



**ABC Cardiol**  
Arquivos Brasileiros de Cardiologia

**Resumo das  
Comunicações**

Volume	Número	Suplemento
119	3	1

**Setembro 2022**

Sociedade Brasileira de Cardiologia  
ISSN-0066-782X

## **RESUMO DAS COMUNICAÇÕES**

# **XXX CONGRESSO PERNAMBUCANO DE CARDIOLOGIA**

**RECIFE - PERNAMBUCO**





# 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 Pérciles 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 Azevedo 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 Batlouini – 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 3, Supl. 1, Setembro 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](mailto:arquivos@cardiol.br)

<http://abccardiol.org/>

SciELO: [www.scielo.br](http://www.scielo.br)

## **Departamento Comercial**

Telefone: (11) 3411-5500

e-mail: [comercialsp@cardiol.br](mailto: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](http://www.arquivosonline.com.br).



***Resumo das Comunicações***

**XXX CONGRESSO PERNAMBUCANO DE  
CARDIOLOGIA**

**RECIFE - PERNAMBUCO**



### B066.22

#### IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM PERNAMBUCO NOS ANOS DE 2020 E 2021

SANDRO GONÇALVES DE LIMA, ANA CAROLINA LINS DOS SANTOS SILVA, LIDIANE MOURA DOS SANTOS, REBEKA MENEZES LUZ DE SOUZA, CÉSAR VINÍCIUS EUZÉBIO GOMES VIEIRA

CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU - UNINASSAU

**INTRODUÇÃO:** A pandemia de COVID-19 exigiu o redirecionamento dos recursos em saúde. Foram priorizadas a ampliação de leitos de enfermagem e UTI em detrimento aos atendimentos ambulatoriais e eletivos. Tais mudanças trouxeram impacto nos indicadores de morbimortalidade das populações em nível global. Na Itália foi reportado queda de 50% nas admissões hospitalares por doenças cardiovasculares (DCV), enquanto em Israel não foi verificada diferença significativa nas internações por infarto, acidente vascular cerebral e mortalidade. **OBJETIVO:** Identificar o impacto gerado pela pandemia da COVID-19 nos indicadores de morbimortalidade por DCV em Pernambuco (PE) e macrorregiões de saúde, nos anos de 2020 e 2021, comparando-os com o biênio 2018-2019. **METODOLOGIA:** Estudo transversal, descritivo, cuja coleta de dados foi realizada através do DATASUS. Foram selecionados dados referentes a DCV (CID 10: I00-I99) em todo estado, na capital e nas macrorregiões. Variáveis selecionadas: número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) aprovadas, valor total e médio (razão entre o valor total das internações pelo número de AIHs aprovadas) das internações, dias de permanência intra-hospitalar e taxa de mortalidade (razão entre o número de óbitos pelo número de AIHs aprovadas, multiplicado por 100). **RESULTADOS:** Houve redução de 16% nas admissões hospitalares por DCV na população geral. Redução semelhante também pode ser percebida em Recife (15%) e nas macrorregiões de saúde, cujas taxas variaram entre 10% e 28%. O valor total gasto com as internações por DCV sofreu queda de 13% em PE, bem como em Recife. Nas macrorregiões de saúde as taxas de decréscimo variaram entre 9% e 26%. Quanto aos valores médios por internação, ocorreu aumento em todas as regiões analisadas, sendo o Sertão a macrorregião que apresentou a maior elevação (4,9%), ultrapassando em quase duas vezes a média de aumento de PE (2,6%). Foi identificada redução de 21% nos dias permanência intra-hospitalar tanto em PE quanto em Recife. Redução semelhante foi percebida também entre as macrorregiões, as quais apresentaram diminuição percentual que variou entre 16% e 22%. Foi verificado aumento na taxa de mortalidade por DCV tanto em PE, quanto nas demais regiões estudadas, excetuando-se a macrorregião do Agreste, a qual apresentou uma discreta redução (-0,15%). As macrorregiões Metropolitana e Vale do São Francisco e Araripe obtiveram um aumento de 10% e 12,1%, respectivamente, nas suas taxas de mortalidade, superando a média de aumento estadual (7,9%). **CONCLUSÃO:** O impacto da pandemia de COVID-19 nos anos 2020 e 2021 em comparação com o biênio 2018-2019, pode ser observado pela redução das internações e do tempo de internamento; queda do custo total e elevação do custo médio das internações e aumento da taxa de mortalidade por DCV. Foi verificado perfil semelhante entre os dados de PE, da capital e das macrorregiões de saúde em relação as variáveis analisadas.

### B134.22

#### MUTAÇÃO DO GENE DA DISTROFIA E ALTERAÇÕES CARDÍACAS NA DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE

ÂNDREA VIRGÍNIA FERREIRA CHAVES, ANABEL LIMA VIEIRA, ALDO LUCAS DUARTE MARQUES, ALYNE DAYANNE ANDRADE DE SOUZA, MÔNICA DE MORAES CHAVES BECKER, EVELINE BARROS CALADO, ANNA PAULA PARANHOS MIRANDA COVALESKI

RARUS – SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS / CURSO DE MEDICINA, CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU / HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES

**INTRODUÇÃO:** A distrofia muscular de Duchenne (DMD) é a doença muscular hereditária mais comum na infância devido a mutações que alteram a codificação da proteína distrofina. Ocorre fraqueza muscular progressiva e, frequentemente, comprometimento cardíaco e cognitivo. A deleção é a mutação mais encontrada entre os portadores de DMD.

**OBJETIVO:** Verificar a frequência das alterações cardíacas de acordo com o local da mutação do gene da distrofina em pacientes com DMD.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Estudo observacional transversal. Foi realizada avaliação de prontuários dos pacientes com DMD entre agosto de 2017 e março de 2019. Também foram considerados os resultados do teste molecular, eletrocardiograma (ECG) e ecocardiograma transtorácico (ECOTT). A análise dos dados moleculares foi realizada em relação às localizações das mutações no gene da distrofina: antes do éxon 30, entre o éxon 30 e o 44, entre o 45 e o éxon 54 e, a partir do éxon 55.

**RESULTADOS:** Ao todo, foram incluídos 66 pacientes. Alterações de ECG foram encontradas em 72,7% dos pacientes, dentre os quais 45,8% com mutações entre os exons 45 e 54. As principais alterações eletrocardiográficas foram taquicardia sinusal (31,8%) e fragmentação de QRS (22,7%). Ao ECOTT, a disfunção sistólica foi encontrada em 37,8% dos pacientes, dos quais 40% também corresponderam a mutações entre os exons 45 e 54.

**CONCLUSÃO:** Neste estudo as alterações cardíacas são mais frequentes nos pacientes com mutações entre os exons 45 e 54 do gene da distrofina.

### B145.22

#### CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA: IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL MOLECULAR E TRATAMENTO DE FENOCÓPIAS

ANABEL VIEIRA LIMA, RENAN FIGUEIREDO DE FREITAS, EVELINE BARROS CALADO, ÂNDREA VIRGÍNIA FERREIRA CHAVES

HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES CENTRO DE DIAGNÓSTICO EM DOENÇAS RARAS – RARUS / HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES / DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGIA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO / HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES / RARUS - SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS

**INTRODUÇÃO:** A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é a cardiopatia genética mais comum (1:200). O desenvolvimento de painéis genéticos para cardiomiopatias tem permitido o diagnóstico de fenocópias, o recebimento de aconselhamento genético adequado e, principalmente, a identificação de doenças com tratamento específico. **OBJETIVO:** Apresentar a caracterização genética de um grupo de pacientes (pts) com diagnóstico ecocardiográfico de CMH. **MÉTODOS:** Este foi um estudo observacional transversal que analisou pts que haviam sido diagnosticados com CMH e tinham um painel molecular para CMH. Os genes analisados foram  $\alpha$ -actina cardíaca, desmina, filamina C, alfa galactosidase A, proteína 2 de membrana associada ao lisossomal, proteína C de ligação à miosina, cadeia pesada de  $\beta$ -miosina cardíaca, cadeia leve 2 de miosina, miosina 3, miopaldina, fosfolambam, Subunidade  $\gamma$  da proteína quinase A, não-receptor tirosina-proteína fosfatase tipo 11, tropoina C1, tropoina 13, tropoina T2,  $\alpha$ -tropomiosina 1 e transtiretina. **RESULTADOS:** O painel foi realizado em 25 pts com HCM. A idade variou de 13 a 91 anos, com média de 39,3 anos. Quanto ao sexo, 52% eram mulheres. Variantes foram encontradas nos genes da cadeia pesada da  $\beta$ -miosina cardíaca (sarcomérico, cromossomo 14, autossômico dominante e recessivo) em dez pts (40%), filamina C em quatro pts (16%), proteína C de ligação à miosina em três pts (12%), desmina em dois pts (8%), cadeia leve de miosina 2 em um pts (4%),  $\alpha$ -tropomiosina 1 (TPM1) em um pts (4%), tropoina T2 em um pts (4%), não-receptor tirosina-proteína fosfatase tipo 11 (síndrome de Noonan - fenocópia, cromossomo 12, autossômico dominante) em um pts (4%), proteína de membrana associada ao lisossomo 2 (doença de Danon - fenocópia, cromossomo X) em um pts (4%), alfa galactosidase A (doença de Fabry - fenocópia, cromossomo X) em um pts (4%). Em um pts foram encontradas duas mutações e em outro três mutações concomitantes. Em um pts, nenhuma mutação foi identificada. **CONCLUSÃO:** O painel molecular foi utilizado para fornecer aconselhamento genético adequado aos pts. Três pacientes com fenocópias relacionadas à CMH (síndrome de Noonan, doença de Danon e doença de Fabry) foram identificados. O diagnóstico da doença de Fabry possibilitou a indicação de tratamento específico, que teve impacto direto na história natural desses pts e seus familiares. Como o painel utilizado foi limitado a 18 genes, nenhuma mutação foi encontrada em três pts. Painéis expandidos melhoram a probabilidade de identificação do genótipo e a possibilidade de terapia eficaz.

### F035.22

#### USO DE TROMBOLÍTICO SEGUIDO POR ANGIOPLASTIA CORONARIANA DE CARDIORRESPIRATÓRIA SECUNDÁRIA RESGATE EM PACIENTES APÓS PARADA AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

JEANN CARLOS DE OLIVEIRA SANTIAGO, ANDRÉ MATHEUS RANGEL MENDES, ITALO PERNAMBUCO SOUZA ALMEIDA, ROSIVAN SEBASTIÃO DA SILVA, THIAGO JOSÉ FARIAS CRUZ

PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO PROF. LUIS TAVARES - PROCAPE; UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO – UPE

**INTRODUÇÃO:**

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é a cessação súbita da atividade cardíaca junto ao colapso hemodinâmico. As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no Brasil e no mundo há décadas. Aumento de índices lipêmicos, transição demográfica e aumento da expectativa de vida contribuem para este cenário. Até março de 2022 constam 88.285 óbitos por causas cardíacas no "Cardiômetro", ferramenta do site da Sociedade Brasileira de Cardiologia que registra o número de mortes por doenças cardiovasculares no Brasil. A PCR é um desafio diário na prática das equipes de saúde de todo o mundo, apresenta níveis alarmantes de 40% de sobrevida intra-hospitalar e 10% ambulatorial. Nesse cenário, o uso do trombolítico parece representar importante avanço no cuidado pós-parada ao diminuir o estado pró-trombótico em que o paciente se encontra devido ao declínio dos fatores anticoagulantes, reduzindo assim o risco de recidivas. A terapia outrora prescrita sob risco de agravar as complicações hemorrágicas, agora retorna como promissora em diversos casos individualizados.

**DESCRIÇÃO DO CASO:**

Mulher, 64 anos, hipertensa e tabagista, iniciou quadro de mal-estar associado à dor torácica e sudorese às 9h00, durante consulta em PSF. Foi então medicada com AAS e encaminhada ao PROCAPE à chegada, ECG evidenciou supra de ST difuso. Evoluiu com PCR em fibrilação ventricular, sendo realizadas manobras de RCP e desfibrilação manual por cerca de 40 minutos. Durante PCR, apresentou episódios de TV sem pulso. Retomou circulação espontânea após nova desfibrilação, evoluindo com PA : 70x40 mmHg e ECG com ritmo sinusal, além supra de ST de V1 a V6, DII, DIII e AVF com infra de ST em DI e AVL. Realizada trombólise com Tenecteplase, apresentando melhora hemodinâmica, sendo submetida em seguida a cateterismo cardíaco. Evidenciada lesão severa associada a imagem de trombo no 1/3 proximal da coronária direita e realizada angioplastia do vaso com sucesso. Sendo desmamnadas drogas vasoativas, e recebimento de alta hospitalar após 10 dias de internamento.

**CONCLUSÃO:**

A trombólise já faz parte das opções terapêuticas no Infarto Agudo do Miocárdio com supra ST. Contudo, ainda não foi estabelecido consenso na literatura sobre o uso na PCR por IAM com supra de ST. Quando usado em cenários específicos pode trazer benefícios, além de ganhar tempo para uma terapia mais efetiva como a angioplastia de coronária. Mais estudos são necessários para uma melhor orientação nessa prática clínica.

## F053.22

## FÍSTULA CORONARIANA PARA ARTÉRIA PULMONAR DIREITA - RELATO DE CASO

MAÍRA AZEVEDO XIMENES, EVELINE BARRÓS CALADO, BIANCA ALICE SOUZA, ISABELA ROBERTO DE LIMA BORBA, SÉRGIO TAVARES MONTENEGRO

PRONTO-SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PERNAMBUCO

**Introdução:** Fístulas coronarianas para câmaras cardíacas ou vasos pulmonares/sistêmicos são normalmente derivadas de alterações congênicas, mas também podem ser adquiridas após trauma ou procedimentos invasivos como cinecoronarangiografia. A artéria coronariana mais comum de gerar a saída de uma fístula é a coronária direita (ACD), seguida da descendente anterior (ADA), e os locais mais comuns de receber a fístula são estruturas de baixa pressão como o ventrículo direito, átrio direito e as artérias pulmonares (AP). Em sua maioria, pacientes são assintomáticos, porém em alguns é possível auscultar sopro cardíaco e haver sintomas como angina. Pacientes com pequenas fístulas sem complicações podem ser observados ambulatorialmente. No caso a seguir, é descrito um paciente com achado de fístula coronariana durante tratamento de infarto agudo do miocárdio.

**Relato de Caso:** Homem de 71 anos, tabagismo e etilismo ativos, foi admitido na urgência cardiológica com dor torácica em aperto de forte intensidade. Negou dores semelhantes ao esforço ou repouso no passado. Consciente, orientado, ritmo cardíaco regular, com bulhas normofonéticas e sem sopros. Ausculta pulmonar sem alterações. Extremidades bem perfundidas, pulsos radiais cheios. Realizado eletrocardiograma na ocasião com supradesnivelamento do segmento ST nas derivações D2, D3 e AVF. Realizada cinecoronarangiografia e visualizadas placas ateromatosas em ACD e ADA, além de imagem de fluxo de contraste saindo da ADA e seguindo em direção à AP. Implantado 01 stent farmacológico na ACD e optado por reavaliar abordagem da fístula e placa ateromatosa da ADA em segundo momento. Após angioplastia, paciente permaneceu estável e assintomático no restante do internamento na enfermaria. Foi realizado teste ergométrico devido à presença de lesão residual em ADA. Resultado foi negativo, tendo o paciente atingido boa capacidade sem alterações no segmento ST no eletrocardiograma. Concluiu que fístula ADA-AP não comprometia a função cardiopulmonar do paciente e optado por alta hospitalar. Paciente realizou angiogramografia de artérias coronárias 03 semanas após a alta como complemento do estudo da fístula. Foi visualizada estrutura de fino calibre, tortuosa, originada do terço proximal da ADA e drenando para AP direita, sem repercussão hemodinâmica. Lesão ateromatosa em ADA moderada. Paciente segue assintomático e em acompanhamento ambulatorial de doença arterial coronariana.

**Conclusão:** Fístulas coronarianas podem ser encontradas acidentalmente por meio de exames complementares e nem sempre alteram a capacidade funcional de um indivíduo, este podendo manter suas atividades assim como antes de ser diagnosticado. O paciente do caso clínico realizava esforço físico sem implicações cardiopulmonares (a não ser pelo IAM), o que sugere estar adaptado a uma fístula crônica. Muitas vezes não é necessária abordagem invasiva e o paciente poderá viver com a alteração anatômica sem alterar sua qualidade de vida.

## F068.22

## DOENÇA MICROVASCULAR CORONARIANA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO CARDIACA EM PACIENTE PORTADOR DE POLICITEMIA VERA

ALEXSANDRO PAULO COSTA GALDINO JUNIOR, LUCYO FLAVIO BEZERRA DINIZ, JEOVÁ CORDEIRO DE MORAIS JÚNIOR, ALESSANDRO DIAS ROZEGUES, ANTONIO MARCONI LEANDRO DA SILVA, ANDERSON DA COSTA ARMSTRONG

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO - UNIVASF

**INTRODUÇÃO:** Policitemia Vera (PV) caracteriza-se pela proliferação clonal de células mieloides com maturidade variável. Complicações trombóticas e hemorrágicas são as principais causas de morbimortalidade. Ainda é raro na literatura a determinação de doença microvascular cardíaca relacionada a PV. Nosso objetivo é descrever o diagnóstico de angina microvascular (AMV) como primeira manifestação cardíaca na PV.

**DESCRIÇÃO DO CASO:** Masculino, 70 anos, portador de hipertensão e história familiar precoce de doença coronariana (DAC). Admitido referindo dor precordial em aperto há 5 meses, aos esforços habituais e associada a dispnéia, progredindo para dor em repouso irradiada ao dorso nas últimas 24 horas. Sem alterações significativas ao exame físico. Eletrocardiograma (ECG) com bloqueio do ramo direito, infradesnivelamento do segmento ST, nas derivações D3, aVF, V4, V5 e V6. Troponina I e CKMB massa negativas; leucócitos totais 14.780/mm<sup>3</sup> (segmentados 86,7%); hemoglobina 21,8 g/dL; hematócrito 66,3%; plaquetas 556.000/mm<sup>3</sup>.

Relatava parestesia em membros inferiores havia 1 ano, cefaleia persistente havia 3 anos e prurido difuso pelo corpo, mais intenso após o banho, havia 5 anos. Classificamos o paciente como provável portador de PV com alto risco trombótico (idade superior a 60 anos).

Ecocardiograma com acinesia dos segmentos basais e médios das paredes inferior, inferolateral e do ventrículo esquerdo, fração de ejeção de 42% (Simpson) e disfunção diastólica Tipo I. Realizada sangria de 400ml. Subsequente angiografia coronária sem lesões obstrutivas, mas mostrava fenômeno de fluxo lento coronário pelos critérios de TIMI 8.

Diante de paciente com sintomas de isquemia miocárdica, associado a ausência de DAC epicárdica obstrutiva, mas com evidência objetiva de isquemia miocárdica (ECG e ecocardiograma) e evidência de função microvascular coronária prejudicada na cineangiocoronariografia, fechou-se critério de disfunção microvascular coronariana, a qual apresentou-se associada à PV.

**DISCUSSÃO/CONCLUSÃO:** A PV provoca alterações microvasculares através de disfunção endotelial, elevada produção de tromboxano A2 e ativação plaquetária e de leucócitos. Estes agregados plaquetas-leucócitos aumentariam a propensão à trombose e poderiam causar lesão à microcirculação, inclusive coronariana.

O diagnóstico de AMV foi estabelecido pelo critério do fenômeno de fluxo lento coronário. Técnica simples, utilizando as próprias imagens de cineangiocoronariografia tradicional, aplicando-se o método semiquantitativo de contagem de quadros de TIMI. Método que possibilita o diagnóstico de AMV em cenários que análises dispendiosas não são possíveis, como no nosso caso, em atendimento pelo SUS.

Apresentamos raro caso de AMV como primeira manifestação cardíaca no contexto de paciente portador de PV. Não se sabe qual o impacto das condutas atuais sobre a AMV em paciente portador de PV. Este é um campo em aberto para pesquisas futuras.

## F078.22

## BENEFÍCIOS DA REABILITAÇÃO EM PACIENTE COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA APÓS IAM COM SUPRA ST

VALÉRIA RABÉLO LAFAYETTE, RODRIGO PINTO PEDROSA, RODRIGO DOS SANTOS RODRIGUES ALVES, KATIA MARIA BETMANN

MEDICAL SPORTS RECIFE / SONOZEN / INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO / UNIBRA

**Introdução:** O programa de reabilitação é dividido em quatro fases temporais, sendo a fase 1 intra-hospitalar com o objetivo da alta. A fase 2 inicia-se após a alta, nela iniciam os exercícios e atividades físicas de baixa intensidade, durando em torno de 3 meses. Na fase 3, com duração média entre 3-6 meses, o volume e intensidade. A fase 4 tem sua duração indefinida. Este relato tem por objetivo descrever os efeitos de um programa de reabilitação cardiovascular baseado em exercícios em um paciente com DAC após infarto agudo do miocárdio. **Relato de Caso:** Paciente com 67 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia em uso prévio de estatina e anti-hipertensivos e praticante de exercícios físicos regulares de moderada a alta com antecedentes familiares de coronariopatia precoce. Evoluiu com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST Killip 1 e foi submetido a angioplastia primária, com tempo total de isquemia de duas horas. Foi implantado dois stents farmacológicos em artéria descendente anterior (DA) com revascularização completa (fluxo TIMI III), não havia lesões em demais artérias coronárias. Durante o internamento realizou ecocardiograma transtorácico com FEVE de 63% por Simpson, funções sistólicas e diastólicas normais em repouso, HVE excêntrica. Após o procedimento, evoluiu sem sintomas e com estabilidade hemodinâmica, com alta hospitalar precoce e tratamento medicamentoso. O TCP foi realizado após 10 dias do infarto em cicloergômetro com protocolo em rampa e incremental até esforço máximo. Avaliou-se variáveis clínicas, eletrocardiográficas, ventilatórias e hemodinâmicas. O exame foi normal e o paciente liberado para o programa de reabilitação cardiopulmonar semi-supervisionado com acompanhamento presencial de profissional de educação física e cardiologista remoto. Orientou-se seguir a prescrição de zonas de treinamento, realizando sessões diárias associando treinos aeróbicos com treinos de força. **Discussão/Conclusão:** Após os 3 meses foi realizado novo TCP (sendo usado o mesmo protocolo) com melhora importante do VO2 máx, eficiência ventilatória (VE/VC02 slope), VO2 no LV1, pico de pulso de O2, potência em Watts atingida, duração do esforço. O paciente já apresentava um VO2pico >100% do previsto para idade e sexo e com regular aptidão cardiorespiratória (tabela AHA). Após os 3 meses apresentou aumento de 14% do VO2máx com boa capacidade cardiorespiratória. Houve melhora no pico de pulso de VO2 (relação direta com melhora do volume sistólico ao exercício) e queda do VE/VC02 slope o que demonstra melhor integração entre os sistemas cardiorespiratório. O aumento do VO2 no LV1 mostra uma maior eficiência energética, pois esse ponto traduz o início da acidose láctica. Em resumo, esse caso demonstra que mesmo após um evento agudo grave e mesmo após pouco tempo, os benefícios da reabilitação cardiopulmonar são indiscutíveis e mudam o prognóstico desses pacientes.

## G016.22

## DEFORMAÇÃO LONGITUDINAL DO VENTRÍCULO ESQUERDO EM PACIENTES RECUPERADOS DE COVID-19

JOSE MARIA DEL CASTILLO, ELAINE MARINHO LIMA, GUY EUGENIO SANTOS, CARLOS MAZZAROLLO, MARIANA PEIXOTO CARVALHO DE ALENCAR, JONNY VITOR DINIZ, KATARINA BARROS DE OLIVEIRA, CAIO GUEDES DE SOUSA, ANTONIA DULCINEIDE MEDEIROS SENA, DJAIR BRINDEIRO FILHO

ECOPE

**Introdução.** Pacientes recuperados da Covid-19 com acometimento inicial leve, moderado ou importante, porém, sem requerer intubação endotraqueal, evoluindo com função miocárdica sistólica preservada e sem disfunção diastólica ou com disfunção grau 1, apresentam-se assintomáticos ou levemente sintomáticos. A deformação miocárdica longitudinal do VE (SLG), entretanto, mostra alteração nas regiões basais e médias da cavidade com preservação apical. **Objetivo.** Avaliar a deformação miocárdica em pacientes recuperados de Covid-19 que não requereram intubação, com o propósito de detectar alterações clínicas ou subclínicas.

**Métodos.** Estudados 95 pacientes recuperados de Covid-19 que não requereram intubação durante a fase aguda, sem antecedentes de cardiopatia, média etária 48:12 anos, 53% femininos, com tempo de evolução entre 1 e 18 meses. Para controle foram estudados 23 indivíduos saudáveis, média etária 46:2±16,1 anos, 56% femininos. Analisadas as dimensões e função do VE, fração de ejeção (FE), fluxo mitral e Doppler tissular para avaliar função diastólica. Calculado o SLG do VE e os valores médios dos segmentos basais, mediais e apicais para estimar a relação entre o segmento apical e a média dos segmentos médio e basal pela fórmula:  $RAMB (\%) = (SLap - (SLbasal + SLmedial)/2) / SLG \cdot 100$

Onde RAMB: relação apical-medial-basal; SLap: deformação dos segmentos apicais; SLbasal: deformação dos segmentos basais; SLmedial: deformação dos segmentos mediais.

Calculadas a média e desvio padrão, o teste de t não pareado, e a análise de variância, com significância <0,05.

**Resultados.** Entre pacientes e controles não houve diferença significativa na idade, dimensão das cavidades e FE. O SLG foi significativamente menor nos pacientes (-20,1±3% vs -24,9±2,4%), com diminuição da deformação nos segmentos basais (-17,7±2,8% vs 21,5±3,2%) e médios (-19,2±2,9% vs -21,7±2,4%) e aumento nos segmentos apicais (-23,5±4,3% vs -21,9±2,4%). A RAMB foi maior nos pacientes (24,4±13,6% vs 6,7±5,3%, p<0,0001), com padrão semelhante ao das miocárdites não Covid e ao das cardiomiopatias infiltrativas. Para um corte da RAMB de 20,08%, em 68% dos pacientes estava aumentada. Não houve relação entre a RAMB e o intervalo de tempo entre a infecção e a realização do ecocardiograma, mas o tipo de acometimento inicial, mostrou maior RAMB nos pacientes com Covid moderada e importante (p=0,048).

**Conclusão.** Significativa porcentagem de pacientes recuperados de COVID-19, assintomáticos ou pouco sintomáticos, com ecocardiograma convencional normal, apresentam padrão de diminuição do strain longitudinal nos segmentos basais e médios, com preservação apical, demonstrado pela RAMB, que pode ser uma ferramenta útil na identificação destes pacientes, indicando um seguimento clínico mais acurado com a finalidade de detectar ou afastar complicações futuras.

## G017.22

### EVOLUÇÃO DE LONGO PRAZO DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO PULMONAR IMPORTANTE POR ESQUISTOSSOMOSE HEPATO-ESPLÊNICA

RAFAEL RICARDO DE OLIVEIRA TRAVASSOS, KATARINA BARROS DE OLIVEIRA, ANGELA MARIA PONTES BANDEIRA, JONNY VITOR DINIZ, MAYARA DE SOUZA VASCONCELOS, CARLOS MAZZAROLLO, LEONARDO GODOY DE MELLO MOTTA, CAIO GUEDES DE SOUSA, DJAIR BRINDEIRO FILHO, JOSE MARIA DEL CASTILLO

#### ECOPE

##### Introdução.

A esquistossomose é considerada uma doença tropical negligenciada, e pacientes com a forma hepatoesplênica apresentam, em um terço dos casos, hipertensão pulmonar importante, tipo pré-capilar, por obliteração das arteríolas pelos ovos dos esquistossomos. Provocando grande dilatação das câmaras direitas e da artéria pulmonar, sua evolução a longo prazo, mesmo com tratamento com vasodilatadores da circulação pulmonar, é pouco conhecida.

##### Material e métodos.

Com a finalidade de avaliar a evolução de longo prazo de pacientes com hipertensão pulmonar importante por esquistossomose hepatoesplênica, estudados 60 pacientes por um período de 10 anos. Foram avaliados as dimensões e função das câmaras esquerdas, a pressão capilar pulmonar (PCP), dimensões e função das câmaras direitas, pressão pulmonar, resistência pulmonar e espessura relativa do ventrículo direito (EiVD, pelo diâmetro basal/espessura parietal). Também foi avaliada a deformação das câmaras ventriculares e atriais. Em análise prospectiva foi determinado o desfecho e evolução dos pacientes. Como controle foram utilizados 50 indivíduos saudáveis da mesma faixa etária.

##### Resultados.

A média etária dos pacientes foi de 48±12 anos na época do primeiro exame, 38 do sexo feminino. Câmaras esquerdas de dimensões e função normais, função diastólica sem evidências de aumento da pressão atrial esquerda (PCP 8,5±2,1 mmHg). Câmaras direitas dilatadas (44±5,7 mm), diminuição da função sistólica (FAC 28,2±10,7%), aumento da pressão pulmonar (89,5±21,9 mmHg) e da resistência pulmonar (3,5±1,4 unidades Wood), espessura relativa do VD aumentada (0,24±0,11). A deformação longitudinal do VD (-12,8±8%) e do AD (18,9±7,2%) estavam diminuídas. No período de janeiro de 2012 a janeiro de 2022, 33% dos pacientes evoluíram para óbito, 70% em classe funcional III e IV, permanecendo o restante sob tratamento com vasodilatadores da circulação pulmonar (0% em CF IV, 15% em CF III e 68% em CF II e 17% em CF I). Não houve correlação entre o desfecho e a espessura relativa do VD, FAC. A deformação longitudinal do VD foi menor nos pacientes que foram a óbito (-13,28±8,2% vs -16,36±7,5%, p=0,008).

##### Conclusão.

A evolução dos pacientes com hipertensão pulmonar importante devida a esquistossomose hepatoesplênica apresenta elevada mortalidade, correlacionada com a classe funcional dos pacientes. Entre os parâmetros de função ventricular direita, a deformação longitudinal do VD foi o único parâmetro que se correlacionou com o desfecho.

## Q137.22

### AValiação DA FUNÇÃO CARDIOPULMONAR EM PACIENTES PÓS COVID-19 SEGUNDO GRAU DE GRAVIDADE NO INTERIOR PERNAMBUCANO

MATHEUS PEREIRA BARREIRA, MANOEL PEREIRA GUIMARÃES, JOSE ROBERTO COELHO FERREIRA ROCHA, ANDERSON DA COSTA ARMSTRONG, RODRIGO FELICIANO DO CARMO, VICTOR RIBEIRO NEVES, ANTÔNIO MARCONI LEANDRO DA SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO – UNIVASF / UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO – UPE

Introdução: A COVID-19 mostra potencial seqüela cardiovascular, com pouco conhecimento do impacto na capacidade funcional. Comparamos o perfil clínico e da função cardiopulmonar de pacientes recuperados de COVID-19 em diferentes graus de gravidade.

Métodos: Estudo transversal, analítico, observacional. Indivíduos previamente acometidos por COVID-19 e curados foram divididos naqueles que tiveram ou não internamento hospitalar. Parâmetros de função cardiopulmonar foram obtidos em teste funcional cardiopulmonar ou ergométrico, realizado após noventa dias da alta clínica. Foram coletados dados sobre sintomas na época da doença e no momento da realização do teste funcional. Variáveis contínuas foram comparadas em suas médias pelo teste t e as variáveis categóricas foram comparadas em sua frequência pelo qui quadrado.

Resultados: Foram incluídos 46 pacientes, sendo 26 pacientes sem internamento e 20 com internamento. Do total, 56,5% eram mulheres, representando 61,5% no grupo sem internamento e 50% naqueles com internamento (p=0,434); A idade foi semelhante entre os grupos (42,9±14,1 anos e 49,5±14,1 anos respectivamente sem e com internamento; p=0,117). Maior tendência de obesidade no grupo de internados (IMC 28,9±4,9kg/m<sup>2</sup> e 32,8±8,8kg/m<sup>2</sup> respectivamente sem e com internamento; p=0,063). A prevalência de hipertensão, diabetes, dislipidemia e tabagismo foi semelhante entre os grupos. Cefaleia inicial foi mais prevalente naqueles sem internamento (69,2% vs 40,0%; p=0,047), assim como dor torácica inicial (29,3% vs 5,0%; p=0,052). Coriza inicial foi mais prevalente naqueles sem internamento (57,7% vs 30,0%; p=0,062). Acerca dos sintomas após 90 dias de alta clínica, anosmia mostrou-se mais prevalente naqueles sem internamento (19,2% vs 0,0%; p=0,038), assim como disgeusia (23,1% vs 0,0%; p=0,021). Dispneia após 90 dias apresentou maior tendência naqueles com internamento (26,9% vs 55,0%; p=0,053). A capacidade funcional foi superior dentre os sem internamento, avaliada pelo equivalente metabólico (9,7±3,0 MET e 7,3±2,8 MET; p=0,010). A frequência cardíaca máxima foi superior dentre os sem internamento (162,0±17,3bpm e 143,6±22,0bpm; p=0,003). A porcentagem atingida da FC máxima predita foi superior dentre os sem internamento (90,8±8,2% e 84,3±10,8%; p=0,024). A variação da pressão arterial sistólica por MET foi superior dentre os com internamento (5,3±2,6mmHg/MET e 8,1±4,3 mmHg/MET; p=0,007).

Conclusão: Apesar do histórico de internamento, houve semelhança na prevalência de comorbidades, idade entre grupos. De forma importante a função cardiopulmonar após 90 dias de recuperação da COVID-19 foi mais comprometida dentre aqueles com histórico de internamento hospitalar. Conseqüências crônicas e particularidades regionais da COVID-19 ainda precisam ser mais elucidadas pela escassez de informações gerais.

# TEMAS LIVRES - 02/09/2022

## APRESENTAÇÃO ORAL



### E105.22

#### OPERAÇÃO DE BENTALL E DE BONO PARA CORREÇÃO DAS DOENÇAS DA RAIZ DA AORTA: UMA ANÁLISE DOS RESULTADOS DE 18 ANOS DO INSTITUTO DO CORAÇÃO DE PERNAMBUCO

RENATO DO AMARAL ANTUNES, FABIANA MICHELLE FEITOSA DE OLIVEIRA, FERNANDO RIBEIRO DE MORAES NETO

INSTITUTO DO CORAÇÃO DE PERNAMBUCO – RECIFE-PE.

Fundamento: Hugh Bentall e Antony De Bono em 1968 descreveram a famosa técnica para o tratamento combinado das doenças da valva aórtica e do segmento da aorta ascendente, utilizando um tubo valvulado no qual eram reimplantados os óstios das artérias coronárias. Técnica que vem sendo usada até o presente momento com resultados animadores.

Objetivos: O trabalho tem o objetivo de avaliar o desfecho em 30 dias dos pacientes submetidos a Cirurgia de Bentall e DeBono pela equipe de Cirurgia Cardiovascular do Instituto do Coração de Pernambuco entre Janeiro de 2004 a Dezembro de 2021 no Real Hospital Português, avaliando principalmente a mortalidade hospitalar.

Material e Método: Os dados foram obtidos a partir do prontuário eletrônico do Real Hospital Português e do banco de dados do Instituto do Coração de Pernambuco. O nível de significância assumido foi de 5%. As análises estatísticas foram realizadas no software SPSS – Statistical Package for Social Sciences, versão 21.0 (IBM, Armonk, NY).

Resultados: Foram avaliados 72 prontuários. A idade dos pacientes variou de 17 a 90 anos, com média de idade em 54,2 anos. Predominância do sexo masculino, 44 doentes (61,2%). Sessenta doentes (83,3%) foram operados eletivamente e doze (16,7%) em caráter de urgência/emergência. Os achados clínicos cirúrgicos demonstraram a presença de aneurisma da aorta ascendente com ectasia ângulo-aórtica em 55 (76,3%) pacientes, dissecação aórtica tipo A em 12 (16,6%) pacientes, disfunção de prótese aórtica em 4 doentes (5,6%). Mortalidade geral no pós-operatório ficou em 9,7% (sete doentes), sendo 6,9% associado a dissecação aórtica tipo A e somente 2,8% da mortalidade geral relacionado com aneurisma verdadeiro. A prótese mais utilizada foi a biológica, 97% dos pacientes. A permanência na UTI, teve uma média de 4,9 dias, com intervalo de 1 a 55 dias e mediana de 3 dias. Houve necessidade de reoperação em sete pacientes (9,7%) por sangramento. Dois (2,7%) pacientes apresentaram pneumotórax, sendo submetidos a drenagem. Três pacientes tiveram bloqueio atrio-ventricular total, necessitando de marca-passo definitivo. Quatro pacientes apresentaram derrame pericárdico moderado, sendo tratados clinicamente, e um paciente com necessidade de abordagem cirúrgica. Cinco pacientes tiveram AVC, mas apenas dois (2,7%) mantiveram sequelas motoras permanentemente. O tempo médio de utilização de circulação extracorpórea foi de 86,33 minutos, com intervalo de 43 - 301 minutos. O tempo médio de anóxia se situou em 56,07 minutos, com intervalo de 32 - 130 minutos.

Conclusão: A técnica descrita por Bentall e De Bono mostrou-se eficaz e segura na avaliação de mortalidade e desfechos importantes nos primeiros trinta dias de pós-operatório. Ficou evidente também, a íntima relação entre dissecação aórtica tipo A e a mortalidade no pós-operatório.

### E152.22

#### CARDIOPATIA CONGÊNITA EM ADULTOS: ANÁLISE RETROSPECTIVA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM PERNAMBUCO

FELIPE AUGUSTO SANTOS SARAGIOTTO, PEDRO RAFAEL SALERNO

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - PRONTO-SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO

Introdução: Segundo Andrea Kelleher, as doenças cardíacas congênitas (DCC) definem-se como uma anormalidade estrutural do coração ou dos grandes vasos intratorácicos, desde o nascimento, podendo se tornar funcionais. Até 2020, a prevalência mundial era 9:1.000 nascidos-vivos. Atualmente, mais de 90% dos indivíduos com DCC sobrevivem até a idade adulta. No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, a real incidência é desconhecida pois muitos não são diagnosticados no devido momento, fato comprovado pois a mortalidade por DCC registradas é maior que a incidência. O Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE), iniciou em 2006 as cirurgias corretivas das DCC, incluindo as congênitas em adultos. Ao se consolidar como referência, é essencial entender os resultados obtidos. Objetivo: Avaliar resultados de primeira cirurgia em adultos com DCC e as comorbidades, no PROCAPE, entre 2006 e 2020. Metodologia: O estudo (certificado de apresentação de apreciação ética 55529222.5.0000.5192) classifica-se como descritivo, observacional e primário. Observou-se prontuários físicos e digitais dos submetidos à primeira cirurgia corretiva de DCC com idade superior a 17 anos, realizadas no PROCAPE entre 2006 e 2020, excluídos prontuários com dados incompletos ou perdidos pelo tempo. Resultados: De 135 pacientes, foram elegíveis 88, sendo 57 do sexo feminino (64,77%) e 31 do sexo masculino (35,23%). Quanto à idade, houve variação de 18 à 68 anos, com média de 37. Ao se avaliar os principais diagnósticos congênitos pré-operatórios, observou-se que a comunicação interatrial (CIA) tipo ostium secundum foi a mais presente, com 38 pacientes (43,19%), 27 do sexo feminino e 11 do sexo masculino, seguido de comunicação interventricular (CIV), em 8 casos (9,10%), com divisão equitativa entre os sexos, e tetralogia de Fallot, em 7 ocasiões (7,95%), maior no sexo feminino (4). A presença de comorbidades deu-se em 36 ocasiões (40,9%). A mais prevalente foi hipertensão arterial pulmonar, com 11 casos (12,5%), seguido de insuficiência mitral, com 10 casos (11,36%). No quesito mortalidade, ocorreram em 3 ocasiões (3,41%), sendo 2 do sexo feminino (2,27%) e 1 do sexo masculino (1,14%). Destes, 1 no intraoperatório (1,14%) (CIV perimembranosa com doença mitro-aórtico-tricuspidéa severa), 1 no 2º dia pós-operatório (1,14%) (anomalia de Ebstein) e 1 no 19º dia pós-operatório (1,14%) (CIA com insuficiência mitral severa), todos por choque cardiogênico. Ao se comparar os dados de mortalidade e comorbidades associadas, têm-se resultados semelhantes aos de outros centros brasileiros, como em estudo da Bahia, de Gustavo Alves de Mello, e em outro de Ribeirão Preto-SP, de Fernando Tadeu Vasconcelos Amaral. Conclusão: Baseado nas análises dos resultados, conclui-se que o PROCAPE possui bons resultados, podendo e devendo evoluir para aumento na quantidade de cirurgias deste tipo, reforçando-se como referência estadual e regional para tais procedimentos.

### F104.22

#### LESÃO SUBOCLUSIVA OSTIAL DE TRONCO DE CORONÁRIA ESQUERDA E INSUFICIÊNCIA VALVAR AÓRTICA GRAVE SECUNDÁRIA A AORTITE SIFILÍTICA: UM RELATO DE CASO

SUELLEN LÍDIA DA SILVA BARBOSA, SÉRGIO TAVARES MONTENEGRO, BÁRBARA MARIANA DOS SANTOS SILVA, CLÁUDIA CAROLINA MENDONÇA CAMPOS, DEBORAH RODOLVALDO DE MENEZES

PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO PROFESSOR LUIZ TAVARES

Introdução: A sífilis é uma doença bacteriana causada pelo Treponema pallidum que pode ter diversas fases evolutivas e pode permanecer latente por vários anos. Cerca de 30% dos casos não tratados evoluem para a forma terciária. Entre as manifestações da sífilis terciária encontra-se a aortite sífilítica, cuja apresentação é raramente vista na atualidade, e pode apresentar-se entre 10 e 30 anos após a infecção inicial. Cursa com enfraquecimento da parede aórtica levando a dilatação e formação de aneurismas, preferencialmente na aorta ascendente, pode estar associada a regurgitação aórtica e a lesões ostiais coronárias com leito distal normal. Embora a antiotioterapia efetiva tenha reduzido a incidência da doença, em países com baixo nível sociocultural como o Brasil ainda é problema relevante. Entre janeiro de 2018 e junho de 2020, o Brasil acumulou mais de 360 mil casos de sífilis.

Relato do caso: Homem de 47 anos, previamente hígido, com história de dispnéia progressiva até mínimos esforços há 8 meses, associada a dor retroesternal em queimação desencadeada pelos mesmos esforços, sem irradiação, com duração menor que cinco minutos e alívio ao repouso. Exame físico evidenciava sopro diastólico 3+/6+ em foco aórtico. Eletrocardiograma evidenciou distúrbio de condução de ramo direito e sobrecarga ventricular esquerda. Ecocardiograma transtorácico mostrou hipertrofia ventricular excêntrica com função global e segmentar preservada, valva aórtica estruturalmente normal com refluxo moderado a importante. Cinecoronariografia revelou tronco de coronária esquerda com lesão suboclusiva ostial, sem outras lesões obstrutivas significativas, e insuficiência valvar aórtica importante. Tomografia de tórax evidenciou aorta alongada e ectasiada, principalmente em sua porção ascendente. Diante da suspeita de aortite sífilítica, constatado VDRL reagente 1/256. Submetido a cirurgia de revascularização miocárdica com enxerto da artéria torácica interna esquerda para a descendente anterior e troca valvar aórtica por bioprótese. Achados intraoperatórios de aorta de calibre aumentado com paredes bastante espessadas na porção proximal e ascendente, placas de cálcio, valva aórtica com folhetos muito espessos, refluxo importante, e óstio de coronária esquerda suocuído. Realizado tratamento para sífilis terciária com Penicilina Benzatina. Paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta em boas condições clínicas. Histopatológico de valva aórtica e de fragmentos de aorta evidenciaram fibrose esclerose, infiltrado inflamatório linfoplasmocítico em focos, calcificação.

Discussão: O caso relatado é relevante para que a etiologia sífilítica seja lembrada em pacientes com baixa probabilidade de doença aterosclerótica, sobretudo em países como o Brasil. Relatamos o caso de um paciente jovem com dispnéia secundária a insuficiência valvar aórtica e angina devido a lesão suboclusiva ostial isolada de tronco de coronária esquerda sem fatores de risco para doença aterosclerótica.

### G015.22

#### PERICARDITE CONSTRICTIVA IMPORTANTE EM PACIENTE COM ESQUISTOSSOMOSE. RELATO DE CASO

DJAIR BRINDEIRO FILHO, FÁBIO ANTONIO AMANDO GRANJA, MARIANA PEIXOTO CARVALHO DE ALENCAR, KATARINA BARROS DE OLIVEIRA, CARLOS MAZZAROLLO, ERIKA MARANHÃO, ERICK BRINGUEL, MICHAEL VITOR DA SILVA, CARLOS ANTÔNIO DA MOTA SILVEIRA, JOSE MARIA DEL CASTILLO

ESCOLA DE ECOGRAFIA DE PERNAMBUCO (ECOPE)

Introdução.

A esquistossomose, parasitose endêmica tropical, pode provocar hipertensão pulmonar por oclusão das arteríolas pulmonares pelos ovos dos esquistossomos, em quase um quarto dos casos. Pelo mesmo mecanismo (obstrução dos canaliculos linfáticos), pode haver derrames pericárdicos e pericardites constrições, sendo esta condição muito rara.

Relato do caso.

Paciente feminina, 47 anos, com diagnóstico de esquistossomose há 10 anos, apresentando sinais de insuficiência cardíaca direita (dispnéia, hepatomegalia, ingurgitação jugular, edemas periféricos) e esquerda (cansaço aos mínimos/médios esforços, hipotensão). O ecocardiograma preliminar mostrou grande dilatação bi atrial, sinais de leve hipertensão pulmonar (gradiente de refluxo tricúspide de 40 mmHg, tempo de aceleração pulmonar de 104 ms), disfunção sistólica do VD (TAPSE 1 cm) e grande espessamento do pericárdio sem derrame, com "septal bounce". Ao Doppler, padrão de enchimento restritivo do VE com TDI do anel mitral normal e inversão septal-lateral, e aumento da velocidade de propagação do VE (220 cm/s). Com esses dados foi diagnosticada pericardite constrição, corroborada pela ressonância magnética. O strain longitudinal do VE discretamente diminuído (-14,7%), apresentava grande diminuição nas paredes inferolateral e anterolateral.

Indicada pericardiectomia cirúrgica parcial, constatou-se importante calcificação e aderência das lâminas do pericárdio, sendo enviado material para anatomia patológica.

