curitiba-PR)

Procedimentos de implante transcatereter de válvula Aórtica (TAVI) têm sido realizados com progressiva frequência como opção de tratamento em pacientes com estenose aórtica sintomática e alto risco cardiovascular no mundo e no Brasil. Sabe-se que na Alemanha, hoje se faz mais TAVI que cirurgia convencional de troca valvar cirúrgica neste grupo selecionado de pacientes. Este procedimento reduz morbidade, tempo de internamento e é uma ótima opção de tratamento em pacientes com alto risco pré cirúrgico, muitos considerados inoperáveis. As complicações mais frequentes são: insuficiência paravalvar, complicações vasculares, complicações hemorrágicas, AVC, Insuficiência renal aguda e distúrbios de condução que necessitem marcapasso permanente. Mais raramente pode ocorrer oclusão de ostios coronários e infarto do miocárdio e migração de retrógrada ou anterógrada da prótese. Relatamos um caso raro de migração de TAVI em achados radiológicos que demonstram a presença de duas próteses de TAVI em paciente de 84 anos, com histórico prévio de ser hipertenso, dispnéico e implante de marcapasso definitivo há 5 anos e de ser sido submetido a implante de TAVI há 1 ano, por estenose aórtica severa sintomática. Em uso de rosuvastatina 20 mg, carvedilol 25 mg 12/12 hs, trazodona 50 mg noite e aspirina 100 mg. O paciente veio para uma consulta de rotina cardiológica e dentre os exames solicitados, chamou a atenção no exame radiológico de tórax: alongamento de aorta torácica. Imagens de endopróteses vasculares na projeção de via de saída do ventrículo esquerdo e aorta ascendente. Além de gerador de marcapasso e eletrodos em projeção de átrio e ventrículo direitos. Após busca de informações sobre o procedimento de TAVI, conseguimos o dado de migração de endoprótese para artéria aorta ascendente durante o procedimento, devido arritmia ventricular frequente e coincidente a liberação do conjunto endovascular. O paciente está assintomático e segue vigilância médica.

002

ANÁLISE DA MEMBRANA DE OXIGENAÇÃO EXTRACORPÓREA EM PACIENTE COM COVID-19 E SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

SOAD BARK HAIDAR 1,3, TATIANA DE SOUZA BEM 1,3, DOUGLAS MESADRI GEWEHR 1,2, ALLAN FERNANDO GIOVANNINI 3, FERNANDO BERMUDEZ KUBRUSLY 1,2, LUIZ FERNANDO KUBRUSLY 1,2,3

1 IDC - Instituto Denton Cooley de Pesquisa, Ciência e Tecnologia (Alameda Dr. Carlos de Carvalho, 2370, Curitiba-PR), 2 INCOR Curitiba - Instituto do Coração de Curitiba (Alameda Dr. Carlos de Carvalho, 2370, Curitiba-PR), 3 FEMPAP - Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná (Rua Padre Anchieta, 2770, Curitiba-PR, Brasil)

Introdução: A pandemia de início em 2019 do novo coronavírus (SARS-CoV-2) é um desafio clínico devido à falta de tratamento padrão e as complicações presentes em pacientes do grupo de risco. As terapias utilizadas são de cunho suportivas, logo pacientes refratários as terapias convencionais podem se beneficiar da Oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO). A ECMO se tornou uma alternativa devido a possibilidade de suporte circulatório em pacientes com falência respiratória e/ou cardíaca. Esse cenário possibilitou a observação de fatores que interferem no funcionamento da ECMO, principalmente da Membrana Oxigenadora (MO). **Objetivo:** Avaliar qualitativamente e quantitativamente a adsorção celular e proteica na superfície de troca de gás em uma membrana de oxigenação extracorpórea de um paciente com SRAG após óbito. **Métodos:** O trabalho consiste em um estudo descritivo e exploratório, de caráter qualitativo e quantitativo, em que foi realizada uma análise de uma MO de ECMO de um paciente com SRAG em decorrência de infecção por COVID-19. Houve, portanto, um preparo adequado da MO e das amostras obtidas; para que, então, fosse realizada uma análise por citologia por *imprint* e a de *frozen section*, além de imunofluorescência. Para elucidar os achados macro e microscópicos, ainda foi descrito o quadro clínico do paciente. **Resultados:** O paciente abordado neste estudo desenvolveu SRAG por COVID-19 e foi eleito a ECMO pois apresentava escore de Murray 3,5, PaO₂/FiO₂ = 83 e hipercapnia com PaCO₂ > 80, refratários a VM e terapia medicamentosa. A citologia por *imprint* e *frozen section analysis* da MO demonstrou depósito de tecido hematopoiético, com quantidade significativa de hemácias e plaquetas, e quantidade moderada de neutrófilos aderidos a superfície de troca gasosa da membrana. **Conclusão:** A análise da membrana de oxigenação demonstrou adsorção celular e de componentes do sangue na superfície de troca da membrana de oxigenação de um circuito de ECMO, em um paciente com síndrome respiratória aguda grave por COVID-19, permitindo estabelecer uma inferência causal com a disfunção precoce da MO e deterioração clínica e laboratorial do paciente.

003

AVALIAÇÃO DO CORAÇÃO COMO FONTE EMBOLIGÊNICA EM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL CARDIOEMBÓLICO.

JORGE HENRIQUE YOSCIMOTO KOROISHI 1, FLAVIA SAKAMOTO 1, JAIRO PINHEIRO 1, ANA GALUBAN 1, CAROLINA PIRES 1

1 HCOR - HCOR-Sociedade Beneficente Síria (Rua Desembargador Eliseu Guilherme - 123)

Relato de caso: paciente M.B.S., feminino, 72 anos, com antecedente pessoal de hipertensão arterial sistêmica, apresentando quadro de acidente vascular cerebral isquêmico, com ressonância magnética de crânio sugestiva de etiologia cardioembólica. Realizou eletrocardiograma e Holter, ambos em ritmo sinusal. Realizado ecocardiograma transesofágico (ECO TE) com imagem ecogênica, móvel, aderida a parede atrial esquerda, adjacente ao apêndice atrial esquerdo. Iniciado anticoagulação com apixabana pensando como primeira hipótese diagnóstica trombo. Repetiu ECO TE após 6 meses, que mantinha imagem visualizada em exame prévio. Encaminhada para centro de referência em cardiologia, com proposta de reunião de Heart Team, pois apesar de anticoagulação, mantinha imagem. Complementamos com tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) para afastar doença oncológica. Repetido ECO TE para programação cirúrgica, e confirmada imagem de massa isogênica, móvel, de bordas irregulares medindo cerca de 7 mm, junto ao orifício de entrada do apêndice atrial esquerdo, no topo da crista lateral. Realizada cirurgia de ressecção de massa tumoral de aspecto macroscópico sugestivo de mixoma, com necessidade de ressecção de apêndice atrial esquerdo para margem de segurança. **Discussão:** apesar de raros, os tumores cardíacos constituem importante componente da prática cardio-oncológica, e devem ser considerados como parte do diagnóstico diferencial de massas cardíacas. Outros diagnósticos possíveis são classificação de massa intracardíaca são trombos, vegetações e alterações anatómicas. Tumores podem ser classificados como primários ou secundários (metástases), sendo estes mais comuns. Dentre os tumores primários, os benignos representam aproximadamente 90% dos casos. Independente da histologia, as consequências hemodinâmicas ou arritmogênicas são dependentes do tamanho e localização do tumor. Na última década, houve um aumento na incidência de tumores cardíacos, e parte desse aumento atribuído aos avanços das técnicas nos exames de imagem. Além da multimodalidade de exames com ecocardiograma transesofágico e 3D, ressonância magnética de coração, tomografia de coração e PET-CT, a história clínica, localização do tumor e idade são fatores determinantes para definição da etiologia da massa tumoral. **Conclusão:** tumores cardíacos devem ser considerados como diagnóstico diferencial de massas intracardíacas. A multimodalidade de exames de imagem, associada a fatores clínicos, são determinantes para um diagnóstico etiológico mais precoce, e no caso relatado evitando novos eventos cardioembólicos.

