



ABC Cardiol
Arquivos Brasileiros de Cardiologia

**Resumo das
Comunicações**

Volume	Número	Suplemento
120	5	1
Maio 2023		

Sociedade Brasileira de Cardiologia
ISSN-0066-782X

RESUMO DAS COMUNICAÇÕES

49º CONGRESSO PARANAENSE DE CARDIOLOGIA

CURITIBA - PR



ABC Cardiol

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Corpo Editorial

Editor-Chefe

Carlos Eduardo Rochitte

Coeditor Internacional

João Lima

Editor de Mídias Sociais

Tiago Senra

Editor de Consultoria Chinesa

Ruhong Jiang

Editores Associados

Cardiologia Clínica

Gláucia Maria Moraes de Oliveira

Cardiologia Cirúrgica

Alexandre Siciliano Colafranceschi

Cardiologia Intervencionista

Pedro A. Lemos

Cardiologia Pediátrica/Congênitas

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

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

Hans Fernando R. Dohmann, AMIL – Assist. Médica Internacional LTDA., Rio de Janeiro, RJ – Brasil

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mario S. S. de 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 Batlouni – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), São Paulo, SP – Brasil

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Paulo Roberto S. Brofman – Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Curitiba, PR – Brasil

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Exterior

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

Alan Maisel – Long Island University, Nova York – 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 2023 (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) – Presidente do Conselho Administrativo

Região Paulista

Celso Amodeo (SP)
João Fernando Monteiro Ferreira (SP)

Região Central

Carlos Eduardo de Souza Miranda (MG) – Vice-presidente do Conselho Administrativo
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)
Ibraim Masciarelli Francisco Pinto (SP)
Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza (GO)

Presidentes das Soc. Estaduais e Regionais

SBC/AL – Pedro Henrique Oliveira de Albuquerque

SBC/MS – Mauro Rogério de Barros Wanderley Júnior

SBC/RN – Antônio Amorim de Araújo Filho

SBC/AM – Mônica Regina Hosannah da Silva e Silva

SBC/MT – Fábio Argenta

SBC/SC – Daniel Medeiros Moreira

SBC/BA – Joberto Pinheiro Sena

SBC/NNE – José Albuquerque de Figueiredo Neto

SBC/SE – Ursula Maria Moreira Costa Burgos

SBC/CE – Almino Cavalcante Rocha Neto

SBC/PA – João Maria Silva Rodrigues

SBC/TO – Ibsen Suetônio Trindade

SBC/DF – Fausto Stauffer Junqueira de Souza

SBC/PB – Guilherme Veras Mascena

SOCERON – Marcelo Salame

SBC/ES – José Airton de Arruda

SBC/PE – Carlos Japhet Da Matta Albuquerque

SOCERGS – Fábio Cañellas Moreira

SBC/GO – Humberto Graner Moreira

SBC/PI – Jônatas Melo Neto

SOCESP – Ieda Biscegli Jatene

SBC/MA – Francisco de Assis Amorim de Aguiar Filho

SBC/PR – Olímpio R. França Neto

SBC/MG – Antônio Fernandino de Castro Bahia Neto

SOCERJ – Ronaldo de Souza Leão Lima

Departamentos e Grupos de Estudo

SBC/DA – Marcelo Heitor Vieira Assad

SBCCV – João Carlos Ferreira Leal

DCC/GERTC – Adriano Camargo de Castro Carneiro

SBC/DCC – Bruno Caramelli

SOBRAC – Fatima Dumas Cintra

DCC/GECO – Roberto Kalil Filho

SBC/DCC/CP – Cristiane Nunes Martins

SBHCI – Ricardo Alves da Costa

DEIC/GEICPED – Estela Azeka

SBC/DCM – Maria Cristina Costa de Almeida

DCC/GEICP – Marcelo Luiz da Silva Bandeira

DEIC/GEMIC – Marcus Vinicius Simões

SBC/DECAGE – José Carlos da Costa Zanon

DCC/GEICOP – Maria Verônica Câmara dos Santos

DEIC/GETAC – Sílvia Moreira Ayub Ferreira

SBC/DEIC – Mucio Tavares de Oliveira Junior

DCC/GEPREVIA – Isabel Cristina Britto Guimarães

DERC/GECESP – Marconi Gomes da Silva

SBC/DEMCA – Álvaro Avezum Junior

DCC/GAPO – Luciana Savoy Fornari

DERC/GEEN – Lara Cristiane Terra Ferreira Carreira

SBC/DERC – Ricardo Quental Coutinho

DCC/GEAT – Carlos Vicente Serrano Junior

DERC/GERCPM – Pablo Marino Corrêa Nascimento

SBC/DFCVR – Elmiro Santos Resende

DCC/GECEI – João Luiz Fernandes Petriz

SBC/DHA – Lucélia Batista Neves Cunha Magalhães

DCC/GEDORAC – Sandra Marques e Silva

SBC/DIC – André Luiz Cerqueira de Almeida

DCC/GECEG – Nelson Samesima

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Volume 120, Nº 5, Supl. 1, Maio 2023

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



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

Tel.: (21) 3478-2700

E-mail: arquivos@cardiol.br

<http://abccardiol.org/>

SciELO: www.scielo.br

Departamento Comercial

Telefone: (11) 3411-5500

e-mail: comercialsp@cardiol.br

Produção Editorial

SBC - Setor Científico

Produção Gráfica e Diagramação

SBC - Setor de Comunicação e
Marketing

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

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

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



Resumo das Comunicações

49º CONGRESSO DE CARDIOLOGIA

CURITIBA - PR

MENSAGEM DO PRESIDENTE DA SOCIEDADE PARANAENSE DE CARDIOLOGIA



Prezados colegas,

É com prazer que informo que a Sociedade Paranaense de Cardiologia já escolheu o tema central da 49ª edição do Congresso Paranaense de Cardiologia International Cardiology Meeting, que acontecerá nos dias 6 e 7 de Maio de 2023, no Expo UP, em Curitiba.

A Comissão Científica do Congresso, presidido pelo Dr. Emilton Lima Junior, elaborou a programação com base no tema “Cardiologia no Mundo Real: a jornada ao futuro”.

A proposta é trazer o que existe no cenário empírico dos estudos e pesquisas do Brasil e de outros países para prática do Cardiologista no dia a dia do consultório particular ou nas consultas no Sistema Único de Saúde.

Por esta razão, o Congresso irá mostrar realidades diferentes de fora do país para que possamos melhorar ainda mais a saúde da pessoa que procura atendimento cardiológico.

O conteúdo da programação é de alta qualidade científica e teremos nomes internacionais de grande sucesso e reconhecimento.

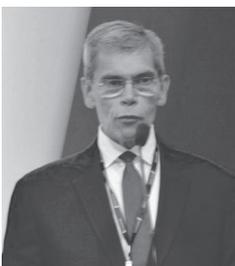
Nosso objetivo é realizar um congresso dinâmico e que atenda às necessidades dos cardiologistas associados, de médicos generalistas, residentes, estudantes e médicos de outras especialidades com interesse na Cardiologia.

Bom evento a todos!

Olímpio R. França Neto

Presidente da Sociedade Paranaense de Cardiologia

MENSAGEM DO PRESIDENTE DO CONGRESSO



Prezados colegas,

A 49ª edição do Congresso Paranaense de Cardiologia International Cardiology Meeting terá como tema central “Cardiologia no Mundo Real: a jornada ao futuro”. Nosso tradicional evento tem como propósito debater um tema que mostra a prática do dia a dia do Cardiologista, seja na clínica particular ou no consultório do sistema público de saúde.

A Comissão Científica do Congresso está buscando assuntos de estudos e pesquisas elaborados fora do país para que possamos melhorar o atendimento de nossos pacientes a partir de realidades diferentes.

Temos a certeza que o conteúdo das palestras do Congresso trará uma bagagem única para melhorar nossa prática clínica e diária, tendo uma direção: mais qualidade de vida aos pacientes.

Contamos com a presença e a contribuição de todos para construirmos juntos um Congresso de alto nível e de aproveitamento total de conhecimentos, informações e novidades.

Desejamos a todos um excelente Congresso!