Seis meses após a cirurgia houve importante melhora da função sistólica e do padrão de enchimento do VE, com normalização da inversão septal-lateral do TDI, mantendo padrão restritivo do fluxo mitral. Houve diminuição dos volumes atriais, principalmente do AD, e leve melhora da função do VD (TAPSE 1,3 cm). A maior modificação ocorreu no strain longitudinal do VE, que aumentou para -20,7% com desaparecimento das alterações das paredes laterais.

O estudo anatomopatológico do pericárdio, entretanto, não evidenciou a presença de esquistossomos nas amostras apresentadas, mas esta observação é muito pouco frequente, conforme dados da literatura.

Conclusão.

Descrevemos um raro caso de pericardite constrição em paciente com esquistossomose hepatoesplênica importante, com significativa melhora dos parâmetros de enchimento ventricular e da deformação miocárdica após o tratamento cirúrgico, ressaltando a importância do ecocardiograma para a detecção de complicações desta doença.

## G019.22

### AGENESIA DE VEIA CAVA INFERIOR EM ADOLESCENTE. RELATO DE CASO

KATARINA BARROS DE OLIVEIRA, CARLOS MAZZAROLLO, CAIO GUEDES DE SOUSA, LUCAS RAPHAEL GONÇALVES DE FARIAS, ANDRÉ SANSONIO DE MORAIS, DEBORAH COSTA LIMA DE ARAUJO, PAULO ROBERTO PINTO FERREIRA FILHO, MICHAEL VITOR DA SILVA, DJAIR BRINDEIRO FILHO, JOSE MARIA DEL CASTILLO

ECOPE

#### Introdução.

A agenesia da veia cava inferior (VCI) é uma malformação congênita considerada rara, mas por cursar, na maioria das vezes, assintomática sua prevalência pode estar subestimada. Faz parte das malformações venosas nas quais há agenesia da porção supra-renal da VCI com desvio do fluxo pela veia hemiaxiais, que transita por trás e à esquerda da aorta e desemboca na veia inominada (Figura 1). Esta anomalia foi relacionada a alta incidência de trombose venosa profunda em jovens.

#### Relato do caso.

Paciente do sexo feminino, 16 anos, 1,62 m, 41 kg, SC 1,39 m<sup>2</sup>, com queixa de sensação de peso abdominal e discreto edema de tornozelos no final do dia. Nega dispnéia, cianose, hipermenorria e outros transtornos dos aparelhos circulatório, respiratório e gastrointestinal.

Realizado ecocardiograma transtorácico foi observada ausência da VCI no seu trajeto intra-hepático, com grande veia dilatada posterior e paralela à aorta abdominal, sugerindo dilatação de veia hemiaxiais, prosseguindo por trás da aorta torácica até o nível do arco aórtico posterior. Com a suspeita de isomerismo esquerdo, foi pesquisado o situs viscerocardiaco, localizadas e reconhecidas as cavidades atriais, ventriculares e as grandes artérias, não sendo observadas anomalias de posição ou dilatações. Os parâmetros de função sistólica e diastólica do ventrículo esquerdo eram normais.

Sem outra observação que a ausência da porção intra-hepática da VCI, foi realizado o diagnóstico de agenesia parcial desta veia. Esta alteração apresenta baixa incidência (0,0005 a 1% da população geral), mas pode estar subestimada devido a ser, na maioria dos casos, assintomática. Relata-se, nestes raros casos, alta incidência de trombose venosa profunda, pelo que se recomenda anticoagulação dos pacientes.

Até o presente momento o paciente não apresenta sinais de distúrbios circulatórios que façam suspeitar trombose venosa profunda e os estudos venosos de membros inferiores foram normais, mais foi aconselhada a procurar seu médico clínico para iniciar o tratamento preventivo.

## J122.22

### CONCENTRAÇÃO DE 25-HIDROXIVITAMINA D E HIPERTENSÃO: UMA CORRELAÇÃO COM MRPA, IMVE E FE

IVALDO PEDROSA CALADO FILHO, IVALDO PEDROSA CALADO NETO, REGINALDO INOJOSA CARNEIRO CAMPELLO, DOMINGOS SÁVIO BARBOSA DE MELO, TARCIO MARCOS LINS CAVALCANTI, ADRIANA CONRADO DE ALMEIDA

UPE (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO); UNINASSAU - RECIFE, PE- BRASIL

Objetivos: Evidências crescentes indicam que a vitamina D pode influenciar o risco de hipertensão, que é um dos mais importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares. Realizamos uma análise retrospectiva de 50 pacientes submetidos a MRPA, Ecocardiograma (ETT) e calculamos os valores do IMVE para caracterizar a presença de HVE e a FE. Coletamos amostras de sangue para determinar os valores e concentração de 25-OH-VITD, e demonstrar a associação entre os níveis séricos de VITD, e sua relação com a Hipertensão arterial, Função miocárdica e a Geometria cardíaca (HCVE e HEVE).

Métodos e Critérios de Inclusão: Selecionamos 50 pacientes do nosso Banco de dados, dos quais 24 eram do sexo masculino, 26 do sexo feminino. A média de idade foi de 53,3 anos. Realizamos a MRPA com os aparelhos validados da marca OMRO HE-92007 os parâmetros estabelecidos pelas diretrizes de HAS, para caracterizar os valores alterados compatíveis com HAS. Foram encontrados 20 pacientes com MRPA alterados (40%). Realizamos ecocardiograma transtorácico bidimensional com doppler colorido, com aparelho ecocardiográfico da GE, todos os exames foram realizados pelo mesmo profissional. Estabelecemos os parâmetros de índice de massa do VE (IMVE) superior a 115g/m<sup>2</sup>, para homens e superior a 95g/m<sup>2</sup> para as mulheres, para caracterizar aqueles pacientes com HCVE com espessura da parede superior a 0,42. Para HEVE, utilizamos os mesmos parâmetros exceto a espessura da parede inferior a 0,42. Encontramos 15 (30%) pacientes com HVE. Calculamos também os valores da FE através do método Simpson (déficit segmentar) ou Teichholz, como indicadores da disfunção sistólica do VE, quando seus valores estavam abaixo de 45%. Em todos os pacientes submetidos ao ecocardiograma, as alterações foram classificadas segundo os critérios da American Society of Echocardiography. Após a coleta destes dados, foi feita uma análise estatística para avaliar o comportamento destas variáveis coletadas com a dosagem da 25-OH-VITD em todos os pacientes. Os níveis séricos de VIT-D foram classificados em deficientes e insuficientes quando menores do que 30 ng/ml e normais quando iguais ou maiores que 30ng/ml.

Resultados: Dos 50 pacientes estudados encontramos 20(40%) MRPA considerados anormais em relação às suas medidas de HAS e todos apresentaram um nível de VITD abaixo da normalidade pelos critérios laboratoriais. Dos pacientes estudados 15 (30%) preencheram os critérios ecocardiográficos (IMVE) HVE, com níveis sanguíneos de 25-OH VITD também abaixo da normalidade. A fração de ejeção permaneceu com seus valores normais concordando com os valores sanguíneos também normais da VITD.

Conclusão: Os achados deste estudo revelam uma forte correlação entre a hipertensão arterial sistêmica, HVE detectada através do ecocardiograma e as respectivas frações de ejeção com baixos níveis sanguíneos da VIT-D. Os baixos níveis de VIT D, indicam que a concentração de 25-hidroxitamina D no sangue.

## K087.22

### CORRELAÇÃO ENTRE A DEFORMAÇÃO MIOCÁRDICA ( STRAIN ), DISSINCRONIA MECÂNICA E A PRESENÇA DE FIBROSE MIOCÁRDICA NA FORMA CARDÍACA LEVE DA DOENÇA DE CHAGAS

POLYANA EVANGELISTA LIMA, EDMUNDO JOSÉ NASSRI CAMARAS, MARTA SILVA MENEZES, MATHEUS PEREIRA BARREIRA, THIAGO REIS DO CARMO, SARAH RODRIGUES DE ASSUNÇÃO VAZ, HEVERTON GARCIA DE OLIVEIRA, ALANE MOTA DOS SANTOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO - UNIVASF; ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA - EBMSF; UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA

Introdução: A identificação precoce do dano miocárdico parece ser importante na abordagem do paciente com doença de Chagas (DC). A ecocardiografia com strain obtido por speckle tracking (STE) e a avaliação da fibrose miocárdica (FM) através da ressonância magnética cardíaca (RMC) podem ser métodos diagnósticos promissores nesse sentido. O presente trabalho busca avaliar o acometimento miocárdico especificamente na forma crônica cardíaca leve da DC através do strain por STE e da FM pela RMC, e suas correlações.

Método: Estudo de corte transversal analisou portadores da forma cardíaca crônica leve de DC (fração de ejeção preservada) submetidos à ecocardiografia com strain por STE e à RMC.

Resultados: Foram incluídos 21 participantes (mulheres: 62%, idade: 54 ± 5 anos). A prevalência de FM através do realce tardio miocárdico (RTM) foi de 50%. O strain longitudinal global (SLG) encontrava-se diminuído em 17 pacientes (81%) com mediana de 14,1% (IIQ 12,1; 16,3). Os valores do mapa T1 encontravam-se em média elevados nos portadores de DC (993 ± 163 ms). O mapa T1 foi significativamente correlacionado com o SLG (r = 0,634; p = 0,015). Além disso, o índice de dispersão mecânica (IDM obtido por strain, estava aumentado (> 55 ms) em 84%, com a maior área sob a curva ROC (AUC 0,696; IC 95% 0,412- 0,981 para discriminação de fibrose pelo RTM).

Conclusão: O presente estudo sugere que o strain miocárdico e o mapa T1 se comportam como marcadores precoces do dano miocárdico na cardiopatia chagásica crônica leve. O índice de dispersão mecânica estava elevado e foi o parâmetro que melhor se correlacionou com a fibrose miocárdica pelo RTM.

## K088.22

### MAPA T1 NATIVO E FIBROSE MIOCÁRDICA NA FORMA CARDÍACA LEVE DA DOENÇA DE CHAGAS

POLYANA EVANGELISTA LIMA, EDMUNDO JOSÉ NASSRI CAMARAS, MARTA SILVA MENEZES, MATHEUS PEREIRA BARREIRA, THIAGO REIS DO CARMO, SARAH RODRIGUES DE ASSUNÇÃO VAZ, HEVERTON GARCIA DE OLIVEIRA, ALANE MOTA DOS SANTOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO - UNIVASF; ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA - EBMSF; UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA

Introdução: A Miocardiopatia Chagásica crônica (MCC) apresenta uma inflamação miocárdica crônica que provoca destruição tissular progressiva e fibrose extensa. Ainda não é possível identificar quais dos portadores de doença de Chagas (DC) irão desenvolver a MCC. A ressonância magnética cardíaca (RMC) é o exame padrão-ouro não invasivo para avaliar fibrose miocárdica (FM) através da técnica do realce tardio miocárdico (RTM). Ultimamente, tem se utilizado a RMC para realizar novas avaliações através do uso de mapas paramétricos (T1 e T2). Na maioria das cardiomiopatias, o valor do Mapa T1, sequência de realce global precoce ponderado em T1 nativo, está aumentado em relação ao normal. Não foram encontrados estudos com a aplicação desta técnica na DC. É possível que a utilização da técnica do Mapa T1 gere informações diagnósticas complementares e até mesmo informações prognósticas na evolução dos portadores de DC. O presente trabalho busca descrever os valores do Mapa T1 por RMC na avaliação de pacientes portadores da forma cardíaca leve da DC e sua correlação com a técnica do RTM.

Métodos: Estudo de corte transversal analisou portadores da forma cardíaca crônica leve de DC (fração de ejeção preservada) submetidos à RMC. Os pacientes elegíveis foram submetidos à RMC para análise da FM por duas técnicas: a técnica do RTM através do uso do gadolínio que foi categorizada em presente/ausente para fibrose miocárdica e através do tempo de Mapa T1, variável numérica, expressa em média ± desvio padrão, cujo valor de referência para fibrose em miocardiopatias dilatadas é acima de 1000-1100 ms.

Resultados: Dezesesseis pacientes compuseram a população do trabalho, 13 (61,9%) do sexo feminino, a média de idade de 54,3 ± 5,3 anos. A FEVE (%) média foi 65,3 ± 5,4; A prevalência de fibrose miocárdica (FM) na amostra através da técnica de realce tardio pela RMC foi de 50%. Os valores do Mapa T1 encontram-se elevados nos portadores de DC sem disfunção ventricular com média de 993 ± 163 ms. As Medianas e o Intervalo interquartil do Mapa T1 foram: grupo I: 1033 (IIQ: 998-1081) e grupo II: 1010 (IIQ:1002-1047). No grupo com FM, os tempos estão ainda mais elevados, concordante com o achado em outras miocardiopatias dilatadas.

Conclusão: Estes dados reforçam a capacidade do mapa T1 de identificar a FM de forma mais integral e prematura quando comparada ao RTM e sugere que esta técnica é um marcador de acometimento cardíaco precoce pela doença de Chagas.

## M036.22

**SÍNDROME DE LUTEMBACHER E FIBRILAÇÃO ATRIAL: UM RELATO DE CASO DE UMA DOENÇA RARA E SUAS COMPLICAÇÕES**

RAQUEL CRISTINA FARIAS DE MEDEIROS QUEIROZ, CAROLINA JANUÁRIO DA SILVA, DIANA PATRICIA LAMPREA SEPULVEDA, FLÁVIO HILTON FEIJÓ CAVALCANTI SILVA

PROCAPE

**INTRODUÇÃO:** A Síndrome de Lutembacher é uma condição rara e se caracteriza pela associação de estenose mitral e defeito do septo atrial do tipo ostium secundum, podendo ser de etiologia congênita ou adquirida. As repercussões hemodinâmicas dessa síndrome resultam da severidade da estenose valvar e tamanho do defeito de septo atrial. Dentre as principais manifestações clínicas estão a intolerância ao exercício, palpitações, hipertensão pulmonar, dilatação atrial, arritmias atriais e insuficiência de valva tricúspide. O tratamento pode ser com correção cirúrgica ou terapia percutânea em pacientes elegíveis. Relatamos o caso de um paciente com diagnóstico tardio da condição, já complicada pela presença de hipertensão pulmonar e fibrilação atrial. **CASO:** Paciente masculino, 46 anos, com diagnóstico prévio de hipertensão arterial. Em 2011, procurou a emergência por quadro de dispnéia aos esforços e ortopneia. O ecocardiograma demonstrou estenose mitral importante associada a defeito de septo atrial do tipo ostium secundum com shunt do átrio esquerdo para átrio direito, além de função ventricular preservada e moderada dilatação de átrio esquerdo. Com base na clínica e achados ecocardiográficos, foi dado o diagnóstico de Síndrome de Lutembacher e optado pelo reparo valvar mitral isolado, com correção do defeito de septo atrial em segundo momento (2013). Em abril de 2022, o paciente foi hospitalizado novamente pelos mesmos sintomas que teve 11 anos antes. O novo ecocardiograma demonstrou estenose mitral importante, com gradiente médio de 5mmHg e área valvar calculada por planimetria de 1cm<sup>2</sup>, associada com insuficiência mitral moderada; dilatação biatrial importante; fração de ejeção de ventrículo esquerdo preservada e hipertensão arterial pulmonar moderada (PSAP estimada de 47mmHg). O eletrocardiograma atual demonstrou nova fibrilação atrial. O tratamento clínico foi otimizado e o paciente foi encaminhado para troca valvar mitral cirúrgica. **CONCLUSÃO:** O diagnóstico e o tratamento clínico-cirúrgico adequados trazem um melhor prognóstico à Síndrome de Lutembacher quando realizados de forma precoce. Contudo, nos casos em que esse manejo ocorre tardiamente, é frequente a evolução com complicações graves, como insuficiência cardíaca, fibrilação atrial e hipertensão pulmonar, e consequente aumento significativo da mortalidade. Por isso, torna-se fundamental difundir o conhecimento sobre o tema para permitir a identificação e encaminhamento para serviços especializados de forma ágil.

## Q079.22

**SAÚDE CARDIOVASCULAR DE INDÍGENAS E NÃO INDÍGENAS EXPOSTOS A DIFERENTES CONTEXTOS DE URBANIZAÇÃO**

THIAGO REIS DO CARMO, GABRIEL DOS SANTOS DIAS, ELIENE APARECIDA CERQUEIRA MARCOS, VANESSA CARDOSO PEREIRA, CARLOS DORNELS FREIRE DE SOUZA, RODRIGO FELICIANO DO CARMO, ANDERSON DA COSTA ARMSTRONG

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO (UNIVASF)

**Introdução:** O processo de urbanização ao mesmo tempo em que permite um maior acesso aos serviços de saúde, amplia a exposição aos fatores de risco das Doenças Cardiovasculares, de modo que a transição do estilo de vida rural para o urbano corrobora com uma maior incidência de doenças crônicas. Este estudo tem como objetivo comparar o perfil de saúde cardiovascular entre grupos indígenas expostos a diferentes graus de urbanização e uma população urbana. **Métodos:** Trata-se de um estudo de prevalência realizado nas comunidades indígenas Fulni-ô (grupo com reduzido contato com o meio urbano) e Truká (grau intermediário de urbanização) e uma população urbana do município de Juazeiro, Bahia. Foram incluídos indivíduos com 18 anos ou mais e coletadas variáveis sociodemográficas, antropométricas, risco cardiovascular e prevalência de doenças cardiometabólicas associadas. O estudo foi aprovado pela CONEP (nº 1.488.268) e FUNAI (nº 08620.028965/2015-66). As análises estatísticas foram conduzidas com o auxílio do JASP (versão 0.16.1). **Resultados:** Dos 1019 indivíduos incluídos no estudo, 64,2% (n=666) eram do sexo feminino e idade média de 48,2±10,7 (mediana 48, IQR 17,0). O predomínio do sexo feminino foi observado nos três grupos. O IMC médio classificou a população total com sobrepeso, com diferença entre os grupos, sendo o grupo controle com maior IMC (média 29,6±5,5 | mediana 29,2; IQR 7,0) e os indígenas Fulni-ô com o menor (28,2±5,2 | 27,3, IQR 6,1). A prevalência de obesidade (grau I, II e III) foi de 45,2% (n=165) no grupo Controle, 37,7% (n=128) nos indígenas Truká e de 28,3% (n=89) nos Fulni-ô. Nos dois sexos, foram observadas diferenças significativas na prevalência de obesidade entre os grupos estudados, elevando-se conforme o grau de urbanização. Percentual de 6,1% (n=56) apresentaram ITB alterado, sendo 53,6% (n=30) do sexo feminino. Doenças cardiometabólicas foram observadas em 40,8% (n=415) da população total, com prevalência crescente conforme o grau de urbanização (Fulni-ô – 21,5%; Truká – 37,5% e Controle – 41,2%; P < 0,001), sendo maior no sexo feminino (Feminino – 44,4%; Masculino – 34,0%). A prevalência de HAS foi de 29,1% (n= 297), sendo menor nos Fulni-ô (18,7%) do que nos Truká (33,9%) e controle (33,7%). **Discussão/Conclusão:** Apesar da importância das DCVs na saúde pública em nível global, a maior parte da população indígena mundial é negligenciada no que diz respeito à saúde cardiovascular. A análise dessa conjuntura é complexa e dinâmica, posto que se relaciona com a acelerada transição demográfica e, por consequência, mudanças nos perfis de adocimento (transição epidemiológica) dos mais variados grupos étnicos cujas consequências ainda não estão devidamente elucidadas. Conclui-se que os indígenas Fulni-ô apresentaram uma melhor saúde cardiovascular quando comparados aos indígenas da etnia Truká, cujo grau de urbanização é mais acelerado.

## R138.22

**POLIFARMÁCIA E USO DE MEDICAMENTO POTENCIALMENTE INAPROPRIADO EM IDOSOS COM DOENÇA CARDIOVASCULAR, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE BEERS**

FLÁVIO HILTON FEIJÓ CAVALCANTI SILVA, MÁRCIA CRISTINA AMÉLIA DA SILVA, MARIA ELISA LUCENA SALES DE MELO ASSUNÇÃO, DÉBORAH COSTA LIMA DE ARAÚJO, RAFAEL CARNEIRO LEÃO MAIA, JOYCE SANTANA DO NASCIMENTO, DÁRIO CELESTINO SOBRAL FILHO, ULISSÉS RAMOS MONTARROYOS

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO (UPE), PRONTO-SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO (PROCAPE)

**Fundamento:** O processo de envelhecimento resulta em alterações fisiológicas, metabólicas e funcionais as quais, aliadas à maior prevalência de comorbidades nesta faixa etária, fazem com que os idosos consumam maior número de medicamentos em relação à população jovem, o que aumenta o risco de uso de medicamento inapropriado. Por este motivo, a avaliação da adequação dos medicamentos prescritos para idosos é importante na prática clínica. Os critérios mais frequentemente citados na literatura para essa finalidade são os propostos por Beers, conhecidos como critérios de Beers. **Objetivo:** Analisar associação entre polifarmácia e uso de medicamento potencialmente inapropriado em idosos com doença cardiovascular, segundo os critérios de Beers da Sociedade Americana de Geriatria de 2019. **Método:** Estudo observacional transversal em que foram entrevistados idosos acompanhados no ambulatório de cardiologia geral do PROCAPE, Recife – PE. Foram incluídos, de forma consecutiva, indivíduos com 65 anos ou mais, portadores de uma ou mais doenças cardiovasculares e que usassem ao menos um medicamento prescrito. Polifarmácia foi definida como uso de 02 ou mais medicamentos. Polifarmácia maior como uso de 05 ou mais medicamentos. Realizou-se o rastreamento dos medicamentos em uso pelo idoso, definidos operacionalmente como aqueles utilizados pelo entrevistado nos últimos sete dias que antecederam a entrevista e que haviam sido prescritos por médico. Em seguida, o uso de medicamentos potencialmente inapropriados era avaliado segundo os critérios de Beers da Sociedade Americana de Geriatria 2019. Na análise estatística, foram consideradas estatisticamente significativas as diferenças com valor de p < 0,05 na análise univariada e utilizou-se o modelo de regressão múltipla para estimar a associação entre polifarmácia e uso de medicamento inapropriado. A estimativa de associação foi o odds ratio, com seu respectivo intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** Foram incluídos 470 pacientes com média de idade dos pacientes era de 72,7 ± 6,47 anos, predominantemente do sexo feminino (56,0%). Polifarmácia foi encontrada em 465 pacientes (98,9%) e polifarmácia maior em 309 pacientes (65,7%). A associação entre polifarmácia e uso de medicamento inapropriado foi estatisticamente significativa (p<0,001), tendo ocorrido em 122 (39,5%) pacientes com polifarmácia maior e em 25 (15,5%) pacientes com polifarmácia menor. No modelo de regressão logística múltipla, fazer uso de 5 ou mais medicamentos (OR 2,11; IC95% 1,62 – 2,75) esteve associado ao uso de medicamentos potencialmente inapropriados. **Conclusão:** Polifarmácia maior aumentou 2 vezes a chance de uso de medicamento potencialmente inapropriado. É importante pesquisar rotineiramente o uso de medicamentos potencialmente inapropriados na assistência ao idoso cardiopata, principalmente, naqueles de maior risco, em função de suas múltiplas comorbidades e maior número de medicamentos utilizados.

### A076.22

#### FIBRILAÇÃO ATRIAL PRÉ-EXCITADA EM PACIENTE COM ANOMALIA DE EBSTEIN – RELATO DE CASO

ELISANDRA DE SOUSA ALVES, IVE DIAS MANGUEIRA BASTOS, ANTONIELE BEZERRA NAVARRO

UNIVASF/EBSERH / UNIVASF / PROCAPE

**INTRODUÇÃO:** A anomalia de Ebstein (EB) é a doença congênita mais comum da valva tricúspide. É caracterizada por aderência de porção variável das cúspides posterior e septal de uma valva tricúspide redundante para o interior da parede ventricular direita e implantada mais caudalmente em direção ao ápice. Suas manifestações clínicas bem como seu tratamento são variáveis conforme o grau de anomalia valvar e defeitos associados. Via acessória está presente em 6-36% dos pacientes com EB predispondo a arritmias. Sincope e morte súbita por fibrilação atrial (FA) de alta resposta conduzindo por via acessória são descritas, assim como arritmias ventriculares.

**RELATO DE CASO:** E.S., 46 anos, foi admitida em pronto-socorro por quadro de palpitações e desconforto respiratório associado a sudorese. Observado a presença de FA pré-excitada (figura 1) associado a instabilidade hemodinâmica. Foi submetida a cardioversão elétrica com retorno para ritmo sinusal e pré-excitação - feixe anômalo em região posteroseptal direita (figura 2). A paciente referiu que teve episódio prévio de taquiarritmia e cardioversão em 2010, porém sem seguimento. Negava outras queixas ou comorbidades. Referiu ter ingerido bebida alcoólica no dia anterior. Ao prosseguir investigação, foi submetida ao exame de ecocardiograma transtorácico com doppler colorido (eco) e observado presença de Anomalia de Ebstein associado a CIV duplamente relacionada medindo 8mm e sem repercussão, átrio direito dilatado em grau importante, ventrículo direito limitrofe e com função sistólica preservada, refluxo tricúspide discreto. Paciente evoluiu assintomática, em uso de amiodarona e aguardando estudo eletrofisiológico e ablação de via acessória.

**Discussão/CONCLUSÃO:** Embora rara, a EB é a doença congênita mais comum da valva tricúspide e corresponde a 0,4 a 1,07% das cardiopatias congênitas. A apresentação clínica é variável conforme a gravidade das alterações anatômicas e dos defeitos associados. Pacientes com alterações discretas podem ser assintomáticos e ter diagnóstico incidental na adolescência ou na idade adulta. Pacientes com malformação grave têm apresentação neonatal cursando com cianose, cardiomegalia e longos murmúrios holossistólicos. Crianças com mais de 10 anos e adultos com frequência apresentam arritmias. Na avaliação para presença de arritmias, é recomendado ECG e Holter 24h anualmente (ou outro dispositivo para monitorização mais prolongada), assim como monitorização eletrocardiográfica durante o exercício (teste ergométrico). Via acessória está presente em 6-36% dos pacientes com EB predispondo a arritmias. Para pacientes com taquiarritmias, evidência de pré-excitação no ECG ou em planejamento cirúrgico, é recomendado avaliação por arritmologista especialista em cardiopatia congênita e realização de estudo eletrofisiológico.

### A077.22

#### FLUTTER ATRIAL COM CONDUÇÃO ATRIOVENTRICULAR (AV) 1:1 ESPONTÂNEA – RELATO DE CASO

ELISANDRA DE SOUSA ALVES, IVE DIAS MANGUEIRA BASTOS, ANTONIELE BEZERRA NAVARRO

UNIVASF/EBSERH / UNIVASF / PROCAPE

**Introdução:** O Flutter atrial é definido como uma arritmia atrial de macro-reentrada caracterizada pela presença de ondas F com morfologia constante e frequência atrial superior a 250 bpm no eletrocardiograma (ECG). Diferentemente da apresentação fetal ou neonatal, o Flutter atrial na população adulta mais comumente se apresenta com condução AV 2:1 ou com maior grau de bloqueio da condução AV. Existem três situações clínicas/ eletrofisiológicas em que o Flutter atrial pode se apresentar com condução AV 1:1. Primeiro, ele pode ocorrer, embora raramente, em pacientes com via acessória. Segundo, mais comumente, pode ocorrer em pacientes com Flutter atrial e condução AV 2:1 ou em maior grau de bloqueio que recebem drogas com anestésico local com ou sem efeito anticolinérgico. Esses medicamentos podem aumentar a duração do ciclo do Flutter atrial, enquanto melhora a condução do nó AV, permitindo assim que um Flutter atrial mais lento, conduza ao ventrículo no modo 1:1. Em terceiro, alguns pacientes podem se apresentar com Flutter atrial com condução AV 1:1 espontânea. Diferentemente dos pacientes cuja a condução AV 1:1 do Flutter atrial é relacionada aos medicamentos, este grupo de pacientes frequentemente representam um desafio diagnóstico e de manejo.

**Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 53 anos, previamente hígido e negando comorbidades, foi admitido em Pronto-socorro (PS) com queixa de palpitações há aproximadamente 2 horas. Apresentava pressão arterial limitrofe e frequência cardíaca de 278 bpm. No eletrocardiograma foi evidenciado taquiarritmia regular de QRS estreito (figura 1). Foi optado pela infusão de adenosina com evidência de ritmo de Flutter atrial 2:1 (figura 2). Após um período, paciente retornou à condução 1:1, sendo feita nova administração de adenosina e seguida de amiodarona com restauração posterior para ritmo sinusal.

**Discussão/Conclusão:** Flutter Atrial com condução AV 1:1 é uma arritmia rara e desafiadora. Deve-se estar atento às suas diferentes apresentações e considerá-la no diagnóstico diferencial de pacientes que se apresentam com taquicardia de QRS estreito com frequência superior a 220 bpm. O tratamento inicial visa o controle da frequência ventricular, anticoagulação e tentativas de restauração do ritmo sinusal normal. O tratamento definitivo é a ablação por radiofrequência do circuito do Flutter.

### A150.22

#### HIPERTIREOIDISMO COMO CAUSADOR DE FLUTTER ATRIAL E TAQUICARDIOMIOPATIA

ESTHEFANY DIAS BARBOSA, ISABELA ROBERTO DE LIMA BORBA, LUCAS REIS DA COSTA, CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO, BÁRBARA MARIANA DOS SANTOS SILVA

PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO (PROCAPE)

#### Introdução

Taquicardiomiopatia é uma entidade clínica marcada pela disfunção do ventrículo esquerdo (VE) reversível exclusivamente devido ao aumento da frequência ventricular, independentemente da origem da taquicardia, podendo surgir após semanas, meses ou anos. O risco de desenvolver essa patologia varia com o tipo, duração e taxa de frequência da taquicardia. Não existem dados claros de incidência e prevalência geral, as quais provavelmente são subestimadas.

#### Relato de caso

MHS, 52 anos, hipertensa, diabética e obesa, foi admitida com quadro de dispnéia aos mínimos esforços, ortopneia, edema e lesões bolhosas exsudativas em membros inferiores. Otimizado diuréticos e vasodilatadores e iniciado antibiótico. Flagrado no eletrocardiograma flutter atrial. Na investigação da etiologia da insuficiência cardíaca, foi solicitado exames, dentre eles TSH 0,02 e T4 livre 3,49. Iniciado tapazol 30mg/dia, carvedilol em dose alta e digoxina, visando controle de frequência cardíaca. Ultrassonografia de tireoide mostrou formações pseudonodulocões sugestivas de possível tireoidopatia autoimune.

Ecocardiograma Transtorácico (ECOTT) realizado mostrou hipocinesia difusa do VE, com FE 20% (Simpson), aumento importante do átrio esquerdo (AE) - 56ml/m2, disfunção de ventrículo direito, com TAPSE 1,5 cm e insuficiência tricúspide e mitral importante, com PSAP 61 mmHg. No 15º após início de do tapazol, medido T4livre 2,43, ocorrendo reversão do flutter para ritmo sinusal no 16º dia. Repetido ECOTT, após 13 dias da reversão do ritmo e controle da FC, sendo evidenciado melhora da FE para 45% (Simpson), AE com volume indexado de 46. VD sem disfunção, com TAPSE 2,5cm, IT e IM secundárias moderada, com PSAP 49mmHg.

#### Conclusão

A recuperação ou melhora da função sistólica do VE, dentro de 1 a 6 meses após a reversão da arritmia, confirma tal diagnóstico. As arritmias supraventriculares correspondem a etiologia mais comum, principalmente fibrilação atrial e flutter atrial com rápida resposta ventricular. É sabido que algumas patologias não cardíacas estão relacionadas ao desenvolvimento de taquiarritmias, dentre elas as tireoidopatias.

### B025.22

#### ANOMALIA DE ORIGEM DE SUBCLÁVIA DIREITA: RELATO DE CASO

ARNÓBIO ÂNGELO DE MARIZ JÚNIOR, CAROLINE DE ARAÚJO MARIZ, ARNÓBIO ÂNGELO DE MARIZ NETO, ARTHUR ALMEIDA LEITÃO, LAÉCIO LEITÃO BATISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO; FACULDADE DE MEDICINA DE OLINDA - FMO; CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINASSAU – PE

**Introdução:** Também chamada de artéria lusória, a artéria subclávia direita com origem anômala (ASDA), é a anomalia anatômica mais comum do arco aórtico, estando presente em 0,5% a 1% da população. Comumente assintomática, pode ocasionar sintomas resultantes da compressão esofágica ou traqueal, degeneração aneurismática (divertículo de Kommerell) ou por doença aterosclerótica oclusiva, com resultante isquemia do membro superior e/ou síndrome do roubo da subclávia. Relato do caso: Mulher de 53 anos, hipertensa, dislipidêmica, realizou teste ergométrico preventivo, que evidenciou alteração eletrocardiográfica compatível com isquemia miocárdica, sem sintomas clínicos. Foi realizada angiogramografia de tórax e coronárias, que não mostraram presença de ateromatose coronariana associada a uma ASDA retroesofágica, lusórica. **Discussão:** Utilizado pela primeira vez em 1794 por Bayford, o termo grego lusos naturae, aberração da natureza, descreveu uma variante congênita do arco aórtico decorrente de um erro na embriogênese, onde a artéria subclávia direita originava-se como último ramo cervical na aorta descendente, após a emergência da artéria subclávia esquerda, e cruzando o mediastino em direção ao membro superior direito. Nesse trajeto, pode passar adiante do esôfago, ou retroesofágica, que corresponde a 80% dos casos; as mulheres são as mais acometidas. Está frequentemente associada com outras anomalias, como o nervo laríngeo não recorrente e o tronco bicarotídeo ("tipo bovino"), aneurisma/divertículo em sua origem (i.e., Kommerell), defeitos cardíacos congênitos e até síndromes genéticas, como a síndrome de Down. Em pacientes assintomáticos ou com sintomatologia frustra nenhum procedimento cirúrgico é necessário, a despeito da existência da anomalia. Nos pacientes com disfgia intensa, aneurismas da artéria anômala ou anel vascular determinando estridor, existe a possibilidade do reimplante ou by pass cirúrgico; diante de estenose e consequente isquemia do membro superior direito ou insuficiência vertebrobasilar, deve-se ponderar a angioplastia endovascular. Uma anamnese detalhada associada a exames complementares específicos como a angiogramografia na investigação, confirma o diagnóstico de ASDA, já que o exame físico é inespecífico. Diante da necessidade de realização de um cateterismo cardíaco arterial por via radial direita, deve-se levar em conta que um trajeto aberrante e mais longo que o usual, denuncia uma ASDA, e o médico deve ter isso em mente. **Conclusão:** A artéria subclávia direita pode ter origem anômala na aorta torácica em paciente assintomático. Na presença de estridor, dispnéia ou disfgia, inexplicáveis, uma ASDA pode ser a causa e uma angiogramografia está indicada.

**B031.22**

**DERRAME PERICÁRDICO RECORRENTE POR TRANSFIXAÇÃO DE ELETRODO DE RESSINCRONIZADOR CARDÍACO**

JOYCE SANTANA DO NASCIMENTO, CALOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO, TACIANA QUEIROZ MEDEIROS GOMES, ANA CARLA ALVES DE SOUZA LYRA, FIAMMA FERREIRA NOGUEIRA

REAL HOSPITAL PORTUGUÊS PRONTO-SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO / PROCAPE

**INTRODUÇÃO** A pericardite recorrente ou recidivante pode ocorrer em até 30% dos casos de pericardite aguda. Os sinais e sintomas podem recorrer várias vezes por meses a anos, caso a etiologia não seja adequadamente identificada e tratada, e a sua ocorrência aumenta a chance de evolução para pericardite constritiva.

**DESCRIÇÃO DO CASO:** Mulher, 83 anos, portadora de cardiomiopatia dilatada secundária a miocardite, com passado de vários internamentos por insuficiência cardíaca descompensada e edema agudo de pulmão de repetição e necessidade de implante de ressincronizador cardíaco (TRC). Evoluiu com compensação clínica e sem novos internamentos durante 9 meses após implante de TRC, inclusive com melhora ecocardiográfica.

Procurou então serviço de emergência com dispnéia há 3 meses com progressão para mínimos esforços e episódios de hipotensão. Ecocardiograma transtorácico (ECOTT) demonstrou derrame pericárdico importante, mas sem sinais de tamponamento cardíaco.

Investigação adicional evidenciou função renal e tireoidiana normais, BNP apenas discretamente elevado e radiografia de tórax com pouca congestão pulmonar, sem consolidações, cavidades ou derrame pleural e com área cardíaca normal. Angiotomografia computadorizada de tórax mostrou ausência de massas torácicas ou alterações pulmonares parenquimatosas.

Iniciou teste terapêutico para derrame pericárdico de etiologia tuberculosa, sem boa resposta, tendo tido necessidade de realização de janela pericárdica. Realizou procedimento com drenagem de 100ml de líquido citrino. Estudo do líquido com ADA negativo e sem características sugestivas de infecção por tuberculose e, posteriormente, resultado de histopatológico com alterações inflamatórias crônicas, sem evidência de granulomas e com pesquisa negativa para microrganismos. Optado por suspender tratamento com tuberculostáticos, pois não havia evidência para essa etiologia.

Revisando imagens de angiotomografia de tórax foi evidenciado que eletrodo do ressincronizador havia transfixado ventrículo direito e que possivelmente havia causado a pericardite devido a reação inflamatória local.

Paciente evoluiu assintomática após adição de corticóide e colchicina e após janela pleuropericárdica e diuretoterapia, com ECOTT de controle (após 10 dias) e ambulatorial (após 1 ano) demonstrando apenas derrame pericárdico leve.

**CONCLUSÕES:** As pericardites recorrentes são causa importante de morbidade e de reinterimentos, podendo até evoluir para formas mais graves como a pericardite constritiva. A pesquisa de suas causas e o tratamento das mesmas é de fundamental importância para tentar interromper as recidivas e evitar as possíveis complicações associadas a esta condição, melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

**B046.22**

**MIOCÁRDIO NÃO COMPACTADO EM PACIENTE COM ESTENOSE GRAVE EM VALVA AÓRTICA BICÚSPIDE: UM RELATO DE CASO**

SILAS GABRIEL BORGES FIRMINO, SANDRO GONÇALVES DE LIMA, ANDREA BEZERRA DE MELO DA SILVEIRA LORDSLEEM, KAIO LUIZ CORDEIRO QUEIROZ, LÍGIA GABRIELA PEREIRA BRAZ MACEDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO; UNINASSAU

**INTRODUÇÃO:** miocárdio não compactado (MNC) é uma condição rara caracterizada por trabeculações proeminentes e recessos intertrabeculares profundos que se comunicam com a cavidade do ventrículo esquerdo (VE), originalmente descrita como doença isolada. A válvula aórtica bicúspide (VAB) por sua vez é a cardiopatia congênita mais comum, podendo estar associada a outras malformações cardíacas genéticas ou apresentar-se também isolada. Relatamos um caso com rara associação das duas patologias. **DESCRIÇÃO DO CASO:** mulher, 51 anos, com queixa de dispnéia progressiva há nove meses, associada a precordialgia opressiva aos mínimos esforços, com irradiação para dorso que melhorava ao repouso. Referia episódios de dispnéia paroxística noturna, ortopneia e um evento de síncope sem pródromos. De antecedentes patológicos apresentava hipertensão arterial sistêmica há cerca de um ano, obesidade e ex-tabagista. No exame físico cardíaco: o ritmo cardíaco era regular, com bulhas hipofônicas e um sopro ejetivo em foco aórtico 4+/6+, que irradiava para fúrcula, carótidas e borda esternal esquerda. O eletrocardiograma de repouso não tinha evidências de sobrecarga de VE. O ecocardiograma transtorácico mostrou fração de ejeção de VE de 59%, massa de VE de 156g, índice de massa de VE de 87,7 g/cm<sup>2</sup> com gradiente médio valvar aórtico de 43 mmHg e uma área valvar aórtica de 0,5 cm<sup>2</sup> com importante esclerose. A ressonância magnética confirmou a valvopatia estenótica em VAB, com área valvar estimada em 0,78 cm<sup>2</sup> e aumento da espessura miocárdica de predomínio septal e maior evidência do trabeculado do VE em segmentos laterais e relação miocárdio não compactado/compactado em segmento látero-apical de 3,11. Não havia coronariopatia obstrutiva em cineangiocoronariografia. Foi realizada intervenção cirúrgica de substituição valvar aórtica com implante de prótese mecânica número 21 e ampliação da raiz da aorta com enxerto de pericárdio bovino com sucesso. **DISCUSSÃO/CONCLUSÃO:** estenose aórtica valvar notadamente as associadas a cardiopatia congênita como VAB, assim como outras lesões valvares na anomalia de Ebstein e tetralogia de Fallot podem apresentar associação com MNC, o que pode acarretar dificuldades diagnósticas. Dessa forma, demonstra-se a necessidade de investigação nesses pacientes com o intuito de fornecer uma melhor compreensão da interação entre fatores genéticos e hemodinâmicos que levam ao fenótipo do MNC.

**B054.22**

**AMBULATÓRIO DE TELECONSULTA PARA PACIENTES EM USO DE ANTICOAGULANTE ORAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

NATALY LINS SODRÉ, EDJÔSE CIRIACO SANTANA SILVA, ANA BEATRIZ DOS SANTOS, CAIO FREIRE PESSOA FILHO, PATRÍCIA AYANNE DE OLIVEIRA SILVA, MONALIZA EVELYN PEREIRA DE SOUSA, DARA STEPHANY ALVES TEODORIO, RODRIGO MANOEL DO NASCIMENTO, SIMONE MARIA MUNIZ DA SILVA BEZERRA

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO (UPE); PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO (PROCAPE)

**Introdução:** A teleconsulta permite que profissionais de saúde realizem à distância uma consulta clínica para fins de orientação, apoio diagnóstico e terapêutico. Diante do contexto da pandemia, essa ferramenta tem apresentado grande importância no acompanhamento de pacientes em vários níveis de atenção à saúde. O ambulatório de teleconsulta de anticoagulação (TELE- INR) é uma estratégia de atendimento multiprofissional, digital e inovadora, que proporciona o atendimento integral dos pacientes através do uso da tecnologia aliada à assistência. **Objetivo:** Relatar a experiência dos residentes de enfermagem em cardiologia atuantes no TELE-INR. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. Seu desenvolvimento ocorreu no período de março de 2021 a maio de 2022 em parceria com o Núcleo Estadual de Telessaúde, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde (NET-SES-PE) e o TELE-INR, situado no Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE), referência Norte e Nordeste em Cardiologia e que atende e monitora pacientes em uso de anticoagulante oral. **Resultados e Discussão:** O ambulatório de teleconsulta funciona de segunda à quinta das 07h às 14h e conta com a estrutura física de 3 computadores, 2 telefones e 2 equipes para atendimento de enfermagem e médico, onde 5.688 teleatendimentos multiprofissionais foram realizados durante o período do estudo. A plataforma utilizada para realização das teleconsultas foi o sistema Clinico® que permite o cadastro dos dados pessoais e clínicos do paciente e possibilita o contato visual através de chamadas de vídeo. O fluxograma do ambulatório se dá quando o paciente coleta a Razão Normalizada Internacional (INR) em um laboratório particular, posteriormente efetua a ligação para o TELE-INR informando o valor do exame, onde os residentes de enfermagem realizam a triagem do resultado de acordo com a patologia apresentada pelo paciente. Se resultado alterado, o paciente é encaminhado para teleconsulta médica, caso o resultado esteja dentro do alvo terapêutico, o paciente é atendido pela teleconsulta de enfermagem. Em relação às condutas desenvolvidas pela equipe de enfermagem durante a teleconsulta, incluem-se orientações acerca da alimentação, consumo adequado da medicação (dose e horário), interações medicamentosas, sinais e sintomas de alerta, identificação de necessidades de encaminhamento para o profissional médico, instrução quanto à próxima coleta do exame e controle terapêutico. **Conclusão:** Observa-se que o residente de enfermagem possui atuação fundamental no TELE-INR, promovendo a adesão terapêutica e a manutenção do INR dentro do alvo recomendado para cada paciente, diminuindo, desta forma, o possível aparecimento de complicações, eventos cardiovasculares e índice de hospitalização. Fortalecendo assim a qualidade da assistência e integrando as tecnologias digitais da teleconsulta à prática clínica na prestação de um cuidado contínuo e individualizado ao paciente anticoagulado.

**B059.22**

**INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM PACIENTE CHAGÁSICA: UMA CAUSA RARA DE TROMBOEMBOLISMO**

LEONCIO BEM SIDRIM, BIANCA XAVIER TORRES FERREIRA, KEVIN FELIPE DOS SANTOS SILVA, ALANE REBELLO SANTIAGO

PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO - PROCAPE/UPE / FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - FCM/UPE

**Introdução:** São frequentes os fenômenos tromboembólicos nos pacientes com cardiopatia chagásica. 1,2 Sua incidência é de 36% nos portadores de insuficiência cardíaca com essa etiologia. 3 A mortalidade devido essas complicações está relacionada, na maioria dos casos, a embolias pulmonares e encefálicas. 4-6 Embolias para as artérias coronárias foram raramente descritas e sua prevalência não foi estimada por estudos clínicos. 2,7 Diversos trabalhos anatomopatológicos e clínicos têm permitido evidenciar um subgrupo com maior risco: presença de disfunção miocárdica, presença de trombos intracavitários e fenômenos tromboembólicos prévios. 8-10 **Descrição do caso:** Mulher, 54 anos, histórico de megaesôfago aos 11 anos de idade e diagnóstico sorológico de doença de Chagas há 3 anos. Sem histórico de cardiopatias e sem uso regular de medicações. Ecocardiograma transtorácico (ECOTT) evidenciava funções diastólica e sistólica do ventrículo esquerdo (VE) preservadas e uma fração de ejeção (FE) de 71%. Há 30 dias apresentou dor precordial, em aperto, no hemitórax esquerdo e com irradiação para membro superior esquerdo e mandíbula. Eletrocardiograma (ECG) evidenciou supradesnivelamento do segmento ST, medindo 2,0 mm de V2 a V4. Apesar de procurar o serviço de saúde local, não foi submetida a cinecoronariografia de urgência ou trombólise química, havendo melhora espontânea da dor precordial em cerca de 48 horas. Após duas semanas a paciente procurou ambulatório especializado em doença de Chagas relatando o ocorrido. Realizado novo ECOTT que evidenciou: VE dilatado, com hipocinesia em região do septo anterior (médio), infero-lateral (médio) e apical (septal e inferior), com FE do VE: 65%. A história clínica e os achados ecocardiográficos compatíveis possibilitaram o diagnóstico retrospectivo de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). A cineangiocoronariografia evidenciou artérias coronárias isentas de ateromas. Ventriculografia mostrou aneurisma em ápice de VE. Tais achados corroboraram para a hipótese de tromboembolismo coronariano como etiologia para o IAM. **Conclusão:** A doença de Chagas é sempre uma hipótese a ser levantada em fenômenos tromboembólicos, dada sua alta prevalência. Os aneurismas ventriculares podem representar importante fonte cardioembólica e estar presentes mesmo em pacientes com FE normal. A definição etiológica para o IAM nesse caso configurou importante implicação prática para o seu manejo, visto a necessidade da utilização de anticoagulantes em oposição a antiagregantes e estatinas.