004

COMPRESSÃO EXTRÍNSECA DO TRONCO DA ARTÉRIA CORONÁRIA ESQUERDA PELA ARTÉRIA PULMONAR COMO CAUSA DE DOR TORÁCICA EM PACIENTE JOVEM COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR

LARISSA MARIA VOSGERAU 1, ROBERTO DE ÁVILA MARTINS 1, MARIA AUGUSTA CRAVO BETTINI 1, GABRIELA ROMANIELLO 1, PEDRO FELIPE GOMES NICZ 1, TIAGO AUGUSTO MAGALHÃES 1, PAULO ROBERTO CRUZ MARQUETTI 1, EDUARDO LEAL ADAM 1

1 HC-UFPR - Complexo Hospital de Clínicas da UFPR (Curitiba, PR)

Introdução: A dor torácica em pacientes com hipertensão arterial pulmonar (HAP) é usualmente atribuída ao desbalanço entre demanda e oferta de oxigênio ao ventrículo direito hipertrofiado, com hipoperfusão subendocárdica. Sabe-se que a artéria pulmonar (AP) pode gerar compressão extrínseca ao tronco da artéria coronária esquerda (TCE) nestes pacientes e é descrito que uma AP com diâmetro superior a 40mm associado a angina típica está relacionada a compressão do TCE em muitos pacientes. Esta redução luminal pode levar a infarto agudo do miocárdio, disfunção ventricular esquerda, arritmias e até mesmo morte súbita. A avaliação das coronárias muitas vezes não é realizada, de modo que a incidência da compressão do TCE pela AP não é bem estabelecida em literatura. Não há consenso sobre o melhor tratamento, mas a intervenção percutânea através de angioplastia tem se apresentado como uma opção viável para alívio de sintomas e melhora de desfechos, com alta taxa de sucesso. **Descrição do caso:** Paciente do sexo feminino de 30 anos, com diagnóstico de hipertensão pulmonar primária há 9 anos em tratamento otimizado, procura atendimento médico por dor torácica progressiva com evolução até mínimos esforços, com importante prejuízo à qualidade de vida. Durante investigação, realizado angiogramografia coronária que demonstrou tronco de AP de 56mm e TCE com importante angulação ostial (17,9°) associada a redução luminal ostial (>70%) por compressão extrínseca. Em cateterismo cardíaco observou-se estenose crítica de TCE. Foi realizado angioplastia com implante de stent farmacológico em TCE com sucesso. Paciente apresentou melhora completa de dor torácica após. **Conclusões:** A compressão extrínseca do TCE deve ser considerada como diagnóstico diferencial em pacientes com HAP e angina, especialmente em pacientes com tronco de AP superior a 40mm. O tratamento percutâneo tem se mostrado como um método seguro e eficaz para melhora de sintomas e redução de eventos cardiovasculares, com baixa taxa de complicações.

05

FÍSTULA AORTA-VENTRÍCULO DIREITO CONGÊNITA EM PACIENTE ADULTO

RENAN PONTES PETINELLI 2, ARNALDO AKIO OKINO 1,3, MARCOS ALFREDO DE ANDRADE PIRES 1, KALIL HUSSEINS KHALIL 1,3, JAQUELINE MARIA DE OLIVEIRA LIMA LUVIZOTTO 3,1, JOÃO LUIZ ITAGIBA FONSECA 1

1 ICC - Instituto de Cirurgia do Coração de Londrina (Av Rio de Janeiro, 1500), 2 ISCAL - Irmandade Santa Casa de Londrina (Rua Espírito Santo, 523), 3 HONPAR - Hospital Norte Paranaense (Rodovia PR 218 km 01)

Introdução: Este relato aborda o caso de uma paciente com quadro de insuficiência cardíaca devido comunicação anômala do seio coronário direito ao ventrículo direito. **Método:** Paciente feminina, 31 anos, previamente hígida, comparece ao ambulatório com queixa de dispnéia e edema de membros inferiores há 2 meses. A paciente negava complicações prévias e demais procedimentos cardíacos invasivos. Ao exame físico, evidência de sopro holossistólico, membros inferiores edemaciados. Ecocardiograma transtorácico visualizou fluxo sanguíneo de alta pressão do Seio de Valsalva direito ao ventrículo direito. Cateterismo cardíaco evidenciando hiperfluxo da aorta à cavidade do ventrículo direito e sinais de hiperfluxo pulmonar. A paciente foi submetida à cirurgia cardíaca, identificado orifício no Seio de Valsalva do folheto coronariano direito com comunicação à via de saída do ventrículo direito e ausência de aneurisma do segmento. O tecido foi ressecado e o orifício foi ocluído. **Discussão:** A fistula aorta-ventrículo direito é uma condição cuja patologia envolve a comunicação dos seios coronarianos à via de saída do ventrículo direito. Essa condição normalmente está relacionada à ruptura de aneurisma do Seio de Valsalva, complicações de endocardite, trauma torácico, dissecação de aorta ou outras complicações de procedimentos cardíacos invasivos. As anomalias do Seio de Valsalva podem ser classificadas em três grupos: aneurisma, aneurisma roto e fistula não-aneurismática do Seio de Valsalva. A fistula aorta-ventrículo direito congênita é um defeito da parede da aorta devido sua fragilidade durante o desenvolvimento. Os sintomas típicos são dispnéia, fadiga, edema de membros inferiores e abdominal. O diagnóstico é realizado por meio da ecocardiografia transtorácica e/ou transesofágica, cateterismo cardíaco, tomografia computadorizada e ressonância magnética, revelando um shunt da esquerda para a direita. O tratamento de escolha é a abordagem cirúrgica. **Conclusão:** A fistula aorta-ventrículo direito é uma condição importante que pode levar a um quadro de insuficiência cardíaca grave. O diagnóstico precoce é primordial para programação cirúrgica e recuperação do quadro clínico do paciente.

06

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA SECUNDÁRIA AO USO DE VANDETANIBE.

ALOISIO SILVA RIBEIRO 1,2, JOÃO VICTOR SILVA 2, ANDRÉ MARINHO VAZ 2, WOLNEY DE ANDRADE MARTINS 1, LUIZ CLÁUDIO FERRAZ DE OLIVEIRA PEREIRA 2

1 SBC - Sociedade Brasileira De Cardiologia (Av. Marechal Câmara, 160, 3º Andar - Sala 330 - Centro, Rio De Janeiro), 2 Fcv - Fundação Cristiano Varella (Av. Cristiano Ferreira Varella. Número 555, Bairro Universitário, Muriaé - Mg)