Emilton Lima Junior

Presidente do Congresso

001

ANÁLISE DA DINÂMICA DA ACELERAÇÃO DO MOVIMENTO DURANTE AS COMPRESSÕES TORÁCICAS EM SIMULADORES

GUILHERME DE DEUS ALMEIDA¹, ADRIAN GUSTAVO KALCOVSKI GOMES¹, MATHEUS MENDES DA FONSECA¹, MARIA CLARA BRASIL PARREIRAS¹, LUIS HENRIQUE GABIRA PEREZ¹, SARA BATISTA HONORATO¹, GABRIEL COU TO CORREA¹, MATHEUS DE SOUZA FONTANELLI¹, AKIHITO INCA ATAHUALPA URDIALES¹, ANDERSON ZAMPIER ULBRICH¹

¹UFPR – Universidade Federal do Paraná (Padre Camargo, 280, 4º andar. Alto da Glória)

Introdução e Objetivo: O protocolo de 120 compressões por minuto na reanimação cardiorpulmonar (RCP) define, indiretamente, a aceleração constante aplicada durante os movimentos, um fator vital na eficiência da manobra de ressuscitação. O objetivo do presente estudo foi verificar a dinâmica da aceleração do movimento das compressões torácicas em manequins de simulação realística. **Métodos:** Estudo experimental com 39 universitários (23,9±2,7), de ambos os sexos, que avaliou a aceleração com sensor de movimento GT3x (Actigraph, San Diego, USA) no punho do braço direito duas simulações de compressão torácica em manequins em dias não consecutivos. O primeiro protocolo foi seguir as recomendações de 30 compressões para 2 respirações (30:2) durante 2 minutos e, então, dando 2 minutos de intervalo, simulando uma troca de socorristas. O segundo foi uma realização de compressões torácicas seguindo o mesmo padrão 30:2, porém de forma contínua, sem troca de socorrista. **Resultados:** A maioria dos participantes (73%) da pesquisa foram considerados fisicamente ativos. Diferenças significativas na eficácia foram observadas entre os protocolos para ambos os sexos no primeiro ciclo de compressões. Em relação à aceleração do movimento, a partir de 720 e 840 segundos, a aceleração do movimento foi mais instável para os sexos feminino e masculino, respectivamente (Figura 1). Quando comparados os momentos consecutivos (primeiro ciclo com segundo; segundo com terceiro; terceiro com quarto...) dos protocolos, não foram encontradas diferenças significativas exceto para o primeiro ciclo no grupo masculino. A eficácia do primeiro ciclo de compressões contínuas se mostrou significativamente diferente no primeiro ciclo 2x2 (p<0.05) em ambos os sexos. A RCP contínua teve mais tempo de exercício classificado como de intensidade moderada e menos tempo de intensidade leve para ambos os sexos. **Conclusão:** O fato de realizar RCP obtendo feedbacks positivos de forma constante colabora significativamente para a manutenção da aceleração do movimento, mantendo a eficácia destas manobras. Quando realizado o modelo contínuo, há uma visível alteração irregular da acelerometria, nas compressões ao longo do tempo, sendo mais precoce para o sexo feminino. A RCP, pelo acelerômetro, demanda uma grande parte do tempo em intensidade moderada e sobrecarrega significativamente a percepção do cansaço muscular.

002

AValiação DO TEMPO MÉDIO NA FAIXA TERAPÊUTICA DOS PACIENTES EM USO DE VARFARINA COM FIBRILAÇÃO ATRIAL

BRUNA SILVA ANTONELLI^{1,2}, ALCIRLEY DE ALMEIDA LUIZ^{1,2}, ELISA CAROLINA DE ALMEIDA NEGRELLO^{1,2}, THABARA RENATY SANCHEZ CAMPOS¹, LEANDRO DAVI WAGNER^{1,2}, MATEUS AHLERT^{1,2}, JULIANA MORANDINI DE SOUZA^{1,2}

¹HUOP - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ (AV. TANCREDO NEVES, 3224 – SANTO ONOFRE, CASCAVEL - PR, 85806-470), ²UNIOESTE – UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (R. UNIVERSITÁRIA, 1619 – UNIVERSITÁRIO, CASCAVEL – PR, 85819-110)

Introdução: O tratamento da fibrilação atrial (FA) com varfarina é desafiador no cenário clínico devido à estreita faixa terapêutica, grande variabilidade interindividual de resposta, interações medicamentosas e dieta. A análise do tempo no intervalo terapêutico (TTR), através da monitorização do coeficiente internacional normatizado (RNI), nesse contexto, é essencial para avaliar a eficiência medicamentosa. TTR igual ou superior a 60% é indicativo de anticoagulação adequada e está associado a maior proteção e menor taxa de eventos adversos. **Objetivo:** Investigar o tempo médio na faixa terapêutica dos pacientes em uso de varfarina diagnosticados com FA em acompanhamento ambulatorial, bem como correlacionar com variáveis sociodemográficas e clínicas. **Métodos:** Estudo observacional do tipo transversal, de análise de prontuários, incluiu sessenta e um pacientes com FA e em uso de varfarina, em acompanhamento no ambulatório de anticoagulação, durante os meses de março a agosto de 2022. **Resultados:** A amostra foi composta majoritariamente por indivíduos do sexo masculino (59,0%), brancos (86,0%), com média de idade de 65,8 anos, variando entre 37 e 84 anos. Os pacientes tinham em média 3 comorbidades, sendo a hipertensão arterial sistêmica a doença mais prevalente (80,3%) e utilizavam em média 7 medicamentos diariamente. A média do TTR foi de 48,1%, sendo que 68,9% dos pacientes apresentaram TTR menor que 60%. Idade, sexo, comorbidades e CHADS-VASc não demonstraram influência no TTR. A variável quantidade de consultas médicas para monitoramento do RNI demonstrou associação estatística com TTR (p < 0,001). **Conclusões:** Este estudo evidenciou uma baixa qualidade de anticoagulação, pois o TTR foi inferior a 60% e encontrou-se abaixo de 55,2%, média dos países latino-americanos. Apesar de não haver associação de variáveis sociodemográficas com o valor do TTR neste estudo, acreditamos que medidas para maior adesão e compreensão do tratamento através de um atendimento multidisciplinar podem melhorar a taxa de anticoagulação em nosso meio.

003

RELAÇÃO DO USO DO ESCORE DE WILKINS-BLOCK NO DIAGNÓSTICO E PRÓGNOSTICO DE PACIENTES COM ESTENOSE MITRAL REUMÁTICA: REVISÃO SISTEMÁTICA

MARIA LUIZA JULINHAQUE BERALDO¹, GUILHERME ANDRADE SALDANHA¹

¹UEPG – Universidade Estadual de Ponta Grossa (Ponta Grossa / Paraná)

Introdução: A Estenose Mitral Reumática (EMR) é a principal complicação da Doença Cardíaca Reumática e persiste nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. O ecocardiograma tem se mostrado o método mais eficaz de diagnóstico e escolha de intervenção em indivíduos portadores de EMR. A presente revisão sistemática avaliou como a ecocardiografia e o escore de Wilkins-Block podem impactar o diagnóstico, a decisão terapêutica e o prognóstico dos pacientes acometidos por EMR. **Objetivo:** Correlacionar a pontuação do Escore de Wilkins-Block com o seguimento e prognóstico dos pacientes com estenose mitral reumática. **Métodos:** Revisão sistemática registrada no PROSPERO, sob o número CRD42023397488, realizada nas bases de dados PubMed, Embase e Web of Science. Incluiu-se estudos experimentais e observacionais nos idiomas inglês, português e espanhol no período de 2000/01-2023/02. A qualidade dos artigos foi avaliada através das ferramentas ROBINS-I, ROB 2 e Checklist for Case Reports Joanna Briggs Institute. Nos artigos, analisou-se os seguintes parâmetros: gravidade da estenose mitral (escore de Wilkins-Block) e dados de tomada de decisão de diagnóstico e tratamento de acordo com a Atualização das Diretrizes Brasileiras de Valvopatias de 2020. **Resultados:** 72 artigos foram selecionados e submetidos à análise de viés. A média do escore de Wilkins-Block apresentada nos estudos indicou como perfil predominante pacientes com EMR moderada (s8) e sintomas de insuficiência cardíaca. Os procedimentos valvares realizados melhoraram parâmetros morfológicos e funcionais dos folhetos mitrais (Área Valvar Mitral >1,5 cm² e Pressão Sistólica Arterial Pulmonar ≤ 50 mmHg em repouso). **Conclusão:** O escore de Wilkins-Block se mostrou eficiente na avaliação morfológica e funcional da valva mitral para escolha da intervenção, sendo uma menor pontuação associada com maior sucesso e melhor prognóstico a médio e longo prazo. O escore pode vir a ser adotado para outras escolhas terapêuticas que não sejam a valvoplastia mitral por cateter-balão.

004

REVISÃO SISTEMÁTICA DE CASOS PUBLICADOS SOBRE A SÍNDROME PÓS-INJÚRIA CARDÍACA: UMA MOLÉSTIA SUBESTIMADA NA PRÁTICA CLÍNICA.

ANA CLARA OLIVER MACHADO¹, FERNANDO CONCHON GARCIA², GUSTAVO BELTRAME², VITOR HUGO SOARES MACHADO³, BÁRBARA FERREIRA KHOURI¹

¹PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Campus Londrina (Av. Jockey Club, 485 – Hípica, Londrina – PR), ²UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense (Av. Universitária, 1105 – Universitário, Criciúma – SC), ³UEL – Universidade Estadual de Londrina (Rodovia Celso Garcia Cid, PR-445, Km 380 – Campus Universitário, Londrina – PR)

Introdução: A síndrome pós-injúria cardíaca (SPIC) compreende circunstâncias de dano cardíaco inflamatório desencadeado por eventos isquêmicos, traumas acidentais ou cirúrgicos e iatrogenias. Dentre elas, destacam-se a pericardite pós-infarto agudo do miocárdio ou síndrome de Dressler; a síndrome pós-pericardiotomia e a pericardite pós-traumática. Contudo, a SPIC persiste não plenamente elucidada, o que compromete a suspeição médica, sua identificação e manejo adequado. **Objetivo:** Avaliar características demográficas, manifestações clínicas e achados de exames complementares da SPIC. **Método:** Revisão Sistemática de Casos Publicados, composta por relatos de casos selecionados nas plataformas: Scielo, Google Acadêmico e PubMed, publicados entre 05/06/1965 e 30/01/2022, com descritores "síndrome pós-injúria cardíaca", "síndrome de Dressler", "pós-pericardiotomia" e filtros "Case Series" e "Case Reports". Foi utilizado o programa Microsoft Excel® para tabulação de dados e cálculos estatísticos. Variáveis contínuas foram apresentadas como média ± desvio padrão e dados categóricos como porcentagens/valores absolutos. **Resultados:** Foram selecionados 78 artigos, totalizando 84 casos relatados. A média de idade foi de 67±20 anos e 72,61% eram homens. Dados referentes às manifestações clínicas e aos exames complementares constam no Gráfico 1. Febre e dispnéia lideraram as manifestações clínicas, ambas em 65,47% dos casos (n=55). Atrito pericárdico foi descrito em 26,19% dos casos (n=22), entretanto, derrame pericárdico foi encontrado em 82,14% (n=69). Laboratorialmente, predominaram alterações em marcadores inflamatórios (PCR e VHS elevadas; leucocitose). **Conclusão:** A síntese de dados acerca da SPIC pode auxiliar em seu diagnóstico precoce e na prevenção de desfechos indesejáveis. Urgem novos estudos com o intuito de esclarecer, de forma mais definitiva, suas lacunas.