## B073.22

### MORTALIDADE POR DOENÇA CARDIOVASCULAR NAS CINCO MESORREGIÕES DO ESTADO DE PERNAMBUCO ANTES E DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

IVALDO PEDROSA CALADO FILHO, IVALDO PEDROSA CALADO NETO, REGINALDO INOJOSA CARNEIRO CAMPELLO, DOMINGOS SÁVIO BARBOSA DE MELO, TARCIO MARCOS LINS CAVALCANTI, ADRIANA CONRADO DE ALMEIDA

UNINASSAU / UPE (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO), RECIFE, PE – BRASIL

**Fundamento:** Durante a pandemia de COVID-19, foi descrita excesso de mortalidade cardiovascular, enquanto que as hospitalizações por eventos cardiovasculares agudos diminuíram.

**Objetivo:** O objetivo foi avaliar o excesso de mortalidade cardiovasculares antes e durante a pandemia de COVID-19 nas cinco mesorregiões do estado de Pernambuco.

**Métodos:** Foi realizado um estudo observacional retrospectivo, utilizando o banco de dados público do Registro Civil (ARPEN), avaliamos os óbitos totais e por excesso cardiovascular nas cinco mesorregiões do estado de Pernambuco, estratificados em óbitos cardiovasculares específicos (CE) como: síndromes coronarianas agudas e acidente vascular cerebral, além de óbitos cardiovasculares inespecíficos (CI). Comparamos as mortes observadas com as esperadas dos anos 2020 e 2021, tendo como referência o ano de 2019. Também comparamos o número de mortes hospitalares e domiciliares durante este período.

**Resultados:** Houve 927.000 casos com 21.636 óbitos por COVID-19 nas mesorregiões de Pernambuco. Os óbitos CE diminuíram nas mesorregiões (Zona da Mata, Agreste e Região Metropolitana) e aumentou na região do Sertão e do São Francisco por causas CE. Entretanto, houve aumento dos óbitos CI em todas as mesorregiões, para os óbitos CE hospitalares houve um aumento percentual de 70%. Considerando as mesorregiões estudadas; porém, chama a atenção a distribuição dos óbitos na região do Sertão do São Francisco, no qual cerca de 40% dos óbitos por doença cardiovascular foram no domicílio e 44,3% no hospital. Observou-se uma correlação significativa entre os municípios da Zona da Mata em relação às taxas de 2019 e 2020, ou seja, uma relação inversamente proporcional, entre as variáveis, indicando que um aumento do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município, se espera um menor aumento da taxa de mortalidade por doença cardiovascular, assim como uma maior proporção de médicos por habitantes nessa região se mostrou favorável a um menor aumento da taxa de mortalidade. Possivelmente associado ao colapso do sistema de saúde nas cidades menos desenvolvidas (IDH baixo).

**Conclusão:** Os óbitos CE diminuíram na maioria das regiões, exceto no Sertão, onde houve um aumento. Paralelamente houve um aumento nos óbitos CI e domiciliares presumivelmente como resultado de erros de diagnóstico. Por outro lado, os óbitos CE aumentaram em regiões com colapso da saúde.

**Palavras-chave:** Pandemia, Coronavírus e Doença cardiovascular.

## B085.22

### SÍNDROME DE TAKOTSUBO E DOENÇA ARTERIAL CORONÁRIA: DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

BIANCA ALICE SOUZA, LUCAS EDUARDO VILARINHO GUIMARÃES, MAÍRA AZEVEDO XIMENES, ISAB

PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO ( PROCAPE) ELA ROBERTO DE LIMA BORBA, ISLY MARIA LUCENA DE BARROS

**Introdução:** A Síndrome de Takotsubo (STT) ou cardiomiopatia do estresse caracteriza-se por uma disfunção sistólica regional transitória, principalmente, do ventrículo esquerdo (VE), assemelhando-se ao infarto agudo do miocárdio. Ocorre, em cerca de 1 a 2% dos casos suspeitos de síndrome coronariana aguda (SCA), com predomínio entre as mulheres. Vários mecanismos podem estar envolvidos na patogênese como: o excesso de catecolaminas, disfunção microvascular, espasmo da artéria coronária ou a obstrução dinâmica da cavidade média ou da via de saída do VE. O sintoma mais comum é a dor torácica aguda geralmente, desencadeado por estresse emocional ou físico intensos. O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de STT e doença arterial coronária (DAC) concomitante.

**Descrição do caso:** Paciente, sexo feminino, 63 anos, hipertensa, portadora de doença renal crônica, em terapia dialítica há 8 anos, apresentou dor precordial em pontada, com irradiação para dorso e membro superior esquerdo, com náuseas e sudorese, há 1 dia da admissão hospitalar. O eletrocardiograma inicial demonstrava onda T isquêmica em parede anterior e lateral, e a troponina estava elevada (400 µg/L). A paciente foi submetida a angiografia coronária que mostrou lesão discreta na artéria descendente anterior, lesão grave e calcificada em artéria coronária direita, além de ventriculografia com acinesia apical. No ecocardiograma realizado no terceiro dia do internamento, foi evidenciado acinesia medioapical, anterossupral e anterior, com fração de ejeção (FE) de 36%, por Simpson. Pelo padrão da ventriculografia e pelas lesões ateroscleróticas não justificarem o acometimento das paredes com disfunção, avertada possibilidade de síndrome de Takotsubo. A paciente evoluiu com estabilidade clínica e recuperação da FE em 3 semanas em ecocardiograma de controle.

**Conclusão:** A presença STT e DAC concomitante ocorre aproximadamente, em 15% dos casos. O caso relatado ressalta a importância da dificuldade do diagnóstico da STT neste cenário e consequentemente, implicações no tratamento, bem como, a importância da realização da ventriculografia nos casos de suspeita clínica.

## B108.22

### CHOQUE CARDIOGÊNICO POR TAMPONAMENTO EM PACIENTE COM SÍNDROME POEMS: RELATO DE CASO

ELDER JOSÉ AQUINO DE SÁ, RODRIGO RUFINO PEREIRA SILVA, THAYNA ALMEIDA BATISTA, TALINA TASSI SARAIVA DE ARRUDA, MARIANA ANDRADE DE FIGUEIREDO MARTINS

PROCAPE/ UPE DEPARTAMENTO DE HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA. RECIFE/PE; HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PERNAMBUCO. RESIDÊNCIA DE CLÍNICA MÉDICA. RECIFE/PE

**Introdução:** A síndrome POEMS é um evento paraneoplásico raro, sem relato atual na literatura sobre sua real prevalência. A maioria dos casos ocorre em homens de meia-idade;

**Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, 65 anos, com queixa de edema e parestesia nas pernas que evoluiu para plegia, associada a hipoxemia e fadiga. A investigação ambulatório inicial revelou Polirradiculoneuropatia Desmielinizante Inflamatória Crônica (CIDP) de etiologia indefinida. Excluídas outras etiologias, o paciente foi diagnosticado com hipotireoidismo primário, hipogonadismo grave, lesões cutâneas hiperocrômicas, ascite, derrame pleural e trombocitose, além de IgA lambda monoclonal gamopatia por imunofixação sérica. As sorologias virais foram negativas. Excluindo o possibilidade de Mieloma Múltiplo e outras gamopatias, a hipótese de síndrome POEMS

foi levantada e a medição do VEGF no plasma foi realizada (425 pg/mL; RV= <96,2). Durante o acompanhamento do paciente na enfermaria, ao realizar uma tomografia computadorizada procurando lesões osteoescleróticas típicas, o paciente iniciou com dispnéia relacionada ao decúbito. Foi realizado ecocardiograma transtorácico, que mostrou derrame pericárdico volumoso. O paciente evoluiu nas horas seguintes com choque cardiogênico, sendo tratado adequadamente, mas morreu de choque séptico alguns dias depois. A prevalência de tamponamento cardíaco relacionado à síndrome POEMS não é clara revisão da literatura; Este é um caso atípico em que as lesões ósseas, presentes em até 97% dos casos, não foram evidenciados no paciente em questão, tornando o diagnóstico desafiador.

**Conclusões:** O diagnóstico de síndromes raras, embora desafiador, traz a clínico uma visão mais ampla do paciente, pois aumenta o raciocínio clínico.

**Palavras-chave:**

Síndrome POEMS; Diagnóstico diferencial; Polineuropatia Paraneoplásica;

## B125.22

### ENSINO DE ECG NO INTERNATO MÉDICO

MARCIA CRISTINA AMÉLIA DA SILVA, MARIA ELISA LUCENA SALES DE ASSUNÇÃO

CENTRO MÉDICO-HOSPITALAR DA POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO; UNINASSAU; HOSPITAL GERAL DE AREIAS - SES/PE

**Fundamento:** Estudos têm mostrado uma baixa acurácia de médicos urgentistas com menos de 10 anos de formados em interpretar o ECG em quadros cardiológicos graves.

Por outro lado, a carga horária de ensino do ECG na graduação varia de 1h-aula a 6h-aulas, na maioria aulas expositivas. Resultado disto são alunos desmotivados e com crenças negativas acerca deste conhecimento. Portanto, é urgente avaliar o conhecimento dos internos quanto a este conhecimento e agir no sentido de inserir no internato médico este aprendizado, de forma eficaz e breve. **Objetivo:** Avaliar a eficácia de um método de aprendizagem do ECG no internato de clínica médica de um centro universitário e conhecer a percepção dos internos quanto ao aprendizado antes e após a metodologia. **Métodos:** Utilizado banco de dados com os resultados do pré e pós-teste de ECG das turmas de internato em clínica médica de 2017 a 2022; envio de questionário qualitativo com perguntas para autoavaliação da percepção do aprendizado. **Análise estatística:** Comparação entre as médias do pré e pós-testes com o teste T de Student ou ANOVA. Adotado o nível de significância de 0,05 e IC 95%. **Análise qualitativa:** técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** Incluídos 227 estudantes, 161 (70,9%) feminino e idade 26,4 ± 4,2 anos. A média do pré-teste foi 3,75 ± 2,0 pontos e do pós-teste 8,48 ± 1,5 pontos, diferença estatisticamente significativa, mesmo após estratificação por sexo, idade e período do curso (p < 0,001 para todas as comparações). Sessenta e nove (30%) dos alunos responderam ao questionário qualitativo. Os três sentimentos predominantes anteriores ao aprendizado foram desespero, medo e insegurança. Após o Clube, os sentimentos predominantes foram segurança, tranquilidade e confiança. **Conclusão:** Foi baixo o nível de conhecimento prévio do ECG entre os egressos do internato médico e a metodologia proposta foi eficaz na aprendizagem do ECG, independente do período do curso. Foi possível transformar as crenças negativas quanto à aprendizagem do ECG e torná-la significativa e leve. É necessária uma discussão mais ampla nas universidades sobre a importância deste aprendizado para os egressos recém - formados que exercem a profissão inicialmente em emergências e precisam deste conhecimento. Limitações da pesquisa são o caráter retrospectivo dos dados e o fato de ser com alunos de um único centro formador.

**B126.22**

**VARIANTE VAL142ILE DA TRANSTIRRETINA COM APRESENTAÇÃO TARDIA DA AMILOIDOSE CARDÍACA: RELATO DE CASO (PP)**

ANABEL LIMA VIEIRA, ISABELLE DE OLIVEIRA RODRIGUES, VINÍCIUS PITOMBEIRA CAMPÊLO DE LIRA, SIMONE CRISTINA SOARES BRANDÃO, ÁNDREA VIRGÍNIA FERREIRA CHAVES

RARUS - SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS; HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES; UNINASSAU - CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU

**Introdução:** A amiloidose cardíaca por transtirretina (ACTTR) é uma doença subdiagnosticada e muitas vezes tardia. A transtirretina é uma proteína plasmática tetramérica e tende a desintegrar-se em fibrilas levando ao processo de deposição. Existem duas formas clínicas de ACTTR: mutante ou hereditária e a tipo selvagem ou senil. Os depósitos no miocárdio e nos vasos sanguíneos podem ocasionar disfunção diastólica e sistólica, isquemia e arritmias, sendo o retardo do diagnóstico o principal fator da redução na sobrevivência dos pacientes. Embora o eletrocardiograma (ECG) e o ecocardiograma transtorácico (ETT) sejam primordiais na suspeita e na monitorização da ACTTR, são a ressonância nuclear magnética cardíaca (RNMC) e a cintilografia com pirofosfato-Tc99m (CP) as chaves do diagnóstico não invasivo. Além destes exames, a identificação da mutação é importante para o prognóstico dos pacientes e na investigação dos familiares. **Descrição do caso:** Paciente do sexo feminino, 84 anos, diabética, apresentava dispnéia e tosse seca aos esforços de caráter progressivo. Na história pregressa negava hipertensão, dislipidemias, palpitações, pré-síncope e síncope. Ao exame encontrava-se eupneica, hipocorada (++/4+), acianótica, com edema em membros inferiores (++/4+), ritmo cardíaco irregular sem sopros, frequência cardíaca 60bpm, pressão arterial 140x80mmHg, ausculta pulmonar normal e um abdome globoso sugestivo de ascite. O ECG evidenciou fibrilação atrial e o ETT mostrou hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo com FE 53% (Teichholz), disfunção diastólica grau III e dilatação biatrial. A paciente foi submetida à RNMC cujos achados foram sugestivos de amiloidose cardíaca com acometimento biventricular caracterizados por: realce tardio miocárdico do eixo curto e realce tardio miocárdico, 4 câmeras. Posteriormente, a CP demonstrou hipercaptção cardíaca acentuada do pirofosfato-Tc99m. A coleta do swab bucal, evidenciou a mutação cuja variante é: G>A.p.Val142Ile. A paciente segue em tratamento específico para a sintomatologia cardíaca, referindo melhora clínica. Os familiares estão sendo investigados. **Conclusão:** Na avaliação de pacientes idosos com doença cardíaca sem causa aparente, o diagnóstico da amiloidose por transtirretina deve ser aventado, visando também a investigação dos familiares devido ao caráter hereditário da ACTTR.

**B130.22**

**TROMBOSE CORONÁRIA E ECTASIA EM UMA JOVEM COM SÍNDROME DE TURNER**

MARINA SOUTO DA CUNHA BRENDEL BRAGA, ANABEL LIMA VIEIRA, AMANDA VALERIO GALINDO, ÁNDREA VIRGÍNIA FERREIRA CHAVES, DAYSE DE SENA MOREIRA ALVES

HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES

**INTRODUÇÃO:** A síndrome de Turner (ST) é uma das anomalias cromossômicas mais comuns, causada pela perda parcial ou total do cromossomo X. Dentre as alterações, a doença cardiovascular é a mais prevalente, podendo ser congênita ou adquirida. A taxa de mortalidade em mulheres jovens aumenta devido a malformações associadas. Na literatura, a ectasia coronariana associada à trombose não está bem estabelecida.

**DESCRIÇÃO DO CASO:** F.S.G., 44 anos, sexo feminino, com diagnóstico de Síndrome de Turner e hipotireoidismo, sem outras comorbidades, procurou emergência cardiológica por dor torácica típica, sem outros sintomas, 12 horas após o início dos sintomas. Ela negou episódios anteriores. O eletrocardiograma (ECG) na admissão não mostrou alterações isquêmicas agudas. Radiografia de tórax sem anormalidades. Troponina sérica com curva positiva (479 -> 1746; VR: 14). O cateterismo cardíaco foi realizado com evidência de ectasia coronariana difusa e trombo no terço médio a distal da Artéria Circunflexa. O ecocardiograma transtorácico (ECOTT) mostrou fração de ejeção de 47% com remodelamento concêntrico do ventrículo esquerdo e déficit contrátil segmentar (hipocinesia infero-lateral basal e medial). Optou-se por iniciar anticoagulação plena com esquema de repetição do cateterismo cardíaco em 07 dias, que manteve o mesmo padrão. Após o resultado foi iniciado ácido acetilsalicílico e rivaroxabana para nova reavaliação em 1 ano. A avaliação adicional da doença aterosclerótica não mostrou alterações - lipídograma dentro da normalidade, ultrassonografia com Doppler de carótidas sem placas, densitometria óssea com relação andróide/ginóide indicando baixo risco cardiovascular. Ainda, a tomografia de tórax mostrou aorta normal.

**CONCLUSÃO:** A associação da ST com alterações cardiovasculares, desde valva aórtica bicúspide e aneurisma de aorta até acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, está bem estabelecida na literatura. A ectasia coronariana associada à trombose não foi descrita como causa de síndrome coronariana aguda, como ocorreu no caso descrito. Essa complicação corrobora a necessidade de melhor conhecimento cardiológico da síndrome, visando a conduta e tratamento adequados.

**B132.22**

**COMPARAÇÃO DOS FENÓTIPOS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA REDE PÚBLICA E PRIVADA NO SERTÃO PERNAMBUCANO**

ANDERSON DA COSTA ARMSTRONG, DIEGO TOMAS DE LIMA SNTOS, ANTÔNIO MARCONI LEANDRO DA SILVA, ELDER GIL ALVES DA CRUZ DR. ELDER GIL, EVERARDO JOAQUIM GONÇALVES DOS SANTOS, MANOEL PEREIRA GUIMARÃES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO (UNIVASF)

**Introdução:** Pouco se conhece sobre a epidemiologia da hipertensão arterial fora dos grandes centros urbanos, bem como as diferenças entre as redes pública e privada. Comparamos os fenótipos da hipertensão arterial entre pacientes dos sistemas de saúde privado e público no sertão pernambucano. **Métodos:** Estudo transversal, multicêntrico e analítico realizado nos municípios de Petrolina e Salgueiro, ambos localizados no Sertão do estado de Pernambuco, Brasil. As informações foram obtidas por meio do acesso ao laudo dos pacientes que realizaram o exame de MRPA. Foram incluídos indivíduos com 18 anos ou mais, que realizaram pelo menos um exame de MRPA pela plataforma TeleMRPA entre setembro de 2019 e fevereiro de 2022. Foram considerados o primeiro MRPA realizado e repetições em até 6 meses. A definição dos fenótipos da hipertensão arterial obedeceu a diretriz brasileira de hipertensão (2022). Os participantes foram agrupados em "rede privada" (exames particulares ou de convênio) e "rede pública" (SUS). Ambos os grupos foram comparados em seus diversos fenótipos usando o teste do qui-quadrado. **Resultados:** Dos 2804 indivíduos elegíveis, foram incluídos 2789. Desses, 2301 (82,5%) realizaram a MRPA em instituições privadas e 488 (17,5%) realizaram o exame por meio do SUS. Do total, 1793 (64,3%) eram do sexo feminino e 996 (35,7%) do sexo masculino. A amostra apresentou média de idade de 58,6 ± 15,6 anos e média de IMC de 28,5 ± 5,3 Kg/m<sup>2</sup>. Dos participantes da rede pública 41,8% eram obesos, em comparação com 32,3% da rede privada (p < 0,001). A prevalência de hipertensos foi de 45,5% (n = 1268) pela MRPA e de 42,2% (n = 1176) pela aferição de consultório. Hipertensão do avental branco foi identificada em 13,5% da rede privada e 10,3% na pública (p=0,002). Hipertensão mascarada foi observada em 15,1% da rede privada e 15,7% da pública (p=0,002). Apesar da semelhança na apresentação dos fenótipos de hipertensão no momento do diagnóstico, observamos maior prevalência de pacientes hipertensos controlados no segundo exame de MRPA, quando comparados os grupos do serviço privado 532 (41,7%) com o do público 141 (39,1%; p < 0,001). **Conclusões:** Através da MRPA, identificamos elevada prevalência de hipertensão sustentada e de mascarada, com piores índices em pacientes do Sistema público em comparação à rede privada.

**B154.22**

**PLEUROPERICARDITE APÓS IMPLANTE DE MARCAPASSO DEFINITIVO: RELATO DE CASO**

RAFAEL SILVESTRE VIEIRA DA SILVA, MANOELA SILVESTRE VIEIRA DA SILVA, MARIA CAROLINA MELO DE OLIVEIRA, GABRIELA BALTAR FERREIRA GOMES, RAISSA MARIA SILVESTRE SANTOS, LUANA DO ALMAR DIAS

PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO - PROCAPE; HOSPITAL MIGUELARRAES – HMA; CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU – UNINASSAU

**INTRODUÇÃO:** Neste relato, será abordado um caso de paciente idosa, submetida a implante de marcapasso (MP) definitivo em virtude de bloqueio atrioventricular total (BAVT). Evoluiu com quadro de pericardite no dia seguinte, reconhecido prontamente, com melhora do derrame pericárdico e sintomas após terapia com colchicina e prednisona. O mecanismo relacionado a esta patologia permanece incerto na literatura, mas sabe-se que é uma das complicações relacionadas ao implante do MP e seu tratamento se baseia em terapia anti-inflamatória empírica, sendo necessária elevada suspeição clínica para diagnóstico e terapêutica precoces. **RELATO:** Paciente feminina de 76 anos, portadora de ICFEP, encaminhada ao PROCAPE por BAVT, sendo feitas, inicialmente, medidas de compensação clínica e passado MP provisório, sem intercorrências. Seis dias após, foi submetida à implante de MP definitivo, com relato de arritmia atrial de alta resposta ainda em sala, superada após medicações e ajuste parâmetros eletrodo. No dia seguinte, entretanto, apresentou dor torácica de forte intensidade, ventilatório-dependente, com irradiação para dorso e melhora ao sedestar, além de nova arritmia atrial e ECG que mostrava supradesnivelamento de ST, principalmente em derivações precordiais, podendo sugerir tanto SCA, quanto pericardite, visto que havia sido submetida à implante de MP. Descartada SCA, foi optado por ecocardiograma transtorácico (ECOTT) de urgência, que não mostrou alteração segmentar nova, porém evidenciou derrame pericárdico novo de moderada intensidade, sem sinais de tamponamento. Tomografia de tórax confirmou derrame pericárdico, além de pequeno derrame pleural à esquerda e mostrou eletrodo atrial não transfixante, mas com percurso bastante parietal. Iniciado, portanto, tratamento para pericardite com colchicina e prednisona (impossibilidade de usar AINE por disfunção renal). Realizados novos ECOTT controle que mostraram melhora progressiva do derrame após mais de uma semana de terapia. Paciente recebeu alta com programação de manutenção de corticoide por 3 semanas e colchicina por 3 meses, com regressão do quadro. **DISCUSSÃO/CONCLUSÃO:** A pleuropericardite é uma complicação rara relacionada ao implante de MP. A fisiopatologia associada ao quadro ainda é incerta, porém existem algumas teorias em que a posição dos eletrodos, ou alguma pequena quantidade de sangramento relacionada ao procedimento, ou um processo inflamatório ou autoimune, pudesse justificar tal afecção. O quadro pode iniciar dias a semanas após o implante, sendo a primeira manifestação geralmente a pericardite, evoluindo após com o acometimento pleural. Atualmente, não há critérios diagnósticos bem definidos, porém é importante excluir causas como perfuração durante a elucidação diagnóstica. A evolução parece ser benigna, auto-limitada, com orientação de uso de antiinflamatório. Existe um pequeno risco de evoluir com recidiva do quadro, porém com boa resposta a um novo curso terapêutico.

## D155.22

### FÍSTULA CORONÁRIO-CAVITÁRIA DA ARTÉRIA CORONÁRIA DESCENDENTE ANTERIOR NO VENTRÍCULO DIREITO, EM EVOLUÇÃO HÁ 19 ANOS APÓS FECHAMENTO ESPONTÂNEO

IVALDO PEDROSA CALADO FILHO, IVALDO PEDROSA CALADO NETO, REGINALDO INOJOSA CARNEIRO CAMPELLO, DOMINGOS SÁVIO BARBOSA DE MELO, TARCIO MARCOS LINS CAVALCANTI, ADRIANA CONRADO DE ALMEIDA

UNINASSAU; UPE (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO), RECIFE, PE – BRASIL

A fístula da artéria coronária (FAC) é conexão direta entre uma ou mais uma artéria coronária a câmara cardíaca ou a um grande vaso. É uma das anomalias da artéria coronária mais comum, seja considerada rara na população em geral. Está presente em 0,002% da população e representa 0,4% de todas as malformações cardíacas.

Descrição do caso: Relatamos um caso de Fístula Coronário-Cavitária da Artéria Coronária Direita no Ventrículo Direito, com fechamento espontâneo. Paciente J.H.B.G sexo masculino com 14 dias de nascido totalmente sem sintomas cardíaca. Foi solicitada avaliação cardiológica por o menor apresentar sopro cardíaco contínuo no BEEA, ++/4 sem irradiação, o mesmo havia sido auscultado em um exame cardiológico de rotina após o seu nascimento, o menor não apresentava outros comemorativos. Foi encaminhado para realização de avaliação cardiológica com ECG ,Raio x de Tórax ,e Ecocardiograma transtorácico com doppler colorido.O Ecocardiograma revelou a presença de fístula coronário-cavitária entre a artéria coronária descendente anterior e o ventrículo direito . Após 1 ano ,foi realizada nova avaliação de rotina com ETT ,que mostrou ausência da fístula ADA-VD, levantando-se a possibilidade de fechamento espontâneo da referida fístula , o paciente evoluiu assintomática até os dias atuais onde o mesmo encontra-se com 19 anos de idade e em plena atividade física , com todas as avaliações cardiológicas dentro da normalidade . Nunca recebeu qualquer medicação. Exames Complementares : Eletrocardiograma: Ritmo sinusal, com distúrbio de condução pelo ramo direito. Essa alteração desapareceu no período tardio e não havia sobrecargas de cavidades. Radiografia de tórax: Área cardíaca se mostrava normal. Ecocardiograma: mostrou no período prévio ao fechamento, que o óstio e o tronco da artéria coronária esquerda eram normais, assim como a artéria circunflexa, e a artéria descendente anterior de dimensões normais . A artéria coronária descendente anterior emergia da aorta , antes da desembocadura na cavidade do ventrículo direito. Na evolução, cinco anos após o fechamento da fístula, observase que as cavidades cardíacas são normais.

Discussão do caso : Havia elementos clínicos de diagnóstico da fístula coronário-cavitária, relacionados à presença de sopro contínuo na borda esternal esquerda, média e baixa. Dada a essa condição, era presumível que a suposta fístula sistêmica ocorria em uma das cavidades direitas, no átrio ou no ventrículo direito. A repercussão clínica era discreta em vista do pequeno aumento das cavidades cardíacas direitas, evidenciado pela ecocardiografia.

Conclusão : As raras fístulas congênitas das artérias coronárias são conexões anormais com as cavidades cardíacas ou com a árvore arterial pulmonar. A drenagem mais comum se faz com as cavidades direitas, e ocasionalmente com o seio coronário e com as cavidades esquerdas.

## E119.22

### REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA ASSOCIADA TOTAL NA DOENÇA CORONARIANA MULTIARTERIAL É ASSOCIADA A MELHOR SOBREVIDA A LONGO PRAZO: META-ANÁLISE

SÉRGIO DA COSTA RAYOL, ANTONIO CARLOS ESCOREL DE ALMEIDA NETO, LUIZ RAFAEL PEREIRA CAVALCANTI, ROBERTO GOUVEA SILVA DINIZ, RAFAEL MAGALHÃES MELO DA COSTA RAYOL, RICARDO DE CARVALHO LIMA, DÁRIO CELESTINO SOBRAL FILHO, MICHEL POMPEU BARROS DE OLIVEIRA SÁ

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR, PRONTO-SOCORRO CARDIOLÓGICO UNIVERSITÁRIO DE PERNAMBUCO – PROCAPE, RECIFE, BRASIL; UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE, RECIFE, BRASIL; LANKENAU HEART INSTITUTE, FILADÉLFIA, EUA

INTRODUÇÃO: A cirurgia de revascularização miocárdica (CRM) é uma das cirurgias mais realizadas no mundo, sendo o procedimento de escolha no tratamento da doença coronariana multiarterial. Ela pode ser realizada com o uso de enxertos arteriais e/ou venosos. Apesar do uso exclusivo de enxertos arteriais, aparentemente ser mais fisiológico, o único estudo prospectivo que avaliou os resultados a longo prazo foi negativo.

OBJETIVO: Comparar os resultados dos pacientes submetidos a CRM arterial total e a CRM não arterial total após de 10 anos de cirurgia.

MÉTODOS: Foi realizada a busca por trabalhos publicados entre janeiro/2012 até outubro/2020 em diversos bancos de dados com as seguintes palavras-chave: "CABG OR Coronary Artery Bypass Grafting" AND "Total Arterial Grafting" OR "Total Arterial Revascularization" OR "arterial graft" OR "non-Total Arterial Revascularization" OR "non-total arterial grafting" OR "non-arterial graft". Utilizou-se o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA) guidelines para seleção dos artigos. Resultados com valor de p<0.05 foram considerados estatisticamente significativos.

RESULTADOS: 2,473 citações foram encontradas e 14 trabalhos foram selecionados e incluídos na análise final. 13 (92,86%) estudos eram retrospectivos e não-randomizados enquanto 3 (21,43%) eram multicêntricos. 22,746 pacientes (8,941 no grupo total-arterial e 13,805 no grupo não-total arterial) foram analisados com média de idade por volta de 65 anos e o sexo masculino foi predominante. A mortalidade em 10 anos foi menor no grupo arterial total (HR 0,676, 95% IC 0,586-0,779; p<0,001) com análise indicando baixa probabilidade de heterogeneidade nos resultados. Nenhum estudo, em especial, apresentou impacto predominante nos resultados após a análise de sensibilidade.

CONCLUSÃO: Esta revisão sistemática com meta-análise evidenciou que a utilização de enxertos exclusivamente arteriais na CRM fornece melhor taxa de sobrevivida em 10 anos aos pacientes em relação a utilização de algum enxerto não-arterial. Esta modalidade de cirurgia, portanto, deve ser estimulada.

## F013.22

### MINOCA: DIAGNÓSTICO E IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA

THAÍS ARAÚJO NÓBREGA, ESTHEFANY DIAS BARBOSA, MATEUS INTERAMINENSE PEREZ, BIANCA MELO ARAGÃO, ISLY MARIA LUCENA DE BARROS

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO – PROCAPE

Introdução: O infarto agudo do miocárdio com artérias coronárias não obstrutivas (MINOCA) é uma síndrome com diferentes causas, e tem como critérios diagnósticos: (1) evidência de infarto agudo do miocárdio conforme a "Quarta Definição Universal de Infarto do Miocárdio"; (2) ausência de estenose de artéria coronária > ou igual a 50%, em qualquer vaso epicárdico principal; (3) nenhum diagnóstico alternativo específico para a apresentação clínica. A prevalência de MINOCA varia de 5 a 25% de todos os casos de infarto agudo do miocárdio, com prognóstico diverso, a depender do mecanismo fisiopatológico envolvido. As causas mais comuns são representadas por: doença arterial coronária, dissecação espontânea e espasmo de artéria coronária, espasmo microvascular, Síndrome de Takotsubo, miocardite, tromboembolismo coronariano e outras formas de infarto do miocárdio tipo 2. Descrição do caso: Paciente, 71 anos, sexo feminino, obesa, diabética, hipertensa e dislipidêmica, apresentou quadro de dor em região epigástrica, com irradiação para dorso, associado a náuseas e vômitos há 24 horas do atendimento inicial. O eletrocardiograma inicial demonstrava ritmo sinusal, presença de bloqueio de ramo esquerdo, com QRS concordante nas derivações V5 e V6, e a troponina estava elevada. Foi administrado clopidogrel e AAS e encaminhada ao PROCAPE após 48 horas do início dos sintomas. Ao exame clínico apresentava sopro sistólico em foco aórtico, a pressão arterial estava 180x110 mmHg, sem alterações nos demais sistemas. Foi realizada nova dosagem de troponina, cujo valor foi 246,4 µg/L. A angiografia coronária evidenciou artérias coronárias isentas de aterosclerose significativa. Evoluiu assintomática na enfermaria. O Ecocardiograma transtorácico evidenciou VE com cavidade com dimensões normais, paredes com espessura diastólica aumentada de grau discreto/ hipocontratibilidade em região infero-septal e espessamento normais nos demais segmentos. Considerando o diagnóstico inicial de MINOCA, e para exclusão de causas não isquêmicas foi realizada a ressonância magnética cardíaca (RNM), cujos achados foram: aumento discreto de átrio esquerdo, VE com alteração de contratilidade segmentar, movimento anômalo do septo interventricular, derrame pericárdico mínimo, ausência de edema miocárdico, realce tardio de padrão inflamatório no septo inferior, sendo sugestivos de perimicardite. CONCLUSÃO: Os pacientes com MINOCA representam um desafio, devido as múltiplas causas possíveis e mecanismos fisiopatológicos associados a essa síndrome. Portanto, é fundamental esclarecer os mecanismos individuais subjacentes em cada caso, a fim de alcançarmos o tratamento específico para o paciente. O caso relatado ressalta a importância do diagnóstico alternativo da doença arterial coronariana, ruptura ou erosão de uma placa aterosclerótica, consequentemente, uso de dupla agregação plaquetária indicada na síndrome coronariana aguda, e posterior achados de perimicardite pela RNM cardíaca.

## F090.22

### MINOCA: SEMPRE USAR A DAPT?

RAQUEL CRISTINA FARIAS DE MEDEIROS QUEIROZ, BÁRBARA MARIANA DOS SANTOS SILVA, ISLY MARIA LUCENA DE BARROS

PROCAPE

Introdução: Dentre os pacientes que se apresentam com infarto agudo do miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do segmento ST, alguns apresentam uma síndrome denominada Infarto Do Miocárdio Sem Lesões Coronarianas Obstrutivas (MINOCA, em inglês). Esse diagnóstico requer a presença do IAM e ausência de doença coronariana aterosclerótica obstrutiva na angiografia e pode apresentar-se com ou sem supradesnivelamento do segmento ST no eletrocardiograma. A trombose coronariana pode ser um dos mecanismos fisiopatológicos e a sua prevalência é baixa. Nesses casos, a etiologia pode estar relacionada a distúrbios tromboticos, ruptura da placa aterosclerótica não obstrutiva ou dissecação coronária com trombose ou embolia coronariana. Para auxílio diagnóstico, podemos utilizar a angiografia com ultrassom intravascular ou tomografia de coerência óptica (OCT). Nesse cenário, o tratamento hospitalar geralmente envolverá a anticoagulação plena e o tratamento ambulatorial deverá ser guiado pela etiologia subjacente, como, por exemplo, o uso da DAPT (dupla terapia antiplaquetária) nos casos em que a ruptura da placa aterosclerótica é possível.

Relato do caso: Paciente do sexo masculino, 39 anos, sem comorbidades prévias. Negava uso de substâncias ilícitas ou medicamentos. Procurou atendimento cardiológico de emergência por quadro de dor retroesternal intensa, iniciada há quarenta minutos da admissão, associada a sudorese e vômitos. O eletrocardiograma mostrou supradesnivelamento do segmento ST nas derivações precordiais anteriores. Seguindo o protocolo de infarto agudo do miocárdio com supra de ST, o paciente foi encaminhado para estratificação invasiva e recebeu DAPT. A coronariografia mostrou imagem sugestiva de trombo no segmento proximal da artéria descendente anterior, com fluxo distal TIMI II, e todos os demais vasos estavam livres de doença aterosclerótica obstrutiva. Optou-se, então, apenas pelo uso de abciximab (administrado por 24 horas) e anticoagulação plena com heparina não fracionada associada à DAPT. Realizado novo cateterismo cardíaco após dez dias, com ausência da imagem sugestiva de trombo vista anteriormente e, no mesmo segmento proximal da artéria descendente anterior, visualizada apenas uma pequena placa aterosclerótica. O paciente apresentou melhora clínica e recebeu alta com prescrição de DAPT para seguimento ambulatorial com hipótese final de trombose coronariana secundária a ruptura de placa aterosclerótica não oclusiva.

Conclusão: Este caso ilustra a importância da correta identificação da MINOCA e de sua etiologia, possibilitando a utilização de estratégias de tratamento mais adequadas e específicas, como o uso de anticoagulação ou DAPT. A disponibilidade de variados métodos de imagem, como a OCT e a ressonância magnética cardíaca, pode ajudar na melhor compreensão dos mecanismos fisiopatológicos dentro e fora do contexto da doença aterosclerótica coronariana, no entanto, não estão disponíveis em nossa prática.

## G067.22

## ECOCARDIOGRAFIA HEMODINÂMICA NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DEVIDO A CARDIOTOXICIDADE POR QUIMIOTERÁPICOS

ANA CARLA ALVES DE SOUZA LYRA, CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO, LUCAS REIS DA COSTA, CLODOVAL DE BARROS PEREIRA JUNIOR

PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO (PROCAPE)

**Introdução:** A insuficiência cardíaca (IC) causada por cardiotoxicidade está entre as principais complicações ocasionadas pelos tratamentos oncológicos e pode levar a um aumento na morbidade e mortalidade nesse grupo de pacientes. É necessária a melhor compreensão dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos, inclusive dos seus parâmetros hemodinâmicos, a fim de otimizar seu tratamento. **Descrição do caso:** Mulher, 31 anos, em tratamento para neoplasia metastática de mama há 1 ano, há 02 meses vem com dispneia aos esforços moderados, que progrediu até o repouso, associada à dispneia paroxística noturna e, posteriormente, ortopneia. Avaliação inicial com B3 na ausculta cardíaca e edema de membros inferiores. Histórico de quimioterapia com doxorubicina (dose total: 108mg) e estava em tratamento oral com tamoxifeno. Desconhecia outras comorbidades. O ecocardiograma (ECO) transtorácico evidenciou ventrículo esquerdo (VE) com hipocinesia difusa, função sistólica reduzida em grau importante (fração de ejeção de 16% - Simpson), sinais de hipertensão pulmonar importante, refluxos mitral moderado e tricúspide importante. Houve melhora inicial com vasodilatadores e diureticoterapia, entretanto a paciente evoluiu com baixo débito, sendo iniciado inotrópico endovenoso (dobutamina). Foi realizado ECO hemodinâmico, a fim de guiar a terapêutica e contribuir para melhor compreensão do que estava levando a extrema gravidade do quadro. No momento do exame, estava em uso de dobutamina 4,7mcg/kg/min e foram evidenciados: índice cardíaco 1,05L/min/m<sup>2</sup> (Valor de referência (VR)=2,8-4,2), débito cardíaco 2L/min/m<sup>2</sup> (VR=4,0-6,0), resistência vascular sistêmica (RVS) 2500 dynes.seg.cm<sup>5</sup> (VR=900-1400), resistência vascular pulmonar 4,48 woods, pressão média de artéria pulmonar 43mmHg, pressão diastólica final da artéria pulmonar 34mmHg, gradiente transpulmonar 20mmHg. Dados sugeriram índice cardíaco e débito cardíaco bastante reduzidos, aumento da resistência vascular sistêmica, sinais de congestão pulmonar e sistêmica e de hiperresistência vascular pulmonar. Foram otimizados vasodilatadores e dose de inotrópico endovenoso. Em exame de controle após 12 dias, apresentou melhora de índice cardíaco (1,74) e débito cardíaco (3,3), embora ainda reduzidos; redução na RVS (2012), assim como melhora nos parâmetros de congestão pulmonar e sistêmica. A melhora ecocardiográfica foi compatível com a melhora clínica da paciente. **Conclusões:** A ecocardiografia hemodinâmica é um método de avaliação não invasivo que pode auxiliar no manejo da terapêutica da IC aguda, principalmente nos pacientes onde a avaliação clínica é duvidosa. No presente caso, o método foi utilizado para guiar o tratamento de quadro relacionado à cardiotoxicidade por quimioterápicos, com ótima resposta terapêutica.

## G072.22

## TUMOR CARDÍACO E COMPLICAÇÃO EMBÓLICA

JOSÉ RAFAEL LUCIANO RAMOS DA SILVA, JOSÉ LUIZ ALVES DE BARROS, SÉRGIO MEDEIROS DA SILVA JÚNIOR, CHIU WEN SHIAN, RODRIGO MEZZALIRA TCHAIK

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

**INTRODUÇÃO:** Os Mixomas são os tumores cardíacos primários mais comuns. Geralmente são únicos, originam-se a partir da fossa oval do septo interatrial e projetam-se para o átrio esquerdo. Há considerável incidência de sequelas neurológicas embolológicas devido ao mixoma atrial.

**DESCRIÇÃO DO CASO:** Sexo masculino, 50 anos, sem cardiopatia prévia, foi admitido na emergência cardiológica do Hospital Dom Hélder com história de dispneia de início recente até mínimos esforços, ortopneia e dispneia paroxística noturna. No 1º dia de internamento hospitalar(DIH), após melhora inicial com vasodilatador e diureticoterapia venosa, apresentou Fibrilação Atrial (FA) aguda, cardiovertida quimicamente. Ficou sem anticoagulação - escore CHA2DS2VASC zero. Ecocardiograma transtorácico (ETT) evidenciou massa ecogênica arredondada, bem delimitada, móvel, medindo 4,1cm x 3,2cm, aderida ao septo interatrial, próximo ao anel mitral, ocasionando obstrução dinâmica da valva mitral com gradiente médio de 24mmHg. Durante internamento em Unidade de Terapia Intensiva(UTI), apresentou novo episódio de FA. No 7º DIH, a exérese cirúrgica foi realizada com achado de massa de aspecto gelatinoso e heterogêneo. O anatomopatológico confirmou o Mixoma. No pós-operatório(PO) imediato, manteve-se em ritmo sinusal. Entretanto, nas primeiras 24h de PO, evoluiu com Pnemonia e déficit motor em membro superior esquerdo. Fez tomografia computadorizada de crânio que, após ser repetida nas primeiras 72h, evidenciou isquemia em território da artéria cerebral média. A Neurologia definiu como isquemia de origem embólica secundária a massa intracardíaca. Não foi prescrito anticoagulação plena ou trombolítico e manteve-se em ritmo sinusal. Após alta da UTI, novo ETT mostrou ressecção completa do tumor. No 22º DIH teve alta hospitalar sem novos episódios de FA.

**DISCUSSÃO/CONCLUSÃO:** Os mixomas representam 27% dos tumores cardíacos primários. Acometem adultos de meia-idade, sobretudo mulheres. Localizam-se frequentemente no átrio esquerdo(75%), seguidos de átrio direito e pouco frequente em ventrículos. Os sintomas são variáveis e relacionam-se ao tamanho, localização e mobilidade do tumor. A manifestação clínica do mixoma cardíaco inclui sintomas inespecíficos, eventos embólicos e sintomas de obstrução de valva mitral. Dados da literatura demonstram a incidência de 12-30% de sequelas neurológicas. O ecocardiograma é o exame de escolha para o diagnóstico e o seguimento dos pacientes. Em geral, são tumores pedunculados, com diâmetro variando entre 4 a 8 cm em média. Metade dos mixomas apresentam superfície vilosa, conferindo maior probabilidade de embolização de fragmentos do tumor. A ecogenidade normalmente é heterogênea, ocasionalmente com calcificações. Falta estudo randomizado para manejo de anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários em pacientes com tumores cardíacos e acidente vascular cerebral. O tratamento definitivo é a excisão cirúrgica do tumor e, em geral, não tem recidiva.

## G091.22

## DISFUNÇÃO DE PROTESE METÁLICA EM POSIÇÃO MITRAL POR CÚSPIDE POSTERIOR NATIVA

POLYANA EVANGELISTA LIMA, EDMUNDO JOSÉ NASSRI CAMARAS, MARTA SILVA MENEZES, MATHEUS PEREIRA BARREIRA, THIAGO REIS DO CARMO, SARA RODRIGUES DE ASSUNÇÃO VAZ, HEVERTON GARCIA DE OLIVEIRA, ALANE MOTA DOS SANTOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO - UNIVASF; ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA - EBMSP; UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA

**Introdução:** A Endocardite Infecçiosa (EI) é uma patologia grave, com alta taxa de mortalidade (30-50%). O diagnóstico precoce é essencial, pois o atraso ou a inadequação do tratamento podem levar a graves consequências, como complicações paravalvares e sistêmicas.

**Descrição do caso:** Paciente de 47 anos de idade, portador de Prolapso da Valva Mitral com insuficiência mitral grave por degeneração mixomatosa foi submetido a cirurgia de troca valvar por prótese metálica. Após 05 meses, paciente foi admitido no setor de emergência da nossa instituição, em setembro de 2019, referindo dispneia CF NYHA III/ IV há 01 mês de caráter progressivo. Relatava tosse seca há aproximadamente 1 semana, associada a pico febril de 38°C nesse período. Ao exame físico, apresentava-se dispnéico, afebril, com sopro diastólico grau 3+/6+ em foco mitral e crepitos bibasais. Na mesma data, realizou ecocardiograma transtorácico que evidenciava ventrículo esquerdo com função sistólica preservada. Prótese metálica em posição mitral com sinais de disfunção- estenose e presença de massa móvel em face ventricular medindo 15 x 18 mm nos seus maiores diâmetros. Foi iniciado o protocolo de antibioticoterapia para tratamento de endocardite infecciosa e realizado um ecocardiograma transtorácico que evidenciou a manutenção da massa móvel, porém sempre em face ventricular e disfunção da prótese metálica com estenose secundária ao folheto posterior fixo. Foi submetido a cirurgia cardíaca que evidenciou: manutenção da cúspide posterior da válvula mitral, inadvertidamente preservada juntamente com o aparelho subvalvar que obstruiu a prótese, travando o hemi-disco posterior. Após a intervenção cirúrgica, o paciente evoluiu de forma assintomática.

**Discussão:** A suspeição clínica de endocardite infecciosa neste caso é imperativa, pois o paciente apresentava lesão predisponente, associada a dispneia e febre em domicílio. Porém, a evolução clínica e as características da massa ao ecocardiograma não eram compatíveis. Habitualmente, a vegetação da endocardite infecciosa se posiciona à montante da valva, neste caso, se posicionaria na face atrial da prótese mitral. Seguindo os novos guidelines, especialmente nos casos em que o ecocardiograma é inconclusivo, outras modalidades de imagem, como a tomografia por emissão de pósitrons com 18F-fluorodeoxiglicose e a Tomografia Computadorizada por Emissão de Fóton Único (SPECT) ganharam importância na definição de EI. Se houvesse disponibilidade no nosso serviço do SPECT, o paciente seria submetido à nova intervenção cirúrgica por conta da disfunção da prótese de forma mais precoce e segura. Neste caso, relatamos uma das formas de apresentação de disfunção precoce de prótese metálica em posição mitral, com comprometimento do disco posterior por manutenção da cúspide posterior nativa, com suspeita diagnóstica de EI. Trata-se de um caso que possivelmente se beneficiaria do uso de novas modalidades de imagem para elucidação diagnóstica.