Introdução: Vandetanibe é um novo agente anticâncer, disponível oralmente, que possui como mecanismo de ação inibição seletiva da tirosinaquinase que inibe o receptor do fator de crescimento endotelial vascular (VEGFR-2) e receptor de fator de crescimento epidérmico (EGFR). Em 2011, o Vandetanibe foi aprovado para o tratamento de carcinoma nodular da tireoide localmente avançado irrissecável ou metastático com base em um ensaio controlado randomizado fase III. Foi demonstrado redução de 54% no risco de progressão da doença. Relato do Caso: Paciente 61 anos, sexo feminino, previamente hígida, teve diagnóstico de carcinoma nodular de tireoide. Após tratamento com Vandetanibe 300 mg duas vezes ao dia, iniciou quadro de Hipertensão Arterial Sistêmica estágio I. Ao exame físico apresentava-se corada, hidratada, ritmo cardíaco regular em 27, bulhas normofonéticas, sem sopros, sem bulhas acessórias (PA 150X80 mmHg, FC 72 bpm), ausculta pulmonar normal, ausência de turgência jugular patológica. Exames laboratoriais normais. Eletrocardiograma (ritmo sinusal, normocárdico, sem evidências de sobrecargas ventriculares). Ecocardiograma transtorácico com função biventricular preservada, sem valvopatias, ou alterações segmentares. Submetida à fundoscopia de olho, sem sinais de retinopatia hipertensiva. Paciente foi medicada com candesartana 8mg/dia e obteve controle adequado dos níveis pressóricos, tendo sido mantida a medicação durante tratamento oncológico. **Discussão e Conclusão:** A maioria da hipertensão associada ao Vandetanibe é grau I ou II. Em casos de hipertensão grave ou persistente, apesar do início do tratamento anti-hipertensivo, pode ser necessário a redução ou interrupção da medicação. Se pacientes com pressão alta não puderem ser controlados, o Vandetanibe não deve ser reiniciado. Estudos mostram que candesartana (antagonista do receptor de angiotensina II) podem inibir especificamente a angiogênese induzida pelo VEGF no coração normal. Portanto existe a possibilidade de que alguns medicamentos sejam mais eficazes no tratamento da hipertensão arterial nesse grupo de pacientes e tenham efeitos menos tóxicos quando usados em conjunto com o Vandetanibe.

07

MELHORA ESPONTÂNEA DE INSUFICIÊNCIA MITRAL GRAVE DURANTE EXAME DE ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO EM PACIENTE COM IAMSSST

BRENO AQUINO MONTEIRO 2, GABRIEL BARBOSA KLEIN 2, DAIANE DAROS BELLAVIER 1, VICTOR BAROUKI KORMANN 1, MARCELA KONDO SATO 1, FELIPE ANTONIO SOBRAL 1, THIAGO CRUZ 1, JORGE AUGUSTO DEITOS 1, LEONARDO PIAZZA 1, ANA KARYN EHRENFRIED DE FREITAS 1,2

1 HSC - Hospital Santa Casa de Curitiba (Curitiba/PR), 2 UP - Universidade Positivo (Curitiba/PR)

Introdução: O infarto agudo de miocárdio (IAM) ocorre por uma desproporção entre a demanda de oxigênio e a oferta de sangue causando morte de miócitos, geralmente ocasionado por uma oclusão ou suboclusão de vasos por placas de ateroma desestabilizada. Isquemia dos segmentos subjacentes aos músculos papilares causa disfunção contrátil, com alteração da conformação das cúspides e, após, dilatação do anel valvar, impossibilitando o completo fechamento da valva. Comumente é necessário cirurgia de revascularização miocárdica (RVM) associado a anuloplastia, visto a associação entre alteração contrátil e estrutural. **Relato:** Homem, 59 anos, previamente hipertenso, diabético, com angina estável e RVM há 5 anos, internado devido dor torácica com dois dias de evolução. Apresentava sopro holossistólico em foco mitral, sem outras alterações, e em cateterismo prévio havia oclusão total de coronária direita e descendente anterior (DA) e oclusões de 80% em circunflexa, ponte de safena aorta-marginal e mamária interna esquerda para DA. Troponinas positivas. Diagnosticado com IAMSSST e iniciado medidas para síndrome coronariana aguda. Ecocardiograma revelou refluxo mitral cíclico inicialmente interpretado como importante devido disfunção isquêmica do músculo papilar pótero-inferior, mas durante o mesmo exame, 30 segundos após, notou-se melhora espontânea da contratilidade segmentar infero-lateral com redução exponencial do refluxo para uma insuficiência discreta. Foi calculada a PSAP em 51mmHg e a fração de ejeção estimada em 45-50% por Simpson. Na evolução foi realizado colocação de stent em ponte de safena que apresentava lesão importante, com melhora dos sintomas. **Conclusão:** A melhora espontânea da insuficiência valvar mitral após IAM é um evento raro. A causa da melhora observada não pode ser afirmada, mas uma possível explicação seria uma melhora da relação demanda/oferta de sangue momentânea. Este estudo demonstra a existência de miocárdio hibernado pós-evento isquêmico e, portanto, reforça a importância da intervenção precoce para restaurar a função miocárdica.

08

MORTE SÚBITA EM GESTANTE COM SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE: UM RELATO DE CASO

IARA AMARAL TAKATUZI 1, ISRAEL SUCKOW GIACOMITTI 1, DAIANE DAROS BELLAVIER 1, ALINE CARBONERA 1, GABRIELA DE ASSIS BIRAL 1, GREGOR BACCHI ELVIRA 1, TAYNARA NABOZNY RODRIGUES ALVARES DA SILVA 1, JOSE CARLOS MOURA JORGE 1, ANA KARYN EHRENFRIED DE FREITAS 1

1 HSC - Hospital Santa Casa de Curitiba (Curitiba/PR)

Introdução: A Síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) é uma síndrome de pré-excitação, na qual uma via alternativa ao feixe His-Purkinje, o Feixe de Kent, causa predisposição a arritmias potencialmente fatais, principalmente a taquicardia por reentrada nodal e a fibrilação atrial. As arritmias são normalmente desencadeadas por extrassístoles atriais ou ventriculares, que originam um padrão retrógrado ou anterógrado, alterando a representação eletrocardiográfica. Possui prevalência entre 0,68 e 1,7/2000, acometendo jovens adultos, sendo a maioria assintomática, com progressão para arritmias em 1,9% dos casos ao ano. Em gestantes, a principal arritmia sustentada é a taquicardia supraventricular (TSV), comum nos casos de WPW. O tratamento, se indicado, baseia-se em antiarrítmicos ou ablação da via acessória. **Descrição do caso:** Mulher, 29 anos, previamente hígida, gestante de 16+6 semanas, sem história familiar de cardiopatias. Relata quadro de confusão mental súbita, sem dispnéia ou dor precordial. Encaminhada ao serviço de emergência, chegando em parada cardiorrespiratória com ritmo chocável (fibrilação ventricular). Feitas as manobras de reanimação cardiopulmonar com retorno à circulação espontânea em 20 minutos. Na investigação, cateterismo cardíaco sem lesões coronarianas, angiogramografia de tórax excluindo tromboembolismo pulmonar e ecocardiograma transtorácico sem alterações de contratilidade e com fração de ejeção normal. No eletrocardiograma, ritmo sinusal com intervalo PR curto e onda delta precedendo complexo QRS, sugerindo síndrome de Wolff-Parkinson-White. No estudo eletrofisiológico, evidenciada via anômala posterolateral esquerda de alto risco e taquicardia atrioventricular ortodrômica. Realizada a ablação da via acessória com sucesso por acesso transeptal. **Conclusão:** A ocorrência de morte súbita em pacientes com WPW ocorre em cerca de 0,1% dos casos. Apresentamos um caso raro de MS por WPW em gestante, o que o torna ainda mais singular e reforça a importância de se ter em mente essa possibilidade de diagnóstico. Assim, o tratamento definitivo pela ablação do feixe anômalo pode evitar novos episódios de morte súbita.

09

RELATO DE CASO DE OCLUSÃO PROXIMAL DE CORONÁRIA DIREITA (CD) MANIFESTA COM TAQUICARDIA VENTRICULAR, TRADA COM ANGIOPLASTIA PRIMÁRIA ASSOCIADA AO REFLEXO DE BEZOLD-JARISCH E ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS TRANSITÓRIAS.