05

ENSINO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E VALVOPATIAS BASEADO EM CASOS CLÍNICOS E SIMULAÇÃO PARA ESTUDANTES DO TERCEIRO ANO DE MEDICINA.

ABRÃO JOSÉ JR MELHEM^{1,2,3,4}, GABRIELIAN DA SILVA^{1,2,4}, JESSICA LOURENÇO CARDOSO^{1,2,4}, LAURA CORRÊIA GONÇALVES^{1,2,4}, MARIA PAULA GONÇALVES PETERNELLI^{1,2}, VINICIUS SOLAK TEIXEIRA^{1,2}, DAVID LIVINGSTONE ALVES FIGUEIREDO^{1,2,3}

¹UNICENTRO – Universidade Estadual do Centro Oeste. (Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, 838 – CEP 85040-167 – Bairro – Vila Carli, Guarapuava – PR), ²DEMED – Centro de Simulação. – Departamento de Medicina (Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, 838 – CEP 85040-167 – Bairro – Vila Carli, Guarapuava – PR), ³PPDGC UNICENTRO – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário (Rua Professora Maria Roza Zanon de Almeida – CEP 84505-677 – Irati – PR), ⁴LACMUC – Liga Acadêmica de Clínica Médica da Unicentro (Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, 838 – CEP 85040-167 – Bairro – Vila Carli, Guarapuava – PR)

Introdução: o interesse nas metodologias ativas para o ensino médico tem crescido consideravelmente. Em nossa , os alunos cursam a disciplina de Cardiologia no terceiro ano. O conhecimento sobre valvopatias faz parte do ementário da disciplina de Cardiologia em praticamente todas as universidades do mundo. A discussão de casos clínicos, a simulação e avaliações formativas têm sido propostas como metodologias de apoio às aulas expositivas para esse conteúdo. **Objetivo:** avaliar o índice de acertos obtido pelos alunos nas questões e a nota geral de prática sobre insuficiência cardíaca e valvopatias após treinamento com simulação e discussão de casos clínicos. **Metodologia:** avaliação das resposta às questões sobre insuficiência cardíaca e valvopatias nas avaliações regulares pelos alunos que participaram das aulas de casos clínicos simulados. Todos eram alunos regularmente matriculados no terceiro ano, na disciplina de Cardiologia. As aulas envolviam um caso clínico associado a simulação no modelo Harvey®. © 2020 Laerdal Medical. **Resultados:** foi avaliada uma turma de 40 alunos, sendo obtidas 37 provas válidas. O índice de acertos global foi de 87,4%. Houve alto aproveitamento das aulas no quesito atitudes e habilidades, conforme avaliação do professor (97,6%). As questões com menor índice de acertos foram relativas à etiologia de insuficiência cardíaca (73,0%) e à definição de estenose/insuficiência valvar em determinados focos cardíacos (83,8%). As demais questões obtiveram índices de acertos superiores a 85%. **Discussão:** metodologias ativas têm sido introduzidas nos cursos de Medicina como apoio às aulas expositivas e, segundo estudos com professores, têm potencial de impulsionar o aprendizado. O índice de acertos global foi considerado elevado. Algumas questões, que obtiveram menor índice de acertos, devem ser trabalhadas com mais profundidade nas turmas futuras. **Conclusão:** a associação de casos clínicos com simulação do exame físico cardiovascular pode ajudar a estimular a reflexão, facilitando a correlação entre achados de anamnese, exame físico, exames complementares e terapêutica para estudantes de Medicina do terceiro ano. Outro potencial benefício seria o de favorecer o planejamento da disciplina pelo professor e do curso para a instituição.

06

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR EM PACIENTES CARDIOLÓGICOS AMBULATORIAIS DE ALTO E MUITO ALTO RISCO: AVALIAÇÃO DE DESFECHOS SUBSTITUTOS

AMY SAKAKIBARA¹, JAQUELINE MEERT PARLOW¹, MARIANA FONSECA¹, FRANCIELLE NOCERA VIECHINESKI¹, PAOLA GONÇALVES MOREIRA DE OLIVEIRA¹, BRUNA KARAS¹, ALICE MAGRO KOSCIANSKI¹, MÁRIO CLAUDIO SOARES STURZENEKER¹

¹UEPG – Universidade Estadual de Ponta Grossa (Campus de Uvaranas – Av. General Carlos Cavalcanti, 4748, CEP 84.030-900, Ponta Grossa, Paraná, Brasil)

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis são um problema de saúde pública no Brasil, sendo responsáveis por 72% das mortes no país, das quais 30% são por doença cardiovascular. O controle de fatores de risco clássicos como obesidade, hipertensão, diabetes, dislipidemia, sedentarismo e tabagismo é importante para a prevenção de desfechos cardiovasculares. Entretanto, a baixa adesão à terapêutica é um desafio na prática médica. A abordagem multidisciplinar pode ser uma alternativa para solucionar esse problema. **Objetivo:** Implementar e avaliar o impacto de ações coordenadas por equipe multidisciplinar em desfechos clínicos substitutos de pacientes em tratamento cardiológico ambulatorial. **Métodos:** Estudo longitudinal, realizado de maio a dezembro de 2022, envolvendo 18 pacientes, sendo 9 diabéticos, 16 de muito alto risco cardiovascular e 2 de alto risco. A abordagem multidisciplinar foi realizada após a consulta cardiológica, com intervalo médio de 6,5 meses. Foram avaliados aspectos sociodemográficos, tabagismo, etilismo, atividade física, dados clínicos e laboratoriais. **Resultados:** Houve discreta redução da média da pressão arterial diastólica e manutenção dos níveis tensionais sistólicos. Entre os pacientes de muito alto risco, a média de LDL reduziu de 66,9 mg/dl para 59,1 mg/dl e o percentual dentro da meta aumentou de 25% para 37,5%. Nos de alto risco, a média de LDL aumentou de 75 mg/dl para 80 mg/dl, sem alteração do percentual dentro da meta (50%). Entre os diabéticos, a média de hemoglobina glicada (HbA1c) reduziu de 7,5% para 7,1%, o percentual dentro da meta de HbA1c (<7%) aumentou de 55,6% para 66,7%, e a média de glicemia de jejum reduziu de 152 mg/dl para 108,2 mg/dl. **Conclusões:** As ações coordenadas por grupo multidisciplinar, adequadamente constituído, podem melhorar o prognóstico de pacientes de alto e muito alto risco cardiovascular em tratamento ambulatorial. Entretanto, a baixa amostragem desse estudo piloto dificulta a avaliação definitiva da significância desses resultados.

07

EXPERIÊNCIA DE PLASTIA MITRAL COM NEOCORDA EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA CARDIOLÓGICA NO PARANÁ.

NICOLE SILVEIRA LOTHER¹, DANIANE RAFAEL¹, VINICIUS NICOLAU WOITOVICZ¹, ADRIANO ERLON FONSECA¹, MARIA DANNIELLA GIROTO¹, COSTANTINO ORTIZ COSTANTINI¹, RAFAEL MICHEL DE MARCEDO¹, COSTANTINO ROBERTO COSTANTINI¹, ALEXANDRE GADELHA FERNANDES¹

¹HCC – Hospital Cardiológico Costantini (Rua Pedro Collere, 890, Vila Izel, Curitiba-Paraná)

Introdução: O reparo cirúrgico da valva mitral é tratamento de escolha para a regurgitação mitral e é preferível à substituição protética sempre que tecnicamente possível. A técnica de neocorda oferece vantagens como preservação da anatomia/função valvar e da contratilidade ventricular, e redução do risco de insuficiência mitral residual à longo prazo, demonstrando segurança e bons resultados. **Objetivo:** Objetivo primário: Avaliar, pela análise de prontuário, eventos cardíacos e cerebrovasculares maiores (MACE), como morte cardiovascular, infarto ou acidente vascular cerebral (AVC) no período de 30 dias após a realização de plastia mitral com neocorda em um centro de referência cardiológica no Paraná (PR). **Objetivos secundários:** a) Análise retrospectiva ecocardiográfica do refluxo mitral pós operatório e intra-hospitalar; b) Avaliação de melhora de classe funcional (CF) no seguimento ambulatorial. **Métodos:** Estudo retrospectivo de revisão de prontuários e exames ecocardiográficos envolvendo pacientes submetidos à plastia mitral com neocorda entre Novembro/2019 a Janeiro/2023 realizado em um centro de referência cardiológica no PR. **Resultados:** Analisados prontuários de 11 pacientes submetidos à plastia mitral com neocorda (6 do sexo feminino e 5 sexo masculino). Houve apenas 1 evento cerebrovascular maior em 30 dias: um AVC isquêmico intra-hospitalar sem sequelas no seguimento. No pré operatório, 9 pacientes tinham refluxo importante e 2 moderado/importante. No pós operatório, 2 pacientes ficaram sem refluxo, 7 com refluxo discreto, 1 refluxo leve/moderado e 1 moderado. No pré-operatório, 1 paciente tinha CF III, 7 tinham CF II e 3 tinham CF I. No seguimento ambulatorial (mínimo 60 dias), apenas 1 paciente manteve CF II, todos os demais reduziram ou mantiveram CF I. **Conclusões:** Observamos na amostra analisada baixa prevalência de MACE em 30 dias. Também foi observado queda do refluxo mitral pós procedimento e melhora da CF no acompanhamento ambulatorial.