## I061.22

## CORAÇÃO DE ATLETA – DIFERENCIAR DE MIOCARDIOPATIA HIPERTRÓFICA E NÃO ESTIGMATIZAR O PACIENTE – RELATO DE CASO

PRISCILLA BARBOSA ARAÚJO, ADILSON LIMA DOS SANTOS JÚNIOR, CLARA DE ASSIS KAROLINE OLIVEIRA, LÍCIA WÊNIA SANTOS PIMENTA TORRES, RAFAELLA KELLY BELLO WANDERLEY, RAMON BARBOSA BARROS, KAMILLE DIDIER MELO ALMEIDA, RAÍSSA ARAÚJO BARBOSA

PROCAPE; FACULDADE DE MEDICINA DE OLINDA (FMO)

**Introdução:** A Síndrome do Coração de Atleta, descrita pela primeira vez em 1899 por Henschen, é um conjunto de alterações clínicas, radiológicas, eletrocardiográficas e ecocardiográficas que podem ser observadas nos atletas em atividade. Deve ser diferenciada de patologias que podem levar à morte do atleta, como a Miocardiopatia Hipertrofica e a Displasia Arritmogênica do Ventrículo Direito. **Relato de caso:** Paciente masculino, 39 anos, atendido no ambulatório do Procape, assintomático, para realização de parecer cardiológico para exame admissional para cargo de vigilante em concurso. Negava comorbidades, alergias ou uso de medicações ou drogas. Passado de atuação como atleta profissional (jogou futebol por 11 anos, até os 24 anos) e ainda praticava atividade física regular. Exame físico sem alterações, com pressão arterial (PA) de 120 x 80 milímetros de mercúrio e frequência cardíaca de 55 batimentos por minuto. Eletrocardiograma (ECG) evidenciou onda T negativa em D2, D3, AVF e de V3 a V6 (figura 1). Exames laboratoriais e Ecocardiograma (ECO) sem alterações. Teste ergométrico (TE) eficaz, submáximo, interrompido por fadiga, sem alterações clínicas e hemodinâmicas sugestivas de insuficiência coronariana, ausência de arritmias esforço induzidas, PA compatível com hipertensão reativa, aptidão cardiorrespiratória excelente (14,15 METS), com alterações da repolarização ventricular presentes no repouso e mantidas antes e após o esforço (figura 2), não específicas para o diagnóstico de doença arterial coronariana obstrutiva, concluindo como indivíduo fisicamente treinado (padrão do atleta). Paciente realizou Ressonância Nuclear Magnética (RNM) cardíaca, que não mostrou alterações. Seu parecer cardiológico foi emitido e o mesmo se encontra em acompanhamento no ambulatório de cardiologia deste serviço, assintomático. **Conclusão:** A Síndrome do Coração de Atleta pode ser encontrada em até 50 % dos pacientes fisicamente treinados e merece diagnóstico diferencial com patologias graves que podem acarretar morte súbita do atleta. Os critérios de Seattle podem ajudar nesse diagnóstico ao ECG, juntamente com anamnese e exame físico adequados e com o auxílio de exames complementares, como TE, ECO e RNM. As alterações encontradas ao ECG são reversíveis com a suspensão do treinamento, porém esse só deve ser

suspenso em último caso. Exames pré-competitivos são consensuais e evitam o falso diagnóstico, que acarretam em prejuízo ao atleta, seus familiares, clubes (impacto econômico) e à sociedade.

## J084.22

### ESTUDO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DA DINÂMICA LINEAR E NÃO LINEAR DA VARIABILIDADE DA FREQUÊNCIA CARDÍACA EM INDIVÍDUOS HIPERTENSOS PÓS COVID-19

LAYARA PACHECO SABURIDO, RODRIGO SOUZA TEIXEIRA, PAMELA BEATRIZ PEREIRA DA SILVA, LARA CAZE UZUMAKI, JOÃO PAULO COELHO GUIMARÃES, ELLEN CRISTINNI MACIEL CANUTO, EDELVITA FERNANDA DUARTE CUNHA, FABIANNE MAÍSA DE NOVAES ASSIS DANTAS, PAULO ANDRÉ FREIRE MAGALHÃES, VICTOR RIBEIRO NEVES

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, CAMPUS PETROLINA

O vírus da COVID-19, SARS-Cov-2, promove uma infecção no organismo humano que pode se manifestar com diferentes sintomas e quadros clínicos. Os quadros mais graves apresentam elevadas taxas de mortalidade em uma pequena porção dos infectados (grupos de risco), como idosos e cardiopatas. Segundo a literatura, há associação dessa doença viral com a mortalidade e morbidade em hipertensos, porém são escassas as informações sobre suas possíveis alterações sobre o controle autonômico da frequência cardíaca (FC) e a capacidade funcional em pacientes hipertensos. A variabilidade da frequência cardíaca (VFC) é um método de baixo custo, não invasivo e de fácil aplicação utilizado para avaliar o controle autonômico cardíaco, sendo capaz de indicar antecipadamente comprometimentos na saúde. O objetivo deste estudo foi avaliar a capacidade funcional submáxima e função autonômica cardíaca de pacientes hipertensos com e sem COVID-19 por meio das análises lineares e não lineares da VFC. Os hipertensos foram alocados em dois grupos: previamente infectados com COVID-19 (G0) e não infectados (G1). O registro dos intervalos RR (IRR) para o estudo da VFC foi realizado na posição supina em ambiente climatizado e no período da manhã. Para a análise linear (espectral) e não linear (simbólica) foi relacionado um trecho de 256 pontos de maior estabilidade e sem artefatos da série temporal. Para análise linear foram obtidos os índices no domínio do tempo (DT) e da frequência (DF). Os índices no DT foram a média dos IRR e a variância e os índices no DF foram os de alta (AF) e baixa frequência (BF). Para os índices não lineares foi realizada a análise simbólica que forneceu os índices 0V, 1V, 2LV e 2LUV. Os índices BF e 0V como marcador da modulação simpática e os índices AF, 2LV e 2LUV da modulação vagal. Ainda foi aplicado o teste de caminhada de 6 minutos (TC6) e teste de degrau de 6 min (TD6). Em ambos os testes eram captados FC, pressão arterial (de repouso e após finalização dos testes) e a percepção subjetiva do esforço foi medida usando a escala modificada de BORG. Ademais, para o TC6 a variável principal era a média da distância percorrida (de 2 tentativas), e o número de ciclos (1 subida e 1 descida) para o TD6. Na análise simbólica, pacientes do G1 apresentaram maior 0V ( $p=0,001$ ) e 2LV ( $p=0,001$ ) bem como menor 1V ( $p=0,001$ ) quando comparado com o G0. Não houve diferença estatística entre os grupos na análise espectral e na capacidade física submáxima. De acordo com os resultados, concluímos que os indivíduos hipertensos com COVID-19 apresentaram uma maior disfunção autonômica avaliada pela dinâmica não linear.

## K043.22

### DETECÇÃO DE ANGIOSSARCOMA CARDÍACO POR 18F-FDG PET/CT: RELATO DE CASO

PEDRO HENRIQUE RODRIGUES DA SILVA, CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO, MAYSIA FERNANDA ALMEIDA COSTA RODRIGUES, MARIA EDUARDA DUARTE DE MELLO FLAMINI, TACIANA QUEIROZ MEDEIROS GOMES, SIMONE CRISTINA SOARES BRANDÃO

HOSPITAL DA CLÍNICAS, UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE), RECIFE-PE, BRASIL / PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO (PROCAPE), UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE-PE, BRASIL

Angiossarcoma cardíaco é um tumor endotelial maligno, altamente agressivo, de mau prognóstico e raro. Assim, é muito importante diagnosticá-lo precocemente, bem como determinar sua extensão local e à distância para o manejo terapêutico adequado. O objetivo deste relato de caso foi mostrar o valor da tomografia por emissão de pósitrons associada a tomografia computadorizada com 18-fluorodeoxiglicose (18F-FDG PET/CT) no diagnóstico e estadiamento de angiossarcoma cardíaco. Paciente masculino, 39 anos, com dispneia e palpitações de repouso há cerca de 15 dias, foi admitido na emergência com sinais de tamponamento cardíaco, sendo submetido a pericardiocentese. Durante o internamento, o derrame pericárdico recidivou, sendo necessária janela e biópsia pericárdica. O líquido pericárdico exibiu aspecto hemático, alta celularidade com predomínio linfomonocitário e glicose baixa, motivando tratamento empírico com COXIP para possível tuberculose. O ecocardiograma transtorácico mostrou uma massa fixa, aderida a parede lateral do ventrículo direito (VD), átrio direito (AD) e folheto posterior da tricúspide de cerca de 30mm x 34mm. Ao ecocardiograma transefágico foi observada uma massa sólida, homogênea, aderida a parede lateral do AD projetando-se para a via de entrada do VD, provocando obstrução de fluxo, com dimensões 58mm x 47mm, sem vascularização por microbolhas. Realização de ressonância magnética cardíaca não foi possível, por instabilidade hemodinâmica do paciente no momento do exame. O paciente foi então encaminhado para a realização de 18F-FDG PET/CT para melhor caracterização da massa cardíaca e por não apresentar melhora clínica a despeito do tratamento instituído. Este exame revelou uma massa cardíaca com epicentro no AD, com densidade heterogênea, destacando-se componente sólido mais inferior e área de necrose/liquefação mais superior, medindo cerca de 75 x 60 x 86 mm com um valor de captação padronizado máximo (SUV) de FDG de 19,6 e ausência de metástase à distância. Espessamento nodular difuso de todo o pericárdio, acometendo inclusive seus recessos (SUV = 16,0) foram também observados. Estes achados foram compatíveis com tumor maligno primário cardíaco de alto grau. O estudo anatomopatológico complementado por imunohistoquímica confirmou a hipótese, sendo indicativa de angiossarcoma. Uma semana após a biópsia, o paciente teve novo tamponamento cardíaco, submeteu-se a outra janela pericárdica e no 3º dia pós-procedimento chegou a óbito por morte súbita. Este caso destaca a importância da 18F-FDG PET/CT no diagnóstico e no estadiamento de angiossarcoma cardíaco.

## K133.22

### DIAGNÓSTICO POR ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA COMPUTADORIZADA DE ORIGEM ANÔMALA E TRAJETO INTERARTERIAL DA ARTÉRIA CORONÁRIA DIREITA EM CRIANÇA DE 13 ANOS

MARINA SOUTO DA CUNHA BRENDEL BRAGA, GABRIELA RIBEIRO PRATA LEITE BARROS, PEDRO CAMPOS MATTA, KEVIN RAFAEL DE PAULA MORALES, LUIZ FRANCISCO RODRIGUES DE AVILA

HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES / INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HCFMUSP

**INTRODUÇÃO:** Artérias coronárias anômalas são malformações que incluem desde alteração da origem, do trajeto a anomalias de terminação. O quadro clínico varia de pacientes assintomáticos a dor precordial e morte súbita - a depender do tipo de acometimento apresentado. Estudos mostram que a origem da artéria coronária direita (ACD) anômala do seio esquerdo de Valsalva ocorre em 0,03-0,17% dos pacientes.

**DESCRIÇÃO DO CASO:** A.S.L.M., 13 anos, sexo feminino, natural e procedente de São Paulo-SP, em acompanhamento com endocrinologia por puberdade precoce, procurou ambulatório de cardiologia com queixa de dor torácica em pontadas de início súbito e com associação com períodos de agitação e preocupação há quatro meses. Negava sintomas associados. Exame físico normal. Eletrocardiograma sem alterações. Optado por realizar inicialmente Ecocardiograma Transtorácico que evidenciou imagem sugestiva de ACD originando-se do seio de valsalva esquerdo, com trajeto inicial interarterial. Seguiu-se investigação com Angiotomografia Coronariana Computadorizada (ATCC) com a confirmação do achado de origem anômala da ACD no seio coronariano esquerdo, com angulação proximal e trajeto interarterial, sem sinais de redução luminal significativa em diástole. A partir disso, foi optado por realização de cintilografia miocárdica para posterior discussão de conduta.

**CONCLUSÃO:** Com o avanço das técnicas em aquisição de imagem, a realização da ATCC vem se estabelecendo como método de referência para a confirmação de artérias coronárias anômalas. A superioridade do método baseia-se na capacidade de fornecer imagens de alta resolução de todo o trajeto coronariano, o envolvimento aterosclerótico potencialmente associado e da descrição de associação com estruturas mediastinais - sendo superior a angiografia convencional. A análise mais detalhada do tipo de malformação apresentada pode mudar a conduta a ser proposta, em vigência de trajetos com piores prognósticos e com aumento da morbimortalidade em adultos jovens, como no caso dos trajetos interarteriais.

## Q005.22

### PAPEL DA CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO MIOCÁRDICA E DA CARGA DE TRABALHO ALCANÇADA (METS) NA IDENTIFICAÇÃO DOS PACIENTES DE ALTO RISCO PARA ISQUEMIA MIOCÁRDICA

GIOVANNA SHERLY DE SÁ GUEDES MARINS, DOLLY BRANDÃO LAGES, MÁRIO CRUZ COUTO, ANA LETÍCIA LACERDA PAIVA, FERNANDO AUGUSTO PACÍFICO, MICHELLE ALVES DE FARIAS, ANTONIA RAIANE SILVA CLAUDINO, LILIAM DE SOUZA SANTOS, EDUARDO LINS PAIXÃO

FACULDADE DE MEDICINA DE OLINDA – FMO

**INTRODUÇÃO:** A Cintilografia de Perfusão Miocárdica (CPM) de estresse e repouso é utilizada para avaliar a reserva de fluxo coronário e dessa forma estabelecer o diagnóstico e prognóstico da Doença Arterial Coronária (DAC). A carga de trabalho alcançada na fase de estresse, definida pelos equivalentes metabólicos (METs), a presença de alterações isquêmicas do segmento ST nessa fase, entre outras variáveis, podem ajudar a identificar aqueles pacientes de maior ou menor risco. O objetivo deste estudo foi avaliar essas variáveis e identificar quais seriam úteis na identificação dos pacientes com isquemia severa (isquemia  $\geq 10\%$  do total do VE visualizado). **MÉTODOS:** Foram analisados 2388 pacientes ao acaso, com e sem Doença Arterial Coronária (DAC) conhecida, encaminhados para a realização de uma CPM de esforço e repouso que tenham alcançado  $\geq 85\%$  da frequência cardíaca máxima prevista para a idade. Os pacientes foram divididos de acordo com a carga de trabalho alcançada medida pelos METs e foram comparados com a prevalência de isquemia severa aferida pelo software Wackers-Liu de análise quantitativa da perfusão miocárdica. Foram feitas várias análises comparativas entre as variáveis do exame. **RESULTADOS:** No estudo, 2388 pacientes foram submetidos à CPM de estresse e repouso, utilizando-se Tc99m-MIBI sob estresse físico. Desse total, 506 atingiram 10 METs sem alterações eletrocardiográficas do segmento ST no estresse, sendo que 0,4% (2/506) apresentaram isquemia severa. Entre aqueles que não alcançaram 10 METs (515 pacientes) e apresentaram, simultaneamente, alterações eletrocardiográficas isquêmicas do segmento ST, 3,6% (19/515) evidenciaram isquemia severa, o que representa um valor 9 vezes maior ( $p<0,0002$ ). **DISCUSSÃO/CONCLUSÃO:** Na presença de alterações eletrocardiográficas isquêmicas do segmento ST na fase de estresse com carga de trabalho  $<10$  METs, a probabilidade de isquemia miocárdica severa é 9 vezes maior do que quando comparado com pacientes que alcançaram  $\geq 10$  METs sem alterações eletrocardiográficas isquêmicas do segmento ST. Desse modo, uma carga de trabalho alcançada  $\geq 10$  METs sem alterações eletrocardiográficas do segmento ST pode ser um bom preditor para ausência de isquemia severa na CPM.

## Q014.22

**18F-FDG PET/CT NA AVALIAÇÃO DE RESPOSTA TERAPÊUTICA NA SARCOIDOSE CARDÍACA: RELATO DE CASO**

MATHEUS VINICIUS DE ARAÚJO LUCENA, FÁBIO MASTROCOLA, PEDRO HENRIQUE RODRIGUES DA SILVA, SIMONE CRISTINA SOARES BRANDÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE, PE - BRASIL / UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, NATAL, RN - BRASIL

**INTRODUÇÃO:** A sarcoidose cardíaca (SC) é uma doença rara e de difícil diagnóstico, manifestada com quadros de insuficiência cardíaca, arritmias e até mesmo morte súbita. O 18F-FDG PET/CT tem uma importância tanto diagnóstica quanto na avaliação de resposta terapêutica. O objetivo deste relato é mostrar o valor do 18F-FDG PET/CT na condução de um caso de SC. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 39 anos, internado com quadros de síncope ligada a desliza recorrentes. Na investigação, o ecocardiograma identificou ventrículo esquerdo aumentado de volume com disfunção sistólica e fração de ejeção de 43%. Ao Holter, flagrou-se arritmia ventricular frequente e bloqueio atrioventricular total, sendo indicado implante de marcapasso e cardioversor desfibrilador implantável (CDI). Cateterismo cardíaco descartou lesões coronárias obstrutivas e ressonância cardíaca mostrou áreas de fibrose com padrão não isquêmico no segmento septobasal. Realizados 18F-FDG PET/CT e cintilografia de perfusão miocárdica que mostraram áreas de hipermetabolismo glicolítico cardíaco (inflamação) e hipoperfusão ao repouso (fibrose), respectivamente, além de atividade hipermetabólica nos pulmões, linfonodos mediastinais e musculatura dos braços. Iniciada corticoterapia, porém, nos exames de controle, o Holter mostrou arritmia frequente e o 18F-FDG PET/CT persistência de processo inflamatório cardíaco. Foi associada imunossupressão com metotrexato (MTX) e no 18F-FDG PET/CT de reavaliação não foi mais observada atividade inflamatória cardíaca. **DISCUSSÃO:** O acometimento cardíaco na sarcoidose é potencialmente fatal e por isso seu diagnóstico precoce é essencial. A biópsia endomiocárdica é o padrão ouro, mas apresenta baixa sensibilidade, além de ser um procedimento invasivo e de risco para o paciente. Modalidades avançadas de imagem cardíacas, como ressonância magnética e o 18F-FDG PET/CT fazem parte dos critérios diagnósticos e também auxiliam na determinação do tratamento. Durante a condução desse caso, o exame de 18F-FDG PET/CT foi importante para confirmar a presença de processo inflamatório cardíaco em diferentes momentos. A decisão do acréscimo do MTX foi tomada após este exame mostrar persistência de inflamação miocárdica a despeito da corticoterapia. Após isso, houve resolução completa da atividade inflamatória cardíaca, evidenciada em novo exame de 18F-FDG PET/CT. **CONCLUSÃO:** Na SC, os exames complementares são essenciais para definição diagnóstica, acompanhamento e avaliação terapêutica. A ressonância magnética cardíaca, através do padrão de distribuição da fibrose, pode sugerir esse diagnóstico, entretanto, o melhor método para avaliar atividade inflamatória é o 18F-FDG PET/CT. Além disso, em pacientes com marcapassos ou CDI, a ressonância está contraindicada. Sendo assim, neste caso, o 18F-FDG PET/CT evitou biópsias miocárdicas desnecessárias e serviu tanto para confirmar a presença de atividade inflamatória no diagnóstico inicial quanto para avaliar a resposta terapêutica.

## Q018.22

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS PACIENTES SUBMETIDOS À TROCA DE VALVA MITRAL ISOLADA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM PERNAMBUCO**

HENRY MARTINS SOARES FORTES, LUIZ RAFAEL PEREIRA CAVALCANTI, LUCAS RAMOS DA SILVA ARAUJO, BEATRICE MARTINS DA COSTA E SILVA, LUIS SANTINO RAMOS TAVARES DE LIRA, VINICIUS SILVA RODRIGUES

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO PROF. LUIZ TAVARES

**Introdução:** A troca de valva mitral (TVM) representa parcela significativa das intervenções cirúrgicas cardíacas. A principal patologia responsável pelo acometimento da valva é a doença reumática, porém outras etiologias também estão presentes como a degeneração mixomatosa, endocardite infecciosa e alterações isquêmicas do ventrículo esquerdo. Devido à variedade etiológica e diversidade de características clínicas e sociodemográficas dos pacientes com indicação cirúrgica, o presente estudo descritivo se faz necessário.

**Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, descritivo, tipo corte transversal, revisando prontuários de pacientes submetidos a TVM isolada entre 2016 a 2021. Foram coletadas as características clínicas, resultados de ecocardiograma pré-operatório e etiologia da patologia valvar.

**Resultados:** Foram identificados 310 pacientes submetidos a TVM isolada. Destes, 38.1% eram do sexo masculino com idade média de 48.7 ± 13.4 anos. Quanto à presença de comorbidades, Hipertensão arterial sistêmica e Fibrilação atrial/Flutter foram as mais prevalentes (47.4% e 38.7%), seguidas por acidente vascular encefálico prévio e tabagismo (11.9% e 11.2%). Diabetes mellitus, etilismo, doença renal crônica, dislipidemias, doença arterial coronariana prévia e obesidade apresentaram prevalência similar (7.8 ± 0.52%). Quanto aos dados ecocardiográficos, a fração de ejeção média observada foi 60.9 ± 11% (n=300), o tamanho médio do átrio esquerdo e septo interventricular foram respectivamente 51.2 ± 9.5mm (n=300) e 9.0 ± 1.88mm (n=290), os diâmetros diastólicos e sistólicos médios do ventrículo esquerdo foram 51.8 8.5mm e 34.5 ± 7.9mm (n=301), o TAPSE médio foi 16.8 ± 4.6mm (n=188) e o anel da valva tricúspide médio foi 41.2 ± 7.8mm (n=76). A etiologia mais prevalente foi a reumática (76.1%), seguida por mixomatosa e endocardite (14.2% e 11.6%), a etiologia isquêmica se apresentou como a menos observada (1.6%).

**Conclusão:** Os resultados corroboram com a epidemiologia brasileira, com grande prevalência de doença reumática. Por consequência, a idade média observada foi relativamente baixa e o sexo mais acometido foi o feminino. Além disso, uma alta taxa de comorbidades foi observada, em especial hipertensão arterial sistêmica, patologia extremamente prevalente em cardiopatas no Brasil.

## Q022.22

**DENERVAÇÃO SIMPÁTICA RENAL PERCUTÂNEA NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO EM PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA**

ANA CECÍLIA ARAÚJO CABRAL, LETÍCIA FAGUNDES DO NASCIMENTO SILVA, VINICIUS EDUARDO MELO AMORIM

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE (FPS)

**INTRODUÇÃO:** A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença de alta prevalência e está muito associada com doença renal crônica, podendo a hipertensão ser tanto a causa como a consequência da doença renal. A doença renal crônica (DRC) é definida por reduzida taxa de filtração glomerular (TFG), quando menor que 60mL/min/1,73m<sup>2</sup>, por três ou mais meses. Dessa forma, o tratamento visa reduzir a progressão da doença renal e o risco cardiovascular. Diante disso, a denervação simpática percutânea surge como uma nova terapia promissora para pacientes com hipertensão resistente, quando a terapia medicamentosa falha. Nesse procedimento é realizada a ablação das fibras simpáticas por meio da aplicação de radiofrequência por via transluminal nas artérias renais. **OBJETIVOS:** O presente estudo tem por finalidade sistematizar os resultados publicados sobre o procedimento de denervação renal para o tratamento de pacientes hipertensos com doença renal crônica que vem sendo produzido de janeiro de 2017 até abril de 2022. **MÉTODOS:** O estudo tem como desenho uma revisão sistemática e os artigos utilizados foram colhidos por meio das plataformas "PUBMED" e "BVS" e selecionados de acordo com o protocolo PRISMA 2020. Utilizando os descritores "Denervação renal", "Hipertensão" e "Doença renal crônica", foram encontrados 105 artigos. Selecionou-se os que possuíam textos completos, excluiu-se os duplicados e os que tangenciavam o tema, restando 18 artigos para a revisão. **RESULTADOS:** 18 artigos incluídos na revisão, dentre os quais ensaios clínicos randomizados, triagens clínicas, metanálises, estudo prognóstico, estudo diagnóstico e estudo de etiologia. Observou-se uma melhora nas pressões centrais e na velocidade da onda de pulso, redução da pressão sistólica na maioria dos pacientes após 3 anos do tratamento, além de proteção renal na maioria dos estudos realizados. Todavia, resultados de alguns estudos não evidenciam redução do grau de lesão renal. **DISCUSSÃO:** Percebe-se que a denervação renal é um procedimento minimamente invasivo, de curta duração e que vem mostrando resultados promissores em pacientes com hipertensão arterial e doença renal crônica. A mudança no nível da aldosterona evidenciada reafirma o efeito da denervação no sistema renina-angiotensina-aldosterona. Alterações na função sensorial renal participam da manutenção da elevada atividade vasomotora e alterações cardiorenales; como tal, as fibras sensoriais renais podem ser um alvo terapêutico potencial para o tratamento de doenças cardiorenales. Mais ensaios clínicos são necessários para avaliar a segurança e reprodutibilidade do método. **CONCLUSÃO:** A denervação renal é segura para pacientes com HAS resistente e DRC, com redução significativa de pressão sistólica. Porém, mais estudos são necessários para avaliar a segurança, as vantagens para a aplicação e o impacto clínico. Além disso, os mecanismos envolvidos na proteção cardiorenal pela denervação ainda não foram totalmente esclarecidos.

## Q023.22

**CRONOTERAPIA NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: A PERSONALIZAÇÃO DA MEDICAÇÃO DE ACORDO COM O RITMO CIRCADIANO**

ANA CECÍLIA ARAÚJO CABRAL, VINICIUS EDUARDO MELO AMORIM, LETÍCIA FAGUNDES DO NASCIMENTO SILVA

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE (FPS)

**INTRODUÇÃO:** Na última década, houve grande evolução no tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS). A partir do estudo do ciclo circadiano, pôde-se desenvolver padrões rítmicos personalizados para a administração de medicamentos, sendo essa nova forma de terapêutica denominada de "Cronoterapia". Dentro dessa nova realidade, percebe-se que a cronoterapia adentra no campo da medicina de precisão, uma vez que aplica princípios cronobiológicos na farmacocinética e farmacodinâmica das medicações, a fim de otimizar a eficácia do tratamento e obter uma mitigação acentuada de efeitos adversos. **OBJETIVOS:** Compreender o impacto da utilização da cronoterapia como potencializador terapêutico em pacientes acometidos com hipertensão arterial sistêmica. **MÉTODOS:** O estudo foi desenhado por meio de uma revisão sistemática, no qual foram encontrados 44 artigos usando os descritores "Chronotherapy"; "Hypertension" and "Circadian Rhythm". Foram selecionados apenas os artigos com texto completo e dados associados, todos na língua inglesa e foram excluídos dois artigos que não tratavam especificamente de hipertensão arterial, restando 14 artigos para a revisão. **RESULTADOS:** Foram selecionados 14 artigos para a revisão, dentre os quais ensaios clínicos, meta-análises e triagens clínicas. O estudo "MAPEC" e o "Hygia Chronotherapy Trial", ambos ensaios randomizados prospectivos, são os dois maiores estudos recentes sobre a temática, os quais vêm demonstrando bastante êxito quanto ao uso da cronoterapia no tratamento da hipertensão e na redução do risco cardiovascular, segundo personalização do tratamento a partir do padrão circadiano evidenciado pela Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA). **DISCUSSÃO:** O MAPEC e o "Hygia Chronotherapy Trial" evidenciam que os pacientes que tomam seu medicamento anti-hipertensivo rotineiramente na hora de dormir, quando comparados com aqueles que tomam ao acordar, têm uma pressão arterial melhor controlada e, acima de tudo, um risco significativamente reduzido de morte ou doença cardíaca devido à problemas cardiovasculares. Ainda, faz-se necessário mais ensaios clínicos com populações de diferentes perfis epidemiológicos para atestar a eficácia da cronoterapia no tratamento da hipertensão. **CONCLUSÃO:** Portanto, o uso da cronoterapia para o tratamento da hipertensão arterial vem trazendo bons resultados segundo ensaios randomizados prospectivos, impactando na redução da pressão e do risco cardiovascular. Entretanto, precisa-se de mais pesquisas sobre a temática para esse tipo de personalização de medicação.

## Q024.22

### CORRELAÇÃO ENTRE ISQUEMIA MIOCÁRDICA PELA CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO MIOCÁRDICA E O TEMPO DE SUA REALIZAÇÃO APÓS ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONÁRIA

DOLLY BRANDÃO LAGES, FERNANDO AUGUSTO PACÍFICO, MÁRIO CRUZ COUTO, MARIA LUIZA CURI PAIXÃO, MICHELLE ALVES DE FARIAS, GIOVANNA SHERLY DE SÁ GUEDES MARINS, ANA LETÍCIA LACERDA PAIVA, ANTONIA RAIANE SILVA CLAUDINO, EDUARDO LINS PAIXÃO

FACULDADE DE MEDICINA DE OLINDA - FMO

**INTRODUÇÃO:** As sociedades médicas de cardiologia recomendam avaliação funcional após a realização de uma Angioplastia Transluminal Coronária (ATC). Em pacientes sintomáticos é recomendado que seja realizada a qualquer tempo, enquanto nos assintomáticos após 2 anos do procedimento. Na prática cardiológica não é rara a avaliação de pacientes assintomáticos em um período menor que 2 anos. A cintilografia de perfusão miocárdica (CPM) é útil na avaliação de pacientes submetidos à ATC. Analisamos o cenário da prevalência de isquemia miocárdica entre pacientes submetidos à CPM de estresse e repouso com Tc99m-MIBI após realização de ATC. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo do tipo transversal, observacional e retrospectivo, com amostragem do tipo não probabilístico por conveniência. Foram analisados 359 exames de CPM realizados consultivamente entre novembro de 2018 e janeiro de 2022, após a realização de ATC. Os dados foram analisados utilizando o aplicativo PASW@ STATISTIC, versão 17.0. Para se verificar associação entre as variáveis foi aplicado o teste de Qui-Quadrado de Pearson. **RESULTADOS:** Os 359 pacientes foram divididos em dois grupos: no primeiro estavam aqueles submetidos à ATC <2 anos (94 pacientes –26%), no segundo aqueles ≥2 anos (265 pacientes–74%). Primariamente, não houve diferença relevante para a presença de isquemia miocárdica entre os 2 grupos (16/94–17% vs 56/265–21%, respectivamente). Dentre os pacientes do primeiro grupo, 21 (22%) eram sintomáticos e 73 (78%) assintomáticos. Não identificamos diferença estatisticamente significativa entre a prevalência de isquemia miocárdica entre os sintomáticos (5/21 pacientes) e assintomáticos (11/73 pacientes) (p=0,34). Entre os pacientes do segundo grupo, 63 (24%) eram sintomáticos e 202 (76%) assintomáticos. Entretanto, a prevalência de isquemia miocárdica entre os sintomáticos (19/63 pacientes –30%) foi significativamente maior do que entre os assintomáticos (37/202–18%) (p=0,04). A presença de sintomas anginosos não foi mais prevalente entre os pacientes com <2 anos em comparação com ≥ 2 anos (21/94–22%, 63/265–24%, respectivamente; p=0,77). Nota-se que entre os sintomáticos com <2 anos (5/21), 24% eram diabéticos (DM) e hipertensos (HAS), com idade média de 61 anos. Já entre os sintomáticos com ≥2 anos a prevalência de DM e HAS esteve presente em 50% dos pacientes (32/63; p=0,03) e a faixa etária média era de 67 anos. Entre os assintomáticos não houve diferença relevante na prevalência desses fatores de risco (22/73–30% vs 70/202–35%; p=0,48), nem na média da faixa etária (67 vs 69 anos). **DISCUSSÃO/CONCLUSÃO:** Dessa maneira, percebeu-se que a sintomatologia não foi um bom parâmetro para anteciper a CPM tendo em vista a presença de isquemia miocárdica antes ou após 2 anos da realização da ATC. No entanto, entre os pacientes sintomáticos, portadores de DM e HAS e com faixa etária mais elevada houve uma maior probabilidade de isquemia quando a CPM foi realizada com mais de 2 anos após a ATC.

## Q026.22

### COVID-19: IMPACTOS NOS ÓBITOS CARDIOVASCULARES DOMICILIARES E HOSPITALARES NO RECIFE

LUIS SANTINO RAMOS TAVARES DE LIRA, RADHELLY MARTINS COSTA, SIMONE MOROSINI

UPE / UFPE

**INTRODUÇÃO:** No Brasil, os efeitos do Coronavírus (COVID-19) foram massivos sendo, até a data de elaboração deste trabalho (29/05/2021), o terceiro país com mais mortes no planeta. No entanto, as consequências da pandemia não se restringem apenas à letalidade do vírus, uma vez que a população adquiriu novos hábitos e formas de agir nesse período, inclusive, no que tange à prevenção e cuidados com doenças cardiovasculares. Investigamos o impacto do isolamento social e medidas restritivas nos óbitos domiciliares por causas cardiovasculares no estado de Pernambuco (PE) durante a pandemia em comparativo com antes do início da pandemia.

**MÉTODOS:** Os dados foram obtidos a partir do Portal da transparência do registro civil do estado de Pernambuco suportado pela plataforma ARPEN Brasil e comparamos o ano de 2019, quando a pandemia não tinha começado, com o ano de 2020. Analisamos os registros de óbitos domiciliares e hospitalares nos anos de 2019 e 2020 e foi feita uma comparação.

**RESULTADOS:** Constatou-se que no ano de 2019, no período antes da pandemia, houveram 540 óbitos domiciliares advindos de doenças cardiovasculares no Recife, já em 2020 houveram 783, representando um aumento de 45% dos óbitos domiciliares. A respeito dos óbitos hospitalares por causas cardiovasculares, foram 3482 em 2019 e 3516 em 2020, um aumento irrisório de 0,9%. Na análise dessa categoria na população com menos de 60 anos, em 2019, ocorreram 15 óbitos e em 2020, 31 óbitos. Mas o aumento mais expressivo foi na população de mais de 60 anos, que em 2019 apresentaram 244 óbitos e 356 em 2020. A comparação desses dados nos permite notar que nas mortes intra-hospitalares de origem cardiovascular não houve aumento digno de nota durante a pandemia, mas o aumento dessas mortes em domicílio foi substancial. Na figura geral do ano não se detectou discrepância no total de óbitos gerais, mas apenas dos óbitos domiciliares e hospitalares, isso sugere que a população evitou o cuidado e prevenção dessas doenças cardiovasculares no contexto da pandemia.

**DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:** No período após 17/03/2020 foi determinado pelo Governo do estado o 'lockdown' e orientando a população que evitasse buscar tratamento hospitalar e ambulatorial de modo a conter as infecções por COVID-19. Além disso, há que se pensar no medo da população de buscar o ambiente hospitalar e contrair o vírus, visto que os afetados por doenças cardiovasculares são em sua maioria idosos. Outras cidades analisadas em outros artigos demonstraram padrões similares, como Paris e na região italiana da Lombardia. Portanto, a análise sugere que a pandemia teve um impacto relevante nas mortes domiciliares fazendo necessário um planejamento de ações públicas a respeito do tratamento e prevenção de doenças cardiovasculares para que se evite esse fenômeno no futuro.

## Q038.22

### TAXA DE MORTALIDADE POR IAM EM RELAÇÃO AO SEXO NO ESTADO DE PERNAMBUCO E NO BRASIL

RICARDO HENRIQUE FREITAS TAVARES, ERINALDO SIQUEIRA DE MEDEIROS, CARLOS HENRIQUE PEREIRA DA SILVA, JORGE JOSÉ DA MOTA PINHEIRO MAS, IEDA FERNANDA DA SILVA SANTOS, PEDRO RAFAEL SALERNO

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO

**Introdução:** O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma patologia na qual ocorre a obstrução das artérias coronárias, reduzindo a oxigenação do músculo cardíaco. E, nas últimas décadas, a taxa de mortalidade por IAM demonstrou uma preocupação para a saúde pública. O objetivo deste estudo é analisar a taxa de mortalidade em hospitais por IAM em Pernambuco e quanto ao sexo. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo retrospectivo com dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) de 2012 a 2021 sobre a taxa de mortalidade em hospitais por IAM. Comparou-se Pernambuco com Brasil e analisou-se quanto ao sexo. **Resultados:** Entre os anos de 2012 e 2021, no Brasil, ocorreram 1.107.350 notificações de internações por IAM, com 119.844 óbitos, representando uma taxa de mortalidade de 10,82%. Em relação a Pernambuco, houve 42.213 internações por IAM com 4.575 óbitos, sendo o estado com a segunda maior quantidade de casos absolutos da Região Nordeste, porém, em termos percentuais, é o terceiro com menor taxa de mortalidade, representando 10,84%. Além disso, comparando com os outros estados do Brasil, Pernambuco está na posição dezessete das maiores taxas de mortalidade, sendo os estados do Acre (18,53%), Alagoas (17,08%) e Paraíba (16,52%) com as maiores taxas do Brasil. Quanto ao sexo, 703.986 eram do sexo masculino, com 67.004 óbitos (9,52%), já o sexo feminino, houve menos casos totais de internações (403.364) e óbitos (52.840), porém a taxa de mortalidade foi de 13,1%. **Discussão/conclusão:** Em Pernambuco, notou-se que a taxa de mortalidade por IAM em pacientes internados foi semelhante à taxa do Brasil, porém, menor quando comparada a outros estados do Nordeste. Essa diferença pode ser explicada pela presença de centros de referência em cardiologia na rede pública e privada em Pernambuco, assim, há uma assistência de maior qualidade para pacientes com afecções cardiovasculares, permitindo maiores chances de sobrevivência. Em relação ao sexo, o número total de internamentos foi quase duas vezes maior no sexo masculino, contudo, a taxa de mortalidade no sexo feminino foi maior. Dessa forma, uma justificativa para a menor taxa de sobrevivência das mulheres pode ser a diferença da sintomatologia nos sexos, pois, embora mulheres possam ter o quadro típico da angina, a apresentação atípica é mais prevalente, o que reduz a procura precoce por atendimento hospitalar, bem como o diagnóstico. Ademais, outros fatores, como comorbidades associadas e sedentarismo podem influenciar, os quais ocasionam um atraso da aplicação do plano terapêutico e uma menor eficácia. Por fim, conclui-se que há uma discrepância de mortalidade entre alguns estados brasileiros e entre os sexos, logo, são fundamentais políticas públicas com o intuito de melhorar não somente o atendimento cardiológico em todo o país, mas também para as mulheres.

## Q044.22

### PERICARDITE CONSTRICTIVA CRÔNICA CALCIFICADA: RELATO DE CASO

PRISCILA CAVALCANTI ROSA DE ALBUQUERQUE, DAIANA PEREIRA MARTINS COSTA, IGOR VASCONCELOS E SILVA, LÍCIA MARIA MARQUES BEZERRA, WALFRIDO JOSÉ BEZERRA DA COSTA NETO, PEDRO HENRIQUE RODRIGUES DA SILVA

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO (UPE), GARANHUNS, PE, BRASIL

A Pericardite Constrictiva (PC) é decorrente de um espessamento fibroso no pericárdio, que exerce limitação ao enchimento ventricular diastólico, com consequente evolução para síndrome congestiva restritiva e baixo débito cardíaco. Geralmente, a causa é indeterminada, embora possa decorrer de doenças que causam pericardite aguda como, tuberculose, neoplasias, collagenoses e infecção viral ou idiopática. O relato a seguir descreve um caso de PC, doença pouco frequente, que muitas vezes não é considerada como possível diagnóstico diferencial. Paciente do sexo masculino, 32 anos, portador de pneumopatia, em uso de Alenia, com histórico laboral de soldagem durante estadia no Mato Grosso. Apesar de tratamento junto ao pneumologista, não apresenta melhora significativa da dispnéia aos pequenos esforços, além de queixas abdominais. Sem outros sintomas. Chegou ao atendimento de cardiologia por encaminhamento do gastroenterologista com solicitação de avaliação: a ultrassonografia de abdome revelou dilatação significativa de veias cava e hepáticas e o eletrocardiograma demonstrou ritmo sinusal com alterações na repolarização ventricular e sobrecarga batrial. A radiografia de tórax exibiu área cardíaca normal com sinais de calcificação pericárdica e infiltrado basal no hemitórax esquerdo. Optou-se por realizar ecocardiograma transtorácico que evidenciou aumento batrial importante, sem valvulopatias, hipertensão pulmonar discreta, pericárdio espessado e hiperrefringente, dilatação importante da veia cava inferior e das veias hepáticas, além do movimento anômalo do septo interventricular, conhecido como "Septal Bounce", altamente sugestivo de PC. Hemograma sem alterações significativas (6.610 leucócitos, sendo: 5% eosinófilos, 16% linfócitos, 1% bastonetes e 65% segmentados). Os resultados da sorologia para esquistossomose, HIV, hepatite B e exames de fezes foram negativos. Diagnóstico confirmado após realização de ressonância nuclear magnética (RNM) e tomografia computadorizada (TC), que demonstrou aumento da espessura pericárdica medindo 14,3mm em sua maior espessura, associado a extensa calcificação. O paciente encontra-se na fila de espera para realização da pericardiectomia. O "Septal Bounce" é um sinal típico de pericardite constrictiva, contudo deve ser considerado para o diagnóstico junto com outros sinais de imagem, como espessamento pericárdico, dilatação atrial e de veia cava inferior. A pericardiectomia é o tratamento de escolha e o prognóstico está associado à idade do paciente, etiologia da doença e comorbidades associadas.

Palavras-chave: Pericárdio; Pericardite constrictiva; Cardiopatia restritiva; Calcificação; Diagnóstico por imagem.

## Q049.22

**AVALIAÇÃO DOS FENÓTIPOS DOS HIPERTENSOS RESISTENTES EM EXAMES REPETIDOS DE MRPA**

MARIANA SILVA LONGO, AUDES DIÓGENES MAGALHÃES FEITOSA, RODRIGO BEZERRA, CARELI PEREIRA BRANDÃO, NATÁLIA DE CÁSSIA DA SILVA, MAYARA CEDRIM SANTOS, JÚLIO FRANCISCO DE MOURA JUNIOR, WILSON NADRUZ JÚNIOR

SERVIÇO DE HIPERTENSÃO DE PERNAMBUCO -PROCAPE/UPE. RECIFE, BRASIL / FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. CAMPINAS, BRASIL

**Introdução:** A hipertensão resistente é um fenótipo de alto risco cardiovascular. Contudo, há pouca evidência sobre a reprodutibilidade da apresentação fenotípica dos hipertensos resistentes baseada em medidas de pressão arterial realizadas fora do consultório.

**Objetivo:** Avaliar a reprodutibilidade dos diferentes fenótipos da hipertensão em pacientes portadores de hipertensão resistente e suas médias pressóricas entre exames repetidos de Medida Residencial da Pressão Arterial (MRPA).

**Métodos:** Foram analisados dados de MRPA obtidos de uma plataforma online (telemrpa.com.br) de pacientes de um Hospital Universitário no período de 27/12/2017 a 15/02/2022 (n=1028). Destes, avaliamos os fenótipos dos pacientes hipertensos resistentes que repetiram os exames. Teste de McNemar e teste t pareado foram usados para comparar as variáveis estudadas.

**Resultado:** Dos 66 pacientes com o diagnóstico de hipertensão resistente que repetiram os exames de MRPA, 77,3% foram classificados no primeiro exame como hipertensão sustentada não controlada, 13,6% hipertensão mascarada não controlada, 6,1% hipertensão controlada e 3% hipertensão do avental-branco não controlada. Não houve diferença estatisticamente significativa dos fenótipos do primeiro para o segundo exame ( $p>0.05$ ). A média da pressão foi de 146.79±22.87/90.12±15.39 mmHg e 148.52±23.01/90.5±15.75 mmHg nos primeiros e segundos exames, respectivamente ( $p>0.05$ ). A classe de anti-hipertensivo mais utilizada foi a dos bloqueadores de canal de cálcio (78,8%) e 53% faziam uso de 5 ou mais drogas. Não houve diferença da quantidade de drogas anti-hipertensivas entre exames ( $p>0.05$ ).

**Conclusão:** Este estudo mostra uma elevada prevalência de hipertensão sustentada não controlada neste subgrupo, bem como uma estabilização dos fenótipos dos hipertensos resistentes/controlados ao longo do tempo.

## Q051.22

**USO DO 18F-FDG PET/CT NA CARDIOLOGIA: PREVALÊNCIA, PRINCIPAIS INDICAÇÕES E RESULTADOS NA PRÁTICA CLÍNICA DE UM SERVIÇO PÚBLICO UNIVERSITÁRIO**

JOÃO MARCELO DUARTE RIBEIRO SOBRINHO, MAYSÁ FERNANDA ALMEIDA COSTA RODRIGUES, DIANA PATRICIA LAMPREIA SEPULVEDA, FELIPE ALVES MOURATO, SIMONE CRISTINA SOARES BRANDÃO

SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO; PRONTO-SOCORRO CARDIOLÓGICO UNIVERSITÁRIO DE PERNAMBUCO - PROF. LUIZ TAVARES / SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE / REDE EBSEH

**Introdução:** a Tomografia por Emissão de Pósitrons associada à Tomografia Computadorizada com a Fluordesoxiglicose-flúor-18 (18F-FDG PET/CT) é um exame da Medicina Nuclear muito útil na investigação de diversos processos patológicos. Na cardiologia, seu uso ainda é pequeno, sobretudo em países como o Brasil, devido ao alto custo, baixa disponibilidade e o reconhecimento médico incipiente. No passado, pesquisa de viabilidade miocárdica era a indicação mais difundida na especialidade. Atualmente, incluem-se também: diferenciação entre tumores benignos e malignos, massas e trombos intracardíacos, suspeitas de miocardite, sarcoidose, endocardite de próteses valvares e dispositivos intracardíacos. Este estudo avaliou prevalência, principais indicações e resultados dos 18F-FDG PET/CTs cardiológicos do primeiro hospital público, federal e universitário a implantar um serviço de PET scan na região Norte-Nordeste do Brasil. **Método:** realizamos um levantamento de todos os 18F-FDG PET/CTs cardiológicos registrados no serviço de PET scan entre janeiro 2019 a maio 2022 e coletamos quantidade total de PETs adquiridos para avaliar a proporção entre indicação cardiológica e demais solicitações, perfil dos pacientes, suspeita clínica e laudo final. **Resultados:** de 2173 exames realizados, em 46 (2,1%) a indicação foi cardiológica. A idade média dos pacientes foi 44 anos (variando entre 16 e 78 anos), sendo 54% do sexo masculino. Em 56,4% dos casos, a indicação foi suspeita de endocardite, 20,5% miocardite ou sarcoidose, 17,6% diagnóstico diferencial entre massa tumoral e trombo intracardíaco, 2,6% avaliação de processo infeccioso em cardioversor desfibrilador implantável e 2,6% em endoprótese de aorta torácica. Considerando a suspeita de endocardite, em 23% constatou-se processo inflamatório/infeccioso em valvas cardíacas, com standard uptake value (SUV) máximo na prótese valvar em média de 4,3 (variando entre 3,6 e 5,8) e valor médio da relação SUV máximo na prótese e SUV médio em aorta descendente de 2,53 (com variação entre 2,16 e 3,76). Em outros 59% os achados do exame contribuíram para descartar a suspeita. Em apenas 18%, os achados foram inconclusivos. No que tange às outras indicações, o exame contribuiu em 94% dos casos para responder a pergunta clínica, sendo inconclusivo em 1 caso apenas. **Conclusões:** considerando a proporção de exames, a indicação cardiológica teve baixa representação. Dentre as indicações, destaca-se suspeita de endocardite como a mais prevalente. Neste contexto, o 18F-FDG PET/CT descartou ou confirmou endocardite em 82% dos casos. Embora este exame seja considerado padrão-ouro no diagnóstico de viabilidade miocárdica, não houve nenhuma solicitação com esta finalidade. Este estudo revela o baixo reconhecimento pelos cardiologistas do 18F-FDG PET/CT, mesmo com sua indicação estando respaldada em diretrizes e seu poder diagnóstico impactando positivamente na prática clínica.