MARCELA KONDO SATO 1, ANA KARYN EHRENFRIED DE FREITAS 1, VICTOR BAROUKI KORMANN 1, ALINE CARBONERA 1, DAIANE DAROS BELLAVER 1, FELIPE ANTONIO SOBRAL 1, GABRIEL DE MELLO CANDIDO 1, FERNANDA MYSKOVSKI VIEIRA 1, JULIA DE CAMARGO GUEIBER 1, ADRIELY DE BATISTA JESUS BOLSI 1

1 HSCMC - Hospital Santa Casa da Misericórdia de Curitiba (Curitiba/Paraná)

Introdução: O reflexo de Bezold-Jarisch já é reconhecido desde 1867, sendo definido como uma tríade composta por hipopneia, bradicardia e hipotensão, mediada por quimiorreceptores via nervo vago e núcleo do trato solitário. Um dos mecanismos para ativação desse reflexo está associada ao infarto e isquemia do miocárdio, principalmente na parede inferoposterior do ventrículo esquerdo, devido a localização predominante desses receptores nessa região. Além disso, a própria reperfusão coronariana está associada a estimulação paradoxal desses receptores. Em ambas as condições o quadro clínico é reversível, porém suas consequências extracardíacas não são totalmente conhecidas. **Descrição do caso:** Homem, 69 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitos não-insulino dependente, doença arterial obstrutiva periférica e doença renal crônica, dá entrada no pronto atendimento com relato de dor precordial típica, dispneia, lipotímia e sinais de perfusão periférica reduzida. Em eletrocardiograma, evidenciado taquicardia ventricular com instabilidade hemodinâmica refratária a medidas clínicas. Encaminhado para cateterismo cardíaco de emergência e diagnosticado oclusão proximal da coronária direita. Realizada angioplastia primária de coronária direita com sucesso angiográfico, porém imediatamente após procedimento paciente evoluiu com hipotensão, associada à reperfusão, e paralisia facial central transitória. Realizada tomografia de crânio sem sinais de acidente vascular isquêmico. **Conclusão:** O reflexo de Bezold-Jarisch é caracterizado por alterações reversíveis, mas que podem estar associadas a efeitos orgânicos com importante repercussão clínica. Dessa forma devemos estar atentos a sua tríade clássica e condições frequentemente associadas a sua manifestação, como a isquemia do miocárdio. Apresentamos um caso de um paciente com oclusão proximal de CD que evoluiu com alterações neurológicas transitórias provavelmente secundária ao hipofluxo cerebral causado por esse reflexo, tornando o caso singular. Reconhecer a existência deste é importante no diagnóstico diferencial das possíveis complicações pós angioplastia.

10

SUCESSO NA EXTRAÇÃO PERCUTÂNEA MECÂNICA DE CABOS-ELETRODOS IMPLANTADOS HÁ 42 ANOS.

VICTOR BAROUKI KORMANN 1, MAURÍCIO MONTEMEZZO 1,2, CLAUDINEI COLLATUSSO 1,2, JOSÉ CARLOS MOURA JORGE 1,2, CAROLINA LIMONGI DE OLIVEIRA 1

1 HSCC - Hospital Santa Casa de Curitiba (Praça Rui Barbosa 694), 2 HMC - Hospital Marcelino Champagnat (Av. Presidente Afonso Camargo, 1399)

Introdução: O implante de marcapassos (MP) e cardiodesfibriladores implantáveis (CDI), tem aumentado significativamente nas últimas décadas, levando ao aumento de casos de disfunção e infecção dos dispositivos. Como consequência, faz-se necessário o conhecimento das técnicas para extração de cabos-eletrodos. De modo geral, a extração cirúrgica convencional, com esternotomia e circulação extracorpórea, tem sua indicação reservada para grandes vegetações e para falhas de remoção por via percutânea, visto que é um procedimento mais agressivo. Entretanto, a abordagem percutânea também apresenta um alto grau de dificuldade, e seus riscos aumentam com o passar dos anos devido à maior aderência dos cabos-eletrodos ao tecido endocárdico e venoso. Relatamos nossa experiência em um caso desafiador, no qual optamos pela técnica percutânea com extrator mecânico para remoção de um dispositivo (MP dupla-câmara e CDI) infectado e seus cabos-eletrodos implantados há mais de 40 anos. **Descrição:** Homem, 70 anos, portador de MP implantado em 1980, apresentou quadro de síndrome febril subaguda, com duração de 3 semanas, apesar de antibioticoterapia. Eocotransesofágico não demonstrou achados sugestivos de endocardite, porém, apresentou exposição de eletrodo e infecção da loja do MP, sendo indicada a extração de todo o dispositivo por via transvenosa com o auxílio de um extrator mecânico. O gerador já havia sido trocado 4 vezes, no entanto, os eletrodos permaneciam os mesmos de 1980, apresentando aderências importantes ao longo de todo o trajeto. Realizada exposição do subcutâneo até exposição do gerador e dos 3 eletrodos. Utilizada uma bainha mecânica para cada eletrodo para ancoragem e permitir a dilatação com ruptura de placas de fibrose ao longo da veia cava. Procedimento foi finalizado com sucesso. MP provisório foi deixado via femoral até a realização do novo MP definitivo. **Conclusão:** Demonstramos que a extração de cabos-eletrodos, mesmo que antigos, podem ser realizados através de técnicas percutâneas, com o auxílio de extratores mecânicos, desde que a equipe tenha experiência e destreza para realizar o procedimento. Assim, conseguimos reduzir a morbimortalidade inerente à cirurgia convencional realizada por esternotomia, visto que muitos paciente que necessitam este procedimento, são idosos frágeis, como o paciente relatado neste caso.

11

TORADES DE POINTES INDUZIDO POR BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR TOTAL EM PACIENTE JOVEM COM SÍNDROME DO QT LONGO CONGÊNITO

MARIANA CALHEIROS POLONI 1, ELISA CAROLINA DE ALMEIDA NEGRELLO 1, LEANDRO DAVI WAGNER 1, THABARA RENATY SANCHEZ CAMPOS 1, ALCIRLEY DE ALMEIDA LUIZ 1

1 UNIOESTE - Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Rua Universitária 1619, Bairro Universitário, Cascavel - PR)

Introdução: A Síndrome do QT longo congênito (SQTLc) decorre de patologia dos canais iônicos cardíacos, resultando no prolongamento da repolarização ventricular e risco aumentado de arritmias ventriculares como a Torsades de Pointes (TdP) que pode degenerar para fibrilação ventricular e morte súbita cardíaca (MSC). Neste relato, apresentamos um caso de TdP seguido de parada cardiorrespiratória (PCR) desencadeada por bloqueio atrioventricular total (BAVT) em paciente com SQTLc e Miastenia Gravis. **Objetivo:** Relatar caso de TdP induzido por BAVT. **Métodos:** Os dados apresentados foram obtidos através da anamnese, exames físicos e complementares contidos em prontuário. **Resultados:** Feminina, 21 anos, atendida pelo SAMU com BAVT após síncope. Durante avaliação evoluiu com PCR por ritmo chocável sendo revertida através de manobras de ressuscitação cardiopulmonar. Instalado marcapasso provisório transcutâneo e transferida para hospital universitário. Na admissão hospitalar, encontrava-se marcapasso dependente e em ventilação mecânica. Realizado implante de marcapasso transvenoso. Após anamnese, concluiu-se que paciente apresentava síncope recorrente e diagnóstico de Miastenia Gravis em uso de piridostigmina há 2 anos. Ademais, traçado eletrocardiográfico de um tilt-test realizado aos 14 anos evidenciava um intervalo QT-longo (500 ms). Evoluiu com melhora clínica e implante de cardioversor-desfibrilador para prevenção secundária de MSC. **Conclusões:** As taquiarritmias ventriculares são responsáveis pela maioria das arritmias na LQTS, enquanto o BAVT está presente na minoria. Neste caso, a piridostigmina associou-se a efeitos cardiovasculares como BAVT que, provavelmente, induziu TdP por mecanismo atípico. Portanto, diagnóstico precoce e reconhecimento dos fatores ameaçadores à vida na LQTS são importantes para adequada estratificação de risco e prevenção de MSC.