08

IMPACTO DA COVID-19 NAS CIRURGIAS CARDÍACAS EM UM CENTRO TERCIÁRIO

ANA KARYN EHRENFRIED DE FREITAS¹, MARIA EDUARDA MARTINS BERTE BUSKO¹, THAÍSA RODRIGUES FERREIRA BASAGLIA¹, VENESSA CAMARGO LIMA¹, FERNANDA AREJANO VAUCHER¹, MARIA ANTONIA CANHA DA SILVA¹

¹HISCMC – Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba (Praça Rui Barbosa, 694)

Fundamento: A infecção causada pelo COVID-19 em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca leva a maior mortalidade e complicações clínicas no pós-operatório. Além disso, a maioria dos pacientes são mais idosos e apresentam várias comorbidades, fatores de pior prognóstico para evolução da doença. **Objetivos:** Este estudo visa identificar o impacto da infecção pelo COVID-19 na mortalidade de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca em um período de 30 dias, bem como a incidência de complicações clínicas. **Métodos:** Foram avaliados retrospectivamente 213 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca eletiva ou em âmbito de urgência e emergência, de janeiro a dezembro de 2020, em um centro terciário de referência. Destes, comparou-se os que tiveram teste positivo para COVID-19 em até 30 dias antes ou após o procedimento com aqueles que não apresentaram a infecção no período, considerados o grupo controle. **Resultados:** Dos 213 pacientes incluídos no estudo, 27 (12,6%) foram diagnosticados com COVID e 186 (87,3%) não apresentaram a doença. Do total, 95 eram mulheres (45%) e 118 homens (55%). A média de idade foi 62 anos. Não houve diferença significativa entre os grupos em relação aos dados epidemiológicos. A mortalidade foi significativamente maior no grupo COVID-19 (33% x 15% pacientes no grupo controle). Complicações como arritmias (37% x 19%), tempo prolongado em UTI (8±8 dias x 7±7 dias), tempo de internamento total (25±16 dias x 16±19 dias), insuficiência respiratória com necessidade de intubação orotraqueal (30% x 1,1%), tempo de ventilação mecânica (3,23 ±7 dias x 1,83±5,48 dias) e trombose venosa (11% x 1,6%) também foram mais prevalentes no grupo COVID-19. As demais não apresentaram diferença com significância estatística, embora tenham sido mais frequentes no grupo de pacientes com COVID-19. **Conclusão:** A infecção pela COVID-19 no perioperatório de cirurgias cardíacas está associada a maiores taxas de morbimortalidade. Postergar cirurgias eletivas nos pacientes positivos para coronavírus pode ajudar a reduzir os riscos de complicações, juntamente com estratégias eficazes para diminuir a infecção intra-hospitalar.

09

Ensino baseado em simulação para treinamento de suporte básico de vida para membros da comunidade acadêmica.

Abrão José Jr Melhem^{1,4,2,3}, Tiago Arse Ramalho^{1,2}, Vinicius Duarte Lemos^{1,2}, Enayle Amanda Turra^{1,2,3}, Roberta Amaral Olivarte^{1,2,3}, Isabela Maira Meier Jardim^{1,2,3}, Letícia Marina da Silva^{1,2,3}, David Livingstone Alves Figueiredo^{1,2}

¹UNICENTRO – Universidade Estadual do Centro Oeste. (Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, 838 – CEP 85040-167 – Bairro – Vila Carli, Guarapuava – PR), ²DEMED – Centro de Simulação. – Departamento de Medicina (Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, 838 – CEP 85040-167 – Bairro – Vila Carli, Guarapuava – PR), ³LACMUC – Liga Acadêmica de Clínica Médica da Unicentro (Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, 838 – CEP 85040-167 – Bairro – Vila Carli, Guarapuava – PR), ⁴PPDGC UNICENTRO – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário (Rua Professora Maria Roza Zanon de Almeida – CEP 84505-677 – Irati – PR)

Introdução: dentre as metodologias de ensino médico, destaca-se o ensino baseado em simulação. Em nossa , os alunos cursam a disciplina de Suporte Básico de Vida (SBV) no início do segundo ano, com estudos teóricos sobre a parada cardiorrespiratória e prática de SBV. Dado o alto índice de mortes cardiovasculares no Brasil, este conhecimento pode e deve ser estendido à comunidade. Após terem cursado a disciplina, ligantes voluntários, por meio de um projeto de extensão, oferecem o treinamento à comunidade acadêmica. **Objetivo:** avaliar os resultados obtidos após o reinício das atividades, restritas por medidas sanitárias no enfrentamento à pandemia. **Metodologia:** aplicação de um questionário antes e após o treinamento realizado no Centro de Simulação e Habilidades, com análise estatística descritiva, no segundo semestre de 2022. **Resultados:** foram avaliados 28 questionários válidos, com 75% dos participantes do sexo feminino e 72% sem o ensino superior completo. O índice de acertos global médio do questionário se elevou de 61% para 95% após a participação no treinamento. A análise por questão revelou melhoria em todas as questões, com pouca melhoria nas questões relativas a: posição do paciente para a ressuscitação (RCP) (3%) e posição das mãos no momento de aplicar a RCP (2%). Apresentaram maior variação positiva, as questões relativas a: frequência das compressões (64%), respiração boca-máscara (63%), solicitação do desfibrilador automático (43%) e manobra de Heimlich (43%). **Discussão:** discute-se a baixa procura pelo treinamento, possivelmente por certo receio remanescente da pandemia. Por meio da análise global e por questão, observa-se um ganho de conhecimento e habilidades após o treinamento. Certas questões que não obtiveram um grande ganho devem ser melhor conduzidas nos próximos treinamentos. A prática de ensinar o conteúdo aprendido é um reforço para o estudante que participa da Liga. **Conclusão:** o ensino e o treinamento de SBV pode ser feito por estudantes supervisionados, que tenham passado por formação no tema. Tal medida auxilia o estudante a consolidar conteúdos e a população a obter treinamento em SBV.

10

Arritmias cardíacas em pacientes internados com infecção pelo Novo Coronavírus

Lucas Simões de Mello^{1,2}, Stephany Joaquim do Nascimento ¹, Gustavo Palote da Silva Martins¹, Júlia Brambilla Casteletti¹, Matheus Klever de Carvalho Juliani¹, César Eumann Mesas^{1,2}

¹UEL – Universidade Estadual de Londrina (Londrina – Paraná), ²HURNP – Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (Londrina – Paraná)

Fundamento: Relatos sugerem que as arritmias cardíacas são frequentes em pacientes com a Doença do Coronavírus 2019 (COVID-19). No Brasil há escassez de dados sobre o tema. **Objetivos:** Identificar a frequência e distribuição de arritmias em pacientes internados por COVID-19, bem como as variáveis clínicas, laboratoriais e fatores de pior prognóstico associados à sua ocorrência. **Métodos:** Estudo observacional, tipo coorte retrospectivo, de centro único, de pacientes internados com diagnóstico de COVID-19 no Hospital Universitário de determinada , entre 01/02/2021 e 31/03/2021. Foram analisadas as variáveis clínicas, sociodemográficas e laboratoriais, correlacionando-as aos desfechos clínicos primários (ocorrência de arritmias cardíacas) e secundários (síndrome coronariana aguda, tromboembolismo pulmonar, necessidade de hemodiálise, hipercalemia, ventilação mecânica e morte). Na análise estatística, utilizou-se comparação por teste qui-quadrado, aceitando valor de $P < 0,05$ como estatisticamente significativo. **Resultados:** De 347 pacientes, 66 pacientes (19%) apresentaram arritmias cardíacas, sendo taquicardia sinusal a mais comum entre estes (45%), seguida de fibrilação atrial (FA) ou flutter atrial (27% e 3%, respectivamente), bradicardia sinusal (19%), e taquicardia ventricular (4%). Os pacientes com arritmia eram, em média, 5 anos mais velhos, e apresentaram maior ocorrência de tromboembolismo pulmonar (TEP) e hipercalemia, necessitando com maior frequência de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ventilação mecânica e hemodiálise ($p < 0,05$). A presença de arritmias também esteve associada à maior mortalidade hospitalar. **Conclusões:** Arritmias cardíacas foram comuns em pacientes internados por COVID-19 e se correlacionaram à maior mortalidade, com predomínio de taquicardia sinusal e FA ou flutter atrial, ocorrendo principalmente em pacientes com marcadores de maior gravidade, como internação em UTI, TEP, hipercalemia, necessidade de ventilação mecânica e de hemodiálise. Novos estudos são necessários para sedimentar o valor das arritmias e de marcadores clínicos e laboratoriais na avaliação de risco e manejo destes pacientes.