## Q055.22

**MORTALIDADE POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM PERNAMBUCO ENTRE 1996 E 2020: ANÁLISE TEMPORAL**

LUCIANO FÁBIO OLIVEIRA MAGALHÃES FILHO, MARIA ALICE BASTOS VIANA, LUMA LIMA DA SILVA PIRES DE ANDRADE, MARIA REGINA PEREIRA CORRÊA, PEDRO DE LUNA FILHO

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO (UPE) - CAMPUS GARANHUNS

**INTRODUÇÃO.** As características epidemiológicas do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) mudaram drasticamente nas últimas décadas, com avanços na terapia antitrombótica, medidas preventivas e diagnósticas. De 1996 até 2016, a evolução da mortalidade por IAM no Brasil, apresentou tendência decrescente, com exceção das regiões Norte e Nordeste. Logo, este trabalho visa analisar a tendência temporal da mortalidade por IAM em Pernambuco (PE), algo essencial para o delineamento de novas estratégias em saúde.

**MÉTODOS.** Esta pesquisa descritiva e temporal analisou e comparou dados referentes ao número de óbitos por IAM (CID 10 - I21) em PE entre 1996 e 2020. Tais dados foram extraídos da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Foram realizadas correções de óbitos por causas mal definidas e códigos-lixo. Ademais, para avaliar o coeficiente de mortalidade, foram utilizadas estimativas populacionais realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Após, foi feita análise por regressão linear segmentada por Joinpoint. Para essa análise foi utilizado o software Joinpoint Regression Program 4.9.1.0. Em cada tendência detectada, foi calculado o intervalo de confiança de 95% (IC95%) e adotou-se o nível de significância estatística de 5%. Por se tratar de uma base de dados de domínio público, não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa. **RESULTADOS.** Entre 1996 e 2016, a análise mostrou uma Variação Percentual Anual (APC) de 0,7 (IC95% 0,4; 1,1;  $p<0,001$ ), o que indica uma tendência da mortalidade geral crescente. Por outro lado, o intervalo 2016-2020 apresentou um comportamento temporal decrescente, haja vista uma APC de -5,5 (IC95% -9,3; -1,4;  $p=0,012$ ), como mostra a Figura 1.

**DISCUSSÃO/CONCLUSÃO.** Em geral, as mortes por IAM ocorrem nas primeiras horas de manifestação da doença, sendo 40 a 65% na primeira hora. Assim, é fundamental restaurar rapidamente o fluxo sanguíneo para a artéria coronária ocluída. Em PE, a partir de 2012, conforme a SES-PE, todas as Unidades de Pronto-Atendimento e Hospitais Regionais já contavam com suporte de trombolíticos, além do sistema de Telecardio. Ainda, o avanço na implementação de serviços de hemodinâmica 24 horas em centros estratégicos, como em 2017 no Hospital Agamenon Magalhães, configura-se como importante medida para reduzir a mortalidade por IAM. Em relação às limitações do presente estudo, entende-se que o uso de dados secundários não permite controlar possíveis erros decorrentes de digitação e de registro, além de possíveis subnotificações. Acerca da considerável queda do coeficiente de mortalidade em 2020, entende-se que exista grande influência do subdiagnóstico e da subnotificação, efeitos do período de pandemia.

Figura 1. Evolução Temporal do Coeficiente de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio em Pernambuco, 1996-2020.  
 Legenda: Variação Percentual Anual (APC). \* $p<0.05$

## Q069.22

**CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

THAMIRIS CHACON DE MORAES, TEREZA CRISTINA MARTINS DE PAULA

UNINASSAU; SECRETÁRIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

A Hipertensão Arterial (HA) é uma das principais causas de morte cardiovascular e apesar das intervenções farmacológicas e não farmacológicas estarem bem estabelecidas, existe uma baixa efetividade no controle da Pressão Arterial (PA) a nível populacional. Com a pandemia de Covid-19 e consequentemente, o isolamento social, o comportamento da população foi afetado negativamente, sobretudo com o aumento do sedentarismo e hábitos alimentares menos saudáveis, além de dificuldades de acesso dos pacientes aos serviços de saúde e medicamentos, potencializando a dificuldade no tratamento e no controle da PA. O objetivo deste estudo foi avaliar o controle da PA em pacientes atendidos em uma Unidade Básica de Saúde. Estudo transversal, realizado em uma Unidade de Saúde da Família, no município Recife, no estado Pernambuco no período de 14/03/2022 a 27/06/2022. Participaram do estudo 134 pacientes, com o diagnóstico confirmado de hipertensão. Para efeito de avaliação do controle da hipertensão arterial, considerou-se como meta os limites estabelecidos pela Diretriz de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020). Entre os participantes do estudo, houve uma predominância do sexo feminino (78%) e de idosos (66%). As taxas de não controle da PA, na amostra total, em idosos e nos < 60 anos foram 72%, 76%, e 65%, respectivamente. Uma taxa de controle de cerca de 37%, considerada baixa, foi encontrada. A fim de melhorar esses resultados, seria importante coordenação de cuidados, avaliação do acesso, estratégias de adesão e otimização do tratamento, além de uma abordagem integral e multiprofissional, sempre orientada pela realidade social do indivíduo.

**Q074.22**
**O FLAVONOIDE KUMATAKENIN É UM NOVO BLOQUEADOR DE CANAIS DE CÁLCIO: ANÁLISES POR DOCKING MOLECULAR**

CLARA DE ASSIS KAROLINE OLIVEIRA, ADILSON LIMA DOS SANTOS JÚNIOR, MARCUS VINÍCIUS GUERRA CANTO, JOELMIR LUCENA VEIGA DA SILVA

PRODIIC- FACULDADE DE MEDICINA DE OLINDA

**INTRODUÇÃO:** As doenças cardiovasculares estão sendo avaliadas devido aos riscos e prevalência no mundo, como a hipertensão. Os agentes anti-hipertensivos bloqueadores dos canais de cálcio (CCB) inibem os canais de cálcio na membrana das células musculares lisas vasculares, reduzindo a disponibilidade de cálcio nas células prejudicando a contração muscular e diminuindo a resistência periférica vascular. O flavonóide kumatakenina (5-hidroxi-2-(4-hidroxifenil)-3,7-dimetoxicromeno-4-ona), isolado da espécie vegetal *Solanum paludosum*, apresentou efeito vasorrelaxante in vitro por bloqueio do canal de cálcio (CaV). Assim, a pesquisa por novos medicamentos é um processo contínuo e os produtos naturais são um recurso putativo de medicamentos.

**OBJETIVO:** Analisar os conformémeros e sítios de ligação da kumatakenina no canal de cálcio voltagem-dependente por docking molecular.

**MÉTODOS:** Pesquisa quantitativa e experimental com abordagem in silico que utilizou a kumatakenina (CID 5318869) e nifedipina (CID 4485), droga padrão, ligantes do PubChem. Para estudos de encaixe, as coordenadas atômicas para o CaV, uma base estrutural da seletividade de Ca<sup>2+</sup> de um canal de cálcio dependente de voltagem, foram recuperadas do Protein Data Bank (ID 4MS2). Os conformémeros de saída do DockThor (GMMSB versão 2.0), um programa de docking receptor-ligante, foram classificados em ordem crescente de afinidade com a proteína. As ligações de afinidade (Ab) foram obtidas e comparadas pelo Teste-t, onde os valores p<0,05 foram significativos.

**RESULTADOS:** Houve três conformémeros que apresentaram maior afinidade de ligação com CaV e kumatakenina ou nifedipina. A kumatakenina apresentou Ab de -8,353, -8,304 e -8,283, como a nifedipina de -8,021, -8,024 e -8,049. A comparação do Ab em kumatakenina e nifedipina revelou diferença significativa (p<0,05), mostrando que o flavonóide apresentou maior afinidade que o fármaco padrão. O conformémero flavonóide com maior afinidade de ligação ocupa a região mais central da constricção, ocupando maior volume e justificando os eventos de maior amplitude do bloqueador de CaV e maior redução na condutância do cálcio. Os tipos de interação envolvidos na conexão entre as três melhores soluções de ancoragem (flavonóide ou nifedipina) e o CaV podem ser interações polares, como ponte salina e ligação carbono-hidrogênio.

**CONCLUSÃO:** Os dados confirmam o bloqueio do canal de cálcio dependente de voltagem pela kumatakenina no insight molecular, um suposto CCB. Mostrou maior afinidade que a nifedipina, um anti-hipertensivo CCB.

**Q075.22**
**DISFUNÇÃO DE BIOPRÓTESE MITRAL SECUNDÁRIA A ENDOCARDITE INFECCIOSA DE ORIGEM FÚNGICA: RELATO DE CASO**

JOÃO GUILHERME RATTES LIMA DE FREITAS, FERNANDO RABELO DE OLIVEIRA CAVALCANTI FILHO, RODRIGO DA PONTE VASCONCELOS, LUCAS REIS DA COSTA, DIANA PATRÍCIA LAMPREA SEPULVEDA

SERVIÇO DE VALVULOPATIAS - PRONTO-SOCORRO CARDIOLÓGICO UNIVERSITÁRIO DE PERNAMBUCO - PROF. LUIZ TAVARES (PROCAPE) - UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO (UPE)

**Introdução:** Endocardite valvar protética (EVP) é uma complicação da troca valvar cardíaca associada a alta mortalidade e incidência crescente, responsável por 20-30% dos episódios de endocardite infecciosa (EI). Os microrganismos típicos causadores de EVP são bactérias, entretanto uma forma rara de endocardite fúngica (EF) pode ser fatal, representada mais comumente por *Candida* e *Aspergillus*. *Candida albicans* é a principal causa de EF e *C. parapsilosis* é a espécie não albicans mais comum, a qual possui destaque crescente pela alta mortalidade e extrema necessidade de diagnóstico e tratamento precoce. Este relato apresenta um caso de uma paciente portadora de bioprótese mitral disfuncionante relacionada a endocardite fúngica por *C. parapsilosis*. **Relato de Caso:** Sexo feminino, 32 anos, portadora de cardiopatia reumática quando realizou a 1ª cirurgia de troca valva mitral (TVM) por bioprótese em fev/21 com diagnóstico pré-operatório de dupla lesão mitral importante de etiologia reumática. Em mar/21 foi readmitida para tratamento de EI de bioprótese mitral, na ocasião não necessitou de reabordagem cirúrgica. Em dez/21 foi admitida por disfunção de bioprótese mitral com deiscência do anel lateral com importante refluxo periprotético, de modo que precisou realizar uma 2ª TVM em janeiro/22. Em abril/22 foi internada por queixas de dispnéia aos esforços, ortopneia e edema de MMII. O ecocardiograma transesofágico evidenciou bioprótese mitral com um dos folhetos fixo atapeado por imagem trombo ou vegetação com área de fluxo levemente reduzida e deiscência de prótese em região mitro-aórtica com refluxo periprotético importante. Realizado PET-SCAN que sugeriu disfunção de bioprótese mitral secundária a EI, diante disso, culturas foram colhidas, sendo positiva para a candidemia por *C. parapsilosis*. Foi iniciado micafungina para tratamento da EF. Em jun/22 foi realizada a 3ª TVM, a qual também ocorreu sem intercorrências. Paciente evoluindo bem no pós-operatório, aguardando término de antibioticoterapia para alta hospitalar.

**Discussão:** Nos últimos anos, o complexo *C. parapsilosis* tornou-se o 2º patógeno mais comum da candidíase. O complexo *C. parapsilosis* coloniza o trato gastrointestinal, pele e orofaringe. Os fatores de risco para essa condição são: as válvulas protéticas (57,4%), uso de drogas intravenosas (20%), nutrição parenteral (6,9%), cirurgia abdominal (6,9%), imunossupressão (6,4%), uso de antibióticos de amplo espectro (5,6%) e doença valvar prévia (4,8%).

O tratamento recomendado para a EVP do complexo *C. parapsilosis* ainda é controverso. Nos últimos anos, a terapia tende a se tornar terapia antifúngica combinada, porém alguns estudos mostraram certa resistência do complexo às equinocandinas, sendo optado por associação com os azóis.

O caso apresentado reforça a importância do diagnóstico precoce e a antibioticoterapia imediata no tratamento dessa condição. Mais atenção deve ser dada aos pacientes imunocomprometidos que foram submetidos à TVM.

**Q097.22**
**FATORES DE RISCO, DESFECHOS E FAIXA ETÁRIA DE PACIENTES COM SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PERNAMBUCO**

ISABELA HADASSA SILVA MENOR, MARIANA FERREIRA MARTINS DOS SANTOS, ALINE DUARTE MARANHÃO, SÍLVIA MARINHO MARTINS ALVES

UNIVERSIDADE MAURÍCIO DE NASSAU; HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PERNAMBUCO

**Introdução:** As Síndromes hipertensivas gestacionais (SHG) é uma das complicações mais importantes da gravidez e puerpério. Alguns fatores podem causar aumento da incidência dessas levando assim à complicações tanto maternas como fetais/neonatais. **Objetivo:** Identificar os fatores de risco, assim como os principais desfechos, de acordo com a faixa etária, entre portadoras de SHG em um hospital de referência de Pernambuco. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal de base hospitalar do tipo prospectivo, observacional, com abordagem quantitativa em hospital universitário do estado de Pernambuco. Participaram 65 gestantes, diagnosticadas com SHG, que estavam no terceiro trimestre da gestação, internadas no período de março a maio de 2022. Essas pacientes foram divididas em 3 faixas etárias: 1ª (até 15 anos)= 1 paciente, 2ª (de 16 até 35 anos)= 50 pacientes e 3ª (a partir de 35 anos)= 13 pacientes. Após a coleta de informações de prontuários e a aplicação de questionários socioeconômicos, foram analisadas variáveis como faixa etária, IMC materno, grupo sanguíneo, comorbidades (doenças autoimunes, nefropatias, cardiopatias e diabetes e hipertensão pré gestacionais), se a gestante era primigesta ou multigesta, presença de SHG familiar ou SHG anterior, se ocorreu alguma complicação materna durante o parto, se o recém-nascido apresentou alguma complicação decorrente da SHG da mãe, assim como o apgar apresentado por esse durante o parto. **Resultados:** Em relação ao IMC gestacional houve o predomínio da obesidade nas 3 faixas etárias estudadas. Como presença de DM e HAS pré-gestacional vimos a presença em 7,6% e em 20% respectivamente. Em relação à presença de SHG anterior 17,6% das pacientes da segunda faixa etária tinham tido SHG anterior, já as da terceira faixa etária 50% tinham tido SHG em gestação anterior. História de SHG familiar a segunda faixa apresentou 39,2%, já as faixas etárias dos extremos apresentaram 42,8% de presença de SHG familiar. Em relação aos desfechos, a primeira faixa etária não apresentou complicação materna, porém o recém-nascido apresentou sofrimento fetal como complicação. A segunda faixa etária teve a presença de complicações maternas como PE grave, picos hipertensivos e 1 paciente que apresentou AVC hemorrágico pós-parto, já em relação às complicações fetais/neonatais ocorreu a presença em cerca de 33,3%, sendo as mais comuns a prematuridade, SARS e a presença de 2 óbitos fetais. Na terceira faixa etária de mulheres acima de 35 anos vemos a presença de 57% de complicações maternas sendo a mais comum a PE grave e os picos hipertensivos e 60% de complicações fetais/neonatais, sendo a prematuridade e a SARS as principais apresentações. **Conclusão:** Quanto aos grupos estudados a frequência de fatores de risco foram semelhantes, sendo que o óbito fetal só esteve presente na segunda faixa etária. Concluímos que na nossa amostra não verificamos relação entre a frequência de fatores de risco e desfechos e as diversas faixas etárias.

**Q115.22**
**PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÃO VENTRICULAR ESQUERDA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS EM USO DE DROGAS ANTRACÍCLICAS**

GABRIEL MARINO FERREIRA, PAULA ARARUNA BERTAO, CYNTHIA FERNANDEZ DE MESQUITA, SANDRO GONÇALVES DE LIMA, ANDRÉA BEZERRA DE MELO DA SILVEIRA LORDSLEEM, BRIVALDO MARKMAN FILHO

SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE

**INTRODUÇÃO** – O avanço terapêutico das neoplasias tem levado muitos pacientes à cura ou ao controle clínico. Assim, a toxicidade desses tratamentos se tornou fator importante que interfere na morbidade, na mortalidade e na qualidade de vida dos pacientes que passam por eles (LENNEMAN; SAWYER, 2016). Um dos efeitos adversos dessas terapias são os eventos cardiovasculares. A redução significativa da fração de ejeção pela disfunção do ventrículo esquerdo e a insuficiência cardíaca congestiva consequente à essa redução ainda são fatores de alta morbidade e mortalidade nesses pacientes (HERRMANN, 2020). O objetivo deste trabalho foi verificar a prevalência de disfunção ventricular esquerda em pacientes oncológicos após a quimioterapia com antraciclínicas e caracterizá-las epidemiologicamente.

**MÉTODOS** - Trata-se de um estudo longitudinal, analítico e observacional, realizado com 33 pacientes acompanhados nos ambulatórios de oncologia e hematologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco que foram submetidos à quimioterapia com antraciclínicas. Excluíram-se os pacientes com sintomas prévios de insuficiência cardíaca, os portadores de miocardiopatia prévia, as gestantes e lactantes e os pacientes em terapia renal substitutiva. Foram feitas três avaliações por Ecocardiograma e Eletrocardiograma, sendo a 1ª avaliação anterior à quimioterapia, a 2ª após 3 meses e a 3ª após 6 meses do início do tratamento. Foram analisadas variáveis como idade, IMC, fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), dose do quimioterápico, tipo de neoplasia, sexo e a presença de comorbidades (diabetes, hipertensão, tabagismo e dislipidemia). Foi considerada disfunção sistólica do ventrículo esquerdo a queda na FEVE de, pelo menos, 10% para níveis inferiores a 55% em comparação ao nível basal do indivíduo.

**RESULTADOS** - Dos 33 pacientes incluídos (idade média = 49 ± 9,5 anos), 23 tinham câncer de mama (69,7%), oito tinham Linfoma não-Hodgkin (24,3%), um tinha Linfoma Hodgkin (3%) e um tinha sarcoma (3%). A predominância foi do sexo feminino (29), e o IMC médio foi de 27,26 kg/m². Sete pacientes possuíam hipertensão arterial (21,2%), seis diabetes (18,2%), nove dislipidemias (27,3%) e dois eram tabagistas (6%). Do total de 33 pacientes, 22 apresentaram redução na fração de ejeção do ventrículo esquerdo (66,7%), e oito apresentaram disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (24,3%).

**CONCLUSÃO** – A prevalência de disfunção ventricular esquerda nos pacientes tratados com antraciclínicas foi de 24,3%, com associação positiva entre o tempo de tratamento e o acúmulo da dose. A presença das comorbidades analisadas parece não exercer influência sob a funcionalidade do ventrículo esquerdo neste contexto.

## Q153.22

**AValiação DA EXISTÊNCIA DO PARADOXO DA OBESIDADE EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA ACOMPANHADOS EM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA EM PERNAMBUCO**

CELINA MARIA DE CARVALHO GUIMARÃES, SILVIA MARINHO MARTINS, CARLOS EDUARDO BARROS FERREIRA DE MORAES, BRUNA ANDRADE BARROS, CAROLINA DE ARAÚJO MEDEIROS, MARIA DAS NEVES DANTAS DA SILVEIRA BARROS, CRISTINA DE FÁTIMA VELLOSO CARRAZZONE, WILSON ALVES DE OLIVEIRA JUNIOR

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - FCM/UPE; AMBULATÓRIO DE DOENÇA DE CHAGAS E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DO PRONTO-SOCORRO CARDIOLÓGICO UNIVERSITÁRIO DE PERNAMBUCO - PROF. LUIZ TAVARES - PROCAPE/UPE

**Introdução:** A obesidade é um fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares como a insuficiência cardíaca (IC), patologia de alta morbimortalidade. Entretanto, nos pacientes já portadores de IC, o Índice de Massa Corporal (IMC) mais elevado pode indicar melhor prognóstico, efeito denominado paradoxo da obesidade. Nesse contexto, há uma carência de estudos nacionais que avaliem essa relação na população brasileira, com suas características clínicas e socioeconômicas distintas. O objetivo do presente trabalho é verificar a associação entre o IMC e a gravidade e o prognóstico da IC. **Métodos:** Coorte com 264 pacientes com IC crônica, idade  $\geq 18$  anos, registro prévio ou atual de IC com Fração de Ejeção Reduzida (ICFER), atendidos em ambulatório especializado em Pernambuco. A gravidade da IC foi definida a partir da Classe Funcional (CF) I, II, III e IV, de acordo com a New York Heart Association, e da disfunção ventricular, definida pela Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE)  $< 40\%$ . O IMC foi classificado em 4 categorias: abaixo do peso ( $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ ), peso normal ( $18,5-24,99 \text{ kg/m}^2$ ), sobrepeso ( $25-29,99 \text{ kg/m}^2$ ) e obesidade ( $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ). O prognóstico foi definido como óbito por todas as causas com seguimento mínimo de 60 dias. Os principais testes estatísticos usados foram o qui-quadrado e a análise multivariada de Cox, com  $p < 0,05$  significativo. **Resultados:** A mediana da idade foi de 61 anos, prevalecendo o sexo masculino (59,1%), idosos (54,5%) e pardos (53,4%), com renda de até 1 salário mínimo (62,5%), naturais (40,5%) e procedentes (69,3%) da Região Metropolitana do Recife, com baixa escolaridade (70,7% com ensino fundamental incompleto). As etiologias predominantes foram a chagásica (31,4%), idiopática (22,7%) e hipertensiva (19,7%). De comorbidades, 69% eram hipertensos e 35,7% diabéticos. A CF III foi a mais prevalente (34,1%), seguida da CF II (29,9%). A mediana da FEVE foi de 35%, predominando a ICFER (61%). Em relação ao IMC, verificou-se a mediana de  $26,8 \text{ kg/m}^2$ , prevalecendo o sobrepeso (36,7%) e IMC normal (33,3%), seguido por obesidade (26,5%) e baixo peso (3%). Dentre os pacientes com sobrepeso, a maioria tinha disfunção ventricular (61,4%), CF II (31,8%), III (30,6%) e I (29,4%). Para os obesos o resultado foi semelhante. Apesar disso, não foi encontrada associação do IMC com a disfunção ventricular ( $p=0,289$ ), tampouco com a CF ( $p=0,523$ ). Na análise multivariada, o IMC não apresentou correlação com o desfecho óbito ao longo do tempo ( $p=0,456$ ), mas foi observado que as taxas de mortalidade foram maiores nos seus extremos: abaixo do peso e obesidade. **Conclusão:** Apesar dos resultados estatísticos não confirmarem o paradoxo, na população avaliada foi observado que a maior gravidade da IC caminha com os extremos do IMC.

## R127.22

**ASSOCIAÇÃO POLIFARMÁCIA E INTERNAÇÃO EM IDOSOS COM DOENÇA CARDIOVASCULAR**

MARCIA CRISTINA A SILVA, MARIA ELISA LUCENA SALES DE ASSUNÇÃO, RAFAEL CARNEIRO LEÃO MAIA, FLÁVIO HILTON FEIJÓ CAVALCANTI SILVA, DEBORAH COSTA LIMA DE ARAÚJO, JOYCE SANTANA DO NASCIMENTO, DARIO CELESTINO SOBRAL-FILHO, ULISSES RAMOS MONTARROYOS

PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO - PROCAPE/UPE

**FUNDAMENTO:** Em pesquisa realizada por meio de análise de dados do English Longitudinal Study of Ageing (ELSA), a idade  $> 65$  anos é um fator de risco independente para polifarmácia. Estima-se que 30% dos idosos com doença cardiovascular ou HAS utilizem mais de um medicamento e no mínimo 90% utilizem pelo menos um, sendo estimada a média de 4 medicamentos. Quanto maior o número de medicamentos prescritos, maior a complexidade da administração e maior o desafio da adesão ao tratamento. Ainda o número de fármacos prescritos é maior determinante para a ocorrência de iatrogenia e Reação adversa a medicamentos (RAM) em idosos e maior a probabilidade de prescrição inapropriada e de interações medicamentosas. A polifarmácia está associada ao aumento do risco de hospitalização, de declínio funcional e de deficiência cognitiva. **Objetivo:** Analisar associação entre polifarmácia e internação hospitalar em pacientes idosos com doença cardiovascular. **Metodologia:** Foram incluídos, de forma consecutiva, idosos com uma ou mais doenças cardiovasculares. Polifarmácia foi definida como uso de 02 ou mais medicamentos. Polifarmácia maior como uso de 5 ou mais medicações. Internação de qualquer causa foi considerada nos últimos 12 meses, em consulta na inclusão do estudo. Na análise estatística, foram consideradas estatisticamente significativas as diferenças com valor de  $p < 0,05$  na análise univariada e foi utilizado modelo de regressão múltipla para estimar a associação entre polifarmácia e internação, ajustada para possíveis fatores de confusão. A estimativa de associação utilizada foi o odds ratio, com seu respectivo intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** Foram incluídos 473 pacientes com média de idade de  $73 \pm 6,5$  anos e 54% foram do sexo feminino. Polifarmácia foi encontrada em 282 pacientes (59,62%) e polifarmácia maior em 27 (5,71%). Houve 126 internamentos em 12 meses nos pacientes (26,87%). A associação entre internação e polifarmácia maior foi estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ), tendo ocorrido em 15 pacientes com polifarmácia maior (11,9%) e em apenas 12 dos pacientes sem polifarmácia maior (3,5%). A presença de polifarmácia maior esteve associada a um OR 3.73 (IC 95% 1.67 - 8.29). Os pacientes com polifarmácia eram mais idosos que os pacientes sem polifarmácia ( $72,80 \pm 6,58$  anos x  $70,26 \pm 4,26$  anos, respectivamente,  $p = 0,0092$ ). Não houve associação de internação com polifarmácia menor, sexo, escolaridade, renda, adesão terapêutica e mini-exame do estado mental. **Conclusão:** Polifarmácia é comum em idosos com doença cardiovascular, aumentando em mais de 3x o risco de internação em 12 meses. Importante reduzir o uso de medicações fúteis, de modo a evitar ou minimizar a polifarmácia e o risco de internação.

## R128.22

**BAIXA ADESAO MEDICAMENTOSA RELACIONADA A CUSTO ENTRE IDOSOS COM DOENÇA CARDIOVASCULAR**

MARIA ELISA LUCENA SALES DE MELO ASSUNÇÃO, MARCIA CRISTINA AMÉLIA DA SILVA, DÉBORAH COSTA LIMA DE ARAÚJO, FLÁVIO HILTON FEIJÓ CAVALCANTI SILVA, RAFAEL CARNEIRO LEÃO MAIA, JOYCE SANTANA DO NASCIMENTO, DARIO CELESTINO SOBRAL FILHO, ULISSES RAMOS MONTARROYOS

UPE (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO) PROCAPE (PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO)

**Introdução:** A doença cardiovascular (DCV) é principal causa de morte no mundo<sup>1</sup> e a baixa adesão à medicação é muito prevalente nos pacientes portadores de doenças crônicas principalmente em países em desenvolvimento que têm menos recursos de saúde, sendo o custo do tratamento um dos fatores relevantes ao se avaliar adesão.<sup>2</sup> **Objetivo:** Analisar a adesão medicamentosa relacionada ao custo dos medicamentos entre idosos portadores de DCV atendidos em ambulatório de cardiologia geral na cidade do Recife. **Métodos:** Estudo observacional, transversal, analítico. A coleta de dados foi por realizada com pacientes inscritos e acompanhados no ambulatório de cardiologia geral do PROCAPE, Recife-PE, entre os meses de abril a dezembro de 2015. A população do estudo foi composta por indivíduos idosos, de ambos os sexos, portadores de DCV em uso de pelo menos uma medicação. Foi aplicado o questionário próprio com dados sócio-econômicos e questionário de adesão ao custo e questionário de adesão de Morinsky de 8 itens em todos os indivíduos. **Resultados:** A população do estudo reuniu 473 idosos com média de idade de 72,6 anos, sendo 54,1% do sexo feminino e renda média mensal de 1,83 salário-mínimo. A maioria morava sozinho (85,9%), era casado (30,4%) e possuía baixa escolaridade (4,4 anos de estudo). A polifarmácia esteve presente em 282 (59,6%), destes, 95 (33,6%) tinham baixa adesão relacionada ao custo. A prevalência de baixa adesão relacionada ao custo em relação à amostra total foi de 32,77% da população estudada. A prevalência de baixa adesão segundo Morinsky no estudo foi de 232 (49,05%), dos quais 155 (67%) teve a baixa adesão relacionada ao custo. Não houve diferença estatisticamente significativa quanto às variáveis clínicas estudadas, portanto a baixa adesão não tem preditores no idoso, devendo ser buscada em todos os idosos durante a consulta. **Discussão/Conclusão:** Os tratamentos farmacológicos reduzem substancialmente a morbimortalidade na DCV que está muito associada à polifarmácia e ao custo elevado do tratamento.<sup>3</sup> Na população geriátrica, até 32% dos idosos tomam menos medicamentos do que o prescrito para evitar custos.<sup>4</sup> O baixo nível socioeconômico dos indivíduos tem sido associado à menor adesão à medicação devido ao custo.<sup>5,6</sup> O custo foi um fator relevante de baixa adesão medicamentosa entre idosos portadores de DCV, podendo estar relacionada ao baixo nível socioeconômico e à polifarmácia. Cerca de 1/3 dos idosos com DCV tem baixa adesão decorrente do custo da medicação e precisa ser lembrado na consulta como possível causa da baixa adesão.

### B098.22

#### PERICARDITE CONSTRITIVA: UM RELATO DE CASO

JEANN CARLOS DE OLIVEIRA SANTIAGO, MONIELE TAVARES FERREIRA DA SILVA, AFRA VITÓRIA DE ALMEIDA BATISTA, ALANE REBÊLO DE SANTIAGO

PRONTO-SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO (PROCAPE)  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO (FCM/UPE)

**Introdução:** A Pericardite Constrictiva (PC) é uma doença diastólica ocasionada pelo enchimento cardíaco incompleto decorrente da inelasticidade do pericárdio, cuja principal causa é a tuberculose. Embora seja uma doença relativamente rara, sua prevalência e incidência são imprecisas e a maioria dos casos são considerados idiopáticos. O diagnóstico rápido e eficiente da PC é imprescindível, entretanto, essa tarefa pode ser desafiadora uma vez que a sintomatologia congestiva é muito similar a de outros distúrbios e, por isso, faz-se necessária a ecocardiografia transtorácica (ECOTT) e cateterização hemodinâmica. Nos casos de PC crônica, a pericardiectomia completa mostrou-se o tratamento eficaz, porém nos casos de pericardite inflamatória subaguda, pode haver resposta ao tratamento farmacológico com anti-inflamatórios. **Descrição do Caso:** Mulher, 45 anos, sem comorbidades prévias, apresentando quadro de dispnéia no final de 2020. Realizou uma tomografia de tórax evidenciando uma calcificação no pericárdio. Em consulta cardiológica posterior, foi solicitado um ECOTT, no qual foram observadas alterações compatíveis com pericardite constrictiva, e uma ressonância magnética com achados correspondentes a cardiomiopatia dilatada. Com isso, a paciente foi encaminhada para avaliação no Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE). Para esclarecer o caso, foram pedidos um novo ECOTT e um cateterismo direito e esquerdo, ambos com alterações compatíveis com PC. No cateterismo, foi percebida uma curva pressórica semelhante ao "sinal da raiz quadrada". A paciente se encontra em programação cirúrgica desde 2021, desde então o quadro inicial não voltou a se repetir. Atualmente, refere ausência de sintomas e o exame físico não indica alterações. Paciente apresenta sinais vitais estáveis, sem turgência jugular ou pulso paradoxal, na ausculta cardíaca apresenta ritmo cardíaco regular com bulhas normofonéticas e sem sopros, a ausculta pulmonar apresenta murmúrios vesiculares presentes em ambos os hemitórax sem ruidos adventícios, abdome plano sem visceromegalias, indolor à palpação e extremidades bem perfundidas, com pulsos simétricos e amplos, sem edema de membros inferiores. **Conclusão:** A Pericardite Constrictiva é uma forma de Insuficiência Cardíaca (IC) cuja fisiopatologia e o tratamento distinguem-se das demais, o que, frequentemente, dificulta o diagnóstico por mimetizar outras formas. No caso relatado, pode-se identificar tal dificuldade diagnóstica mesmo com recursos de exames de imagem. Casos de PC crônica tendem a ser progressivos e a pericardiectomia é o tratamento indicado, já que apresenta um risco aceitável e melhorou dos sintomas. Contudo, este caso mostra-se atípico, pois o quadro clínico regrediu, tornou-se assintomático e sem sinais clínicos, enquanto permanecem os achados de pericardite constrictiva nos exames de imagem.

### C021.22

#### ORIGEM ANÔMALA DO TRONCO DA ARTÉRIA CORONÁRIA ESQUERDA A PARTIR DO SEIO CORONARIANO DIREITO (ALCA-R)

JEANN CARLOS DE OLIVEIRA SANTIAGO, ANA LAISA ANDRADA OLIVEIRA, MILANE RODRIGUES BARBACHAN THALYTA STHEFANY BARBOSA DE SANTANA, PALOMA KELLY LIMA SANTOS

PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO PROF. LUIS TAVARES (PROCAPE); UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO (UPE); UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB); HOSPITAL / FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE (FPS)

**INTRODUÇÃO:** A origem anômala do tronco da coronária esquerda a partir do seio coronariano direito (ALCA-R) tem uma prevalência populacional estimada em 0,05%. ALCA-R pode se apresentar em quatro diferentes trajetos, que incluem: entre a aorta e a artéria pulmonar (interatrial), através do septo conal (intra-septal), anterior à artéria pulmonar e posterior ao tronco da aorta. O subtipo interatrial é o mais temido e muitas vezes associado a episódios de angina e morte súbita. O diagnóstico pode ser difícil, já que apenas 20% dos casos apresentam sintomas característicos. Além disso, testes indutores de isquemia podem ser normais. O cateterismo cardíaco e a angiogrametografia de coronárias são exames úteis para detectar trajetos anômalos e alterações morfológicas, sendo essenciais para um diagnóstico precoce e melhor discussão sobre sua conduta terapêutica. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente LPS, mulher, 41 anos, obesa, dislipidêmica, hipertensa e diabética, foi admitida no nosso serviço (PROCAPE), com história de dor retroesternal com padrão atípico e dispnéia aos mínimos esforços, não progressiva, iniciada há 2 meses. O eletrocardiograma de admissão mostrava-se com ritmo sinusal, sem alterações no seguimento ST ou onda T. Prosseguindo investigação, foi realizado teste ergométrico, sendo interrompido após importante pico pressórico, negou dor torácica durante o exame. Discutido caso com Heart Team e optado por investigação invasiva com angiografia de coronárias. Durante o cateterismo foi evidenciado a presença de um longo tronco da coronária esquerda, com origem em comum com a coronária direita, no seio aórtico direito, a nível da crista sinotubular, com forte suspeita de um trajeto interatrial. Não foi evidenciada doença aterosclerótica. Realizada angiogrametografia de coronárias posteriormente, que confirmou seu padrão interatrial (trajeto maligno). O ecocardiograma transtorácico não mostrou alterações segmentares ou disfunção sistólica. Discutido caso novamente com Heart Team e optado por controle pressórico associado a conduta conservadora, recebendo alta assintomática e com programação de seguimento ambulatorial. **CONCLUSÃO:** A origem anômala de tronco de coronária esquerda a partir do seio coronariano direito (ALCA-R) é uma condição rara. Uma avaliação completa das artérias coronárias a partir de exames de imagem é de extrema importância para determinar trajetos malignos. Seu diagnóstico e terapêutica ainda continuam sendo um grande desafio.

### C050.22

#### ANGINA VASOESPÁSTICA LEVANDO À DOR TORÁCICA TÍPICA, SUPRADESNIVELAMENTO DE SEGMENTO ST EM ELETROCARDIOGRAMA E BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR TOTAL: UM RELATO DE CASO

JEANN CARLOS DE OLIVEIRA SANTIAGO, ANA LAISA ANDRADA OLIVEIRA, MILANE RODRIGUES BARBACHAN, NICHOLAS LOURENÇO MALTA, BRUNA DIAS GUIMARÃES

PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO PROF. LUIS TAVARES (PROCAPE); UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO (UPE); UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB); FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE (FPS)

**INTRODUÇÃO:** A angina vasoespástica (VSA) ou angina de Prinzmetal é definida como o espasmo vascular da artéria coronária, podendo levar à redução do suprimento sanguíneo para o miocárdio e causar manifestações clínicas semelhantes à do infarto agudo do miocárdio (IAM). Esse espasmo pode ser consequência da disfunção endotelial, de anormalidades genéticas, do tabagismo e do abuso de substâncias, como cocaína e alfa-agonistas (pseudoefedrina). A VSA é caracterizada por: (1) dor torácica que responde ao uso de nitrato; (2) Alterações isquêmicas transitórias vistas através do eletrocardiograma (ECG) durante episódio de angina espontânea; (3) Espasmo de artéria coronária documentada com angina e alterações isquêmicas espontâneas no ECG causadas ou provocadas por testes durante angiografia. É essencial que seja realizado o diagnóstico precoce da VSA a fim de prevenir a necrose miocárdica, o IAM e a síncope nestes pacientes. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 81 anos, tabagista, etilista e hipertensa, deu entrada no nosso serviço com dispnéia e troponina alterada. No internamento evoluiu com melhora clínica, queda de troponina e estabilização do quadro, sendo agendado cateterismo eletivo para investigação invasiva. Após nove dias, a paciente apresentou dor torácica típica, e, à realização de ECG, foi flagrado um bloqueio atrioventricular total (BAVT), com necessidade de passagem de marca-passo provisório, e um supradesnívelamento de segmento ST em parede inferior. Realizado cateterismo de urgência e encontrada lesão suboclusiva em 1/3 médio da artéria coronária direita, com interrupção do procedimento após fratura do cateter. Após 3 horas, repetiu-se novo cateterismo, com aplicação prévia de nitroglicerina intracoronariana. No entanto, desta vez, a artéria coronária direita da paciente não mostrava lesões obstrutivas significativas, recebendo, então, o diagnóstico de vasoespasmos. Cateterismo finalizado sem intercorrências, com a paciente estável clínica e hemodinamicamente. **CONCLUSÃO:** A VSA é uma entidade clínica subdiagnosticada devido à sua apresentação heterogênea, sendo considerada um possível diagnóstico diferencial de dor torácica. A longo prazo, a VSA pode contribuir para a incidência de eventos cardiovasculares adversos maiores e consequente morbimortalidade. O tratamento envolve mudanças no estilo de vida para afastar os fatores de risco e farmacoterapia baseada em bloqueadores de canal de cálcio, nitratos de ação prolongada e estatinas. Se manejados de forma correta, os pacientes com VSA possuem bom prognóstico. Mais estudos devem ser realizados para aumentar a compreensão e acurácia diagnóstica desta entidade clínica.

### C114.22

#### CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA: DIAGNÓSTICO HEMODINÂMICO POR GRADIENTE VENTRICULAR AÓRTICO: RELATO DE CASO

ELDER JOSÉ AQUINO DE SÁ, TALITA DAMARIS OLIVEIRA DA SILVA, FELIPE GONÇALVES GOMES, BRUNO CÉSAR MARQUES DE PAULA CRUZ, AGENOR JÚNIOR DOS SANTOS MELO

PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO –PROCAPE/UPE  
FACULDADE DE MEDICINA ESTÁCIO DE JUAZEIRO DO NORTE CE – FMJ  
FACULDADE DE MEDICINA TIRADENTES DE JABOATÃO DOS GUARARAPES - FITS / UNIT

**Introdução:** A cardiomiopatia hipertrofica (CMH) é uma doença autossômica dominante, considerada a mais prevalente das cardiopatias de origem genética, podendo estar relacionada a mutações cromossômicas e outras etiologias não definidas. É caracterizada pela hipertrofia da parede ventricular na ausência de outra afecção evidente. É classificada de acordo com a localização da hipertrofia, sendo ela simétrica ou assimétrica, com sintomatologia variada. O paciente pode apresentar dispnéia, dor torácica, palpitações, síncope e tem como complicação grave a morte súbita cardíaca. O diagnóstico pode ser dificultado pelas alterações eletrocardiográficas de sobrecarga ventricular esquerda (SVE), por vezes confundidas com evidências de doença arterial coronariana.

**Relato de caso:** Paciente masculino, 52 anos, hipertenso, admitido em serviço cardiológico com queixa de dor torácica em aperto aos esforços, e dispnéia há 02 anos. Negava ortopneia, edema de membros inferiores e outros indícios de congestão pulmonar e sistêmica. Havia iniciado investigação com cardiologista ambulatorialmente, que solicitou um teste ergométrico (TE). O eletrocardiograma (ECG) basal mostrava um ritmo sinusal com SVE e alteração da repolarização ventricular. No TE foi descrito sintomas clínicos (dor torácica típica) e alteração de segmento ST com baixa carga de esforço. Neste contexto, foi indicado estratificação invasiva com cateterismo cardíaco. Foi então submetido ao procedimento que mostrou artérias coronárias isentas de aterosclerose e ventrículo esquerdo (VE) de aspecto hipertrofiado na ventriculografia. Na manometria endocavitária, viu-se um alto gradiente pressórico ventricular aórtico (60 mmHg). Foi acionado a equipe de ecocardiografia para ecocardiograma transtorácico. Achados: Fração de ejeção do VE 75% e importante hipertrofia ventricular simétrica (Septo Interventricular: 17mm e parede Posterior: 17mm). Foi investigado história familiar em parentes de primeiro grau. Monitor Holter de 24h apresentou Arritmia supraventricular e ventricular de baixa incidência. Optado então por alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial no departamento de miocardiopatias e insuficiência cardíaca. Paciente foi orientado a não praticar exercícios físicos de alta intensidade e permanecer sem atividades laborais que requerem muito esforço físico até controle de sintomas. **Conclusão:** Esse relato mostra um diagnóstico por método complementar atípico na investigação de hipertrofias ventriculares. O exame intervencionista invasivo foi indicado na suspeita de coronariopatia, e não é exame de escolha para tal fim, mas mostrou-se muito útil devido na manometria endocavitária e aferição de gradientes pressóricos. Esses achados, associado à descrição diagnóstica de uma equipe integrada de profissionais capacitados proporcionou boa assistência ao paciente atendido.

Palavras-chave: cardiomiopatia hipertrofica; Cateterismo cardíaco, ecocardiograma transtorácico;

## C118.22

**CENÁRIO ATUAL DO TRATAMENTO POR INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA (ICP) EM OCLUSÕES TOTAIS CRÔNICAS (CTO) EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM CARDIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA DE PERNAMBUCO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

ELDER JOSÉ AQUINO DE SÁ, TALITA DÂMARIS OLIVEIRA DA SILVA, NATHALIA GOMES DE LIMA BESERRA, LARISSA FREIRA CARRAZZONE, ALBERTO HENRIQUE ALVES GONDIM MONTEIRO

PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO – PROCAPE/UPE FACULDADE DE MEDICINA TIRADENTES DE JABOATÃO DOS GUARARAPES - FITS FACULDADE DE MEDICINA ESTÁCIO DE JUAZEIRO DO NORTE – CE

**INTRODUÇÃO:** Nas últimas duas décadas, houve um desenvolvimento de possibilidades de revascularização cardíaca por intervenção coronária percutânea (ICP), associada ao aprimoramento de materiais modernos que permitem novas técnicas terapêuticas de sucesso. As oclusões totais crônicas (CTO) são definidas como obstruções coronárias que produzem oclusão total do lúmen do vaso com nenhum fluxo distal visível (Fluxo TIMI 0) e duração superior a 3 meses. Esses métodos ainda têm uso restrito no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), devido ao alto custo agregado, onerando e dificultando o uso rotineiro neste cenário de recursos escassos. **RELATO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 81 anos, com história prévia de doença arterial coronariana multiarterial, diagnosticada há dois anos por estratificação invasiva em serviço de referência de cardiologia intervencionista, durante internação por Síndrome Coronariana Aguda (SCA), quando descendente anterior evidenciou-se artéria ocluída no 1/3 proximal, artéria circunflexa com lesão proximal grave e primeiro ramo marginal ocluído na origem. Na ocasião, o paciente recusou abordagem cirúrgica de revascularização, indicada pelo Heart Team assistente. O paciente retornou dois anos após a primeira internação, com novo quadro de SCA, e foi discutida uma abordagem alternativa por ICP hemodinâmica. Após a estratificação pelo Escore de Oclusão Total Crônica (J-CTO), definiu-se a anatomia e a abordagem complexa (formato da entrada=1/ calcificação= 1/ angulação > 45°= 0/ comprimento da lesão=1/ nova tentativa= 0). Foi realizada tentativa de recanalização pela técnica de dupla punção arterial, com cateterização simultânea do óstio das coronárias esquerda e direita, porém, a recanalização do vaso-alvo não foi bem-sucedida, por dificuldades técnicas e falta de materiais adequados. **CONCLUSÃO:** É necessária a incorporação de aparato adequado para o tratamento do OCT com J-CTO elevado por PCI também nos sistemas públicos de saúde, mesmo que restrito a casos selecionados, como o apresentado, possibilitando melhor assistência e resolutividade terapêutica. **Palavras-Chave:** Angioplastia Coronária; Intervenção coronária percutânea; Oclusões totais crônicas

## C135.22

**UTILIZAÇÃO DE COLA ENDOVASCULAR NO TRATAMENTO DE SHUNT CORONÁRIO-PULMONAR EM ADULTO SINTOMÁTICO**

PALOMA KARINE ARAÚJO DA SILVA, LAECIO LEITAO BATISTA, ARNOBIO ANGELO MARIZ JUNIOR, EDGAR VICTOR FILHO, NELSON ANTONIO MOURA DE ARAUJO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

A fistula coronário-pulmonar (FCP) é a comunicação entre a coronária e uma das câmaras cardíacas ou vasos adjacentes. A sua incidência está entre 0,13% a 0,6% em relatos angiográficos da população adulta. A importância clínica se dá pelo alto risco de insuficiência cardíaca, isquemia miocárdica, endocardite infecciosa, arritmia e ruptura. O tratamento percutâneo tem ganhado espaço nos últimos 20 anos e utiliza materiais como molas, plug vascular, stent recoberto e balão destacável. M.C.A., homem, 67 anos, hipertenso e extabagista atendido para pré-operatório de correção de aneurisma no eixo ilíaco. Encaminhado para cinecoronariografia no Hospital das Clínicas. Referia dispneia aos médios esforços, nos últimos 8 meses. Em uso de bisoprolol, losartana e espironolactona e simvastatina. Ao exame, ausculta cardio-pulmonar normal. Trouxe resultado de ecocardiograma (ECO) que mostrou aumento de câmaras esquerdas, fração de ejeção de 42% e Holter 24h, fibrilação atrial com frequência baixa. A cinecoronariografia evidenciou fistulas de alto débito com orifícios em TCE e ADA para tronco da artéria pulmonar. ADA apresentava lesão discreta na origem e moderada em terço proximal; ACx, lesão grave distal e aterosclerose parietal difusa discreta. Os shunts de baixo débito em pacientes assintomáticos recebem tratamento conservador, aqueles sintomáticos ou com fistulas de alto débito, o tratamento invasivo é indicado. O tratamento endovascular de FCP com mola ou plugs não seriam dispositivos adequados, considerando o formato plexiforme e pequeno diâmetro dos vasos. Sendo optado pela cola vascular (acrilato). O acesso foi realizado pela artéria femoral direita. Realizado cateterismo de TCE e administração venosa de heparina não fracionada (100UI/kg). Um microcateter fluxo-dirigido foi posicionado, até encunhar na fistula, seguido da embolização com acrilato e lipiodol (solução a 50%). O controle angiográfico confirmou a exclusão completa do shunt e preservação da vasculatura cardíaca. Evoluiu assintomático e realizou novo ECO no segundo dia, com fração de ejeção de 56%. Após 45 dias da alta referiu melhora da dispneia, apenas para esforços extenuantes. Foram solicitadas cintilografia do miocárdio e TAC de tórax, ainda sem resultados. O acrilato é um agente embolizante líquido, não absorvível, polimeriza em contato com soluções iônicas levando à oclusão irreversível do vaso. É diluído com contraste e Lipiodol, que determina o tempo para polimerização. O microcateter utilizado para sua administração deve ser inserido o mais distal possível no vaso. O controle angiográfico evidenciou o fechamento imediato da fistula da coronária esquerda-tronco da artéria pulmonar. A utilização de cola vascular é uma opção segura e efetiva para fistulas coronárias com alto débito e de pequeno diâmetro. A melhora precoce dos sintomas pode estar relacionada ao fechamento da fistula. Não encontramos na literatura outro relato de oclusão de shunt coronário-pulmonar em adulto com acrilato.