12

UTILIZAÇÃO DE TÉCNICA DE IMAGEM INTRACORONÁRIA PARA IDENTIFICAÇÃO DA CAPA PROXIMAL POSSIBILITANDO A RECANALIZAÇÃO DE UMA OCLUSÃO TOTAL CRÔNICA EM PACIENTE COM ANGINA REFRATÁRIA

NOESSA HIROMI ASSANO STANGLER 1, THAISE DE ARAUJO WRUBLESKI 1, MARIANA MARANHO CHYLA 1, LUÍSA MATOS ANTONIASSI 1, GUILHERME BARRETO GAMEIRO SILVA 1, DANIEL REIS TOSONI 1, LIDIA ANA ZYTYNSKI MOURA 1, RÔMULO FRANCISCO DE ALMEIDA TORRES 1

1 HMC - Hospital Marcelino Champagnat (Av. Presidente Afonso Camargo, 1399 - Cristo Rei, Curitiba - PR, 80050-370)

Introdução: A oclusão total crônica (OTC) é definida como interrupção do fluxo coronariano anterógrado por mais de três meses. Estudos demonstram que a recanalização da OTC está relacionada à melhora da sobrevida, principalmente em pacientes com disfunção ventricular e angina refratária. **Caso:** P.F., 43 anos, diagnóstico prévio de infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida sendo portador de cardiodesfibrilador implantável por história de taquicardia ventricular. Clinicamente apresentava-se com quadro de angina aos pequenos esforços refratária ao tratamento clínico otimizado. O cateterismo cardíaco demonstrou OTC no terço médio da artéria coronária Descendente Anterior. A anatomia da oclusão apresentava grande desafio para a intervenção, pois a origem da capa proximal era ambígua e partia de um *stent* previamente implantado e direcionado para o ramo diagonal. A fim de identificar a origem da capa proximal, foi realizada uma imagem intracoronária, guiando assim o local para avanço do material. Utilizamos técnica anterógrada com escalonamento de guias e injeção contralateral com suporte de microcatéter com guia dedicada. **Conclusões:** OTC é encontrada em 15-25% dos pacientes com angina estável submetidos a angiografia. Apesar da recanalização percutânea ter sido historicamente um obstáculo para alcançar a revascularização completa, o avanço técnico associado aos materiais dedicados mudaram drasticamente a taxa de sucesso. A identificação do local exato da capa proximal com imagem intracoronária e a injeção contralateral para avaliar o leito distal foram fundamentais para o sucesso do caso. A paciente evoluiu com melhora total da sintomatologia no segmento de um mês após o procedimento.

13

PERICARDITE CONSTRICTIVA EM PACIENTE PORTADOR DE MARCAPASSO EPICÁRDICO - RELATO DE CASO.

LUIZ FELIPE GARBUJO 1, EVELYN CAROLINA SUQUEBSKI DIB 2, DEBORA BARTZ SIMINATTO 2, CARLOS EDUARDO CAPOIA 1, JOSÉ ALAOR DA VEIGA JÚNIOR 1, FRANCISCO YOSHINOBU ISHIHARA 1, GABRIELA MIOTTO SCHNORR 1, PEDRO FELIPE GOMES NICZ 1, DEBORAH CRISTINA NERCOLINI 1, WILTON FRANCISCO GOMES 1

1 INC - Instituto de Neurologia e Cardiologia de Curitiba (Rua Jeremias Maciel Perreto, 300 - Ecoville, Curitiba - PR), 2 FPP - Faculdade Pequeno Príncipe (Av. Iguazu, 333 - Rebouças, Curitiba - PR)

Introdução: A Pericardite Constrictiva (PC) é o estágio final do processo inflamatório envolvendo o pericárdio, caracterizada pelo seu endurecimento e comprometimento do enchimento ventricular, normalmente com fração de ejeção preservada. Cirurgias cardíacas prévias são um dos fatores de risco, e classicamente a clínica é caracterizada por insuficiência cardíaca predominantemente direita (edema periférico, turgência jugular, ascite e hepatomegalia), sendo frequentemente confundida com doenças hepáticas. Alguns pacientes com PC inflamatória subaguda identificada por ressonância magnética cardíaca (RMC) podem responder a anti-inflamatórios, porém, em casos sem inflamação ativa, a pericardiectomia cirúrgica é o tratamento mais eficaz. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente de 26 anos, portador de bloqueio atrioventricular total congênito tratado com implante de marcapasso (MP) epicárdico aos 7 anos de idade, que desenvolveu ascite volumosa rapidamente progressiva. **Métodos:** Informações obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, métodos diagnósticos e revisão da literatura. **Resultados:** O paciente buscou atendimento devido a ascite progressiva, de início há um ano e piora progressiva nos últimos 6 meses. Apresentava exames seriados de ecocardiograma com função sistólica preservada, embora inconsistentes em relação à função diastólica. Havia ainda sinais de hepatopatia crônica, com etiologia não definida, porém com possibilidade de se tratar de hepatopatia congestiva. Na impossibilidade de RMC pelo MP incompatível, foi realizada então tomografia cardíaca, que demonstrou extensa calcificação pericárdica, predominantemente em regiões dos eletrodos do MP. Após, o cateterismo cardíaco confirmou o diagnóstico de disfunção diastólica do tipo constrictiva. O paciente foi submetido a pericardiectomia cirúrgica, com resolução da ascite e recuperação da função hepática. **Conclusão:** A pericardite constrictiva é uma causa reversível de IC, sendo o tratamento definitivo a pericardiectomia cirúrgica. O presente relato demonstra os desafios diagnósticos desta condição e a provável correlação da pericardite com os eletrodos de MP epicárdicos, implantados muitos anos antes das manifestações clínicas.

14

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA

PAULO HENRIQUE GALVAO RODRIGUES 1, JAQUILINE NOVACK 1, CAIO TAVARES 1, FELIPE DE ARAÚJO ROBLE 1, VICTOR YUDI MIYAWAKI 1, VINICIUS BOCCCHINO SELEME 1, FABIANA ANTUNES DE ANDRADE 1