11

ASSOCIAÇÃO ENTRE INFECÇÃO PRÉVIA POR SARS-COV-2 E MARCADORES DE GRAVIDADE EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA

BRUNO CALDEIRA ANTONIO¹, VINICIUS GABRIEL DE OLIVEIRA GAMA¹, MIGUEL MORITA FERNANDES-SILVA¹, RAPHAEL HENRIQUE DÉA CIRINO¹, ZAYANE FERNANDA DE ANDRADE¹, LUCAS YUGI DE SOUZA TERUI¹, JESSICA TAMIREIS REICHERT¹, LUCAS FERNANDES MODESTO¹, LEONARDO SANDRI¹, LUCAS MUELLER PRADO¹

¹CHC-UFPR – Complexo do Hospital de Clínica da UFPR (Rua General Carneiro, 181. Bairro: Alto da Glória. Curitiba – PR. CEP: 80.060-900.)

Introdução: Estudos apontam que infecção por Sars-CoV-2 pode provocar miocardiopatia por lesão direta do vírus ao tecido cardíaco. **Objetivo:** Avaliar se pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC) secundária a COVID-19 apresentam um prognóstico mais grave que outras etiologias. **Metodologia:** Selecionamos pacientes em ambulatório de hospital terciário, com IC com fração de ejeção (FEVE) menor que 50%. Variáveis clínicas e laboratoriais foram utilizadas para estimar o “Meta-analysis Global Group in Chronic Heart Failure (MAGGIC)” score dos pacientes. Dividimos os participantes em etiologias isquêmica, chagásica e outras, sendo que pacientes sem etiologia definida, com quadros de COVID-19 precedentes ao diagnóstico de IC, foram considerados como etiologia a miocardiopatia potencialmente relacionada a Sars-CoV-2. **Resultados:** 192 pacientes incluídos (57,9% homens, 65,29 ± 13.05 anos, FEVE = 36.04 ± 8.28, MAGGIC = 17.39 ± 6.64), sendo 38,5% isquêmicos, 8,8% chagásicos, 5,2% COVID-19 e 47,4% outras. Pacientes COVID-19 apresentaram FEVE menor (FEVE isquêmica = 38.17 ± 6.65, FEVE chagas = 35.74 ± 7.87, FEVE COVID-19 = 29.92 ± 8.95, FEVE outras = 35.13 ± 9.17; $p = 0.018$), embora o MAGGIC score apresentou valores semelhantes (MAGGIC isquêmica = 18.19 ± 6.21, MAGGIC chagas = 17.06 ± 5.70, MAGGIC COVID-19 = 17.40 ± 6.47, MAGGIC outras = 16.80 ± 7.27, $p = 0.06$). A figura 1, mostra FEVE e MAGGIC score conforme etiologia, após ajuste para idade, sexo e tempo de diagnóstico. **Conclusão:** Em pacientes com IC crônica, o escore MAGGIC foi semelhante entre as diferentes etiologias, embora a FEVE tenha sido mais baixa no grupo de COVID-19.

12

AValiação CLÍNICA E ECOCARDIOGRÁFICA DE PRÓTESE BIOLÓGICA EM POSIÇÃO MITRAL

ANGEL DA SILVA ¹, NATÁLIA DA SILVA¹, Fabio Rocha Farias¹

¹ PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná (R. Imac. Conceição, 1155 – Prado Velho, Curitiba – PR, 80215-901)

Introdução: Valvopatias estão entre as doenças cardiovasculares que mais levam ao internamento no Brasil. A principal etiologia no Brasil é a febre reumática. Na etiologia reumática, a insuficiência mitral (IM) se manifesta na forma aguda e a EM, na forma crônica. Em estágio grave, o tratamento definitivo é cirúrgico e uma das opções, além do implante metálico, é a prótese biológica porcina ou de pericárdio bovino. Essa prótese não exige uso de anticoagulantes de longo prazo, não apresenta ruídos e tem boa hemodinâmica. Nos pacs. acima dos 65 a, reduz o número de reoperações. Existem poucos estudos para orientar a escolha da prótese ideal. Portanto, a realização de estudos avaliando a clínica e os parâmetros ecocardiográficos de pacientes com esse tipo de prótese auxiliará em escolhas assertivas e condutas futuras. **Objetivos:** Analisar o perfil clínico e ecocardiográfico de pacientes atendidos no ambulatório de valvopatias de um hospital de Curitiba (PR) que possuam implantes biológicos em posição mitral. **Método:** Estudo transversal, retrospectivo. Os dados foram coletados de prontuários de pacientes com prótese biológica mitral atendidos entre setembro de 2021 e fevereiro de 2022. Foram coletados dados ecocardiográficos, a data da primeira cirurgia de troca valvar, valvopatia prévia e se houve reoperações. **Resultados:** incluídos 24 pacientes, média etária de 63 a. 54,2% do sexo feminino e 62,5% de etnia branca. Hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e fibrilação atrial presentes em 70,8%, 54,2% e 37,5% dos pac, respectivamente. O implante de prótese biológica foi o primeiro procedimento cirúrgico de 95,8% dos pacientes e 36,4% estão com a prótese há mais de 5 a. Dos 4 que precisaram ser reoperados, 3 realizaram a primeira cirurgia com idade inferior a 60 anos. As médias da dimensão do átrio esquerdo, da fração de ejeção, da dimensão diastólica e da dimensão sistólica são de 48 mm, 62%, 49 mm e 31 mm, respectivamente, e 47,4% das próteses apresentam refluxo mínimo, sem repercussão hemodinâmica. **Conclusão:** De modo geral, o perfil dos pacientes que possuem implantes biológicos em posição mitral é de mulheres idosas que estão apresentando boa evolução clínica e ecocardiográfica após o procedimento cirúrgico.

13

AVALIAÇÃO CLÍNICA E ECOCARDIOGRÁFICA DE PRÓTESE MECÂNICA EM POSIÇÃO MITRAL
NATÁLIA DA SILVA¹, ANGEL DA SILVA¹, FABIO ROCHA FARIAS¹¹PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná (R. Imac. Conceição, 1155 – Prado Velho, Curitiba – PR, 80215-901)

Introdução: A substituição por prótese é indicada quando a preservação da valva nativa não é possível e a cirurgia reparadora é descartada. A literatura é controversa em relação a decisão pela prótese ideal e são poucos os estudos para orientar a escolha definitiva. **Objetivo:** Analisar o perfil clínico e ecocardiográfico de pacientes com implante de prótese mecânica mitral atendidos em um ambulatório. **Métodos:** Estudo transversal retrospectivo que incluiu pacientes com valva mecânica mitral atendidos entre setembro de 2021 a abril de 2022. Foram excluídos os pacientes que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o número 31496720.3.0000.0020. As variáveis de interesse foram idade, sexo, comorbidades, medicamentos, etiologia da doença valvar, reoperações, fração de ejeção de ventrículo esquerdo (FEVE), diâmetro do átrio esquerdo (AE), diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo (DDVE), pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP), *pressure half-time* (PHT) e presença de refluxo e/ou estenose nas valvas cardíacas. Variáveis qualitativas foram expressas por percentuais e quantitativas por média aritmética simples. Para a análise estatística foi utilizado o programa SPSS 28. **Resultados:** Foram incluídos 33 pacientes com média de 55 anos, em maioria do sexo feminino (57,60%). A principal comorbidade foi hipertensão arterial (63,60%) e o medicamento mais utilizado foi a varfarina (100%). A etiologia reumática foi a mais prevalente (48,5%). Um paciente (3%) foi reoperado após 15 anos. Ao ecocardiograma as médias foram 60% para FEVE, 49 mm para AE, 51 mm para DDVE, 41 mmHg para PSAP e 90 ms para PHT. 64,3%, 75% e 46,4% das valvas mitral, aórtica e tricúspide não apresentaram refluxo e 89,3%, 92,9% e 100% não apresentaram estenose, respectivamente. A valva pulmonar não foi acometida. **Conclusão:** Pacientes submetidos à troca valvar mitral por prótese mecânica estão apresentando boa evolução clínica e ecocardiográfica.

14

ÍNDICE IMUNO-INFLAMATÓRIO SISTÊMICO COMO PREDITOR DE EVENTOS NA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA
Isabela Cassetari Savaris Simas¹, Dalton Bertolin Précoma¹, Nayara Pravato Maziero¹, Guilherme Luiz da Rocha¹, Thammy Lethicia de Sousa Silveira¹, Karina dos Santos Krasinski¹, Bruna Repinoski Nosshe¹, Jaciele Defaveri¹, Nathan Enzo Bereza Canto¹, Helena Dos Santos Reis¹¹HAC – Hospital Angelina Caron (Rodovia do Caqui, 1150 – Aracutuba – Campina Grande do Sul)

Introdução: O Índice Imuno-inflamatório sistêmico (do inglês, Systemic Immune-Inflammation Index – SII), é estudado como um possível marcador para prever eventos na doença arterial coronariana, considerando a aterosclerose uma doença inflamatória crônica. Recentemente, tem-se aventado a aplicabilidade deste índice como marcador prognóstico e preditor de desfechos no cenário de Síndrome Coronariana Aguda. **Objetivos:** Observar se há correlação entre o SII calculado na admissão de pacientes em vigência de Síndrome Coronariana Aguda (SCA) e MACE (do inglês "Major Adverse Cardiac Events"), em até 30 dias. **Métodos:** Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo dos pacientes internados por SCA entre janeiro e dezembro de 2022. Foram incluídos 271 pacientes admitidos com diagnóstico confirmado dos três tipos de SCA, com supra de ST (SCACSST), sem supra de ST (SCASSST) e angina instável. 125 foram excluídos por não serem SCA. Foram obtidos dados clínicos, laboratoriais e calculado o SII (plaqueta x neutrófilo/ linfócito x 1000) e realizado regressão logística em três modelos com desfecho de MACE. Foi realizado análise exploratória de subgrupos por tipo de SCA. **Resultados:** Os pacientes com MACE eram mais velhos, maioria mulher, mais hipertensos (HAS), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e maioria com SCACSST. No modelo de regressão logística univariável (M1) MACE não teve correlação com SII (OR = 1,00, IC95% 0,99 – 1,00, p = 0,073), nos modelos ajustados para sexo e idade (M2) e ajustado para sexo, idade, DM2, HAS, doença renal crônica (M3), houve correlação para MACE (OR = 1,0002, IC95%, p = 0,048 e OR = 1,0002, IC95% 1,0002 – 1,0005, p = 0,045, respectivamente). Nas análises de subgrupo não houve correlação significativa. **Conclusão:** No trabalho atual parece que há correlação entre MACE e SII, sendo necessários um número de indivíduos maior e novos estudos para verificar aplicabilidade e potencial valor prognóstico deste marcador em uma coorte prospectiva.