## C139.22

**IMAGEM INCOMUM DE ANEURISMA CALCIFICADO DO VENTRÍCULO ESQUERDO**

PATRÍCIA BEZERRA ROCHA MONTENEGRO, GABRIELA LUCENA MONTENEGRO, FERNANDO ANTÔNIO RIBEIRO SOUZA, ARTHUR GUILHERME MAGALHÃES PROCÓPIO, ÁLVARO MONTEIRO PERAZZO, MARIANA FERREIRA PAULINO

REAL HOSPITAL PORTUGUÊS; PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO; UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

Homem de 39 anos apresentou episódio de infarto agudo do miocárdio (IAM) de parede anterior em 1990. Na ocasião, não foi possível realizar a reperfusão coronariana, tendo o paciente evoluído com insuficiência ventricular esquerda e taquicardia ventricular. Dezoito anos após o IAM, em 2008, o paciente apresentava-se diabético, desenvolveu doença arterial periférica e tinha um ecocardiograma com fração de ejeção (FE) de 42% e discinesia apical. Em 2016, o paciente desenvolveu angina e realizou cintilografia de perfusão miocárdica, a qual evidenciou fibrose extensa e severa na parede antero-infero-apical, com FE igual a 27%, sendo mantido tratamento conservador. No mesmo ano, o paciente apresentou edema agudo pulmonar (EAP) e foi submetido a angiografia coronária, que mostrou oclusão crônica da artéria descendente anterior (ADA) e lesão severa da artéria circunflexa (ACx). Foi realizado intervenção coronária percutânea (ICP) com implante de stent farmacológico na ACx. Em 2019, novo episódio de EAP levou o paciente a realizar nova angiografia coronária e angioplastia do segundo ramo marginal, com dois stents farmacológicos. Nesta ocasião, a ventriculografia do paciente chamou atenção por apresentar uma imagem rara: aneurisma ventricular calcificado importante. O paciente evoluiu sem queixas e sem novos episódios de internamentos até o momento presente de 2022. O aneurisma ventricular esquerdo é uma complicação do IAM e é caracterizado por cicatriz fibrosa transmural com movimento paradoxal da parede no local. Com as práticas clínicas atuais com o uso de trombolíticos, angioplastia primária e medicamentos que reduzem o consumo de oxigênio, pré e pós carga, a incidência de aneurisma ventricular é cada vez menos frequente. Contudo, devido às dificuldades no nosso País, muitos pacientes chegam aos serviços de saúde com IAM em estágio tardio e não são capazes de usufruir de tais tratamentos, com risco de evoluir para essa complicação. O aneurisma ventricular, principalmente quando há calcificação importante, é apenas visto em poucos casos, porque necessita de um longo tempo de evolução pós-infarto e tais pacientes tem prognóstico reservado. Tal fato torna nosso caso interessante para as novas gerações de cardiologistas aprenderem essa evolução incomum em pacientes que, atualmente, são tratados com terapia de reperfusão.

## C140.22

**APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE IAMCSST EM PACIENTE COM COVID-19**

FERNANDO ANTÔNIO RIBEIRO SOUZA, GABRIELA LUCENA MONTENEGRO, PATRÍCIA BEZERRA ROCHA MONTENEGRO, ARTHUR GUILHERME MAGALHÃES PROCÓPIO, ÁLVARO MONTEIRO PERAZZO, MARIANA FERREIRA PAULINO

REAL HOSPITAL PORTUGUÊS / UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

V.A.M. 26 anos, foi admitido no dia 18/03/21 com quadro de febre, tosse, dispneia e mialgia havia 9 dias. Realizou RT-PCR por swab nasal que detectou infecção pelo COVID-19. A tomografia computadorizada de tórax evidenciou imagem de vidro fosco em <25% de área pulmonar com focos de consolidação incipiente. Os exames laboratoriais eram normais, exceto por uma ferritina um pouco elevada. Quatro dias depois, os exames evidenciaram leucocitose e PCR em ascensão (8 -> 21), sendo optado por iniciar levofloxacino. Nesta ocasião, o d-dímero era 697, ferritina 1292 e troponina 3,87, sendo então mantida enoxaparina profilática além de corticoide intravenoso. No 15º dia do início dos sintomas (24/03), o paciente apresentou elevação importante da troponina (3,87 -> 647 -> 1616), mesmo negando qualquer sintoma cardiovascular. O eletrocardiograma (ECG) evidenciou um ritmo sinusal com intervalo PR curto e supradesnivelamento do segmento ST de parede inferior e de V3 a V6, sendo não sugestivo de infarto agudo do miocárdio (IAM). Como paciente encontrava-se assintomático, foi optado por seriar marcadores de necrose miocárdica e ECG. Também foi solicitado um ecocardiograma. No dia seguinte, o paciente permanecia assintomático, porém a troponina continuava em ascensão (5748) e o ecocardiograma mostrou uma perda de função ventricular com fração de ejeção (FE) de 48%, além de hipocinetilidade em região antero-septal e presença de efusão pericárdica mínima. Diante dos achados, foi iniciada dupla antiagregação e foi solicitado cateterismo cardíaco de urgência. O cateterismo evidenciou tronco de coronária esquerda sem lesão; artéria descendente anterior (DA) com imagem de trombo em porção proximal, envolvendo grande ramo septal e com fluxo distal lentificado (TIMI II); artéria coronária direita (CD) dominante, de grande calibre, com imagem de trombo organizado em porção proximal, porém com fluxo distal mantido; ventrículo esquerdo com presença de hipocinesia apical, antero-apical e infero-apical. Diante dos achados, o paciente foi submetido à angioplastia primária de DA com implante de stent direto (Onyx 3,5 x 18mm) e não houve intervenção na CD. Iniciou-se agrastat intravenoso, mantido por 48h além de heparinização plena por 7 dias. Durante os 7 dias seguintes, o paciente permaneceu assintomático. Foi realizado novo ecocardiograma no dia 29/03 que evidenciou melhora da função ventricular (FEE 58%) e presença de hipocinetilidade discreta em região infero-apical e septal. No dia 01/04, foi submetido a novo cateterismo cardíaco com imagem intravascular para melhor avaliar a coronária. O exame evidenciou stent bem expandido na DA, com fluxo TIMI III. Na CD, foi evidenciado dissolução do trombo coronariamente identificado, com coronária livre de lesões. O paciente recebeu alta então com dupla antiagregação com AAS e birlinta, com orientação de seguimento ambulatorial. Esse caso mostra uma apresentação atípica de IAMCSST em paciente jovem com COVID-19 sem comorbidades.

## C141.22

### SÍNDROME CORONARIANA AGUDA EM PACIENTE COM COVID-19 SEM COMORBIDADES

GABRIELA LUCENA MONTENEGRO, ARTHUR GUILHERME MAGALHÃES PROCÓPIO, FERNANDO ANTÔNIO RIBEIRO SOUZA, PATRÍCIA BEZERRA ROCHA MONTENEGRO, ÁLVARO MONTEIRO PERAZZO, MARIANA FERREIRA PAULINO

REAL HOSPITAL PORTUGUÊS; UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

MK, 51 anos, sexo masculino, sem comorbidades, sedentário. Deu entrada na emergência de um hospital de referência em Recife com 3 horas de dor torácica cardíaca. O paciente apresentou troponina acima de 25.000pg/ml e realizou eletrocardiograma (ECG), mostrando supradesnivelamento de segmento ST de V1 a V6, DI e aVL.

Foi optado por realizar angioplastia coronariana de urgência, com aspiração de trombo das artérias descendente anterior e diagonal.

Durante o internamento, foi feito um ecocardiograma transtorácico que evidenciou fração de ejeção igual a 51% e acinesia anteroseptal apical e hipocinesia anteroseptal medial.

No terceiro dia de internamento, o paciente testou positivo para COVID-19.

Apesar de a maioria dos pacientes com COVID-19 só manifestarem sintomas leves a moderados de infecção respiratória do trato superior, uma proporção significativa de pacientes apresenta formas severas da doença, com inflamação sistêmica, tempestade de citocinas e hipercoagulabilidade. Em pacientes muito debilitados, é frequente apresentarem injúria miocárdica, principalmente naqueles com doença cardiovascular pré existente, além de serem associados a um pior prognóstico.

Os mecanismos fisiopatológicos que levam aos danos miocárdicos em pacientes com COVID-19 já foram descritos na literatura. A injúria miocárdica isquêmica é resultante de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) tipo 1, devido a um estado pró-trombótico, ou de IAM tipo 2, por causa de um desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio em pacientes com problemas respiratórios ou hipoxemia grave, choque ou dissecação de artéria coronária. Além disso, pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19 podem apresentar Síndrome Coronariana Aguda (SCA) como a primeira manifestação clínica da doença, mesmo na ausência de sintomas respiratórios.

Dados sobre características angiográficas, perfis clínico e epidemiológico e desfechos hospitalares de pacientes com COVID-19 indicados para angioplastia coronária são escassos. Em um registro multicêntrico europeu, pacientes com COVID-19 indicados para angioplastia coronariana durante a primeira onda da pandemia do SARS-CoV2 apresentaram IAMCSST e eram predominantemente homens, sem comorbidades. No geral, a gravidade do COVID-19 não era crítica, com 21% dos pacientes estando assintomáticos no momento da angioplastia. Frequentemente, era identificado bastante trombo nas lesões das artérias culpadas, com trombose de stent em 7% dos casos.

Esse relato de caso mostra um IAMCSST sendo o primeiro sintoma de infecção por COVID-19 em um homem previamente saudável sem comorbidades.

## E052.22

### COMPRESSÃO CORONARIANA POR PSEUDOANEURISMA DE VENTRÍCULO ESQUERDO PÓS-TRAUMÁTICO: RELATO DE CASO

BRENO DE ALENCAR ANTÃO, RAYSA RAMOS SANTOS NEGROMONTE, ANABEL LIMA VIEIRA, MARIA DE FATIMA NUNES DE OLIVEIRA, MARIA DOLORES DA TRINDADE HENRIQUES ASSUNÇÃO

HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES

#### Introdução:

Um pseudoaneurisma de ventrículo esquerdo (PVE) se forma quando a ruptura cardíaca é contida por pericárdio aderente ou tecido cicatricial. Diferente do aneurisma, não contém endocárdio ou miocárdio. Ocorre mais frequentemente após infarto do miocárdio transmural, todavia pode ocorrer após cirurgias cardíacas, traumas ou infecção. Descrevemos um caso de PVE pós trauma torácico fechado, que se apresentou incidentalmente em conjunto à uma insuficiência cardíaca valvar.

#### Relato de caso:

J.S.S., 60 anos, sexo masculino, admitido por dispneia aos pequenos esforços, ortopneia, dispneia paroxística noturna e edema de membros inferiores. Portador de bioprótese mitral desde 2013, por trauma torácico fechado em acidente automobilístico, que ocasionou insuficiência mitral (IM) aguda devido ruptura de cordoalha tendínea.

O ecocardiograma (ECO) da admissão mostrou uma função sistólica preservada, com insuficiência tricúspide moderada, hipertensão arterial pulmonar moderada e bioprótese mitral (BM) disfuncionante. O cateterismo pré-cirúrgico mostrou artéria descendente anterior, 2º ramo diagonal e artéria circunflexa com redução luminal importante durante sístole, sem sinais de aterosclerose coronariana.

Solicitado angiogramografia de artérias coronárias que evidenciou pseudoaneurisma em segmento basal de parede anterior do ventrículo esquerdo, com discreta compressão extrínseca de artéria circunflexa. Paciente realizou retroca de BM e correção de PVE, que se encontrava abaixo do plano valvular aórtico, medindo 1,3cm de diâmetro, com implante de patch de pericárdio bovino. Intercorreu com sangramento no pós-operatório, sendo manejado com sucesso.

Novo ECO demonstrando BM com implantação e fixação normais, função sistólica de VE normal, com insuficiência de câmaras direitas moderada, sem evidência de pseudoaneurisma. Paciente com melhora clínica após abordagem, segue em acompanhamento ambulatorial.

#### Discussão:

Segundo a literatura, 80% das lesões contusas cardíacas resultam de acidentes automobilísticos e variam amplamente, desde PVE até ruptura da parede livre do ventrículo. Pseudoaneurismas não tratados têm um risco de ruptura de 30 a 45% e, com terapia médica, uma mortalidade de quase 50%. O risco é maior entre os pacientes com IM grave que requer substituição da válvula mitral concomitante, como no caso descrito. O correto diagnóstico e o manejo cirúrgico adequado incorrem em redução da mortalidade e melhor prognóstico.

## E095.22

### PERFIL DA CIRURGIA CARDÍACA NO VALE DO SÃO FRANCISCO – 13 ANOS DE HISTÓRIA

ARISTÓFILO COELHO DA SILVA, ANDERSON DA COSTA ARMSTRONG, JEOVÁ CORDEIRO DE MORAIS JÚNIOR, SARAH RODRIGUES DE ASSUNÇÃO VAZ, ANTÔNIO MARCONI LEANDRO DA SILVA, JOSÉ VERÍSSIMO DOS SANTOS NETO, FABIO ANTÔNIO AMANDO GRANJA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO- UNIVASF / HOSPITAL MEMORIAL / UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO- UFPE

#### INTRODUÇÃO

As cirurgias cardíacas têm potencial de diminuir mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, porém sua disponibilidade na rede pública de saúde - em especial em cidades do interior do Nordeste - pode ser irregular por dificuldades logísticas e de financiamento.

#### OBJETIVO

Identificar fatores relacionados ao aumento da mortalidade e tempo de internação dos procedimentos cirúrgicos cardiovasculares realizados pelo SUS no Sertão do São Francisco (Juazeiro/BA e Petrolina/PE), no período entre 2008 e 2020.

#### MÉTODOS

Estudo observacional, longitudinal, com base em informações extraídas do Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Foram incluídas todas as cirurgias cardiovasculares em adultos. Excluídas intervenções percutâneas, endovasculares ou dispositivos eletrônicos implantáveis. Os subgrupos de cirurgias da aorta torácica, de vasos da base e as intervenções combinadas foram agrupadas. Dados financeiros são referentes ao valor total repassado pelo poder público para a realização de todos os procedimentos. Foram extraídos do sistema: intervenções por tipo de procedimento, permanência hospitalar e número de óbitos. As variáveis foram descritas em percentuais em linha do tempo. Teste não-paramétrico de Wilcoxon foi usado para comparar mortalidade entre anos com financiamento acima e abaixo da média no período, excluindo o ano de implantação do serviço (2008).

#### RESULTADOS

Foram avaliados 702 procedimentos cirúrgicos, sendo 386 (55%) Cirurgia de Revascularização Miocárdica, 202 (28,8%) Cirurgia Valvar isolada e outros 114 (16,2%). Houve diminuição no número de intervenções nos anos de 2011, 2016 e 2020, acompanhado por menor financiamento. Nos momentos de queda brusca das intervenções, houve aumentos expressivos na mortalidade intra-hospitalar. Esses períodos de menor número de intervenções também coincidem com picos de aumento da média de permanência hospitalar. Os três meses de financiamento abaixo da média obtiveram maior média de mortalidade em relação aos demais (19,17% vs. 7,3% de mortalidade, respectivamente; p = 0,013).

#### CONCLUSÃO

O financiamento e o volume de procedimentos foram instáveis no período de 2008 a 2020 no Sertão do São Francisco. O menor repasse financeiro esteve associado à redução do número de procedimentos, potencialmente restringindo o acesso a pacientes com necessidades mais urgentes. Em consequência, houve aumento da mortalidade e do tempo de internação nos períodos de mais baixo financiamento.

## E112.22

### USO DE FIO RÁDIO OPACO PARA GUIAR LIBERAÇÃO DE ENDOPRÓTESE PARA TRATAMENTO DE ANEURISMA DE ARCO AÓRTICO

LUIZ RAFAEL PEREIRA CAVALCANTI, PAULO GUILHERME BEZERRA BRAGA, ANTONIO CARLOS ESCOREL DE ALMEIDA NETO, ALVARO MONTEIRO PERAZZO, JESSICA CORDEIRO DE SIQUEIRA CAMPOS, HENRY MARTINS SOARES FORTES, ALEXANDRE MAGNO MACARIO NUNES SOARES

PROCAPE / UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

Introdução: Aneurismas do arco aórtico (AA) representam uma entidade desafiadora quanto ao seu manejo. As indicações para correção incluem sintomas compressivos ou situações de urgência, além de quando estão associados a aneurismas de outras porções da aorta. A abordagem convencional, por via cirúrgica aberta, necessitando de circulação extracorpórea (CEC) e hipotermia, traduz-se em um procedimento de alto risco. Já o reparo endovascular total esbarra em algumas barreiras como zona apropriada para ancoragem proximal, uso aumentado de contraste, e por vezes necessidade de próteses customizadas. Estratégias que possam poupar uso de contraste e evitar CEC se tornam valiosas a fim de reduzir a morbimortalidade nesses casos.

Descrição do caso: Idoso de 76 anos, hipertenso, renal crônico e tabagista, foi admitido na emergência queixando-se de disfonia, disfagia e dispneia há um mês. Em investigação, ecocardiograma encontrou aneurisma do AA e fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 36%. Angiotomografia confirmou o achado (figura 1), mostrando grande aneurisma com trombos murais (9,0 x 7,9mm). Coronariografia visualizou uma lesão proximal grave em coronária direita.

Diante desse caso desafiador, em um paciente de alto risco (EuroScore II: 13,83%), foi optado por uma abordagem híbrida, menos invasiva. Sob anestesia geral, esternotomia mediana foi realizada. A coronária direita foi bypassada e os RSA foram bypassados, sem CEC. O local da anastomose da aorta-dacron foi marcado com fio de marcapasso temporário (figura 2). A marcação radio opaca objetivava facilitar a ancoragem da endoprótese, reduzindo o contraste utilizado para verificar seu posicionamento (figura 3). Na etapa seguinte, as endopróteses foram posicionadas, utilizando a marcação como guia. Aorlografia controle visualizou fluxo preservado para os RSA, assim como bom posicionamento das endopróteses (figura 4). Não houve intercorrências durante o procedimento. O paciente foi admitido na unidade de terapia intensiva após a cirurgia, recuperando-se sem maiores complicações.

Discussão / Conclusão: As cirurgias isoladas do AA têm indicação restrita, geralmente relacionada a sintomas compressivos e situações de urgência. O reparo cirúrgico aberto é a abordagem tradicional, oferecendo bons resultados a longo prazo. Porém, submeter pacientes frágeis à CEC e hipotermia moderada-profunda pode ter resultados catastróficos. Nesse contexto, explorar rotas alternativas, menos invasivas, para esses pacientes pode trazer benefícios.

Apresentamos um caso de um paciente de alto risco cirúrgico que necessitou de correção total do AA devido a um aneurisma de aorta sintomático. Foi decidido realizar um procedimento menos invasivo, evitando completamente CEC e hipotermia, o que provou ser seguro e eficaz. A marcação do local da anastomose aorta-dacron mostrou-se factível e simples, auxiliando na orientação da etapa endovascular.

## E113.22

**DUPLA CÂMARA DE VENTRÍCULO DIREITO ASSOCIADO A CIV E INSUFICIÊNCIA MITRAL EM ADULTO: UM RELATO DE CASO**

CRISTIANO BERARDO CARNEIRO DA CUNHA, ARTHUR ALVES RODRIGUES ALENCAR, FABIANA GOMES MAGALHÃES ARAGÃO FEITOSA, VICTOR DE FRANÇA OLIVEIRA, IGOR TIAGO CORREIA SILVA, FERNANDO RIBEIRO MORAES

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRADA PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP INSTITUTO DO CORAÇÃO DE PERNAMBUCO - INCOR FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS

**Introdução:** Dupla câmara de ventrículo direito (DCVD) é uma cardiopatia congênita rara, diagnosticada em 0,5 a 2% de todas as crianças com cardiopatias congênitas, com 2,1% dos casos diagnosticados em adultos. Costuma ser acompanhada de comunicação interventricular (CIV) em 80% dos pacientes. Trata-se de uma estenose cavitária formada pela presença de uma banda muscular anômala no ventrículo direito (VD), que forma uma câmara de maior pressão, proximal, e uma de menor pressão. É importante destacar que a DCVD em pacientes com CIV fornece um fator protetor contra hipertensão pulmonar (HP), pois gera uma câmara com maior pressão no VD, invertendo o shunt para a esquerda.

**Descrição do caso:** Paciente de 53 anos, masculino, hipertenso, portador de flutter atrial, hipotireoidismo e doença renal crônica em tratamento conservador. Fazia uso de levotiroxina, hidroclorotiazida, espironolactona, furosemida e amiodarona. Procurou atendimento com queixa de dispnéia aos grandes esforços há 1 ano, com piora nos últimos 3 meses, associada a edema de membros inferiores e tosse seca. Ao exame físico, presença de sopro sistólico pancardiaco, mais evidente em foco pulmonar (4+/6+). Ecocardiograma transtorácico evidenciou presença de trave muscular em via de saída do ventrículo direito, causando obstrução ao fluxo com gradiente sistólico máximo de 75mmHg, presença de CIV perimembranosa medindo 15mm, com shunt esquerda-direita, hipertrofia de ventrículo esquerdo com dilatação importante de câmaras esquerdas fração de ejeção de 63% e insuficiência mitral importante. Cateterismo cardíaco com shunt esquerda-direita por CIV. Submetido à cirurgia com ressecção muscular e sultura de traves em via de saída de ventrículo direito, fechamento de CIV com patch de pericárdio bovino e anuloplastia mitral com anel de Carpentier. Ecocardiograma transtorácico pós-operatório apresentou mínima CIV residual, ampliação efetiva de via de saída de ventrículo direito, sem sinais de obstrução, com gradiente sistólico máximo de 12mmHg e insuficiência leve de valva mitral.

**Discussão/conclusão:** As DCVD classificam-se em tipo 1: um feixe muscular anômalo cruzando o ventrículo direito, e tipo 2: hipertrofia muscular parietal e septal. A apresentação clínica na fase adulta pode ser decorrente da hipertrofia da crista supraventricular influenciada pelo aumento do fluxo sanguíneo devido a CIV associada a um substrato anatômico subjacente, causando obstrução progressiva da via de saída do ventrículo direito. No caso descrito, a banda muscular promoveu a circulação pulmonar do hiperfluxo, mas não o VE, que evoluiu com dilatação da cavidade e do anel mitral, culminando com insuficiência mitral importante. A cirurgia é a principal opção terapêutica, indicada para pacientes sintomáticos ou assintomáticos com gradiente de pressão no VD>40 mmHg. Realiza-se a ressecção dos feixes musculares obstrutivos e reparação de lesões associadas, com excelentes resultados pós-operatório.

## E121.22

**CORREÇÃO DE COMUNICAÇÃO INTER-VENTRICULAR PÓS-INFARTO ASSOCIADO A REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA: RELATO DE CASO**

ANTONIO CARLOS ESCOREL DE ALMEIDA NETO, LUIZ RAFAEL PEREIRA CAVALCANTI, PAULO GUILHERMES BEZERRA BRAGA, JÉSSICA CORDEIRO DE SIQUEIRA CAMPOS, ÁLVARO MONTEIRO PERAZZO, PEDRO RAFAEL SALERNO

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR, PRONTO-SOCORRO CARDIOLÓGICO UNIVERSITÁRIO DE PERNAMBUCO – PROCAPE, RECIFE, BRASIL UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE, RECIFE, BRASIL

**INTRODUÇÃO:** As doenças do aparelho circulatório são as principais causas de óbito no Brasil, com o infarto agudo do miocárdio (IAM) sendo responsável por mais de 19 mil óbitos em 2020. Nos casos de IAM com supra ST, se não tratado, complicações mecânicas podem ocorrer, como a comunicação inter-ventricular (CIV). Estas situações permanecem desafiadoras na escolha da estratégia terapêutica e do momento correto de intervenção.

**DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente de 65 anos, masculino, hipertenso, diabético, ex-tabagista e etilista, admitido em unidade de pronto-socorro com quadro de dispnéia há 4 dias. Recebeu alta após controle sintomático. Internado para investigação, realizou cineangiogramografia que evidenciou artéria descendente anterior ocluída em terço médio além de lesão severa em artéria diagonalis e em artéria circunflexa. Submetido a ecocardiografia que demonstrou fração de ejeção do VE de 40,8%, discinesia no septo apical e acinesia das demais paredes apicais do VE além de imagem de CIV apical com shunt esquerda-direita de aproximadamente 10mm. Foi encaminhado para serviço de referência em cirurgia cardiovascular, onde foi internado em unidade de terapia intensiva (UTI), para suporte clínico, e permaneceu estável até o momento da cirurgia. 21 dias após o início da dispnéia, o paciente foi submetido a ventriculoseptoplastia associado a revascularização miocárdica. Procedimento transcorreu sem intercorrências e foi encaminhado a UTI em uso de dobutamina associado a adrenalina, sem suporte mecânico. O paciente foi extubado no 1º dia de pós-operatório e recebeu alta da UTI no 5º. Realizou ECO controle no sem evidência de CIV residual e recebeu alta hospitalar. Paciente recebe alta hospitalar assintomático.

**DISCUSSÃO:** As estratégias de reperfusão coronariana reduziram de 1-2% para menos de 0,3% a incidência de CIV pós IAM. Apesar de menos frequente, esta patologia mantém sua gravidade com uma mortalidade cirúrgica entre 40-50% nos últimos anos. Diversas séries de casos demonstram que a mortalidade é inversamente proporcional ao tempo entre a cirurgia e o início dos sintomas, com mortalidade acima dos 50% quando realizada na primeira semana enquanto essa taxa reduz para 10% quando a cirurgia é realizada após o 21º dia do início dos sintomas.

**CONCLUSÃO:** Este relato demonstra um caso bem-sucedido de correção cirúrgica de CIV pós-IAM em que se foi possível realizar o procedimento no 21º dia após o sintoma inicial.

## E148.22

**DRENAGEM ANÔMALA DA VEIA CAVA SUPERIOR PARA O ÁTRIO ESQUERDO ASSOCIADA A DRENAGEM ANÔMALA DA VEIA PULMONAR SUPERIOR DIREITA**

CLEYTON PIRES SALES, FÁBIO ANTÔNIO AMANDO GRANJA, LUCIA MARIA VIEIRA DE OLIVEIRA SALERNO, RAFAEL OLIVEIRA DA PAIXÃO

HC-UFPE

**Introdução:** A drenagem anômala da veia Cava Superior direita (VCS) em átrio esquerdo é um achado extremamente raro e com poucos relatos na literatura. O presente relato descreve um caso com essa condição em que houve a formação habitual da VCS, entretanto com sua desembocadura no átrio esquerdo associado a drenagem anômala da Veia Pulmonar Superior Direita (VPSD) e a presença de Forame Oval Patente.

**Descrição:** Homem, 46 anos, hipertenso sem outras comorbidades, atendido em pronto socorro com quadro de tosse, febre e dispnéia há três dias. Observou-se uma saturação periférica de oxigênio de 85% e foi confirmada infecção por influenza A e policitemia. Realizou angiogramografia de tórax corroborando a drenagem anômala da VCS e encontrando ainda a drenagem da VPSD para a VCS.

Após dois dias da alta, retornou ao pronto socorro com quadro de astenia e parestesia em membro superior esquerdo e face de início súbito há doze horas. Foi diagnosticado AVCi (Acidente Vascular Cerebral Isquêmico). Ecocardiograma transesofágico evidenciou a drenagem da VCS para o átrio esquerdo, presença de drenagem anômala da VPSD, forame oval patente e a infusão de microbolhas em membro superior demonstrou grande quantidade de bolhas no átrio esquerdo sem passagem pelo átrio direito. Negou sintomas cardiovasculares, no entanto, nasceu de parto normal e apresentou cianose periparto prolongada. No exame físico cardiovascular não se observava nenhuma alteração a não ser a saturação de pulso de oxigênio de 88%.

Foi submetido à cirurgia de Redirecionamento de Fluxo Sanguíneo Com Anastomose da Veia Cava Superior no Átrio Direito. Fechamento do Teto do Átrio Esquerdo com Patch de Pericárdio Bovino e Fechamento de Forame Oval Patente. Optou-se por seccionar a VCS acima da desembocadura da veia pulmonar, permanecendo assim a porção distal da VCS em comunicação com o átrio esquerdo. Desta forma foi possível preservar a drenagem da veia pulmonar superior direita para o átrio esquerdo. É possível observar na imagem intravascular, a VCS ligada ao átrio esquerdo e a presença da VPSD drenando na VCS. Evoluu bem em pós operatório e recebeu alta sem complicações e com saturação de 98%.

**Discussão:** Na patogênese, ocorre um defeito venoso cavopulmonar devido uma falha morfológica entre a parede posterior da veia cava superior direita e a parede anterior das veias pulmonares direitas contíguas. O orifício da VPSD é responsável pela conexão anormal da VCS com o átrio esquerdo quando a VPSD tem sua abertura acima da junção da VCS direita com o átrio direito. A resultante deste processo é a drenagem da VCS somente para o átrio esquerdo (3). Esta malformação está associada a cianose, abscesso cerebral e AVCi. Após o tratamento cirúrgico, pôde-se observar a imediata melhora da dessaturação, evidenciando o caráter reversível da cianose. O tratamento cirúrgico é indicado em pacientes sintomáticos ou com complicações. Houve boa evolução, com pós-operatório livre de complicações.

## H029.22

**INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM AUSÊNCIA DE ACESSO VASCULAR EM PORTADORA DE ARTERITE DE TAKAYASU: RELATO DE CASO**

GISELLE LAURITZEN DUARTE, GREGORIO VANDERLEI VELOSO DE MELO, ANDRE SANSONIO DE MORAIS

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

**Introdução:** A Arterite de Takayasu (AT) é uma vasculite crônica de etiologia desconhecida que acomete principalmente a aorta e seus ramos principais. O sexo feminino é o mais acometido, representando 80 a 90% dos casos, com início entre 10 e 40 anos de idade. Os sintomas iniciais são inespecíficos e podem se manifestar apenas pela presença de fadiga, mal estar, artralgia e febre. Após essa fase tornam-se presentes as manifestações vasculares: redução no pulso de uma ou mais artérias; diferença dos níveis pressóricos nos membros superiores; sopros cervicais, supraclaviculares, axilares ou abdominais, além de claudicação de membros e isquemia periférica. O envolvimento das artérias coronárias ocorre em até 10% dos casos. **Resumo do Caso:** paciente do sexo feminino, 40 anos, tabagista (30 maços-ano), sem uso de medicações prévias. Admitida na Emergência Cardiológica do Hospital Dom Helder Câmara com história de precordialgia opressiva de forte intensidade, iniciada havia 5h, associada a sudorese, náuseas e vômitos. Tentativa de aferição da pressão arterial nos membros superiores sem sucesso. Pulsos pediosos e radiais não palpáveis. Relato de cefaleia desde os 18 anos de idade e com piora havia 2 meses, associada a escotomas e claudicação de membros superiores e inferiores. Eletrocardiograma da admissão apresentava supradesnivelamento do segmento ST (SST) em parede inferior. Encaminhada imediatamente para o Laboratório de Hemodinâmica. Tentativa de coronariografia através de arteriografia seletiva pelo acesso radial direito, acesso radial esquerdo e acesso femoral sem êxito: artéria subclávia direita ocluída; artéria subclávia esquerda ocluída; aorta abdominal ocluída ao nível da bifurcação das ilíacas. Encaminhada à Unidade Coronariana onde chegou assintomática, sendo trombolise química descartada pela equipe. Dosagens seriadas de tropina I ultrassensível confirmaram o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (IAM). Ecocardiograma com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 52%, com acinesia dos segmentos médio e basal da parede inferior. Angiotomografia de Aorta mostrou oclusão da aorta infra-renal, artérias ilíacas comuns e artéria renal direita com calibre reduzido. Angiotomografia de coronárias mostrou redução luminal importante no segmento proximal/distal da artéria coronária circunflexa, redução luminal importante/suboclusão no terço distal da artéria coronária direita. Recebeu alta hospitalar após 13 dias, assintomática. **Conclusão:** Paciente com diagnóstico de AT conforme critérios do American College of Rheumatology: início dos sintomas antes dos 40 anos; claudicação de extremidades; oclusão da aorta; diminuição de pulso das artérias braquiais. Para o diagnóstico, são necessários três de seis critérios. A paciente apresentou-se no nosso Serviço com IAM com SST, não tendo sido possível realizar-se a angioplastia coronariana primária, tratamento de eleição para esses casos, devido à ausência de acesso vascular.

## H071.22

**TÍTULO: INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM PACIENTE JOVEM EX-USUÁRIO DE DROGAS ILÍCITAS: UM RELATO DE CASO**

SUELLEN LÍDIA DA SILVA BARBOSA, JOSÉ GILDO DE MOURA MONTEIRO JUNIOR, CAROLINA COSTA DE CARVALHO, JÚLIA BEZERRA DE MELO SOARES RIBEIRO TEIXEIRA DE LIMA, RAÍSSA LEITE GUERRA

PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO PROFESSOR LUIZ TAVARES / UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

**Introdução:** O consumo de drogas ilícitas representa um problema relevante para a saúde pública em virtude da morbimortalidade neuropsiquiátrica e cardiovascular associada. Do ponto de vista cardiovascular, o uso agudo ou crônico dessas substâncias é fator de risco para infarto agudo do miocárdio (IAM), miocardiopatias, arritmias cardíacas. O IAM pode ocorrer por meio de vários mecanismos fisiopatológicos, como aumento do tônus simpático, vaso espasmo, lentificação do fluxo coronário, aumento da demanda de oxigênio miocárdico, progressão acelerada de doença aterosclerótica e indução de um estado pro-coagulante. Pacientes jovens acometidos por IAM devem ter uma história clínica detalhada em busca do uso de drogas ilícitas, pois o uso frequente pode estar associado em até 25% dos infartos não fatais.

**Relato do caso:** Homem de 34 anos, tabagista, etilista, ex usuário de crack (abstêmio há 5 anos), sem outras comorbidades, admitido com dor precordial anginososa seguida por parada cardiorrespiratória (PCR) em ritmo de fibrilação ventricular, com retorno a circulação espontânea após 37 minutos de reanimação. Eletrocardiograma evidenciou alargamento do complexo QRS, supradesnivelamento de segmento ST em parede inferior e infradesnivelamento anterolateral. Evoluiu grave, intubado, sendo submetido a cateterismo cardíaco de urgência com achado de Arteria Coronária direita (CD) ocluída em terço proximal e Arteria Circunflexa (Cx) ocluída em terço médio, ambas com trombo e aspecto de obstrução aguda, além de Arteria Descendente Anterior (DA) com lesão severa em terço proximal. Realizada angioplastia primária com um stent farmacológico em CD e outro em Cx, com fluxo final TIMI III. Paciente mantido em unidade intensiva coronariana, com intercorrência infecciosa respiratória e lesão renal aguda superada, sendo extubado sete dias após admissão. Ecocardiograma transtorácico evidenciou fração de ejeção 48% (Teicholz), remodelamento concêntrico do ventrículo esquerdo, hipocinesia anteroseptal e inferolateral. Submetido a angioplastia de lesão residual em terço proximal de DA com bom resultado, no mesmo internamento, 15 dias após o evento primário. Exames laboratoriais revelaram LDL e triglicérides normais, HDL baixa, glicemia de jejum pouco elevada. Sorologias para vírus B, C e HIV foram não reagentes. Recebeu alta no 200 dia de internamento, em boas condições clínicas, sem déficits neurológicos, com tratamento farmacológico adequado e orientações quanto a mudanças no estilo de vida. **Discussão / conclusão:** Em pacientes jovens que se apresentam com IAM, deve-se lembrar do uso de drogas ilícitas como importante etiologia. Por fim, percebe-se a importância do conhecimento a respeito do uso dessas substâncias e suas repercussões cardiovasculares, como também a necessidade de aperfeiçoamento de protocolos para manejo de pacientes com este quadro.

## H129.22

**PERICARDITE E MIOCARDITE POR COVID-19: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM EMERGÊNCIAS CARDIOLÓGICAS**

MARINA SOUTO DA CUNHA BRENDEL BRAGA, ANABEL LIMA VIEIRA, AMANDA VALÉRIO GALINDO, MARIA DOLORES DA TRINDADE HENRIQUES ASSUNÇÃO, GIORDANO BRUNO DE OLIVEIRA PARENTE

HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES

**INTRODUÇÃO:** A Covid-19 se estabelece como a causa mais recente de uma pandemia de vírus no mundo. A doença teve diversas repercussões sistêmicas, com alterações cardiovasculares descritas na literatura, desde envolvimento miocárdico e pericárdico até infarto agudo do miocárdio.

**DESCRIÇÃO DO CASO:** Em uma emergência cardiológica em Recife-PE, três pacientes do sexo masculino foram admitidos por um período de 2 meses, com idade inferior a 60 anos, que deram entrada com sintomas gripais iniciados nas últimas duas semanas de internação, com Covid confirmada -19 diagnóstico. Todos os pacientes estavam não vacinados para Covid-19, por indisponibilidade na época, e com padrão em vidro fosco na tomografia computadorizada de tórax, sem sinais clínicos de gravidade. O paciente 1, O.J.S.L., 56 anos, hipertenso e com insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção reduzida de etiologia isquêmica, apresentava sintomas de desconspensão da IC associados a dor torácica típica. Eletrocardiograma (ECG) de admissão mostrou supradesnivelamento difuso do segmento ST e taquicardia sinusal. Troponina sérica inalterada. O cateterismo cardíaco mostrou doença aterosclerótica multarterial sem lesões obstrutivas agudas. A ressonância magnética cardíaca (RMC) mostrou extensa fibrose sem viabilidade miocárdica, com edema e espessamento pericárdico, sugestivo de pericardite. Paciente 2, J.S.E., 39 anos, hipertenso e diabético, apresentava dor torácica típica e ECG com supradesnivelamento do segmento ST nas paredes inferior e lateral. Cateterismo cardíaco sem evidência de ateromatose coronariana. Troponina sérica com curva ascendente. Ecocardiograma transtorácico (ECO) dentro dos limites da normalidade. A RMC mostrou realce subepicárdico tardio, com padrão não isquêmico, sugestivo de miocardite. Paciente 3, I.D.G.S., 24 anos, sem comorbidades, admitido com dor torácica atípica e ECG com taquicardia sinusal. Troponina sérica com curva ascendente. ECOTT inalterado. RMC com edema miocárdico com realce mesoepicárdico, sugerindo miocardite. Os pacientes foram encaminhados para uma enfermagem de cardiologia, recebendo tratamento medicamentoso, com melhora dos sintomas. Estão em acompanhamento ambulatorial.

**CONCLUSÃO:** Foram descritos casos de acometimento cardíaco por COVID-19. Os mecanismos variam desde infecção viral direta até reação de hipersensibilidade. Pericardite aguda e miocardite devem ser consideradas como diagnóstico diferencial em pacientes com doença semelhante à gripe que desenvolvem dor torácica e/ou sintomas de IC. Sua correta identificação e manejo precoce acarretam em melhor prognóstico.

## L006.22

**MIOCÁRDIO NÃO COMPACTADO ASSOCIADO A MICROFÍSTULAS DA ARTÉRIA DESCENDENTE ANTERIOR PARA O VENTRÍCULO ESQUERDO: UM CASO RARO**

RENATA AMORIM DE LUCENA, TACIANA QUEIROZ MEDEIROS GOMES, JOYCE SANTANA DO NASCIMENTO, DILANE CRISTINA FERREIRA TAVARES, CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO

PROCAPE / HOSPITAL PORTUGUÊS

**PALAVRAS-CHAVE:** Miocárdio não compactado, Microfístulas coronarianas

**INTRODUÇÃO:** O miocárdio não compactado e as fístulas coronárias são doenças raras (ambas com prevalência estimada em <1%) do desenvolvimento cardíaco. Clinicamente são silenciosas ou resultam em sintomas que variam de insuficiência cardíaca (IC) a arritmias e angina. A combinação de fístulas de artéria coronária cameral e miocárdio não compactado, caso que iremos descrever, foi raramente relatada em adultos.

**RELATO DE CASO:** Homem, 55 anos, com diagnóstico recente de IC de fração de ejeção (FE) reduzida, procurou emergência cardiológica com história de dispnéia progressiva, evoluindo para repouso, associada a dispnéia paroxística noturna, ortopneia, edema em membros inferiores, ganho ponderal de 13Kg em 3 meses. Ao exame físico estava taquidispneico, com turgência jugular, edema importante de membros inferiores e à ausculta com ritmo regular e um sopro sistólico em foco mitral (3+/6+), crepantes em bases de ambos os hemitórax. O eletrocardiograma evidenciou várias extra-sístoles ventriculares, com períodos de bigeminismo. Foi internado, realizado diurético e nitrato venosos, além de terapia para IC de FE reduzida. Ecocardiograma evidenciou ventrículo esquerdo (VE) com moderada dilatação, acinesia inferior e inferoseptal basal, hipocinesia difusa dos demais segmentos e função sistólica com importante redução, dilatação batrial importante, ventrículo direito dilatado e com função sistólica reduzida, insuficiência mitral importante e insuficiência tricúspide moderada e hipertensão arterial pulmonar moderada. Cateterismo cardíaco revelou coronárias sem ateromatose significativa com imagem sugestiva de trombo apical e microfístulas da artéria descendente anterior para o VE. Já que afastado etiologia isquêmica, foi realizada ressonância magnética cardíaca que evidenciou um ventrículo direito com dimensões preservadas, hipocinesia difusa e FE de 30%, átrio esquerdo com aumento importante, VE com dilatação importante e hipocinesia difusa, FE de 12%, hipertrofia excêntrica sugestiva de miocárdio não compactado, aumento da trabeculação subendocárdica e profundos recessos intertrabeculares com relação entre miocárdio não compactado / compactado = 3, além de imagem ovalada aderida em segmento apical compatível com trombo medindo 10mm. Ausência de fibrose miocárdica. Holter mostrou arritmia ventricular predominantemente monomórfica de alta incidência (37%), com eventos de taquicardia ventricular não sustentada, sendo iniciado amiodarona. Paciente não necessitou de intervenção em fístulas coronarianas e evoluiu com estabilidade clínica e hemodinâmica após terapêutica para IC, recebendo alta.

**CONCLUSÃO:** A apresentação da combinação de fístulas coronárias cameral juntamente com a não compactação do VE pode variar dependendo da gravidade das lesões individuais. O manejo inclui aspectos de tratamento padrão para IC e possivelmente intervencionista se houver isquemia coronariana relacionada.

## L032.22

**ECOCARDIOGRAFIA HEMODINÂMICA EM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NA AMILOIDOSE POR TRANSTIRRETINA MUTANTE (ATTRM): UM RELATO DE CASO**

LUCAS EDUARDO VILARINHO GUIMARÃES, TACIANA QUEIROZ MEDEIROS GOMES, RODRIGO BRITO DE BARROS CORREIA E SILVA, CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO, LEONCIO BEM SIDRIM

PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO - PROCAPE

A amiloidose cardíaca ligada à transtirretina apresenta um aumento expressivo na sua prevalência. Trata-se de uma deposição multisistêmica de proteínas amiloides insolúveis no espaço extracelular, levando a disfunção miocárdica. A ATTRM pode ser confirmada mediante emprego de Cintigrafia com radiotraçadores ósseos e sequenciamento genético da Transtirretina. O Tafamidis já possui evidência de redução de mortalidade por todas as causas, melhora de classe funcional e qualidade de vida. Neste relato observamos o uso da ecocardiografia hemodinâmica como auxiliar no tratamento destes pacientes.