1 UP - Universidade Positivo (R. Professor Pedro Viriato Parigot de Souza, 5300 – Curitiba – PR CEP 81280-330)

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica que ocorre quando anomalias estruturais e/ou funcionais cardíacas prejudicam o enchimento ventricular ou o débito cardíaco para a circulação sistêmica. Apesar de recentes avanços terapêuticos, a IC ainda representa uma doença com elevado impacto socioeconômico, especialmente devido a perda de qualidade de vida, diminuição de atividades diárias e perda de produtividade. Por envolver gastos expressivos ao sistema de saúde e para o melhor manejo dos pacientes é fundamental o entendimento da IC na realidade local. **Objetivo:** Avaliar o perfil epidemiológico e clínico de pacientes hospitalizados por IC descompensada e sua possível relação com dados de óbito hospitalar e internamento em UTI. **Método:** Estudo observacional retrospectivo, quantitativo realizado no Hospital Cruz Vermelha Brasileira (Curitiba/PR). Foram coletados dados de prontuários de pacientes hospitalizados por IC descompensada no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2020. Testes Qui-quadrado e Exato de Fisher foram utilizados na análise. **Resultados:** Um total de 441 pacientes foram incluídos no estudo, com média de idade de $74,4 \pm 11,7$ anos, sendo 51% mulheres. A comorbidade mais prevalente foi a hipertensão arterial (86,1%), seguida pela diabetes mellitus tipo 2 (DM2), (44,4%). Quanto aos sinais e sintomas, a dispnéia e o edema de membros inferiores foram os mais comuns (39% e 20% respectivamente). O perfil clínico e hemodinâmico (PCH) predominante foi o quente e úmido (83,9%). Óbito e necessidade de UTI foram mais frequentes entre pacientes com comorbidades como DM2 ($p=0,0036$; $p=0,019$) e anemia ($p<0,0001$; $p=0,006$), com classe funcional IV de IC ($p=0,049$; $p=0,003$) e PCH frio e úmido ($p<0,0001$, $p<0,0001$). **Conclusão:** Pacientes com IC descompensada da classe funcional IV, PCH frio e úmido, com DM2 e anemia, apresentaram piores desfechos, constituindo um perfil de risco para maior mortalidade e necessidade de UTI.

15

INFECÇÃO POR COVID-19 E MANIFESTAÇÕES CARDÍACAS EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

JHONNY ROCHA DE OLIVEIRA 1, LETICYA REZENDE DA SILVA 1, KENNY LEHMANN 1, ANA PAULA SUSIN OSÓRIO 1

1 UFPR - Universidade Federal do Paraná - Campus Toledo (Biopark - Avenida Max Planck, 3796 - Toledo, PR)

Introdução: A COVID-19 é causada pela infecção do vírus SARS-CoV-2, que entra no organismo humano por meio da Enzima Conversora de Angiotensina 2 (ECA2). Os pulmões por apresentarem maior expressão da ECA2 são os principais órgãos afetados pelo dano viral direto, porém, as células cardíacas também expressam essa enzima e acabam sofrendo esse dano. Assim, entre as manifestações extrapulmonares, as cardíacas são as mais frequentes, pois além do dano viral direto, outros mecanismos como a inflamação sistêmica afetam as células miocárdicas, impactando na morbidade e mortalidade associadas à doença. **Objetivo:** Avaliar as manifestações cardíacas apresentadas por pacientes internados por COVID-19 em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Métodos:** Estudo observacional e retrospectivo, realizado por meio da análise dos prontuários de pacientes internados em uma UTI devido à infecção grave pela COVID-19 no período de abril de 2020 à julho de 2021. **Resultados:** Foram incluídos 98 participantes, com predomínio do sexo masculino (67,35%) e com idade média de $58,80 \pm 16,43$ anos. Em relação a doenças prévias, 52,04% eram hipertensos, 30,61% obesos e 22,45% portadores de diabetes. Identificou-se que 41,84% dos pacientes apresentaram manifestações cardíacas, sendo as arritmias (32,65%) e a descompensação de doenças cardíacas prévias (8,16%) as mais frequentes. Outras manifestações cardíacas identificadas foram: miocardite (4,08%), síndrome coronariana aguda (4,08%), injúria miocárdica (2,04%), insuficiência cardíaca aguda (2,04%) e choque cardiogênico (1,02%). Por fim, em relação aos sintomas associados às manifestações cardíacas, 12,37% dos participantes relataram palpitações e 6,19% apresentaram dor torácica. **Conclusão:** As manifestações cardíacas estão presentes em grande parte dos pacientes internados em UTI por COVID-19 e estão relacionadas principalmente a danos no sistema de condução cardíaco, causando arritmias.

16

A INFLUÊNCIA DA PANDEMIA POR SARS-COV-2 NA MORTALIDADE POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NAS REGIÕES SUL E SUDESTE DO BRASIL

MÁRIO CLAUDIO SOARES STURZENEKER 1, BRUNA KARAS 1, CAMILLA MATTIA CALIXTO 1, ALICE MAGRO KOSCIANSKI 1, ANA CARLA DLUGOSZ 1, FRANCIELLE NOCERA VIECHINESKI 1, LARISSA ALMEIDA BUSNELLO 1, PAOLA GONÇALVES MOREIRA DE OLIVEIRA 1, AMY SAKAKIBARA 1

1 UEPG - Universidade Estadual de Ponta Grossa (Av. General Carlos Cavalcanti, 4748 - Uvaranas, Ponta Grossa - PR, 84030-900)

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) tem prevalência mundial estimada de 1-2%, chegando a $\geq 10\%$ em idosos ≥ 70 anos. Permanece com altas taxas de morbimortalidade, apesar dos avanços da terapêutica e no Brasil as internações por IC correspondem a 4% das internações gerais. Durante a pandemia de COVID-19 houve congestionamento do sistema de saúde, que melhorou progressivamente com o avanço da imunização. **Objetivo:** Análise comparativa da influência da pandemia por SARS-CoV-2 na morbimortalidade por IC nas regiões Sul e Sudeste. **Método:** Coleta de dados sobre internações, óbitos e permanência na plataforma DATASUS. Letalidade calculada (número de óbitos/número de internações) expressa em porcentagem. Comparação entre os períodos definidos como: pré-pandemia (02/2017 a 02/2020) pandemia (03/2020 a 06/2021) e vacinação em massa (06/2021 a 12/2021) nas regiões e entre as regiões (diferenças expressas em porcentagem). **Resultados:** Na comparação período pré-pandemia X pandemia observou-se redução das internações (23,36 e 20,56%), dos óbitos (11,47 e 12,76%) e permanência (2,14 e 7,23%), entretanto, aumento na letalidade (15,45 e 9,81%) nas regiões Sul e Sudeste respectivamente. Comparado ao período pré-pandemia, no período vacinação em massa houve redução das internações (25,86 e 15,77%) e aumento da letalidade (39,42 e 15,08%) respectivamente nas regiões Sul e Sudeste. Houve aumento dos óbitos (3,36%) no Sul e redução no Sudeste (3,06%), aumento da permanência no Sul (5,15%) e redução no Sudeste (3,05%). **Conclusões:** No período avaliado a pandemia por SARS-CoV-2 teve influência significativa na mortalidade por IC, com aumento dos óbitos e da letalidade nas regiões Sul e Sudeste, no período pandêmico prévio à vacinação, sendo a letalidade mais expressiva na região Sul. No período de vacinação a letalidade mais que dobrou na região Sul e quase dobrou na região Sudeste, provavelmente pelo agravamento dos quadros devido principalmente ao congestionamento do sistema de saúde como consequência da pandemia.