15

O IMPACTO DE AÇÕES COORDENADAS POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA ADEÇÃO AO TRATAMENTO CARDIOLÓGICO AMBULATORIAL
JAQUELINE MEERT PARLOW¹, MARIANA FONSECA¹, AMY SAKAKIBARA¹, ALICE MAGRO KOSCIANSKI¹, FRANCIELLE NOCERA VIECHINESKI¹, PAOLA GONÇALVES MOREIRA DE OLIVEIRA¹, BRUNA KARAS¹, MÁRIO CLÁUDIO SOARES STURZENEKER¹¹UEPG – Universidade Estadual de Ponta Grossa (Campus de Uvaranas – Av. General Carlos Cavalcanti, 4748, CEP 84.030-900, Ponta Grossa, Paraná, Brasil)

Introdução: A decisão terapêutica frente às doenças cardiovasculares deve ser um processo ativo entre a equipe de saúde, que orienta o indivíduo quanto às medidas farmacológicas e mudanças no estilo de vida, e o paciente, que compreende suas necessidades e dá seguimento a tais direcionamentos. Apesar dos benefícios da adesão ao tratamento serem amplamente descritos, enfrenta-se o desafio da baixa aderência à terapêutica, que culmina em maior morbimortalidade cardiovascular. Assim, acentua-se a relevância de uma abordagem multidisciplinar, a fim de esclarecer ao paciente sobre sua condição clínica e possibilitar que este seja agente de sua própria saúde. **Objetivo:** Implementar atendimento multidisciplinar e avaliar seus efeitos sobre a adesão ao tratamento de doenças cardiovasculares. **Métodos:** Estudo longitudinal, envolvendo 15 pacientes cardiologistas ambulatoriais de muito alto risco, de maio a dezembro de 2022. A abordagem multidisciplinar (farmacêuticos, assistentes sociais e equipe de cardiologia) ocorreu após consulta cardiológica. Foram avaliados hábitos de vida, variáveis sociodemográficas, clínicas e por meio de questionários validados, a adesão terapêutica e a qualidade de vida. Após um período de 5 a 7 meses foram submetidos à mesma abordagem. **Resultados:** A adesão ao tratamento farmacológico aumentou de 60% para 93% baseado no questionário Morisky-Green. Conforme o questionário MINICHAL, na 1ª abordagem os escores sugestivos de boa e má qualidade de vida foram observados em 20% e 13,3% dos pacientes, respectivamente. Na 2ª abordagem, 40% dos pacientes tiveram escores compatíveis com boa qualidade de vida e nenhum indivíduo apresentou escore sugestivo de má qualidade de vida. Entre a 1ª e a 2ª abordagem, houve redução do percentual de sedentários de 80% para 66,7%. **Conclusão:** A abordagem multidisciplinar, no contexto do tratamento cardiológico ambulatorial, melhora a adesão à terapêutica farmacológica de forma significativa, promove melhora do estilo de vida e tem impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes cardiologistas ambulatoriais.

16

RELAÇÃO ENTRE O GASTO PRIVADO COM MEDICAMENTOS E A GRAVIDADE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM PACIENTES ATENDIDOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.
LUCAS YUGI DE SOUZA TERUI¹, TIAGO CARNEIRO DE CARVALHO¹, BRUNO ANTÔNIO CALDEIRA¹, JÉSSICA TAMIRES REICHERT¹, LUCAS MÜLLER PRADO¹, ZAYANE FERNANDA DE ANDRADE¹, LEONARDO SANDRI¹, LUCAS FERNANDES MODESTO¹, RAPHAEL HENRIQUE DÉA CIRINO¹, MIGUEL MORITA FERNANDES DA SILVA¹¹UFPR – Universidade Federal do Paraná (R. Padre Camargo, 280 – Alto da Glória, Curitiba – PR, 80060-240)

Racional: O Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza tratamento medicamentoso gratuito para Insuficiência Cardíaca Crônica (ICC). No entanto, é incerto se o acesso a estes medicamentos esteja adequado às necessidades dos pacientes mais graves, obedecendo os princípios da equidade. **Objetivo:** Avaliar associação entre a gravidade da doença e o gasto privado com medicamentos (GPM) em pacientes com ICC atendidos pelo SUS. **Métodos:** Incluímos pacientes com ICC e Fração de Ejeção (FE) <50% em um ambulatório especializado em IC no Paraná. A gravidade da doença foi estimada pelo escore prognóstico Meta-analysis Global Group in Chronic Heart Failure (MAGGIC) e os pacientes foram agrupados em tercís do MAGGIC. O GPM foi calculado pelo percentual da renda individual mensal gasto com medicamentos. **Resultados:** Foram incluídos 197 pacientes (65±13 anos, 58% homens, fração de ejeção [FE] 36±8%). Pacientes com maior gravidade, indicado pelo tercil mais alto do escore MAGGIC, eram mais velhos (55±10 vs 67±10 vs 75±10 anos; p <0,001), apresentavam maior índice de comorbidades de Charlson (3,3±1,6 vs 5,2±1,2 vs 6,1±2,0; p <0,001) e gastavam mais com medicamentos (R\$ 263,23±209,78 vs R\$ 338,09±200,13 vs R\$ 417,69±310,42; p=0,002), resultando em maior GPM em percentual da renda (16±15 vs 19±14 vs 31±43%; p=0,006). Após ajuste para idade, sexo e escore Charlson, o escore MAGGIC permaneceu significativamente associado a maior GPM (Beta: 1,4±0,5; p=0,007; Figura). **Conclusão:** Em pacientes com ICC atendidos pelo SUS, a maior gravidade da doença foi associada de maneira independente com maior gasto privado com medicamentos.

17

RESULTADOS A 5 ANOS DE SEGUIMENTO CLÍNICO DE ESTUDO PILOTO COM STENTS ABSORVÍVEIS COM USO COMPLETO DE IMAGEM INTRAVASCULAR

SERGIO GUSTAVO TARBINE¹, COSTANTINO R COSTANTINI¹, COSTANTINO O COSTANTINI¹, VINICIUS SHIBATA¹, MARCOS DENK¹, RAFAEL MACEDO¹, MARCIO LUIZE¹, LEONARDO IEZZI¹, ALEX H GONDO¹, CAROLINA JACOBUS¹

¹HCC – Hospital Cardiologico Costantini (Rua Pedro Collere 890, Vila Izabel, Curitiba, Paraná, Brasil)

Fundamento: a segurança e desempenho do stent bioabsorvível (brs) (Abbott vascular, santa clara, ca) tem sido demonstrada previamente com dados clínicos. Esses estudos incluíram pacientes com lesões simples. O estudo absorb III demonstrou excesso de eventos adversos após o implante do brs. Avaliamos os resultados clínicos, do seguimento clínico a 5 anos de pacientes do mundo real tratados com uso de técnica otimizada e guia de imagem intravascular em todos os casos incluídos neste estudo piloto, de um único centro. **Método:** estudo piloto observacional retrospectivo, incluindo 100 pacientes tratados com implante de brs, desde 12/2014 a 10/2016. Resultados de segurança e eficácia foram estudados para os períodos hospitalar e de seguimento a 5 anos. **Resultados:** Idade média 58,1 anos; 88% masculino, 31% diabetes, 28% apresentavam síndrome coronariana aguda. Um total de 171 lesões em 141 vasos foram tratadas com 190 brs (média 1,9 brs/paciente). Nova reintervenção após imagem intravascular para otimizar o implante foi necessária em 31% dos pacientes. O sucesso do procedimento foi de 100% dos casos. Todos os pacientes completaram 5 anos de seguimento clínico. A incidência de eventos clínicos foi: mortalidade de toda causa 2%, mortalidade cardíaca 0%, Infarto de miocárdio 2%, Infarto do vaso tratado 0%, revascularização do vaso tratado 16%, trombose definitiva do brs 0%. **Conclusões:** esta análise de pacientes do mundo real, usando técnica otimizada de implante de brs com imagem intravascular em todos os casos, mostrou a 5 anos de seguimento clínico alta taxa de sobrevida livre de eventos e sem trombose do brs.