**Resumo do caso**

DMB, mulher, 65 anos, natural e procedente de Campina Grande-PB, diagnosticada com ATTRM, em tratamento com Tafamidis, apresentando ortopneia, dispnéia paroxística noturna, náuseas e edema de membros inferiores (MMII) há 2 semanas. Antecedentes de internamentos por insuficiência cardíaca descompensada, portadora de síndrome do túnel do carpo bilateral, hipotireoidismo, doença renal crônica e fração de ejeção (FE) reduzida (28%). Ao exame: Estado geral regular, taquipneia, afebril, anictérica, acianótica, com ausculta cardíaca e respiratória normais, turgência jugular presente, abdome globoso, apresentando refluxo hepatojugular e edema de MMII (3+/4+).

Foi submetida à ecocardiografia hemodinâmica por refratariedade ao tratamento clínico e para entendimento da hemodinâmica do paciente com Amiloidose. Foi evidenciado disfunção sistólica biventricular importante e resistência vascular pulmonar e sistêmica altas. Desta forma, otimizados vasodilatadores e diuréticos, obtendo melhora dos sintomas e do status clínico. Recebeu alta em uso de enalapril 20 mg/d, dapagliflozina 10 mg/d, espironolactona 25mg/d, levotiroxina 25 mg/d, tafamidis 20 mg/d e isossorbida 60 mg/d. Segue acompanhamento em ambulatório especializado.

**Conclusão**  
Apesar do aumento expressivo do diagnóstico de ATTRM, ainda não há definição sobre o comportamento hemodinâmico desta doença. O caso relatado traz à luz uma discussão sobre o papel da ecocardiografia hemodinâmica como método de auxílio ao manejo desta condição.

## L037.22

**FENÓTIPO MISTO DE CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA E MIOCÁRDIO NÃO COMPACTADO EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO**

TACIANA QUEIROZ MEDEIROS GOMES, JOYCE SANTANA DO NASCIMENTO, RENATA AMORIM DE LUCENA, KARINA MASCARENHAS BEZERRA ALVES, CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO

PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO - PROCAPE

**INTRODUÇÃO:** A miocardiopatia hipertrófica e a miocardiopatia não compactada são doenças cardíacas familiares e geneticamente determinadas.

A miocardiopatia hipertrófica é a doença cardíaca de origem genética mais comum, cuja principal característica consiste na hipertrofia ventricular esquerda que acontece na ausência de patologias. Já a miocardiopatia não compactada é uma doença rara, definida por excessiva trabeculação do ventrículo esquerdo, profundos recessos intertrabeculares e uma camada compactada fina, devido à interrupção do processo de compactação das fibras miocárdicas durante a fase embriogênica. O quadro clínico de ambas varia de formas leves a formas graves com insuficiência cardíaca (IC), fenômenos tromboembólicos, morte súbita e arritmias ventriculares complexas.

Elas podem aparecer como entidades sobrepostas e especula-se que mutações nos genes das proteínas do sarcômero, conhecidos por causar miocardiopatia hipertrófica e miocardiopatia dilatada, podem estar associados também à não compactação.

**DESCRIÇÃO DO CASO:** Mulher, 33 anos, diagnosticada com IC com fração de ejeção reduzida há cerca de 7 anos, na ocasião assintomática. Realizou uma ressonância magnética (RNM) em 13/07/2017 que evidenciou cardiomiopatia hipertrófica não obstrutiva com áreas de fibrose multifocais com padrão juncional nas paredes ântero-septal e infero-septal media e basal (massa de fibrose de 26,9G; 28% da massa do VE), fibrose em ambas as paredes atriais..

Há cerca de 1 mês do internamento vinha evoluindo com dispneia progressiva, associada a edema de membros inferiores, ortopneia e dispneia paroxística noturna. admitida na emergência com essas queixas, paciente apresentava-se com IC perfil C, com necessidade de diuréticos e inotrópico venoso. Após estabilização clínica, foi solicitado ecocardiograma transtorácico, que evidenciou fração de ejeção 68%, septo e parede posterior de 8 mm, átrio esquerdo com volume aumentado de grau moderado, ventrículos com dimensões normais, impressão de espessamento pericárdico sem sinais de derrame ou de restrição diastólica. Como o resultado do ecocardiograma divergia da RNM, realizamos uma nova RNM que obteve como resultado: Hipertrofia ventricular septal assimétrica. Presença de miocárdio não compactado em região apical do ventrículo esquerdo. Realce tardio miocárdico de padrão não isquêmico em septo interventricular, parede anterior e inferior do ventrículo esquerdo. Os achados descritos são sugestivos de miocardiopatia de etiologia genético/família com overlap fenotípico (hipertrofia associada a não compactação).

**CONCLUSÃO:** Foi relatado o caso de uma paciente jovem com IC, em quem se identificou duas doenças miocárdicas sobrepostas. Essa sobreposição está associada a mais complicações cardiovasculares e evolução clínica mais grave.

O caso descrito reforça a necessidade de sempre buscar a etiologia da IC a fim de atuar na prevenção e tratamento de complicações específicas relacionadas à doença de base.

## L093.22

**INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA APÓS VACINA BIONTECH-PFIZER**

BÁRBARA MARIANA DOS SANTOS SILVA, CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO, RAQUEL CRISTINA FARIAS DE MEDEIROS QUEIROZ, SUELLEN LÍDIA DA SILVA BARBOSA, ESTHEFANY DIAS BARBOSA

PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO (PROCAPE)

**Introdução:** Complicações cardíacas como miocardite pós-vacinação da BioNTech-Pfizer foram relatadas. É prevalente em homens jovens, evoluindo com febre, dor torácica e dispneia nos primeiros dias após a vacina. Infecção ativa foi descartada na maior parte dos casos com RT-PCR e em todos os casos a RNM demonstrou realce tardio miocárdico após a indução de gadolínio. A maioria dos casos relatados apresentou resolução completa dos sintomas e ausência de sequelas após terapia de suporte. Os casos de miocardite têm diagnóstico etiológico difícil, mas devem ser considerados como parte do diagnóstico clínico diferencial.

**Relato de caso:** Mulher de 42 anos, previamente diagnosticada com hipertensão, dislipidemia e sobrepeso, sem outras comorbidades, deu entrada no serviço de urgência com dispneia progressiva iniciada há cerca de 2 meses, evoluindo para dispneia aos mínimos esforços, ortopneia e dispneia paroxística noturna. Ao exame físico, a paciente apresentava sinais de congestão pulmonar e sistêmica e ausculta cardíaca sem alterações. Ela relatou o início dos sintomas após 1 semana da realização da vacina BioNTech-Pfizer COVID-19, referindo apenas alguns episódios de dor torácica retroesternal associados. Exames laboratoriais normais, ECG com ritmo sinusal e padrão de bloqueio de ramo esquerdo, radiografia de tórax que mostrava sinais de congestão pulmonar, ecocardiograma transtorácico com ventrículo esquerdo mostrando aumento moderado, paredes com hipocinesia difusa e função sistólica marcadamente reduzida (fração de ejeção SIMPSON 25%), cateterismo cardíaco sem evidência de doença aterosclerótica e RNM cardíaca com realce tardio mesocárdico após infusão de gadolínio, com sinais de fibrose não isquêmica nos segmentos septo-inferiores e basais e médios inferiores, sugestivos de seqüela de processo inflamatório/infeccioso prévio. Iniciado tratamento otimizado para insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (sacubitril-valsartana, bisoprolol, espironolactona e furosemida). Paciente evoluiu com melhora sintomática significativa. Ela não apresentou sintomas recorrentes desde a alta hospitalar e atualmente está sob os cuidados do centro de insuficiência cardíaca.

**Conclusão:** A miocardite pós-vacinal é um evento raro, mas deve ser considerado um diagnóstico diferencial após vacina para COVID-19, principalmente quando tem relação temporal com a vacina BioNTech-Pfizer. Sua evolução ainda é incerta e o acompanhamento clínico em centros especializados é necessário.

## L096.22

**A IMPORTÂNCIA DO ECOCARDIOGRAMA DOPPLER (ECO-D) PARA AVALIAÇÃO E MANEJO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

ESTHEFANY DIAS BARBOSA, CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO, SUELLEN LÍDIA DA SILVA BARBOSA, BÁRBARA MARIANA DOS SANTOS SILVA, ISABELA ROBERTO DE LIMA BORBA, THAIS ARAÚJO NÓBREGA

PRONTO - SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO (PROCAPE)

**Introdução:** A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome que causa impacto na redução da qualidade e expectativa de vida de milhões de pessoas. O manejo destes pacientes representa um desafio diário, pois inclui diferentes perfis clínico-hemodinâmicos, limitando a condução terapêutica. Nesse contexto, o ECO-D integra informações importantes para compreender os mecanismos subjacentes na apresentação clínica do paciente, facilitando seu manejo. **Relato de Caso:** VLB, 66 anos, hipertenso, com passado de infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral isquêmico em 2019 e diagnóstico prévio de IC com fração de ejeção reduzida. Admitido com quadro de dispneia em repouso, ortopneia, confusão mental, sudorese e palidez. Devido a sinais clínicos de má perfusão periférica, dentre outras alterações laboratoriais sugestivas de baixo débito, além de achados de congestão sistêmica e pulmonar, optado por início de dobutamina, otimizado dose de diurético venoso e iniciado nitroglicerina. Durante o internamento, houve dificuldades para a retirada da dobutamina e otimização de medicações de IC, pois pressão arterial (PA) sempre baixa, inclusive com episódios de hipotensão ortostática. Diante de tal quadro, para auxílio de manejo medicamentoso, decidiu-se por realizar ECO-D e solicitação de hemoculturas. ECO-D evidenciou baixa resistência vascular periférica (RVP) (511 dynas - VR 900-1400) e alta pressão capilar pulmonar (PCP) (22,2 mmHg -VR<15), sendo considerado possível IC avançada vasoplégica, associado com congestão pulmonar. A hemocultura mostrou crescimento de *Staphylococcus hominis*, MRSA, sendo iniciado tratamento. Após término do antibiótico, paciente persistiu com PA limítrofe, mas sem novos episódios de hipotensão postural. Realizado novo ECO-D, com evidência de aumento da RVP (2109 dynas) e manutenção de PCP alta (30mmHg). Diante dos dados, optado pela otimização de drogas vasodilatadoras orais, mesmo com PA limítrofe. Paciente obteve boa resposta, incluindo aumento da PA, sem novos sinais ou sintomas de baixo débito. **Conclusão:** Diante da IC, o surgimento de fatores complicadores, como infecções, podem modificar o comportamento hemodinâmico dos pacientes. O ECO-D permite a mensuração de dados para condução desses casos, como valores de débito cardíaco, de RVS e da PCP. O paciente descrito apresentava difícil otimização da terapia modificadora de mortalidade, bem como do manejo das drogas sintomáticas, sobretudo devido à PA baixa somada ao fator infeccioso. A avaliação hemodinâmica através do ECO-D oferece aparatos para otimização de medicações vasodilatadoras com maior segurança.

## L116.22

**AMILOIDOSE DE CADEIAS LEVES DE IMUNOGLOBULINA COM ACOMETIMENTO CARDÍACO: RELATO DE CASO**

ESTHEFANY DIAS BARBOSA, CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO, BÁRBARA MARIANA DOS SANTOS SILVA, KARINA MASCARENHAS BEZERRA ALVES, SUELLEN LÍDIA DA SILVA BARBOSA, THAIS ARAÚJO NÓBREGA

PROCAPE

**Introdução**

A amiloidose sistêmica é uma doença causada pela deposição tecidual de agregados proteicos fibrilares e insolúveis em diversos órgãos, incluindo o coração. A amiloidose cardíaca (AC) é uma condição comumente subdiagnosticada ou diagnosticada tardiamente, podendo apresentar fenótipos clínicos variados, destacando-se a insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEP), podendo evoluir com queda da função ventricular em fases mais avançadas. O reconhecimento de suas características clínicas, laboratoriais e em exames de imagem torna-se fundamental no diagnóstico diferencial das cardiomiopatias.

**Relato de Caso**

JFS, 59 anos, tabagista, admitido com queixa de dispneia progressiva há 7 meses, associada a edema de membros inferiores, evoluindo com dispneia aos mínimos esforços, ortopneia e dispneia paroxística noturna. Eletrocardiograma, demonstrou desvio de eixo para esquerda e bloqueio atrioventricular de 1º grau. Ecocardiograma transtorácico evidenciou importante hipertrofia e hiperrefringência ventricular, com septo interventricular 21mm e parede posterior de ventrículo esquerdo (VE) 20mm, disfunção diastólica restritiva do VE, com redução do strain longitudinal global do VE - radial dos segmentos médio-basal, com segmentos apicais relativamente preservados (padrão cereja do bolo), além de FE 30% (SIMPSON). Realizada eletroforese de proteínas com pico monoclonal na região gamaglobulina e presença de IgG lambda monoclonal, sem correspondência com cadeias pesadas IgA, IgG e IgM na imunofixação sérica e urinária. Paciente foi, então, submetido a biópsia de gordura abdominal e endomiocárdica, utilizando microscopia com coloração Vermelho do Congo, e identificação de birrefringência verde compatível com AC. Paciente recebeu tratamento otimizado para IC com fração de ejeção reduzida e foi encaminhado para o setor de hematologia para tratamento direcionado.

**Conclusão**

Por ser uma condição considerada rara, a AC muitas vezes tem diagnóstico tardio, com fases mais avançadas da doença. Esse diagnóstico deve sempre ser considerado diante dos achados de insuficiência cardíaca associada a hipertrofia ventricular sem outras causas que justifiquem esses comemorativos.

## M058.22

### SÍNDROME DE HEYDE – UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

LEONCIO BEM SIDRIM, EDUARDO LINS PAIXÃO, MARIA LUIZA CURI PAIXÃO, DOLLY BRANDÃO LAJES, FLÁVIO ROBERTO OLIVEIRA

PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO - PROCAPE/UPE / FACULDADE DE MEDICINA DE OLINDA – FMO

**Introdução:** A estenose aórtica valvar calcifica é uma entidade clínica frequente, principalmente em idosos. Muitos desses pacientes apresentam quadro clínico de anemia associado. Entre as possibilidades para essa alteração hematológica está a Síndrome de Heyde, que é uma anemia associada à angiodisplasia intestinal e perda de múltiplos de alto peso molecular (MAPM) do fator de Von Willebrand (FvW). A resolução da síndrome ocorre com a correção da estenose aórtica.

**Descrição do caso:** Paciente de 84 anos, sexo feminino, queixa de dor precordial opressiva há dois meses, palidez e dispneia. Ao exame, estava eupneica e descorada (1+/4+). Evidenciado sopro sistólico ejetivo em foco aórtico (3+/6+) com irradiação para fúrcula. Exames laboratoriais com hemoglobina (Hb) de 10 g%, hematócrito de 30%, creatinina de 1,7 mg%. Cintilografia de perfusão miocárdica revelou isquemia discreta (<5%) infero-basal. Ecocardiograma Transtorácico (ETT) revelou estenose valvar aórtica (EAO) importante com gradiente sistólico médio VE-AO de 60 mmHg. Cineangiogramia revelou lesão grave em artéria coronária direita, realizada angioplastia com implante de stent nessa artéria. Nos meses subsequentes, apesar da melhora da angina, persistia com dispneia aos esforços e anemia (Hb 8,3g/dl), realizando hemotransfusão por mais uma ocasião. Sem sinais clínicos de sangramento gastrointestinal. Pesquisa de sangue oculto nas fezes foi positiva. Colonoscopia foi normal. Houve recorrência de anemia clinicamente significativa (Hb entre 7-9g/dl, associada à hipotensão). Permanecia sem sinais de melena ou enterorragia. Diante da gravidade da EAO sintomática, com elevado risco cirúrgico, foi realizada correção da valvopatia com implantação de prótese valvar aórtica percutânea (TAVI). Fez acompanhamento hematemétrico no pós-operatório e, no 6º mês, apresentou hemoglobina normal (11,6 g/dl). Considerando a anemia clinicamente relevante e recorrente, em paciente com evidência de sangramento microscópico gastrointestinal que foi resolvido após a troca valvar, foi formulado o diagnóstico retrospectivo de Síndrome de Heyde.

**Conclusão:** A síndrome de Heyde deve fazer parte do diagnóstico diferencial em pacientes com anemia e estenose valvar aórtica grave.

## M070.22

### INSUFICIÊNCIA AÓRTICA ASSOCIADA A PERFURAÇÃO VALVAR POR ENDOCARDITE DE LIBMAN SACKS: RELATO DE CASO

ANDREA BEZERRA DE MELO DA SILVEIRA LORDSLEEM, JOÃO MARCELO DUARTE RIBEIRO SOBRINHO, ARTHUR NOGUEIRA CIRENO DE LACERDA, BRIVALDO MARKMAN FILHO, SANDRO GONÇALVES DE LIMA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO / UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO / FACULDADE UNINASSAU / SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

**Introdução:** A endocardite de Libman-Sacks (ELS) é uma doença valvar não infecciosa, com acometimento mitral ou aórtico, associada ao lúpus eritematoso sistêmico (LES) e neoplasias tendo como principal complicação eventos tromboembólicos. **Descrição do caso:** paciente do sexo masculino, 20 anos, com LES em atividade, evoluindo com manifestação neurológica aguda de doença cerebrovascular isquêmica, sem queixas cardíacas. O ecocardiograma transtorácico (ETT) mostrou imagens filamentosas na face ventricular dos folhetos coronariano direito (0,6 mm) e do não coronariano (0,5 mm), sem acometimento mitral e com valva aórtica competente. Os achados foram confirmados com ecocardiograma transesofágico (ETE). Considerando a hipótese de ELS, anticoagulação com varfarina sódica foi iniciada. Em novo ETT de acompanhamento ambulatorial 60 dias após o quadro cerebral evidenciou-se imagem nodular sésil aderida a face ventricular do folheto coronariano direito com 8,3 x 4,2 mm e refluxo aórtico excêntrico importante direcionado para o folheto anterior da valva mitral. Na ocasião, o paciente permaneceu sem toxemia, com hemoculturas negativas. **Do exame físico:** ampla pressão de pulso, pulsos periféricos em martelo d'água e sopro regurgitativo aórtico ++++/6. Ao ECG o ritmo era sinusal com sobrecarga de ventrículo esquerdo. Novo ETE visualizou perfuração em folheto coronariano direito medindo 1,3 x 0,5 cm com área de 0,4 cm² com refluxo excêntrico importante direcionado para o folheto anterior da mitral. Realizado cirurgia para troca valvar aórtica por bioprótese. A cultura de material cirúrgico não exibiu crescimento de bactérias ou fungos e o anatomopatológico demonstrou áreas mixóides e de fibrose, sem sinais de especificidade. Em seguimento na enfermaria, paciente permaneceu estável, assintomático, normotenso e afebril, obtendo alta hospitalar com orientação de acompanhamento ambulatorial, mantendo anticoagulação varfarínica. **Conclusão:** o caso descrito demonstra uma complicação rara na ELS que é a perfuração de cúspide valvar aórtica. Denota-se a importância do acompanhamento ecocardiográfico sequencial dos pacientes com ELS pela possibilidade de acometimento valvar com complicação mecânica e repercussão hemodinâmica.

## M110.22

### INSUFICIÊNCIA MITRAL AGUDA SECUNDÁRIA A RUPTURA DE CORDOALHA TENDÍNEA: RELATO DE CASO

ELDER JOSÉ AQUINO DE SÁ, MARIA JULIANA DE ARRUDA QUEIROGA, BRUNO DIAS CAVALCANTI RIBEIRO, CAMILLA FLACH WEINMANN, TALITA DAMARIS OLIVEIRA DA SILVA

HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RECIFE/PE CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU (UNINASSAU) - RECIFE/PE FACULDADE DE MEDICINA ESTÁCIO DE JUAZEIRO DO NORTE CE – ESTÁCIO FMJ

**Introdução:** A Insuficiência Mitral (IM) aguda pode ocorrer devido o acometimento de diversas estruturas que compõem o sistema valvar mitral e a principal causa é a rotura de cordoalha tendínea (RCT). O padrão ouro para investigação de RCT é o ecocardiograma transesofágico, pois possui maior sensibilidade e especificidade diagnóstica. É uma emergência médica cirúrgica, e o diagnóstico precoce é de suma importância devido ao risco significativo de morbimortalidade. Quando não ocorre a realização de tratamento efetivo, pode-se evoluir para complicações, como IC, hipertensão arterial pulmonar, arritmias cardíacas, acidente vascular encefálico.

**Descrição do caso:** A.I.S., masculino, 71 anos, hipertenso, natural e procedente de Recife – PE, foi admitido com quadro de dispneia aos pequenos esforços e edema bilateral em membros inferiores durante dois meses, com piora progressiva nos 15 dias que antecederam a admissão no serviço de saúde. Negava episódios prévios semelhantes. Ao procurar a unidade de saúde de origem, foi assistido em Unidade Terapia Intensiva (UTI) devido a dispneia de repouso e congestão pulmonar, infecção respiratória baixa associada, além de diagnosticado com Trombose Venosa Profunda. Recebeu avaliação e alta da Cirurgia Vasculor com prescrição de rivaroxabana. Após alta da UTI, foi transferido para enfermaria de hospital de retaguarda conveniado, para término de antibioticoterapia venosa. No exame físico admissional, apresentava-se em estado geral regular, dispneico 3+/4+, com sopro holossistólico, turghência jugular patológica, murmúrio vesicular abolido em bases pulmonares e crepitações discretas em terço médio de hemitórax direito. O eletrocardiograma evidenciava distúrbio de condução do ramo direito, alterações de repolarização e sobrecarga ventricular esquerda. Para buscar etiologia da provável IC, solicitado um ecocardiograma transtorácico, que evidenciou fração de ejeção de 15% e espessamento de cúspides mitrais, com imagem sugestiva de rotura de cordoalha tendínea e flail de segmento P2, com regurgitação moderada a importante. Os achados foram posteriormente confirmados com ecocardiograma transesofágico. Em seguida, foi encaminhado para serviço de referência cardiológica para seguimento cirúrgico.

**Conclusão:** Através deste relato de caso, observa-se a importância do diagnóstico precoce e terapêutica cirúrgica, já que é uma emergência eminentemente cirúrgica, sendo essencial para um bom prognóstico da doença, permitindo, conseqüentemente, uma adequada recuperação da qualidade de vida.

**Key words:** Floppy mitral valve; Mitral regurgitation; Chordal rupture

## M117.22

### ENDOCARDITE INFECCIOSA POR STREPTOCOCCUS EQUI SUBSP. ZOOEPIDEMICUS APÓS A INGESTÃO DE PRODUTOS LÁCTEOS NÃO PASTEURIZADOS: RELATO DE CASO

ELDER JOSÉ AQUINO DE SÁ, THIAGO AUGUSTO DA COSTA, WALEWSKA GOMES PEREIRA, WILLIAN DOUGLAS PEREIRA GONÇALVES, CLISTANES LUCAS HENRIQUE FERREIRA

PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO – PROCAPE/UPE HOSPITAL ESPERANÇA OLINDA – REDE D'OR

**Introdução:** A endocardite infecciosa (EI) é uma doença com alta prevalência e taxa de morbimortalidade. Ocorre quando patógenos se alojam no endocárdio, podendo ser causados por fungos, vírus ou bactérias, levando a inflamação e danos ao tecido afetado. **Relato de caso:** Mulher de 68 anos apresentou história de três dias de febre e astenia. Negava sintomas respiratórios, urinários ou gastrointestinais. Referia hipertensão, diabetes mellitus, hipotireoidismo, ablação de fibrilação atrial três meses antes da internação e troca de bioprótese mitral (BPV) há 11 anos. Negava história recente de procedimentos odontológicos, urológicos ou digestivos. Ao exame físico, apresentava-se letárgica, taicárdica, taquipneica, normotensa e sem alterações cutâneas ou conjuntivais. Sopro cardíaco sistólico foi encontrado em área mitral e crepitações bibasais à ausculta pulmonar. Os exames laboratoriais mostraram leucocitose com desvio à esquerda, proteína C reativa (PCR) elevada, trombocitopenia e disfunção renal. A radiografia de tórax foi sugestiva de congestão pulmonar. A antibioticoterapia (AB) com ceftriaxona, oxacilina e gentamicina foi iniciada empiricamente para sepse por EI. Após 48 horas, apresentou pouca melhora clínica, apresentando aumento de uréia e creatinina no sangue, oligúria e sinais de congestão pulmonar, necessitando de hemodálise. O ecocardiograma transesofágico mostrou disfunção da VBP, com doença mista e vegetação em seu lado atrial. As hemoculturas foram positivas para Streptococcus equi subsp. zooepidemicus sensível à teicoplanina, e a terapia AB foi alterada de acordo. O paciente teve recuperação clínica significativa, mas manteve leucocitose e PCR elevada. Meropenem foi adicionado ao esquema AB após tomografia computadorizada de tórax ser sugestiva de broncopatia inflamatória. Sete dias depois, as hemoculturas foram negativas e, após 10 dias, a leucocitose e a PCR diminuíram.

**Conclusões:** S. equi subsp. zooepidemicus é frequentemente encontrado em cavalos, ovelhas, bovinos e alguns animais domésticos, como cães e gatos. Atua como comensal em equinos e pode ser transmitido aos homens por contato direto ou consumo de produtos lácteos não pasteurizados. Sua infecção é rara em humanos, podendo causar danos graves, raramente afetando o coração. O paciente negou qualquer contato com gado, mas lembrou-se de ter bebido leite de vaca não pasteurizado uma semana antes do início dos sintomas.

**Palavras-Chave:** Endocardite Infecciosa; Streptococcus equi; Lactínicos

## Q003.22

**CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO ASSOCIADA À VACINA COVID-19: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

VINICYUS EDUARDO MELO AMORIM, ANA CECÍLIA ARAÚJO CABRAL, LETÍCIA FAGUNDES DO NASCIMENTO SILVA

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

**INTRODUÇÃO:** A pandemia de coronavírus (COVID-19), causada pela síndrome respiratória aguda grave coronavírus-2, afetou negativamente milhões de pessoas em todo o mundo. Atualmente, há uma necessidade urgente de avançar nas campanhas de vacinação, no entanto, os efeitos adversos dessas vacinas ainda permanecem não totalmente esclarecidos. Alguns pacientes relataram dores no peito e sintomas atípicos característicos da Cardiomiopatia de Takotsubo (CMT) logo após receberem a vacina. A CMT é frequentemente desencadeada por intenso estresse emocional e apresenta-se com características que mimetizam um infarto agudo do miocárdio. **OBJETIVOS:** Avaliar a relação entre a cardiomiopatia de Takotsubo e a vacina Covid-19 por meio de uma revisão sistemática. **MÉTODOS:** Foi realizada a busca bibliográfica, utilizando o protocolo PRISMA, através de artigos publicados no PubMed de janeiro de 2021 a abril de 2022 associando os descritores "Takotsubo Cardiomyopathy, Vaccination and COVID-19" associados pelo operador booleano "and". A partir disso, foram encontrados 154 artigos que foram submetidos a análise qualitativa. Os artigos incluídos preencheram os critérios para discutir o surgimento da CMT após a vacinação para a covid-19. Foram excluídos artigos que abordassem apenas o aumento da incidência de CMT durante a pandemia. **RESULTADOS:** Após a seleção, foram identificados nove relatos de casos e uma série de casos por meio desse processo de busca totalizando onze pacientes. A idade média dos pacientes com CMT foi de 62,27 anos, sendo a maioria do sexo feminino [81,8%]. As vacinas recebidas pelos pacientes foram Pfizer-BioNTech Covid-19, mRNA-1273 e ChadOX1 nCOV-19. Dez pacientes desenvolveram sintomas atípicos nos primeiros 10 dias após a vacinação. Os sintomas mais comuns foram: dor no corpo, dor torácica, pressão torácica, dispnéia, palpitação, mal-estar, náuseas, fadiga, sudorese, vômitos e hipotensão. Oito pacientes apresentavam comorbidades, mas apenas um possuía histórico prévio de infecção por Covid-19. Todos os pacientes apresentaram troponina positiva e alterações no eletrocardiograma, sendo a onda T negativa e o prolongamento do intervalo QT os achados mais comuns. A angiografia coronária e o raio-X foram usados para descartar os diagnósticos diferenciais possíveis. A ressonância magnética cardíaca, o ecocardiograma transtorácico e a ventriculografia foram utilizados para diagnosticar a CMT e os achados mais comuns foram acinesia e hipocinesia do ventrículo esquerdo, balonismo apical e redução da fração de ejeção inferior a 50%. **CONCLUSÃO:** Apesar da semelhança entre os casos, a causalidade da CMT desencadeada pela vacinação não pôde ser comprovada, devido ao pequeno tamanho da amostra; no entanto, parece ser a causa mais provável, visto que o início dos sintomas ocorreu logo após a vacinação. **PALAVRAS-CHAVE:** Vacinas COVID-19; Doenças cardíacas; Cardiomiopatia de Takotsubo.

## Q011.22

**REVISÃO SISTEMÁTICA: QUAIS OS BENEFÍCIOS DO USO DO OMECAMTIV MERCARBIL NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA?**

CICERO SAMUEL TAVARES DE SOUZA, DIEGO FELIPE FERRÃO PEREIRA DE ANDRADE BARROS, LARA GUEDES BEZERRA, MARIANA DINIZ DE SOUZA, MARIA JÚLIA PIMENTEL DE ALBUQUERQUE, GUILHERME ARAÚJO MELO, LUCAS LUCENA BEZERRA, NATÁLIA LISBOA DE CARVALHO WANDERLEY CAVALCANTI, MARIA HELOÍSA VIEIRA ARAÚJO, BRUNA FERREIRA APOLINÁRIO COSTA

FACULDADE DE MEDICINA DE OLINDA

**INTRODUÇÃO:** A busca por tratamentos inovadores no tratamento da Insuficiência Cardíaca (IC) ainda é um obstáculo, no nosso cenário vigente. A IC é uma doença na qual o miocárdio não consegue ou apresenta dificuldades em suprir as necessidades sanguíneas no nosso organismo, ocasionando redução do fluxo sanguíneo, devido geralmente, a fraqueza ou rigidez do músculo cardíaco e tem como resultado a alteração da sístole e/ou da diástole. Definimos como fração de ejeção reduzida (FER), valores abaixo de 40%. Diante disso, o uso do Omecamtiv Mercabil (OM), Ativador de miosina cardíaca, demonstrou benefícios ao ser utilizado na IC de FER, seu princípio, faz com que aumente a contratilidade cardíaca ligando-se seletivamente à miosina cardíaca, aumentando assim o número de geradores de força que podem ligar-se ao filamento de actina e iniciam um processo no início da sístole.

**OBJETIVOS:** O uso do OM demonstrou benefícios a curto e longo prazo na vida dos pacientes portadores de IC de FER.

**MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão sistemática que segue as diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). A pesquisa bibliográfica realizada abrangeu 4 bases de dados: PUBMED, EBSCOHOST, SCIENCE DIRECT e COCHRANE. O período de publicação dos artigos são de 2018 a 2022. Para a pesquisa, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: 1-Omecamtiv Mercabil, 2-IC, 3-Benefícios.

**RESULTADOS:** Após extensiva busca nas bases de dados selecionadas, foram observados 187 artigos que se incluíram nas palavras-chaves de busca. Diante desses 7 artigos e cerca de 25.216 pacientes submetidos ao estudo. Grande parte dos estudos utilizaram questionários avaliativos, sendo o questionário de Cardiomiopatia como o de Kansas City (KCCQ) autoaplicável, com duração média de 10 a 20 semanas, o mais utilizado. Além disso também foram avaliados estudos do tipo duplo-cego com 448 pacientes que comparou o OM ao placebo em pacientes com IC de FE. Mostram que em pacientes com IC de FER, o MO produziu maior benefício terapêutico à medida que obteve melhora na fração de ejeção e obtiveram significativa melhoras dos sintomas da IC. Somado a isso, tiveram taxa de 36% de redução da morbimortalidade observadas com o uso do OM na IC de FER em relação aos pacientes que não utilizaram o OM como forma de tratamento primário da IC. O resultado observado, teve uma correlação com o nível de peptídeo natriurético na redução de 10% menor no grupo do OM do que no grupo placebo. A literatura demonstra que essa medicação tem efeito positivo em pacientes com IC FER e que maiores estudos precisam ser feitos para definir essa resposta.

**CONCLUSÃO:** Nos estudos em que se realizou a análise da resposta do OM em relação ao grupo placebo, observou-se uma melhora significativa de desfechos, principalmente na taxa de mortalidade e diminuição de sintomas. Nesse sentido, esses achados fazem crer que o uso do OM possa ser uma nova via terapêutica no grupo de pacientes com IC de FER.

## Q020.22

**ORIGEM ANÔMALA DA ARTÉRIA CORONÁRIA DO SEIO CORONÁRIO INAPROPRIADO**

MICHELLE ALVES DE FARIAS, FERNANDO AUGUSTO PACÍFICO, DOLLY BRANDÃO LAGES, MÁRIO CRUZ COUTO, GIOVANNA SHERLY DE SÁ GUEDES MARINS, EDUARDO LINS PAIXÃO

FACULDADE DE MEDICINA DE OLINDA - FMO

**INTRODUÇÃO:** As anomalias congênitas das artérias coronárias podem ser benignas ou potencialmente graves, causando isquemia miocárdica, infarto e morte súbita. Representam a segunda causa mais frequente de morte súbita de origem cardiovascular em atletas de competição. A origem e o trajeto proximal anômalo das artérias coronárias são os principais fatores preditivos de gravidade. **DESCRIÇÃO DO CASO:** GORF, sexo masculino, 47 anos, praticante de caminhada e corrida 3 vezes por semana procurou cardiologista para exames de rotina. Sem queixas de angina, dispnéia, síncope ou palpitações. Negou hipertensão arterial sistêmica, diabetes ou tabagismo. O exame físico, assim como o eletrocardiograma de repouso, não demonstrou alterações. Foi submetido a teste ergométrico que revelou alterações eletrocardiográficas compatíveis com padrão de resposta isquêmica do miocárdio ao esforço. O ecodopplercardiograma foi normal. Diante da anormalidade eletrocardiográfica no esforço, foi solicitada uma cintilografia de perfusão miocárdica (CPM) de estresse e repouso com Tc99m-MIBI no qual o traçado eletrocardiográfico no esforço revelou infra desnívelamento do segmento ST descendente de 2mm na derivação CM5 e na fase de recuperação, infra desnívelamento do segmento ST descendente de 1mm na mesma derivação. Porém, não apresentou alteração da perfusão miocárdica nas imagens de estresse e repouso. Por não conseguir esclarecer as alterações eletrocardiográficas esforço induzidas, foi solicitada uma angiogramografia coronária (angiogTC) sendo observado escore de cálcio negativo, artérias coronárias livres de aterosclerose significativa, origem anômala das coronárias descendente anterior (DA) e circunflexa no seio coronariano direito, com trajetos interarterial (entre a aorta e artéria pulmonar) e retro-aórtico respectivamente. Foi submetido a uma cinecoronariografia que confirmou os achados da angiogTC e revelou constrição sistólica extrínseca do segmento interarterial da DA. Cerca de 6 meses após o diagnóstico, o paciente passou por uma revascularização cirúrgica da DA através da anastomose da artéria mamária interna esquerda, sem intercorrências. **DISCUSSÃO/CONCLUSÃO:** A angiogTC é um dos exames com indicação classe I para detectar a origem anômala das artérias coronárias. A ausência de sintomas ou de isquemia induzida não podem ser vistos como dados suficientes para excluir a suspeita de origem anômala das coronárias. A recomendação atual para pacientes com origem anômala da coronária esquerda com trajeto interarterial, a despeito de documentação de isquemia ou sintomas é a revascularização cirúrgica. No caso descrito, mesmo na ausência de sintomas e de isquemia documentada, a revascularização foi indicada devido ao trajeto interarterial da DA, uma vez que entre os vários subtipos de trajetos coronarianos anômalos, o interarterial apresenta um risco potencial para morte súbita.

## Q039.22

**TAXA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA EM PERNAMBUCO COMPARADA ÀS DEMAIS UNIDADES FEDERATIVAS BRASILEIRAS**

MATHEUS GUILHERME DE ASSUNÇÃO FRANÇA, HENRIQUE PESSOA TSENG, VITÓRIA GEMIR LEAL, THIAGO VINÍCIUS PAULO PAIVA, LARISSA DE OLIVEIRA BELTRÃO, PEDRO RAFAEL SALERNO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO / FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE / UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO

**Introdução:** A cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) tem por objetivo melhorar o fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco quando há obstrução grave das coronárias. Através de enxertos de veia safena, artérias torácicas internas e artérias radiais, leva-se sangue para áreas do miocárdio isquêmico devido a lesões obstrutivas das artérias coronárias. O presente estudo tem como objetivo comparar a taxa de realização de revascularização miocárdica (RM) entre Pernambuco e os demais estados brasileiros. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico comparativo, cujas informações foram obtidas através do banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em que foi analisada a quantidade de CRM, desconsiderando cirurgias combinadas, entre o período de 2012 e 2021 entre o estado de Pernambuco e as demais unidades federativas. **Resultados:** Entre os anos de 2012 e 2021, no Brasil, foram realizadas 31.280.533 cirurgias que incluíam a RM como procedimento principal, mas a quantidade de CRM isoladas foi de 226.172, porém não há dados sobre o desfecho dos procedimentos no DATASUS. Em relação a Pernambuco, foram registradas 9.635 CRM, sendo o estado com a maior quantidade do Nordeste. Além disso, quando comparado ao restante do Brasil, Pernambuco está na posição sete, sendo São Paulo (55.806), Paraná (35.898) e Minas Gerais (21.771) os estados que mais realizaram RM e Rondônia (181), Acre (396) e Amapá (560) os que menos realizaram. Quanto à Região Norte, vale ressaltar que foi a região com menor registro de procedimentos (3,1%). **Discussão/conclusão:** Percebe-se, com os dados apresentados, que, nos estados da região Sul e Sudeste, foram realizadas mais RM do que na Região Norte e Nordeste. Além disso, vale destacar a grande concentração de CRM no estado de São Paulo, em que foram realizadas 55.806 cirurgias durante o período, valor que corresponde a cerca de 25% do total do país. Essa discrepância, quando comparada aos estados e regiões, pode se relacionar com a quantidade de serviços médicos e sua má distribuição no Brasil, sendo mais concentrados no Sudeste devido à maior população, produto interno bruto (PIB) e concentração de hospitais privados. Segundo dados de 2019, quando se trata de hospitais privados, a Região Sudeste concentra 41,9%, enquanto o Nordeste e o Norte apenas 22% e 5,1%, respectivamente. Quando observados os dados do estado de Pernambuco, ficou clara a discrepância quando relacionado aos demais estados brasileiros, sobretudo os da região norte. Esse fato pode ser explicado pelo baixo número de hospitais e serviços especializados nessa região, se resumindo, na sua grande totalidade, a serviços de pequeno porte. Logo, é necessário a realização de mais estudos para obtenção de mais dados acerca do tema com o intuito de ampliar, melhorar e redistribuir a rede e profissionais de saúde para que seja sanada essa discrepância na qualidade dos serviços.

## Q040.22

### MONITORIZAÇÃO RESIDENCIAL DE PRESSÃO ARTERIAL: UM RELATO DE UM BANCO DE DADOS DE 1474 PACEINTES

MATHEUS TOSCANO PAFFER, PEDRO TOSCANO PAFFER, TATIANA MARIA TOSCANO PAFFER, SILVIO HOCK PAFFER FILHO

FACULDADE DE MEDICINA DE OLINDA

**INTRODUÇÃO:** A hipertensão é uma doença de elevada prevalência, sendo um dos principais fatores de risco para eventos cardiovasculares. Com apenas a aferição da pressão no consultório pode ocorrer a hipertensão do jaleco branco, definida como uma condição clínica caracterizada por valores anormais da pressão arterial no consultório, porém com valores considerados normais pela monitorização residencial de pressão arterial (MRPA). O objetivo deste estudo é analisar um banco de dados de MRPA de uma clínica particular de cardiologia evidenciando os casos de hipertensão do jaleco branco.

**Métodos:** Foram avaliados o resultado do exame de MRPA de 1474 pacientes de uma clínica particular de cardiologia, em Recife/PE, no Brasil. O aparelho utilizado em todos os pacientes foi o Monitor de Pressão Arterial Omron 705 CP.

**Resultados:** Avaliamos 1474 pacientes, destes, 57,8% mulheres, com média de idade 53,4 anos (+16,17). A média da medida de consultório da pressão arterial sistólica foi de 130,68 mmHg (+18,54) e diastólica de 81,83 mmHg (+11,55), a média geral da pressão sistólica do exame de MRPA foi de 123,99 mmHg (+14,3) e a diastólica foi de 76,5mmHg (+8,99). Dentre este total foi analisado separadamente 196 pacientes (13,3%) que foram diagnosticadas com hipertensão do jaleco branco. Destes 196, 50,5% eram homens e a idade média foi de 56 anos (+15,15). A pressão arterial sistólica média no consultório teve média de 148,5 mmHg (+11,79) e a média diastólica de 90 mmHg (+8,78). A média geral do MRPA da pressão sistólica foi de 125 mmHg (+6,78) e a diastólica de 76,4 mmHg (+6,44).

**Conclusão:** A hipertensão do jaleco branco tem prevalência significativa no número total de pacientes avaliados, evidenciando a importância do uso do MRPA para o diagnóstico de hipertensão arterial. Com isto, é importante seguir a orientação das principais diretrizes de hipertensão de todo o mundo, como a europeia, que orientam o uso deste exame no diagnóstico da hipertensão arterial.

## Q047.22

### DIAGNÓSTICO NEONATAL DE TETRALOGIA DE FALLOT NO NORDESTE EM RELAÇÃO ÀS DEMAIS REGIÕES BRASILEIRAS

ISABELLA CARLA BARBOSA LIMA ANGELO, MARIA KEYLLANE VASCONCELOS DE MIRANDA, RICARDO HENRIQUE FREITAS TAVARES, PEDRO RAFAEL SALERNO

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO

**Introdução:** A tetralogia de Fallot (TF) é a cardiopatia congênita cianótica mais frequente e corresponde a cerca de 10% de todos os defeitos congênitos do coração. Essa condição compreende quatro defeitos cardíacos, sendo eles: estenose da artéria pulmonar, defeito do septo interventricular, dextroposição da aorta e hipertrofia ventricular direita. O presente estudo procura identificar os nascidos com diagnóstico de TF das regiões do Brasil. **Métodos:** Estudo epidemiológico comparativo com dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), no qual foram obtidas informações acerca da presença de TF em crianças nascidas no período de 2011 a 2020, comparando a ocorrência entre o Nordeste e a região brasileira com maior incidência. **Resultados:** Entre 2011 e 2020, foi reportado 906 notificações de casos de tetralogia de Fallot no Brasil. Na região Nordeste, foi registrado 50 casos (5,5%), sendo que, no estado de Pernambuco, apenas 9 casos (0,99%), sendo o terceiro estado com maior incidência da região Nordeste. Em contrapartida, o estado de São Paulo foi o estado brasileiro com maior incidência, responsável por mais da metade dos casos notificados, com 512 (56,5%), bem como a região Sudeste com 632 casos (69,7%), sendo a região com maior incidência. **Discussão/conclusão:** Na análise dos dados expostos, pode-se observar que há desproporção entre os casos de TF notificados na região Nordeste (5,5%), na qual inclui-se o estado de Pernambuco, comparando com a região Sudeste (69,7%), com destaque para o estado de São Paulo. A região Sudeste caracteriza-se por apresentar uma maior taxa de comercialização e exposição de agrotóxicos quando comparada a outras regiões brasileiras, essa discrepância de casos pode estar associada a tal exposição no período gestacional, gerando um aumento no risco de teratogenicidade e da suscetibilidade fetal a malformações congênitas, como a tetralogia de Fallot. Dessa forma, justifica-se a maior incidência de casos de TF nessa região. Ademais, vale ressaltar que a grande diferença entre os estados e as regiões mais e menos desenvolvidas do Brasil pode estar relacionada não somente à exposição pré-natal a agentes teratogênicos, mas também à extensa subnotificação de casos de malformações congênitas nessas áreas, principalmente pelo diagnóstico tanto nos neonatos quanto nos natimortos. Por fim, é fundamental o diagnóstico de cardiopatias congênitas, pois são patologias de mau prognóstico se não houver intervenção precoce em virtude da rápida deterioração clínica e de seu alto índice de mortalidade, sendo importante também para o registro de notificações, com o intuito de identificar as áreas mais afetadas e investigar os possíveis fatores.

## Q048.22

### IMPACTO DA MUDANÇA DA META DA MEDIDA AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL DE 135/85 PARA 130/80MMHG NOS FENÓTIPOS DE HIPERTENSOS RESISTENTES

MARIANA SILVA LONGO, AUDES DIÓGENES MAGALHÃES FEITOSA, RODRIGO BEZERRA, CARELI PEREIRA BRANDÃO, NATÁLIA DE CÁSSIA DA SILVA, MAYARA CEDRIM SANTOS, JÚLIO FRANCISCO DE MOURA JUNIOR, WILSON NADRUZ JUNIOR

SERVIÇO DE HIPERTENSÃO DE PERNAMBUCO -PROCAPE/UPE. RECIFE, BRASIL

**Introdução:** A diretriz brasileira de hipertensão de 2020 recomenda uma meta pressórica pela Medida Residencial da Pressão Arterial (MRPA) < 130/80 mmHg, por sua vez a diretriz europeia recomenda uma meta pressórica < 135/85 mmHg e o impacto dessas diferentes metas sobre os fenótipos dos hipertensos resistentes é pouco conhecido.

**Objetivos:** Avaliar os diferentes fenótipos nos hipertensos resistentes baseados nas metas pressóricas das diferentes diretrizes.

**Metodologia:** Foram analisados dados de MRPA obtidos de uma plataforma online (telempa.com.br) de pacientes de um Hospital Universitário no período de 27/12/2017 a 15/02/2022 (n=1028). Destes, comparamos os fenótipos dos pacientes hipertensos resistente considerando-se as metas pressóricas da diretriz brasileira de hipertensão de 2020 e da diretriz europeia de hipertensão de 2021. Teste de McNemar e teste t foram usados para comparar as variáveis estudadas.

**Resultado:** Dos 358 pacientes classificados como resistentes, os fenótipos encontrados levados em consideração a meta de < 135/85mmHg ou < 130/80mmHg foram, respectivamente: hipertensão do avental branco não controlada (51,1% x 14%, p < 0,0001), hipertensão sustentada não controlada (29,9% x 67%, p < 0,0001), hipertensão controlada (17,3% x 9,2%, p < 0,0001) e hipertensão mascarada não controlada (1,7% x 9,8%, p < 0,0001). A média da pressão arterial do consultório foi de 140,83 ± 24,39/84,11 ± 15,48, a média da pressão de pulso foi de 61,95 ± 19,09 e a mediana da quantidade de classes de drogas anti-hipertensivas utilizadas foi de 4 (intervalo interquartil de 3 a 5).