17

PET/CT-FDG NO DIAGNÓSTICO DE ENDOCARDITE DE VÁLVULA PROTÉTICA - RELATO DE CASO

JOSÉ PAULO AGNER RIBEIRO 1, ALEXANDRE ALESSI 1, MARCELO CASTRO GONÇALVES SILVA 1, MATEUS ALESSI 3, GABRIEL GIFFORD CARNEIRO 2, PEDRO ARTHUR POSSAN 1, GUILHERME CORDEIRO 1, MARGARET MAZUKAWA 4, GUSTAVO KLUG PIMENTEL 1, LUCAS JOSÉ LIRA BORGES 1

1 HNSG - Hospital Nossa Senhora das Graças (R. Alcides Munhoz, 433 - Mercês, Curitiba - PR, 80810-040), 2 HIZA - Hospital Municipal do Idoso Zilda Arns (Rua Lothário Boutin, 90 - Pinheirinho, Curitiba - PR, 81110-522), 3 UP - Universidade Positivo (Cidade Industrial de Curitiba, Curitiba - State of Paraná, 81290-000), 4 Quanta - Quanta Diagnóstico por Imagem (R. Alm. Tamandaré, 1000 - Alto da XV, Curitiba - PR, 80045-170)

Introdução: Endocardite de válvula protética (EVP) é uma complicação grave e pode acometer até 6% dos pacientes. A clínica é frequentemente atípica e os critérios de Duke são menos úteis na EVP por causa de sua menor sensibilidade nesse cenário. Ecocardiograma transesofágico (ETE) é necessário em todos os casos com valor preditivo negativo (VPN) de 94%. Recentemente, técnicas nucleares, particularmente a tomografia por emissão de pósitrons com 18F-Fluorodeoxiglicose (PET/CT-FDG), têm se mostrado úteis para o diagnóstico. PET/CT-FDG tem alta sensibilidade e especificidade para infecção intracardíaca, de 86% e 84%, respectivamente. Descrição do caso: Paciente de 66 anos, sexo masculino, hipertenso, diabético tipo II, displidêmico, história de troca valvar aórtica e tubo valvado aórtico com evolução de aproximadamente 4 anos. Apresentou-se com quadro de 9 dias de evolução de febre alta, intermitente. Em nossa instituição foi realizado ecocardiograma transtorácico e achado imagem hiperrefringente filamentar móvel em face ventricular de válvula mitral, achado confirmado em ETE. Houve crescimento de germe do grupo HACEK (*Haemophilus parainfluenzae*) em hemoculturas. O paciente evoluiu com piora clínica apesar de tratamento com antibiótico e houve evidências de embolização em tomografia de abdome (em baço e rins). Realizado novo ETE após 7 dias, que não apresentou alterações significativas em relação ao exame anterior, optado por realização de PET/CT-FDG que demonstrou área focal de aumento de metabolismo em válvula aórtica e indicado tratamento cirúrgico. Posteriormente em ETE no perioperatório e durante a cirurgia foi visualizado abscesso perivalvar e endocardite de válvula aórtica. Imagem observada em válvula mitral tratava-se de calcificação. Conclusão: No presente caso clínico, o PET/CT-FDG foi essencial para a definição de conduta: demonstrando acometimento de válvula aórtica protética -antes não diagnosticado por ecocardiograma transesofágico- e auxiliando na indicação e planejamento cirúrgico.

18

PRIMEIRA CIRURGIA CARDÍACA ROBÓTICA REALIZADA EM HOSPITAL DE CURITIBA, É TAMBÉM A PRIMEIRA PARANÁ E NO SUL DO BRASIL

ALEXANDRE ALESSI 1,5, HELIO OBARA 1, VINÍCIUS WOITOWICZ 1, ANA CRISTINA CAMARAZANO 1,5, JOSÉ PAULO AGNER 1, MATEUS ALESSI 4, ALISSON PARRILHA TOSCHI 3,2, ROBINSON POFFO 3,2,1

1 HNSG - Hospital Nossa Senhora das Graças (Curitiba-PR), 2 Hospital Abert Einstein - Centro de Excelência Robótica do Hospital Israelita Albert Einstein (São Paulo - SP), 3 Instituto Poffo - Instituto Poffo de Cirurgia Cardiovascular (São Paulo - SP), 4 UP - Faculdade de Medicina Positivo (Curitiba- PR), 5 UFPR - Universidade Federal do Paraná (Curitiba- PR)

Em 1952, na Universidade de Minnesota, Drs. Walton Lillehei e John Lewis, realizaram a primeira cirurgia de coração aberto devido uma Comunicação Interatrial Cardíaca (CIA). Em 2010, é realizada a primeira cirurgia cardíaca robótica na América do Sul é realizada em São Paulo. Um homem de 49 anos com obesidade e hipertensão arterial, que apresentava dispnéia progressiva até moderados esforços de início há 6 meses. Achados de exames: ecotransesofágico: CIA tipo ostium secundum com repercussão hemodinâmica (dimensão ântero-posterior de 23,7 mm, postero-superior (bicaval) de 27,6mm. Rima posterior de 0,5 mm, rima aórtica 2 mm, rima cava inferior 0,5 mm, rima cava superior 15 mm, Qp:Qs 2:1. Rimas pequenas), PSAP 45 mmHg e AD e VD aumentados. Ressonância Cardíaca uma CIA com aumentos de câmaras direitas. O tratamento inicial proposto foi o fechamento trans-cateeter percutâneo na hemodinâmica, porém impossível, com achados anatômicos não favoráveis, devido bordas finas e não viabilidade de implantação. Após discussão por Heart Time e decidido por realização de procedimento menos invasivo e de vanguarda, fechamento de CIA pela técnica robótica, com Da Vinci Xi Intuitive® e ecotransesofágico. **Em 20 de maio de 2022, foi realizada a primeira Cirurgia Cardíaca Robótica do Sul do Brasil. Fruto do trabalho conjunto com equipe médica de Centro de Excelência Robótica de São Paulo e grupo local.** Dia 22 de maio (D 0), realizado procedimento de fechamento de CIA sem intercórrencias, é acordado e extubado em Centro Cirúrgico, sendo transferido para UTI cardíaca. Após 6 horas do término da cirurgia o paciente ficou sentado por 3 horas fora do leito. No D1 foi iniciado colchicina, paciente acordado, leve desconforto torácico e caminha pela UTI. No D2 vai o quarto, dreno de Blake pleuro-pericárdico é retirado. No D3, recebe alta hospitalar em ótima condição clínica, recebendo as orientações necessárias.

19

ANÁLISE DA VARIAÇÃO DO NÚMERO DE CIRURGIAS DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO, CORREÇÃO DE DOENÇAS VALVARES E DOENÇAS DA AORTA ANTES E DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 EM TODAS AS REGIÕES DO BRASIL

PIETRA BAGGIO PEIXOTO DE OLIVEIRA 1

1 FAG - Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (Avenida das Torres 500, Cascavel-PR)

Fundamento: atualmente, não existe nenhuma pesquisa que aborde a variação, com números absolutos e análises estatísticas, dos procedimentos cirúrgicos cardíacos antes e durante a pandemia de Covid-19 em todas as regiões do Brasil. **Objetivo:** avaliar se ocorreu efetivamente uma variação negativa ou positiva em relação ao número de procedimentos cirúrgicos cardíacos antes e durante a pandemia de Covid-19. **Métodos:** coleta de dados da plataforma online DATASUS dos números absolutos de cirurgias de revascularização do miocárdio (CRM), correções de doenças da aorta e correções de doenças valvares no Brasil entre julho de 2018 até junho de 2019 e entre julho de 2020 e junho de 2021, que corresponde ao período antes e durante a pandemia de Covid-19, respectivamente. Em seguida, foi feita uma avaliação entre o número de procedimentos para evidenciar a influência deste novo vírus nas práticas cirúrgicas hospitalares. Os dados quantitativos foram apresentados com base nas frequências relativas e realizou a análise da variação da quantidade de procedimentos realizados, comparando entre as regiões do país no período pré-pandemia e durante a pandemia, utilizando o teste de Qui-Quadrado com correção de Bonferroni. **Resultados:** a maioria das regiões do Brasil apresentaram reduções nas variações dos procedimentos cirúrgicos comparando os valores antes e durante a pandemia. Em relação aos três grupos de procedimentos cirúrgicos avaliados, apenas as cirurgias de correção de doenças valvares e CRM demonstraram variações negativas estatisticamente relevantes ($p < 0,001$). A respeito das cirurgias de correção de doenças valvares, a região Norte obteve a variação de 8,40%, já a região Nordeste -21,64%, Sudeste -38,05%, Sul -38,03%, Centro-Oeste -46,49%. Em relação às CRM a região Norte apresentou a variação de -13,71%, a região Nordeste -19,60%, Sudeste -27,97%, Sul -35,23%, Centro-Oeste -28,63%. Nos procedimentos de correção de doenças aórticas a região Norte apresentou uma variação de 4,85%, Nordeste -17,8%, Sudeste -14,25%, Sul -13,47%, Centro-Oeste 2,99%. **Conclusão:** a pandemia foi responsável por uma mudança brusca nos procedimentos cirúrgicos cardiovasculares no país. O valor total de variação das cirurgias de correções de doenças valvares é de -33,33%, em relação às CRM a variação foi de -28,38% já as cirurgias de correção de doenças aórticas obtiveram -12,68%.