18

AValiação DA TAXA DE MORTALIDADE EM PACIENTES COM ICFER ≤ 25% EM UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

EDUARDO ZANETTI BERGAMASCHI¹, FELIPE LOPES GRILLO¹, FELIPE STORM ROSS¹, GABRIEL DELLA TORRES MARINHO¹, LÍDIA ANA ZYTYNSKI MOURA^{1,2}, MARCELY GIMENES BONATTO²

¹PUC-PR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná (R. Imac. Conceição, 1155 – Prado Velho, Curitiba – PR), ²SCM – Santa Casa de Misericórdia de Curitiba (Praça Rui Barbosa, 694 – Centro, Curitiba – PR)

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) acomete aproximadamente 23 milhões de pessoas em todo o mundo. Cerca de metade dos casos são IC com fração de ejeção reduzida (ICFER), caracterizada por ter uma fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) ≤ 40%. Cada grupo de FEVE possui suas particularidades quanto a prevalência de determinadas etiologias, comorbidades associadas e, principalmente, respostas terapêuticas e taxas de sobrevida. Não há na literatura a caracterização específica da população com FEVE extremamente reduzida (≤ 25%). A hipótese é que, quando analisado separadamente, este grupo apresenta particularidades epidemiológicas e diferentes desfechos relacionados à morte. **Objetivo:** Correlacionar mortalidade dos pacientes portadores de ICFER FEVE ≤ 25%, com as características epidemiológicas, clínicas e terapêuticas dessa população em um ambulatório especializado em IC. **Métodos:** Estudo retrospectivo observacional, com revisão de prontuário eletrônico e busca do desfecho óbito avaliado individualmente para cada paciente em acompanhamento no ambulatório de IC do Hospital Santa Casa de Curitiba. Se enquadraram 152 pacientes com FEVE ≤ 25%, entre o período de 2019 e 2022. A mortalidade global foi o desfecho primário e o desfecho secundário a avaliação epidemiológica, clínica e terapêutica. **Resultados:** Dos 152 pacientes, 72,4% eram homens e a etiologia da IC mais frequente foi a isquêmica com 28,9%. A idade média do estudo foi de 61 anos. Do total, 20 pacientes – 13% – foram a óbito. Ocorreu a tendência, entre aqueles que faleceram, de menor uso da dose máxima de beta bloqueador (p=0,06). Em relação a dispnéia, não houve significância (p=0,457). Na análise univariada, o desfecho morte teve associação com pacientes submetidos previamente a revascularização (p=0,049), não apresentando significado com outras variáveis analisadas. Já na análise multivariada, o único fator significativo para desfecho de mortalidade foi a presença de DRC (p=0,040), tornando não relevante estatisticamente a revascularização e o etilismo. **Conclusão:** Pacientes portadores de ICFER FEVE ≤ 25% apresentaram maior mortalidade na presença de revascularização prévia se analisada de maneira isolada. No entanto, se associados diferentes etiologias, os portadores de DRC se apresentaram como único critério relacionado com o pior desfecho, ou seja, óbito.

19

ESTUDO DA MORTALIDADE CARDIOVASCULAR NA POPULAÇÃO DE CURITIBA ENTRE 2017-2021

FERNANDA TELES CECCON¹, MICHELLE DE FÁTIMA TAVARES ALVES¹, GISELE APARECIDA RAGUGNETI DE GOES¹, DIEGO SPINOZA DOS SANTOS¹, ALCIDES AUGUSTO SOUTO DE OLIVEIRA¹

¹SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (R. Francisco Torres, 830)

Introdução: Estudar o perfil de mortalidade de uma população é fundamental para os governos adotarem medidas públicas para reduzir os impactos de morbimortalidade de determinado agravo e garantir o bem-estar da sociedade. **Objetivo:** O processo de envelhecimento, com qualidade de vida, torna-se uma meta a ser atingida uma vez que as doenças isquêmicas e cerebrovasculares trazem grandes repercussões tanto de forma individual, quanto coletiva, por estarem relacionadas a grandes efeitos sócio-econômicos, como invalidez e morte. **Métodos:** Para o estudo foram analisados os dados do banco do Sistema de Informação de Mortalidade, da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, entre 2017 e 2021. **Resultados:** Até a pandemia do SARS-CoV-2, em 2020, as doenças cardiovasculares lideravam as causas de morte, com uma média de 26,5% dos óbitos gerais, seguidas pelas neoplasias e causas externas. No biênio de 2020-2021, as mortes cardiovasculares foram superadas pelas doenças infecciosas e parasitárias, impulsionadas pela covid-19, com 28,2% dos óbitos. Ao longo dos últimos anos, as mortes cardiovasculares estão em tendência de queda, apesar de ainda serem muito significativas. **Conclusões:** Esta diminuição pode estar relacionada com as medidas para redução dos óbitos por doenças crônicas não transmissíveis, como os programas de combate ao tabagismo, ao consumo de álcool, a alimentação não saudável e ao sedentarismo. Estas ações influenciam as comorbidades envolvidas no processo aterosclerótico como a hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia e obesidade.

20

CARDIOVERSORES DESFIBRILADORES IMPLANTÁVEIS: LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE UMA CASUÍSTICA NO OESTE DO PARANÁ

ANA PAULA DE OLIVEIRA FRANCEZ², ALCIRLEY DE ALMEIDA LUIZ^{2,1}, JEAN LUCA ALVES¹, LEANDRO DAVI WAGNER^{2,1}, ELISA CAROLINA NEGRELLO², LETICIA MONTEIRO DOS SANTOS^{1,2}, GABRIELA ALAYO HIDALGO SCHULZ^{1,2}, RAFAELLA ZANETTI DE BEM QUINTÃO^{1,2}, RAFAEL MONTE BLANCO FORNER^{1,2}, JORDANA MARTINS AMÉRICO^{1,2}

¹UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná (R. Universitária, 1619 – Universitário, Cascavel – PR, 85819-110), ²HUOP – Hospital Universitário do Oeste do Paraná (Av. Tancredo Neves, 3224 – Santo Onofre, Cascavel – PR, 85806-470)

Introdução: A morte súbita cardíaca é a morte natural e inesperada de etiologia cardíaca que ocorre em até uma hora do início dos sintomas ou qualquer morte cardíaca que ocorra fora do hospital. É a causa mais comum de morte cardíaca nos países desenvolvidos e envolve complexa interação entre substratos anatômicos e eletrofisiológicos que culminam nas taquiarritmias na maior parte dos casos. A incorporação dos cardioversores desfibriladores implantáveis (CDI) no arsenal terapêutico constitui importante avanço no tratamento desta condição. **Objetivo:** Apresentar estudo epidemiológico retrospectivo de pacientes portadores de CDI acompanhados por especialista em arritmia cardíaca no oeste do Paraná, assim como documentar o perfil de acionamento dos dispositivos nessa população. **Métodos:** Análise retrospectiva de prontuários médicos de pacientes submetidos a telemetria em clínica de cardiologia em Cascavel-PR no período entre 01/07/2017 e 01/07/2018 e que tinham sido submetidos a implante de CDI, associado ou não a resincronizador cardíaco. Foram coletados dados demográficos e epidemiológicos desta amostra e analisados por meio de estatísticas descritivas. **Resultados:** Foram incluídos 21 pacientes, com prevalência do sexo masculino (52%), idade média de 52,14 anos e miocardiopatia isquêmica como diagnóstico mais prevalente (33%). Em 71% dos pacientes o CDI foi implantado na prevenção primária de morte súbita. Um total de 06 pacientes (28%) receberam terapias apropriadas, todos em prevenção primária de morte súbita. Não houve acionamento dos dispositivos em pacientes na estratégia de prevenção secundária. **Conclusão:** O CDI é importante estratégia terapêutica na prevenção de morte súbita, em associação com tratamento dos fatores predisponentes e em população sabidamente de risco aumentado desta condição. Este estudo verificou média de acionamentos apropriados condizentes com a literatura, corroborando o benefício do dispositivo na prevenção da morte súbita e sugerindo que os benefícios verificados em ensaios clínicos podem ser extrapolados para a casuística local.

21

ANGINA SEM LESÃO CORONARIANA OBSTRUTIVA: INCIDÊNCIA, QUALIDADE DE VIDA E FATORES DE RISCO

 MÁRIO AUGUSTO CRAY DA COSTA¹, ANA CAROLINA MELLO FONTOURA DE SOUZA¹, ELISE SOUZA DOS SANTOS REIS¹, LUIZ HENRIQUE VARGAS DE ANDRADE¹, TIAGO DE SOUZA¹
¹UEPG – Universidade Estadual de Ponta Grossa (Campus de Uvaranas – Av. General Carlos Cavalcanti, 4748 CEP 84.030-900 – Ponta Grossa – Paraná – Brasil)