**Conclusão:** A diferença de meta pressórica resultou em modificação significativa dos fenótipos dos pacientes hipertensos resistentes. Estudos adicionais são necessários para avaliar a relação dessa mudança com o risco de eventos cardiovasculares e/ou às lesões de órgãos-alvo nesta população.

## Q057.22

### DISSECÇÃO DE AORTA ASCENDENTE COMPLICADA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUEMICO

SIMONE ZANETTI FREIRE, FELLIPE DOMINGOS PEREIRA LIMA, MARY ANNY SILVA FONSECA, JULIANA AURORA DE MORAES MOURA, TARCISIO ESDRAS ARAUJO MOURA

FACULDADE AGES DE MEDICINA DE JACOBINA (FAM) / UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO (UNIVASF) / ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA (EBMSP) / BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO (BP) / INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA (IDPC)

**INTRODUÇÃO:** A Dissecção Aórtica Aguda (DAA) é uma súbita ruptura da camada íntima da artéria, expondo a camada subjacente ao fluxo sanguíneo e, portanto, criando um "falso lúmen" paralelo à parede aórtica. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de predisposição para a DAA e o principal sintoma é uma dor torácica anterior de início súbito, intensidade severa, tipo facada. Apesar dos avanços na propedêutica da DAA, a mortalidade relacionada à doença continua alta, entre 25 e 30% e a complicação com acidente vascular cerebral (AVC) está presente em 6% dos casos.

**RELATO DO CASO:** J.E.G.R., 72 anos, procurou o serviço com quadro de picos hipertensivos, cefaleia, distúrbio de marcha e confusão mental há +/- 02 dias. Negava dor precordial e dispneia aos esforços. Referia ter HAS e ser ex-tabagista. Ao exame físico pressão arterial de 140x90mmHg, força preservada em membros, porém com distúrbio de marcha e sonolento. Solicitada tomografia computadorizada (TC) de crânio, ecocardiograma com Doppler e Holter 24hs e encaminhado paciente para unidade hospitalar. Realizado TC de crânio que evidenciou hiperdensidade espontânea do segmento M2 da artéria cerebral média direita sugerindo trombo agudo endoluminal; associada a área hipotenuante corticossubar cortical temporal direita com apagamento dos sulcos entre os giros locorreionais sugerindo injúria isquêmica recente. Após TC foi iniciada medidas para AVC isquêmico. No dia seguinte paciente realizou ecocardiograma transtorácico apresentando imagem hiperecótica intraluminal podendo correlacionar-se a trombose de falsa luz ou trombo mural e imagem sugestiva de dilatação aneurismática de aorta ascendente, não sendo possível afastar dissecção de aorta. Solicitado então angiotomografia de aorta torácica e abdominal que apresentou alongamento e tortuosidade da aorta, com processo de ateromatose difusa; presença de flap médio-intimal correspondendo a uma lâmina dissecção incompleta na parede anterior do segmento tubular da aorta ascendente com formação de volumoso aneurisma fusiforme e com trombo mural excêntrico com lobulação em parede anterior. Dado o diagnóstico de DAA Stanford A (DeBakey II), o paciente foi então encaminhado para unidade de terapia intensiva do serviço de referência em cirurgia cardíaca, onde foi optado por abordagem cirúrgica após estabilização do quadro neurológico.

**CONCLUSÃO:** O tratamento cirúrgico é a abordagem de escolha para as DAA ascendente. Quando complicado com AVC, o prognóstico desses pacientes é mais reservado pois a dor torácica pode ser mascarada por déficits corticais ou rebaixamento do nível de consciência dificultando o diagnóstico. Devido a isso é importante suspeitar e investigar a existência de DAA como diagnóstico diferencial nos pacientes que se apresentem com déficit neurológico nos setores de emergência.

## Q063.22

### DOENÇA REUMÁTICA CRÔNICA, UMA DOENÇA NEGLIGENCIADA: ESCOLARIDADE E ADEÇÃO À PROFILAXIA SECUNDÁRIA

JOÃO MARCELO DUARTE RIBEIRO SOBRINHO, GUILHERME AUGUSTO CARDOSO SOARES, LEONARDO FIGUEREDO PACHECO, AFONSO MIGUEL DE SOUZA SILVA, IVO QUEIROZ COSTA NETO, YAN SANTIAGO NASCIMENTO, REGINALDO MIGUEL DIAS MONTE DE FREITAS, MARCELO ANTÔNIO OLIVEIRA SANTOS VELOSO, ANDREA BEZERRA DE MELO DA SILVEIRA LORDSLEEM, SANDRO GONÇALVES DE LIMA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO / UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO / UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO / DEPARTAMENTO DE BIOCÊNCIAS, PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INOVAÇÃO TERAPÊUTICA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO / SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

**INTRODUÇÃO:** A Doença Reumática é uma doença inflamatória, cujas complicações cardíacas ainda configuram um importante problema de saúde, dada a sua elevada prevalência, taxa de morbimortalidade e custos associados, sobretudo em países em desenvolvimento como o Brasil. A profilaxia secundária com a penicilina benzatina tem se mostrado uma estratégia efetiva, na qual a adesão do paciente é fundamental. **OBJETIVOS:** avaliar a adesão e os fatores associados à profilaxia secundária da Doença Reumática com penicilina benzatina, em pacientes acompanhados ambulatorialmente em hospital de ensino de Pernambuco. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal, realizado nos meses de maio e junho de 2022. A variável dependente foi a adesão à profilaxia secundária, enquanto as variáveis independentes analisadas foram: sexo, idade, escolaridade e realização de cirurgia cardíaca. Os pacientes foram divididos em dois grupos: aderentes ao tratamento (aqueles que usam a medicação corretamente a cada 21 dias, de forma ininterrupta) e os não aderentes (aqueles que interromperam o uso em algum momento desde o início do acompanhamento). Para a realização da análise estatística foi utilizado o software SPSS 26, considerando significativo valores de  $p < 0,05$ . Foi utilizado o teste T de Student para comparar variáveis contínuas e X<sup>2</sup> para as categóricas. **RESULTADOS:** A amostra foi constituída por 34 pacientes, cuja idade média foi 50 anos, sendo 76,5% do sexo feminino. Apenas 17,6% completaram o ensino médio e 2,9% o ensino superior, enquanto 47,1% não completaram sequer o ensino fundamental. Cerca de 87% dos pacientes já haviam se submetido a cirurgia cardíaca. A maioria (67,6%) foi considerada aderente à profilaxia secundária. Indivíduos com ensino médio completo ( $p=0,044$ ) e aqueles que já haviam realizado cirurgia cardíaca ( $p=0,035$ ) foram significativamente mais aderentes à profilaxia secundária. Idade ( $p=0,503$ ) e sexo ( $p=0,722$ ) não se mostraram associados a adesão à profilaxia secundária. As principais causas de não adesão foram: falta da penicilina benzatina no posto de saúde (44,4%), desconforto na aplicação (25%) e necessidade de receita atualizada para ter acesso à medicação (22,2%). **CONCLUSÃO:** Grau de escolaridade mais elevado e intervenção cirúrgica prévia estão associados à maior adesão do paciente ao uso regular da penicilina benzatina. A principal causa referida pelos pacientes como limitador da adesão é o acesso à medicação na rede pública de saúde.

## Q064.22

### ADEÇÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM AMBULATÓRIO DE HOSPITAL QUATERNÁRIO DE ENSINO DE PERNAMBUCO

YAN SANTIAGO NASCIMENTO AFONSO MIGUEL DE SOUZA SILVA, IVO QUEIROZ COSTA NETO, LEONARDO FIGUEREDO PACHECO, LUCAS MACIEL FERREIRA, REGINALDO MIGUEL DIAS MONTE DE FREITAS, JOÃO MARCELO DUARTE RIBEIRO SOBRINHO, MARCELO ANTÔNIO OLIVEIRA SANTOS VELOSO, ANDREA BEZERRA DE MELO DA SILVEIRA LORDSLEEM, SANDRO GONÇALVES DE LIMA

UFPE / UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO / DEPARTAMENTO DE BIOCÊNCIAS, PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INOVAÇÃO TERAPÊUTICA, UFPE / SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE

**INTRODUÇÃO:** A adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é fundamental para o controle dos níveis pressóricos, de modo a contribuir para a redução da morbimortalidade cardiovascular. Nesse sentido, é importante compreender que a adesão inadequada é multifatorial. Há relatos de taxas mais elevadas de adesão em serviços de atenção primária, enquanto outros estudos reportam uma melhor adesão em serviços de mais alta complexidade. **OBJETIVOS:** identificar a frequência e fatores associados à não-adesão ao tratamento farmacológico da HAS em pacientes acompanhados ambulatorialmente em hospital quaternário de ensino de Pernambuco. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal, realizado nos meses de maio e junho de 2022. A variável dependente foi adesão ao tratamento farmacológico da HAS, enquanto as variáveis independentes analisadas foram: sexo, idade, Índice de Massa Corpórea (IMC), pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial diastólica (PAD), tempo de diagnóstico de HAS, número de anti-hipertensivos em uso, prática regular de atividade física, tabagismo e dieta hipossódica. Os pacientes foram divididos em dois grupos: aderentes e não aderentes ao tratamento farmacológico da HAS. Foi definido como aderente os indivíduos que informaram nunca ter interrompido o uso da medicação anti-hipertensiva por conta própria desde que foram diagnosticados com HAS. As análises estatísticas foram realizadas no SPSS 26, considerando como significativos valores de  $p < 0,05$ . Foi utilizado o teste T de Student para as variáveis com distribuição normal e o teste de Mann-Whitney para aquelas com distribuição não normal. **RESULTADOS:** A amostra foi constituída por 63 pacientes, sendo 50,8% do sexo masculino, 74,6% aderentes e 25,4 não aderentes ao tratamento farmacológico da HAS. Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre idade ( $p=0,131$ ); sexo ( $p=0,358$ ); IMC ( $p=0,766$ ); PAS ( $p=0,720$ ); PAD ( $p=0,495$ ) e tempo de diagnóstico de HAS ( $p=0,477$ ) com a condição de aderência / não aderência ao tratamento farmacológico da HAS. As causas mais frequentes para o uso irregular dos anti-hipertensivos foram: esquecimento (23,5%), sensação de hipotensão (17,6%) e aumento da frequência urinária (11,7%). A maioria da amostra estudada (66,7%) era sedentária, 23,8% não faziam dieta hipossódica e 7,9% eram tabagistas ativos. Quanto ao número de anti-hipertensivos, 15,9% usavam apenas uma medicação, 38,1% usavam duas, 23,8% usavam três, 19% usavam quatro e 1,6% usavam cinco medicações. **CONCLUSÃO:** Foi encontrado percentual elevado de não aderentes, embora não tenhamos identificado associação estatisticamente significativa entre as variáveis analisadas e a condição de aderência / não aderência ao tratamento farmacológico da HAS. Esquecimento e efeitos adversos relacionados aos anti-hipertensivos foram as causas mais frequentemente apontadas pelos pacientes para interrupção do tratamento farmacológico.

## Q065.22

### ADEÇÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

THAMIRIS CHACON DE MORAES, TEREZA CRISTINA MARTINS DE PAULA

UNINASSAU / SECRETÁRIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

A hipertensão arterial (HA) é um dos mais importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares, contribuindo com 50% das mortes por estas causas. Mesmo conhecendo-se a efetividade das medidas de controle disponíveis, a baixa adesão ao tratamento farmacológico e menor ainda ao não farmacológico, é um dos principais fatores para a persistência de valores elevados da Pressão Arterial (PA), representando um dos maiores desafios em saúde. O objetivo deste estudo foi avaliar adesão ao tratamento farmacológico em pacientes hipertensos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde. Trata-se de um estudo transversal, realizado em uma Unidade de Saúde da Família, no município Recife, no estado Pernambuco. Para verificar a adesão ao tratamento, utilizou-se o Brief Medication Questionnaire (BMQ). Participaram do estudo 27 indivíduos, de ambos os sexos, com diagnóstico confirmado de HA e a coleta de dados foi realizada em consultório no período 14/06/2022 à 28/06/2022. Os resultados mostraram uma predominância de idosos (70%), sexo feminino (78%), grau de escolaridade ensino fundamental (74%), uso de menos de 5 medicamentos de uso contínuo (63%) e 70% apresentaram uma PA não controlada. Quanto à adesão ao tratamento, conforme pontuação do BMQ, 67% obtiveram um escore compatível com provável baixa adesão (domínio Regime), 96% não se verificou barreiras no domínio Crenças e 92% demonstraram barreiras no domínio recordação. Os indivíduos com baixa escolaridade, em uso de maior número de medicamentos de uso contínuo e os com PA não controlada, eram em sua maioria aqueles com provável baixa de adesão ao tratamento. É importante para o gerenciamento do cuidado, avaliar a adesão, ainda seja uma questão complexa e multifatorial. Diversas estratégias e um acompanhamento multidisciplinar podem contribuir para um tratamento adequado, resultando no aumento da adesão e no alcance das metas estabelecidas pelas diretrizes.

## Q086.22

### INCIDÊNCIA DA FIBRILAÇÃO ATRIAL EM PACIENTES IDOSOS COM DIABETES MELLITUS E PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

ELLEN BEATRIZ SOBRAL, MARIA EDUARDA BORGES MATIAS, JESSICA MYRIAN DE AMORIM GARCIA, MIRELA AVILA LITVIN, CAROLINA JERÔNIMO MAGALHÃES

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE (FPS); HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES (HAM); UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO (UPE)

**INTRODUÇÃO:** A diabetes mellitus (DM), sobretudo sem controle glicêmico adequado, tem sido reconhecida como um fator de risco evidente para o desenvolvimento de acometimentos cardiovasculares. A fibrilação atrial (FA), arritmia cardíaca que provoca deficiência na circulação, é a principal afeição relacionada com essa comorbidade e que influi no aumento das taxas de morbimortalidade da população acometida. **MÉTODOS:** Estudo transversal observacional descritivo, realizado de agosto de 2020 a dezembro de 2021 em um centro de referência de cardiologia do estado de Pernambuco com pacientes  $\geq 65$  anos, que avaliou a incidência de FA nos pacientes idosos diagnosticados com DM e portadores de insuficiência cardíaca (IC). O diagnóstico de DM foi realizado por meio da análise de exames laboratoriais da Hemoglobina Glicada ( $\geq 6,5\%$ ), além da utilização de formulários de pesquisa que abrangeram tanto o diagnóstico da DM, quanto a sua duração. A presença de FA foi identificada por meio dos eletrocardiogramas e os parâmetros morfológicos do coração pelos dados ecocardiográficos. **RESULTADOS:** 112 pacientes idosos  $\geq 65$  anos foram incluídos no estudado, com uma média de idade de  $72,5 \pm 5,7$ , dentre os quais 50% eram do sexo masculino. Do total de idosos, 53,6% apresentavam DM prévia dos quais identificou-se FA em 19,6%. Os valores de hemoglobina glicada foram  $\geq 6,5\%$  em 46,4%. Percebeu-se uma relação significativa ( $p=0,04364$ ) entre a maior incidência de FA em pacientes com tamanho do diâmetro atrial esquerdo (DAE) aumentado ( $\geq 39\text{mm}$ ), os quais foram em torno de 60,7% da amostra. **CONCLUSÕES:** Na amostra estudada, a presença de FA em pacientes idosos com DM prévia foi mais frequente naqueles com aumento do DAE, fato encontrado nos dados da literatura. Os achados deste estudo chamam atenção para o remodelamento atrial esquerdo em pacientes diabéticos e a presença de FA em idosos portadores de IC.

## Q092.22

### AValiação DA FUNÇÃO SISTÓLICA DO VENTRÍCULO DIREITO APÓS O REPARO CIRÚRGICO DA TETRALOGIA DE FALLOT: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA COMPARANDO A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CARDÍACA E O STRAIN LONGITUDINAL GLOBAL (PP)

ANA LAÍSA ANDRADA OLIVEIRA, MARIA EDUARDA PEREIRA DE OLIVEIRA, VALDANO MANUEL

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE (FPS); 2. UNIVERSIDADE VILA VELHA; 3. COMPLEXO HOSPITALAR DE DOENÇAS CARDIO-PULMONARES CARDEAL DOM ALEXANDRE DO NASCIMENTO, LUANDA – ANGOLA

**Introdução:** A maioria dos pacientes submetidos à correção cirúrgica da tetralogia de Fallot apresenta disfunção tardia do ventrículo direito (VD) devido à insuficiência valvar pulmonar. A detecção precoce dessa insuficiência valvar é um fator importante para as opções de tratamento, já que a mesma é o motivo mais frequente de consideração da cirurgia nesses pacientes. A ressonância magnética cardíaca (RMC) é o método padrão-ouro para avaliação do VD durante o seguimento e o strain longitudinal global (SLG) foi introduzido no meio como um novo método para a avaliação da disfunção do VD. A presente revisão sistemática tem como objetivo comparar a viabilidade do SLG e da RMC na avaliação da função do VD após o reparo cirúrgico da Tetralogia de Fallot. **Métodos:** Revisamos sistematicamente a literatura em inglês utilizando PubMed, Scielo e Google Scholar para artigos publicados entre 1º de janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2020 seguindo o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). Foram incluídos artigos que avaliaram a função do VD comparando o uso do SLG e da RMC após o reparo cirúrgico da Tetralogia de Fallot. **Resultados:** Foram analisados nove estudos incluindo 465 pacientes. A maioria dos pacientes era do sexo masculino (280; 60%), a proporção homem:mulher foi de 1,5:1 e a faixa etária foi de 0,8 a 57,7 anos. O tempo médio de seguimento foi de seis a 32 meses. A correlação entre SLG do VD e a fração de ejeção (FE) do VD pela RMC foi negativa para os artigos e variou de moderada a forte ( $r = -0,45$ ,  $r = -0,60$ ,  $r = -0,76$ ). **Conclusão:** O SLG do VD pode ser considerado para o acompanhamento de rotina de pacientes com reparo de Tetralogia de Falot, embora a RMC continue sendo o método padrão-ouro não invasivo. O uso de um único parâmetro pode não permitir com precisão a comparação da FE do VD pela RMC e o SLG. Mais estudos com um número maior de pacientes submetidos ao reparo de Tetralogia de Fallot são necessários para avaliar a correlação entre esses exames.

## Q094.22

### PRESEÇA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM PACIENTES IDOSOS DIABÉTICOS, PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

MARIA EDUARDA BORGES MATIAS, ELLEN BEATRIZ SOBRAL, MIRELA ÁVILA LITVIN, CAROLINA JERONIMO MAGALHAES, JESSICA MYRIAN DE AMORIM GARCIA

HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES; FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE; UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

**Introdução:** O diabetes mellitus (DM) é uma doença de caráter progressivo que promove alterações vasculares e inflamatórias sistêmicas, as quais são preditoras de patologias crônicas, devido ao desenvolvimento de aterosclerose. Essa patologia predispõe o desenvolvimento de insuficiência cardíaca (IC) e episódio de acidente vascular cerebral (AVC) quando acomete, respectivamente, as artérias coronárias e relacionadas ao suprimento sanguíneo do cérebro. As alterações nesses parâmetros e a presença de AVC estão relacionadas à elevada morbimortalidade na população geriátrica. **Método:** Estudo transversal observacional descritivo, composto por pacientes ( $\geq 65$  anos) internados na enfermaria e emergência de serviço de referência em cardiologia do Estado de Pernambuco, entre o período de agosto de 2020 e setembro de 2021. Para o diagnóstico DM foi realizado exames laboratoriais como glicemia em jejum e hemoglobina glicada e aplicados questionários que avaliaram o tempo de diagnóstico. A presença de AVC prévio foi realizada por meio de formulário à beira do leito e os parâmetros morfológicos do coração foram avaliados a partir do Ecocardiograma Transtorácico. **Resultados:** A amostra foi formada por 112 pacientes, com média de idade de 72,53 anos, dos quais 51,78% eram do sexo masculino. Quando avaliadas as comorbidades dos pacientes diabéticos, 91,58% eram hipertensos e 18,75% tinham fibrilação atrial. Dentre as complicações vasculares avaliadas, 24,3% tinham retinopatia, 55,14% possuíam neuropatia e 39,25% apresentavam nefropatia. Quanto aos eventos neurológicos, do total da amostra, 16,96% tiveram AVC. Ao relacionar os parâmetros de DM e AVC, foi verificado que, dentre os pacientes diabéticos, 18,69% haviam tido episódio de AVC, ao passo que 81,31% não tinham desenvolvido essa patologia. Ao cruzar os dados de DM com o diâmetro atrial esquerdo (DAE), foi verificado que 52,22% dos pacientes com diabetes prévia tinham DAE aumentado. Observou-se ainda que ao comparar os dados de DM e do volume de átrio esquerdo (VAE), 50,75% dos pacientes com diabetes apresentaram aumento do VAE. **Conclusão:** Segundo a amostra estudada, consoante com a literatura, pacientes com diagnóstico de DM apresentaram episódio de AVC em sua evolução clínica. Foi observado ainda uma maior frequência de pacientes portadores de diabetes e alterações estruturais do coração, como aumento do DAE.

## Q099.22

### DESNERVAÇÃO RENAL EM PACIENTE JOVEM COM HIPERTENSÃO ACELERADA MALIGNA

MATHEUS CASTELO BRANCO FALCÃO ALBUQUERQUE, MARIA ANTONIETA ALBANEZ A. DE MEDEIROS LOPES, HEITOR MAURÍCIO DE MEDEIROS FILHO, HEITOR NICEAS ALBANEZ A. DE MEDEIROS, MARCELA MARIA CAVALCANTI LIRA

REAL HOSPITAL PORTUGUÊS

**Introdução:** Paciente de 38 anos, sexo masculino, afro-americano, sem comorbidades prévias, encaminhado do serviço de oftalmologia por apresentar papiledema e aumento da pressão arterial. Ao chegar na emergência, apresentou pressão arterial de 210x120mmHg, papiledema, função renal alterada com creatinina de 2mg/dl e ureia de 90mg/dl. Além de hemograma sem anormalidades e com o diagnóstico prévio de hipertensão acelerada maligna. Possui histórico familiar de hipertensão refratária. Em uso das seguintes medicações: hidralazina, hidroclorotiazida, losartana, carvedilol e anlodipino, em suas respectivas doses máximas toleradas. A espironolactona não foi introduzida devido ao comprometimento da função renal e limitação de potássio. Paciente retornou após um mês com alteração do nível de consciência e pressão arterial aumentada, 180x110mmHg. **Descrição do Caso:** O estudo através da ressonância magnética cerebral evidenciou um acidente vascular cerebral. Após avaliação da cardiologia, foi recomendada a desnervação renal bilateral. A abordagem da desnervação renal bilateral, foi realizada com cateter multieletródo de desnervação renal 360 graus de ablação e ramos distais, para maximizar a probabilidade de desnervação completa, totalizando 64 ablações. As medicações foram reduzidas durante as consultas e após 6 meses a pressão arterial estava em torno de 110x70mmHg, com 4 classes de medicamentos. Apresentou também regressão da hipertrofia ventricular esquerda (HVE) evidenciada pelo ecocardiograma prévio realizado em 22/08/2020 em comparação com o ecocardiograma realizado em 22/03/2022, com redução de 346,3g da massa muscular do ventrículo esquerdo. Outros índices foram reduzidos, como: o índice de massa do ventrículo esquerdo (IMVE), a espessura da relativa das paredes (ESPRP), além do diâmetro diastólico e sistólico do ventrículo esquerdo (DDVE). Realizado o exame de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), notou-se apenas 5 variações, sendo três variações da pressão arterial sistólica e duas variações da pressão arterial diastólica, enquanto as outras 52 aferições mostraram-se dentro do padrão da normalidade. **Discussão/Conclusão:** Como a desnervação renal bilateral foi realizada na fase aguda tanto do acidente vascular cerebral isquêmico quanto da hipertensão maligna, verificou-se a diminuição da pressão arterial e uma regressão da hipertrofia ventricular esquerda. Embora o mecanismo dessa regressão ainda não tenha sido esclarecido.

## Q100.22

### COMO ABORDAR UM PACIENTE COM RISCO DE MORTE REFUTADO PELA CIRURGIA CARDÍACA

MARCELA MARIA CAVALCANTI LIRA, MARIA ANTONIETA ALBANEZ A. DE MEDEIROS LOPES, HEITOR MAURÍCIO DE MEDEIROS FILHO, HEITOR NICEAS ALBANEZ A. DE MEDEIROS, MATHEUS CASTELO BRANCO FALCÃO ALBUQUERQUE

REAL HOSPITAL PORTUGUÊS

**Introdução:** Paciente de 76 anos, sexo feminino, pertencente a religião testemunha de Jeová (provida de tomar transfusão sanguínea), com quadro típico de angina instável, diabetes tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica. **Descrição do Caso**  
A angiotomografia evidenciou uma dilatação da descendente anterior e outras lesões de coronária direita. O cateterismo cardíaco, constatou lesão severa e aneurisma na descendente anterior, e lesões distais na coronária direita e circunflexa. A cirurgia é indicada devido à complexidade da lesão, em virtude de um grande aneurisma na descendente anterior. O grau de risco de morte desta paciente, relaciona-se a sua religião que não permite transfusão de sangue. A alternativa seria abordagem por via percutânea com colocação de stent recoberto guiado por tomografia de coerência óptica (OCT). **Abordagem realizada** por via radial direita, cateter balão intra-aórtico (BI) curva 3,5, guia 0,014mm light suporte da terumo pré-dilatado com balão 2,5/15mm, com dilatação apenas da placa pré aneurisma evitando dissecação e rotura. Após dilatação, o estudo controle mostrava abertura do lúmen com imagem de dissecação para dentro do aneurisma, passado a OCT. **Implantado** o stent recoberto de papiro, diâmetro 3,0/24mm, foi realizado estudo controle sem imagem do aneurisma com um ganho luminal excelente. Também foi colocado outro stent distal com overlapping guiado pelo bust stent bem posicionado, possuindo um bom ganho luminal, feito pós dilatação com balão não complacente 3,0/15mm com excelente expansibilidade vista pela ferramenta do bust stent. O estudo do OCT, mostra o stent revestido bem definido e bem apostado na luz do vaso com desaparecimento dos aneurismas e imagem do segundo stent bem posto nas duas hastas. O estudo angiográfico, mostra a dilatação luminal sem imagem do aneurisma e com fluxo normal. **Discussão/Conclusão**  
Novas ferramentas como OCT, buster stents, novos designers de stent e fios guias permitem que procedimentos mais complexos possam ser realizados pela intervenção percutânea. Dando, assim, outras alternativas para a abordagem da paciente de forma mais segura.

## Q101.22

## CASO COMPLEXO DE VALVULOPLASTIA AÓRTICA E ANGIOPLASTIA DE TRONCO DA CORONÁRIA ESQUERDA EM PACIENTE IDOSA FRÁGIL DE 89 ANOS EM TRATAMENTO DE ENDOCARDITE INFECCIOSA DE VALVA MITRAL, SEGUIDO DE TAVI

MARCELA MARIA CAVALCANTI LIRA, MARIA ANTONIETA ALBANEZ A. DE MEDEIROS LOPES, HEITOR MAURICIO DE MEDEIROS FILHO, HEITOR NICEAS ALBANEZ A. DE MEDEIROS, MATHEUS CASTELO BRANCO FALCÃO ALBUQUERQUE

REAL HOSPITAL PORTUGUÊS

Introdução: Paciente de 89 anos, sexo feminino, dislipidêmica, com critérios de fragilidade, transtorno de pânico e osteoartrite nos joelhos, com cirurgia prévia de colecistectomia. Sendo evidenciado uma insuficiência cardíaca descompensada de etiologia valvar (Fração de Ejeção: 63%), do tipo B.

Descrição do Caso: Realizado diagnóstico de estenose valvar aórtica com indicação de troca valvar, insuficiência aórtica leve e insuficiência mitral moderada com calcificação do anel mitral. Por causa da infecção primária de corrente sanguínea e endocardite da valva mitral por Pseudomonas, o procedimento precisou ser adiado. No dia 08/09/2021, a paciente apresentou febre e calafrios, realizado antibioticoterapia guiada por cultura, com Meropenem por 6 semanas.

Realizada uma AngioTomografia Computadorizada de Aorta, com o seguinte resultado: Anel Valvar Aórtico: Diâmetros transversos: 25,0 x 18,0mm; Diâmetro médio: 21,5 mm; Área (planimetria): 342,0 mm<sup>2</sup>; Perímetro do anel valvar aórtico: 69,0 mm; Seio de Valsalva: 28,4 x 27,9 x 24,5 mm; Diâmetro da transição sinotubular: 28,5 mm Altura da CD em relação ao plano valvar: 14,3 mm; Altura do TCE em relação ao plano valvar: 15,1 mm; Angulação entre o plano valvar aórtico e o plano horizontal: 39°; Análise descritiva: Não visualizado trombos intracardíacos. Valva aórtica trivalvar com abertura tricommisural, com espessamento e calcificação de seus folhetos. Observa-se moderada extensão linear da calcificação para anel valvar e via de saída de VE abaixo do folheto esquerdo. Escore de cálcio da valva aórtica: 1.110,0 unidades Agatston; Artérias ilíacas comuns de trajetos habituais, com calibre luminal de 6,5 mm à direita e 8,0 mm na à esquerda; Artérias ilíacas comuns de trajetos habituais, com calibre luminal de 6,2 mm à direita e 7,2 mm na à esquerda; Artérias femorais comuns de trajetos habituais, com calibre luminal de 5,8 mm à direita e 6,2 mm na à esquerda.

Em 23/09/2021, realizou um ecocardiograma transesofágico, apresentando: vegetação móvel de folheto atrial mitral 13mm. Durante tratamento antimicrobiano apresentou instabilidade e edema agudo de pulmão com infarto do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST, sendo optado após Heart Team e cálculo de risco cirúrgico elevado (Euroscore II 17,4%). No dia 29/09/2021 foi realizada uma valvuloplastia percutânea aórtica em conjunto com uma angioplastia transluminal coronariana em tronco da coronária esquerda (TCE), descendente inferior e circunflexa. Após 24 dias, ocorreu a abordagem para implante transcatereter de válvula aórtica (TAVI).

Discussão/Conclusão: Paciente evoluiu em pós operatório de implante de valva aórtica por cateter TAVI no dia 23/10/2021. Necessitou de 2 concentrados de hemácias. Evoluiu com edema agudo de pulmão, secundário a pico hipertensivo? Isquêmico?. Doença renal crônica agudizada resolvida. Apresentou anemia normocrômica normocítica, hemoglobina estava em 7,5 g/dL na alta e provas de hemélie negativas.

## Q107.22

## DISFUNÇÃO RENAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL EM INDÍGENAS EXPOSTOS A DIFERENTES GRAUS DE URBANIZAÇÃO

ELIENE APARECIDA CERQUEIRA MARCOS, ORLANDO VIEIRA GOMES, THIAGO REIS DO CARMO, GABRIEL DOS SANTOS DIAS, EMANUELA GIORDANA FREITAS DE SIQUEIRA, CARLOS DORNELS FREIRE DE SOUZA, VANESSA CARDOSO PEREIRA, RODRIGO FELICIANO DO CARMO, ANDERSON DA COSTA ARMSTRONG

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO (UNIVASF)

Introdução: A Hipertensão arterial (HA) é uma doença multifatorial e possui uma íntima relação com a função renal, onde a hipertensão pode ser tanto a causa como a consequência de uma doença renal crônica (DRC). A DRC é uma lesão renal caracterizada por alterações estruturais ou funcionais dos rins com ou sem redução da taxa de filtração glomerular (TFG), sintomática ou assintomática e afeta cerca de 10% da população adulta brasileira, podendo ser detectada por marcadores bioquímicos como creatinina.

Objetivo: Descrever a prevalência de disfunção renal e de hipertensão arterial em dois grupos indígenas expostos a diferentes contextos de urbanização.

Método: Trata-se de um estudo de prevalência realizado nas comunidades indígenas Fulni-ô (grupo com reduzido contato com o meio urbano) e Truká (grau intermediário de urbanização). Foram incluídos indivíduos com 18 anos ou mais de idade e coletadas as seguintes variáveis: sexo, idade, diagnóstico de hipertensão e TFG, a qual foi classificada em G1 ( $\geq 90$  mL/min/1,73m<sup>2</sup>), G2 (60-89 mL/min/1,73m<sup>2</sup>), G3a (45-59 mL/min/1,73m<sup>2</sup>), G3b (30-44 mL/min/1,73m<sup>2</sup>), G4 (15-29 mL/min/1,73m<sup>2</sup>), G5 (<15 mL/min/1,73m<sup>2</sup>). Os dados foram coletados dos prontuários do Projeto de Atenção Integral Indígena (PAI-I). Medidas de frequência e de tendência central foram utilizadas para descrever os achados. O teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para análise da distribuição das variáveis e a Análise de variância (ANOVA) para comparação dos grupos. Adotou-se significância de 5%. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 1.488.268, de 13 de abril de 2016.

Resultado: Dos 280 indivíduos com resultados de TFG, sendo 184 Fulni-ô e 96 Truká. A prevalência de diminuição moderada da função renal (G3a) foi maior na população Truká (6,2%; n=6). Por outro lado, os indígenas Fulni-ô apresentaram maior proporção de indivíduos com filtração levemente diminuída (G2) (42,4%; n=78) quando comparados com os indígenas Truká (29,2%; n=28). Observou-se maior idade nos indivíduos com pior função renal no grupo Fulni-ô ( $p < 0,001$ ). A idade do grupo G3a nos indígenas Truká foi de 48±5,6 anos e nos Fulni-ô foi de 62,1±6,5. Onze, dos 12 indivíduos do grupo G3a eram mulheres. A prevalência de hipertensão arterial foi maior nos grupos mais avançados da DRC: 22,2% (n=36) no G1, de 26,4% (n=28) no G2 e de 41,6% (n=5) no G3a. Discussão/Conclusão: A exposição a um contexto de urbanização parece elevar o risco de aparecimento de doença renal crônica e de hipertensão precocemente. O consumo de alimentos industrializados e a adoção de hábitos de vida urbanos podem contribuir para esse adoecimento. Dessa forma, medidas de promoção de saúde e prevenção da DRC devem ser implementadas para mitigar os efeitos do processo de urbanização na saúde dos indígenas.

## Q136.22

## PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM IDOSOS EM UM CENTRO DE CARDIOLOGIA

MATHEUS TOSCANO PAFFER, PEDRO TOSCANO PAFFER, TATIANA MARIA TOSCANO PAFFER, JAQUELLINNE MILLENNIA SILVA LIBERAL, SILVIO HOCK PAFFER FILHO

FACULDADE DE MEDICINA DE OLINDA LIGA ACADÊMICA DE CARDIOLOGIA DE OLINDA

Introdução: A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é uma doença emergente que vem aumentando sua incidência nos últimos anos, e que representa um importante fator de risco para hipertensão arterial sistêmica (HAS) e outras doenças cardiovasculares. Além de também ser considerada uma causa de HAS secundária, a SAOS vem sendo relacionada com doenças como insuficiência cardíaca (IC), obesidade, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), doença arterial coronariana (DAC) e arritmias, em especial, a fibrilação atrial.

Objetivo: Avaliar uma coorte de 70 pacientes com idade acima de 65 anos de idade, com o diagnóstico de SAOS, a fim de observar quais outras patologias coexistem com a SAOS desse paciente.

Métodos: 70 pacientes com idade acima de 65 anos de idade e diagnóstico de SAOS, índice de apneia/hipopneia  $\geq 5$  (IAH), tiveram seus prontuários analisados no período de outubro de 2021 a fevereiro de 2022, a fim de identificar a coexistência da SAOS com outras patologias, como HAS, arritmias, IC, DAC e DM2 em uma clínica privada de cardiologia. Todos os pacientes foram submetidos a polissonografia tipo IV-Biologix e seus prontuários médicos foram analisados para verificar antecedente pessoal prévio das patologias, bem como existência de acidente vascular encefálico prévio.

Resultados: Foram analisados dados de 70 pacientes, destes, 38 pacientes (54%) são do sexo feminino, a média de idade foi de 72,85 anos. Destes, 5 (7%) são portadores de SAOS acentuada, 25 (35%) têm SAOS moderada e 40 (57%) têm SAOS leve. 49 (70%) possuem HAS, 27 (38%) DM2, 11 (15%) possuem IC, 11 (15%) possuem arritmia e 12 (17%) possuem DAC. 4 (5%) pacientes tiveram acidente vascular prévio, 28 pacientes (40%) são obesos, sendo deles 6 (21%) obesos grau 3, 7 (25%) obesos grau 2 e 15 (53%) obesos grau 1.

Discussão: É conhecida a relação da SAOS e HAS, principalmente nos pacientes com hipertensão resistente. A presença de SAOS também é um fator chave para o desenvolvimento do DM tipo 2, com as últimas diretrizes sugerindo o rastreamento dessa condição dos pacientes com DM, principalmente com os dados epidêmicos de obesidade, condição extremamente comum tanto no DM quanto na SAOS. Dentre as doenças cardiovasculares, sabe-se que as repercussões sistêmicas geradas pelas SAOS são importantes para o desenvolvimento de arritmias, DAC e IC. Neste estudo, evidenciou-se a associação dessas comorbidades, sendo 38% do grupo de pacientes com apneia do sono hipertensos e 15% diabéticos.

Conclusão: HAS e DM são os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares maiores e a presença de SAOS desempenha um papel importante no desenvolvimento dessas condições, sugerindo a necessidade de rastreamento de SAOS nesses pacientes.

## Q147.22

## ECOCARDIOGRAFIA HEMODINÂMICA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AVANÇADA EM HOSPITAL TERCIÁRIO

LAURA DE QUEIROGA CAVALCANTI LEÃO, ENZO MACÊDO NUNES, KLINNSMAN FERREIRA SILVA SOUZA, LUCAS REIS DA COSTA, CLODOVAL DE BARROS PEREIRA JUNIOR

PRONTO-SOCORRO CARDIOLÓGICO UNIVERSITÁRIO DE PERNAMBUCO - PROF. LUIZ TAVARES (PROCAPE) - UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO (UPE)

Introdução: A avaliação hemodinâmica do paciente com insuficiência cardíaca (IC) avançada é crucial para o seu manejo clínico. Para isso, os métodos padrão ouro são o cateterismo cardíaco associado à manometria ou à avaliação das pressões intracardíacas pelo cateter de artéria pulmonar. 1-4 Entretanto, tais métodos, além de invasivos (com risco de arritmias, pneumotórax, infecções e outras complicações), não são amplamente disponíveis.

O ecocardiograma hemodinâmico (ECO) é uma alternativa de grande utilidade para o diagnóstico e manejo da IC, especialmente em pacientes de difícil otimização terapêutica. O objetivo deste trabalho é apresentar o banco de dados de 11 pacientes com IC de difícil manejo terapêutico que realizaram um ECO no Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco - Prof. Luiz Tavares (PROCAPE).

Metodologia: Selecionamos 11 pacientes com IC avançada (diagnóstico definido de acordo com a última diretriz), podendo estar em uso de inotrópicos ou vasodilatadores venosos. Todos realizaram um ECO transtorácico completo, seguindo um protocolo dedicado à aquisição de todos os parâmetros necessários à avaliação hemodinâmica, de acordo com as diretrizes internacionais e o conhecimento atual 6,7. Foram obtidas as seguintes variáveis: pressão arterial média (PAM), frequência cardíaca (FC), pressão atrial direita (PAD), pressão sistólica na artéria pulmonar (PSAP), pressão média na artéria pulmonar (PMAP), pressão diastólica final na artéria pulmonar (PDFAP), pressão capilar pulmonar média (PCPM), índice cardíaco (IC), débito cardíaco (DC), resistência vascular pulmonar (RVP) e resistência vascular sistêmica (RVS).

Resultados: As médias aritméticas dos dados dos 11 pacientes avaliados mostraram índice média de 48,54 anos, PAM de 76,18 mmHg, FC de 74,90 bpm, PAD de 14,54 mmHg, PSAP de 54,8 mmHg, PMAP de 31,63, PDFAP de 19,35, PCPM de 22,50 mmHg, IC de 1,90 L/min/m<sup>2</sup>, DC de 3,43 L/min, RVP 240,63 dynas.seg.cm<sup>5</sup> e RVS = 1542,18 dynas.seg.cm<sup>5</sup>

Discussão: Estudos mostraram que as medidas obtidas pelo ECO e pela monitorização hemodinâmica por cateter de artéria pulmonar parecem ter boa correspondência e reprodutibilidade em pacientes com IC avançada e pacientes em avaliação pré-transplante cardíaco. 3-4

A maioria dos pacientes aqui avaliados apresentava sinais de hipertensão pulmonar, além de débito e índice cardíaco reduzidos associados ao aumento da RVS e PAD. O ECO auxiliou no manejo clínico, possibilitando uma monitorização segura da progressão da doença e da sua resposta ao tratamento - tendo o exame sido repetido após ajustes medicamentosos - bem como a otimização da terapêutica do paciente. 8

Conclusão: O ECO é uma das ferramentas mais promissoras para o manejo diagnóstico e terapêutico do indivíduo com IC. Diante disso, fazem-se necessários mais estudos comparativos entre os valores obtidos pelo cateterismo cardíaco e pelo ECO, além de estudos que abordem a influência do uso de drogas vasoativas e diuréticos nas medidas obtidas.

# ÍNDICE REMISSIVO POR AUTOR E Nº DO TEMA



## A

Alexsandro Paulo Costa Galdino - F068.22;  
Ana Carla Alves de Souza Lyra - G067.22;  
Ana Cecília Araújo Cabral - Q022.22; Q023.22  
Ana Laísa Andrade Oliveira - Q092.22;  
Anabel Vieira Lima - B126.22; B145.22;  
Andrea Bezerra de Melo da Silveira Lordsleem - M070.22;  
Ândrea Virgínia Ferreira Chaves - B134.22;  
Anderson da Costa Armstrong - B132.22;  
Antônio Carlos Escol de Almeida Neto - E121.22;  
Aristófilo Coelho da Silva - E095.22;  
Arnóbio Ângelo de Mariz Júnior - B025.22;

## B

Barbara Mariana dos Santos Silva - L093.22;  
Bianca Alice Souza - B085.22;  
Breno de Alencar Antão - E052.22;

## C

Clara de Assis Karoline Oliveira - Q074.22;  
Celina Maria de Carvalho - Q153.22;  
Cicero Samuel Tavares de Souza - Q011.22;  
Clayton Pires Sales - E148.22;  
Cristiano Berardo Carneiro da Cunha - E113.22;

## D

Djair Brindeiro Filho - G015.22;  
Dolly Brandão Lages - Q024.22;

## E

Elder José Aquino de Sá - B108.22; C114.22; C118.22; M110.22;  
M117.22;  
Ellen Beatriz Sobral - Q086.22  
Elisandra de Sousa Alves - A076.22; A077.22  
Eliane Aparecida Cerqueira Marcos - Q107.22  
Esthefany Dias Barbosa - A150.22; L096.22; L116.22;

## F

Felipe Augusto Santos Saragiotto - E152.22;  
Fernando Antônio Ribeiro Souza - C140.22  
Flávio Hilton Feijó Cavalcanti Silva - R138.22;

## G

Gabriel Marino Ferreira - Q115.22;  
Gabriela Lucena Montenegro - C141.22;  
Giovanna Sherly de Sá - Q005.22;  
Giselle Iautizen Duarte - H029.22;

## H

Henry Martins Soares Fortes - Q018.22;

## I

Isabella Carla Barbosa Lima Angelo - Q047.22;  
Isabela Hadassa Silva Menor - Q097.22;  
Ivaldo Pedrosa Calado Filho - B073.33; D155.22; J122.22;

## J

Jeann Carlos de Oliveira Santiago - B088.22; C021.22; C050.22;  
F035.22;  
Jose Maria Del Castillo, G016.22;  
José Rafael Luciano Ramos da Silva - G072.22;  
João Guilherme Rattes Lima de Freitas - Q075.22;  
João Marcelo Duarte Ribeiro Sobrinho - Q051.22; Q063.22;  
Joyce Santana do Nascimento - B031.22;

## K

Katarina Barros de Oliveira - G019.22;

## L

Laura de Queiroga Cavalcanti Leão - Q107.22;  
Layara Pacheco Saburido - J084.22;  
Leoncio Bem Sidrim - B059.22; M058.22;  
Lucas Eduardo Vilarinho Guimarães - L032.22;  
Luciano Fábio Oliveira Magalhães - Q055.22  
Luis Santiago amos Tavares de Lira - Q026.22;;  
Luiz Rafael Pereira Cavalcanti - E112.22

## M

Maíra Azevedo Ximenes - F053.22;  
Marcela Mairia Cavalcanti Lira - Q100.22; Q101.22  
Marcia Cristina Amélia da Silva - B125.22; R127.22;  
Maria Elisa Lucena Sales de Melo - R128.22;  
Maria Eduarda Borges Matias - Q094.22;  
Mariana Silva Longo - Q048.22; Q049.22;  
Marina Souto da Cunha Brendel Braga - B130.22; H129.22;  
K133.22;  
Matheus Castelo Branco Falcão Albuquerque - Q099.22;  
Matheus Guilherme de Assunção França - Q039.22;  
Matheus Pereira Barreira - Q137.22;  
Matheus Toscano Paffer - Q040.22; Q136.22;  
Matheus Vinícius de Araújo Lucena - Q014.22;  
Michelle Alves de Farias - Q020.22;

## N

Nataly Lins Sobré - B054.22;

## P

Patrícia Bezerra Rocha Montenegro - C139.22;  
Paloma Karine Araújo da Silva - C135.22;  
Pedro Henrique Rodrigues da Silva - K043.22;  
Polyana Evangelista Lima - G091.22; K087.22; K088.22  
Priscilla Barbosa Araújo - I061.22;  
Priscila Cavalcanti Rosa de Albuquerque - Q044.22;

## R

Rafael Ricardo de Oliveira Travassos - G017.22;  
Rafael Silvestre Vieira da Silva - B154.22  
Raquel Cristina Farias de Medeiros Queiros - F090.22; M036.22  
Renata Amorim de Lucena - L006.22;  
Renato do Amaral Antunes - E105.22;  
Ricardo Henrique Freitas Tavares - Q038.22

## S

Sandro Gonçalves Lima - B066.22;  
Sérgio da Costa Rayol - E119.22;  
Silas Gabriel Borges Firmino - B046.22;  
Simone Zanetti Freire - Q057.22;  
Suellen Lídia da Silva Barbosa - F104.22; H071.22;

## T

Taciana Queiroz Medeiros Gomes - L037.22;  
Thais Araújo Nóbrega - F013.22;  
Thamiris Chacon de Moraes - Q065.22; Q069.22;  
Thiago Reis do Carmo - Q079.22;

## V

Valéria Rabêlo Lafayette - F078.22;  
Vinicyus Eduardo Melo Amorim - Q003.22;

## Y

Yan Santiago Nascimento - Q064.22;