20

PRÉ-TRATAMENTO COM INIBIDORES DE P2Y12 NA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA COM ELEVAÇÃO DO SEGMENTO ST: REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE

DOUGLAS MESADRI GEWEHR 1,2, CAROLINE DAGOSTIN 1, RHANDERSON CARDOSO 4, TAIANE BELINATI LOUREIRO KUBRUSLY 1,2, FERNANDO BERMUDEZ KUBRUSLY 1,2, LUIZ FERNANDO KUBRUSLY 1,2,3

1 IDC - Instituto Denton Cooley de Pesquisa, Ciência e Tecnologia (Alameda Dr. Carlos de Carvalho, 2370, Curitiba-PR, Brasil), 2 INCOR Curitiba - Instituto do Coração de Curitiba (Alameda Dr. Carlos de Carvalho, 2370, Curitiba-PR, Brasil), 3 FEMPAR - Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná (Rua Padre Anchieta, 2770, Curitiba-PR, Brasil), 4 BHW - Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School (75 Francis St, Boston-MA, USA)

Introdução: a prática de pré-tratamento com inibidores orais de P2Y12 na síndrome coronariana aguda com supra desnivelamento do segmento ST (SCASST) é comum; no entanto, sua associação com melhores desfechos cardiovasculares não é clara, uma vez que nenhum grande estudo abordou essa questão. **Objetivo:** avaliar a associação do pré-tratamento com inibidor de P2Y12 oral em pacientes com SCASST com desfechos cardiovasculares e hemorrágicos. **Métodos:** as bases de dados PubMed, MEDLINE, Embase, Cochrane, Scopus e Web of Science foram sistematicamente pesquisadas por estudos que compararam o "pré-tratamento" com P2Y12 versus "sem pré-tratamento" no contexto de SCASST e que reportavam desfechos de eficácia e segurança. Foram utilizados modelos de efeitos fixo e randômico para sumarização do efeito metanálítico para os desfechos de interesse. A heterogeneidade foi avaliada utilizando. A heterogeneidade foi avaliada através do teste I². **Resultados:** Foram incluídos um total de 3 ensaios clínicos randomizados e 14 estudos observacionais atribuindo um total de 91.771 pacientes, com 65.598 pacientes no grupo "pré-tratamento" e 26.171 no grupo "sem pré-tratamento". O *follow up* variou de 7 dias a 19 meses. Os medicamentos incluíam clopidogrel, prasugrel e ticagrelor. O pré-tratamento com inibidores da P2Y12 foi associado a menor mortalidade em 30 dias (razão de risco [RR], 0,71; IC 95%, 0,56-0,91; $p=0,006$; I²=75%), menor incidência de trombose do *stent* (RR, 0,33; 95% IC, 0,12-0,95; $p=0,04$; I²=83%) e de eventos hemorrágicos (RR, 0,81; IC 95%, 0,74-0,90; $pp=0,0001$; I²=0%). Não houve diferença na incidência de infarto do miocárdio em até 30 dias, bem como revascularização do vaso-alvo, MACE (óbito/IM/TVR), acidente vascular cerebral, pré-ICP TIMI 0 e pós-ICP TIMI 0-2. A análise de subgrupo para mortalidade em 30 dias, incluindo apenas estudos randomizados, também não apresentou significância estatística (RR, 1,49; IC 95%, 0,89-2,52; $p=0,13$; I²=38%). **Conclusão:** o pré-tratamento com inibidores orais de P2Y12 em pacientes com SCASST antes do cateterismo, em comparação com o tratamento uma vez conhecida a anatomia coronária (na sala de hemodinâmica), foi associado à diminuição da mortalidade e de eventos hemorrágicos.

21

BLOQUEIO DO SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA VIA IECA OU BRA EM MODELO EXPERIMENTAL DE DOENÇA HEPÁTICA GORDUROSA NÃO ALCOÓLICA, QUAL É O MELHOR ALVO TERAPÊUTICO?

MÁRIO CLAUDIO SOARES STURZENEKER 1, DALTON BERTOLIM PRÉCOMA 2, LÚCIA DE NORONHA 2, BRUNA KARAS 1, CAMILLA MATTIA CALIXTO 1, PAOLA GONÇALVES MOREIRA DE OLIVEIRA 1, ALICE MAGRO KOSCIANSKI 1, ANA CARLA DLUGOSZ 1, FRANCIELLE NOCERA VIECHINESKI 1, LARISSA ALMEIDA BUSNELLO 1

1 UEPG - Universidade Estadual de Ponta Grossa (Av. General Carlos Cavalcanti, 4748 - Uvaranas, Ponta Grossa - PR, 84030-900), 2 PUCPR - Pontifícia Universidade Católica do Paraná (R. Imac. Conceição, 1155 - Prado Velho, Curitiba - PR, 80215-901)

Introdução: A doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA) é a causa mais frequente de doença hepática crônica em adultos. A resistência insulínica é considerada a principal causa do acúmulo lipídico nos hepatócitos e o sistema renina-angiotensina (SRA) tem sido estreitamente relacionado com a fisiopatogenia da DHGNA. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem prevalência significativa em portadores de DHGNA (> 39%), a necessidade de anti-hipertensivos tende a ser frequente nesses pacientes e o bloqueio do SRA é um potencial alvo terapêutico da DHGNA. **Objetivo:** Avaliar e comparar os efeitos do bloqueio do SRA com o inibidor da enzima conversora de angiotensina ramipril e o antagonista do receptor da angiotensina 2 olmesartana em modelo animal de DHGNA. **Métodos:** 41 coelhos divididos em 4 grupos (normal, controle, olmesartana e ramipril). O grupo controle, olmesartana e ramipril receberam dieta hipercolesterolêmica. Os grupos olmesartana e ramipril foram medicados, respectivamente, com olmesartana 1mg/kg/dia e ramipril 0,35 mg/kg/dia. Ao final da 8ª semana, os animais foram submetidos à ressecção hepática segmentar e à eutanásia. Os níveis de glicose, creatinina, colesterol total, triglicerídeos e aminotransferases foram avaliados na linha de base e na eutanásia. Lâminas coradas com hematoxilina e eosina e tricrômico de Gomori foram analisadas com base no sistema de escore para avaliação histológica da DHGNA. **Resultados:** Comparados ao grupo controle a olmesartana e o ramipril atenuaram significativamente o desenvolvimento de esteatose (p=0,015, p=0,032), inflamação lobular (p<0,001, p=0,006), balonização (p<0,001, p=0,023) e fibrose (p=0,001, p=0,02). Com base no escore de atividade da DHGNA, ambos atenuaram significativamente o desenvolvimento de esteatohepatite (p<0,001, p=0,003). A comparação olmesartana X ramipril mostrou que os resultados foram semelhantes em todos os parâmetros histológicos avaliados (p=1, p=0,454, p=0,454, p=0,195, p=0,078). **Conclusão:** Nesse modelo, o uso preventivo de olmesartana e ramipril atenua de forma semelhante o desenvolvimento de todo o espectro histológico da DHGNA.