Introdução: Parte dos pacientes afetados pela angina não possui lesões coronarianas obstrutivas, definindo-se como ANOCA (angina with non-obstructive coronary arteries). **Objetivo:** Determinar a incidência, qualidade de vida e fatores de risco de pacientes com ANOCA em contração àqueles com doença coronariana obstrutiva. **Métodos:** Estudo transversal observacional, realizado através da aplicação dos questionários Seattle Angina Questionnaire-7 e 36-Item Short Form Survey Instrument (SAQ-7 e SF-36) em pacientes com angina típica submetidos a cateterismo em um único hospital de setembro de 2021 a junho de 2022. **Resultados:** Dos 81 pacientes avaliados, 43 (53,09%) não possuíam obstruções coronarianas significativas ($\geq 50\%$). Não houve diferenças entre os resultados dos pacientes com e sem lesões nos domínios: limitação física ($p=0,8212$); qualidade de vida ($p=0,1632$); média do SAQ-7 ($p=0,3785$); capacidade funcional ($p=0,3077$); limitação por aspectos físicos ($p=0,2217$); limitação por problemas emocionais ($p=0,2251$); vitalidade ($p=0,3342$); bem-estar emocional ($p=0,3166$); aspectos sociais ($p=0,52$); dor ($p=0,6789$) e saúde geral ($p=0,2877$). Os fatores de risco nos pacientes com e sem doença coronariana foram semelhantes no que diz respeito a diabetes mellitus, pré-diabetes, hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crônica, hipotireoidismo, hipertireoidismo, dislipidemia, ansiedade, depressão, tabagismo e sedentarismo. A ausência de doença renal crônica e a média de idade mais baixa foram relacionadas à ANOCA ($p=0,0271$; $p=0,0399$). **Conclusões:** Aproximadamente metade dos pacientes eram portadores de ANOCA. A qualidade de vida em seus diversos domínios, incluindo o emocional e funcional, foi igualmente afetada nos pacientes com e sem obstruções coronarianas. Portanto, o impacto na qualidade de vida de pacientes com angina está mais relacionado aos sintomas do que à presença de lesões coronarianas obstrutivas, sendo os dados concordantes com a literatura. Além disso, os fatores de risco são os mesmos para pacientes com e sem lesões obstrutivas, ficando explícita a necessidade de atenção ao tratamento sintomático e de comorbidades dos pacientes com ANOCA.

22

AValiação DA PREVALÊNCIA DE DOENÇA HEPÁTICA GORDUROSA NÃO ALCÓOLICA EM PORTADORES DE DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA ATROSCLERÓTICA

 MARIANA FONSECA¹, AMY SAKAKIBARA¹, JAQUELINE MEERT PARLOW¹, PAOLA GONÇALVES MOREIRA DE OLIVEIRA¹, BRUNA KARAS¹, ALICE MAGRO KOSCIANSKI¹, FRANCIELLE NOCERA VIECHINESKI¹, MARCELO DE OLIVEIRA DREWECK¹, MÁRIO CLÁUDIO SOARES STURZENEKER¹
¹UEPG – Universidade Estadual de Ponta Grossa (Campus de Uvaranas – Av. General Carlos Cavalcanti, 4748, CEP 84.030-900, Ponta Grossa, Paraná, Brasil)

Introdução: A doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA) é um grande desafio da prática médica atual e está associada com doenças metabólicas e cardiovasculares, principalmente a doença arterial coronariana (DAC) aterosclerótica. Sua prevalência estimada em 32,4%, vem aumentando progressivamente e apresenta variações geográficas, étnicas, entre gêneros e com a idade. Os dados a respeito da prevalência de DHGNA em portadores de DAC aterosclerótica são escassos, e em relação à população da região Sul do Brasil, inexistentes. **Objetivo:** Estimar a prevalência da DHGNA em portadores de DAC aterosclerótica atendidos em ambulatório acadêmico de cardiologia. **Métodos:** Estudo transversal, desenvolvido de janeiro a outubro de 2022, envolvendo 31 pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica, intervenção coronariana percutânea ou com histórico de infarto agudo do miocárdio documentado. A presença de esteatose hepática foi avaliada pela ultrassonografia abdominal e graduada em leve, moderada ou acentuada. **Resultados:** A prevalência geral de DHGNA foi de 70,97%, sendo 58,06% de grau leve e 12,9% de grau moderado. No sexo masculino foi 77,78% e no feminino 61,53%. Em relação à etnia, em brancos a prevalência foi de 75%, em negros 100% e em pardos 40%. Quanto a escolaridade, em indivíduos com ensino infantil/fundamental foi 73,08%, médio 50% e superior 100%. Em indivíduos com peso normal 66,67%, com sobrepeso 85,71% e em obesos 57,14%. Em praticantes de atividade física < moderada de 72% e moderada de 80%. Nos portadores de síndrome metabólica de 81,82%, 54,55% (leve) e 27,27% (moderado), em diabéticos de 70%, 50% (leve) e 20% (moderado). **Conclusões:** A DHGNA foi altamente prevalente em portadores de DAC aterosclerótica. A associação DAC e diabetes mellitus tipo 2 não aumentou a prevalência de DHGNA, diferentemente da associação DAC e síndrome metabólica e DAC e sobrepeso. Entretanto, a avaliação da significância desses achados foi prejudicada pelo número reduzido da amostra.

23

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) DO BRASIL DE 2010 A 2022

 CAROLINA DE OLIVEIRA MONTENEGRO¹, ANA KARYN EHRENFRIED DE FREITAS¹, ANA PAULA KONIG DA NOBREGA¹, GUSTAVO MARTINI BUSO²
¹HSCC – Hospital Santa Casa de Curitiba (Praça Rui Barbosa, 694 – Centro, Curitiba – PR, 80010-030), ²PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná (Rua Imaculada Conceição, 1155 – Prado Velho, Curitiba – PR, 80215-901)

Introdução: O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é uma doença de alto impacto na saúde global, sendo definido como uma lesão aguda do músculo cardíaco em um contexto clínico de isquemia miocárdica. Apresenta grande influência na vida da população, além de impactar nos sistemas de saúde, previdência social e mercado de trabalho. **Objetivo:** Analisar as internações hospitalares por IAM no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil no período de janeiro de 2010 a outubro de 2022. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, utilizando dados secundários do DataSUS. Foram analisados o número de internações, média de permanência hospitalar, óbitos e taxa de mortalidade. Os dados foram estratificados conforme o sexo e a faixa etária. Também foi realizada uma análise de série temporal interrompida (STI) para avaliar o impacto da pandemia pela COVID-19, utilizando o método ARIMA e o modelo de regressão geral. **Resultados:** Foram registradas 1.400.713 internações e 152.411 óbitos por IAM no período avaliado, com média de permanência de 6,8 dias e taxa de mortalidade média de 10,62%. A faixa etária mais acometida foi a de 60 a 69 anos (420.568). Os indivíduos de 50 anos ou mais representaram 85,51% das internações, enquanto os de 20 a 49 anos representaram 14,49%. A taxa de mortalidade em idosos foi significativamente maior (25,53% na população com 80 anos ou mais). Embora os homens tenham sido responsáveis pela maioria das internações, foram as mulheres que apresentaram maior taxa de mortalidade. A análise de STI evidenciou que não houve significância estatística nas mudanças de tendência de internações, óbitos e taxa de mortalidade entre os meses anteriores e posteriores ao início da COVID-19 no Brasil. Apenas a média de permanência apresentou mudança de inclinação significativa ($p = 0,004$). **Conclusão:** Embora esteja ocorrendo aumento de internações por IAM nos últimos anos, a taxa de mortalidade está reduzindo. A média de permanência, em geral, vem apresentando estabilidade. Quando comparamos o período anterior e posterior ao início da pandemia pela COVID-19 no Brasil, a mudança de tendência não foi significativa para quase todas as variáveis, exceto para a variável média de permanência.

24

CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA COMPLICADA COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO TIPO 2 POR FIBRILAÇÃO ATRIAL DE ALTA RESPOSTA: UM RELATO DE CASO

 JULIANA BUENO REFUNDINI¹, HENRIQUE ALEXSANDER FERREIRA NEVES¹, MICHELLE BOZKO COLLINI¹, CLÁUDIA MARIA PERERA BIONDO¹, FABRÍCIA DANIELA MARTINS ALMEIDA¹, ELOISA PIETROBONI¹, ARIANE FIORENTIN BORBA¹, PAULA MARTINA RAU¹, LUCAS DOS SANTOS CHAVES¹, THAMIRES HADASSA LEITE PEREIRA COSTA¹, ADRIANA APARECIDA DA SILVA¹, TALITA BEITHUM RIBEIRO MIALSKI¹, EDUARDO LEAL ADAM¹
¹CHC-UFRP – Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (Rua General Carneiro, 181 – Alto da Glória, Curitiba)

Introdução: A Cardiomiopatia Hipertrofica (CMH) é uma doença relativamente comum de origem genética, causada por mutações que acometem as proteínas do sarcômero. A fibrilação atrial (FA) pode ser a primeira manifestação da doença. **Objetivo:** Descrever caso de CMH diagnosticado durante a investigação de infarto agudo do miocárdio (IAM) tipo 2 secundário a fibrilação atrial de alta resposta ventricular (FAARV). **Descrição do caso:** Homem, 44 anos, hipertenso sem tratamento, busca pronto-atendimento com dor torácica retroesternal, em aperto, de forte intensidade, irradiando para MSE, associada a palpitações e dispnéia. Na admissão apresentava ECG com FAARV, FC de 114 bpm, bloqueio de ramo direito (BRD) e inversão de onda T em parede inferior. Troponina de 4876 ng/L e ausência de lesões coronarianas significativas ao cateterismo. Ecocardiografia transtorácica evidenciou disfunção ventricular com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) 37%, hipocinesia difusa, septo de 14 mm e volumes atriais aumentados (AE 79 e AD 57). Ecocardiograma transesofágico sugeriu trombo em apêndice atrial, contraindicando cardioversão elétrica. A ressonância magnética (RMN) cardíaca mostrou hipocinesia difusa, hipertrofia ventricular importante com predomínio septal e espessura miocárdica máxima 21mm, além da presença de realce tardio multifocal acometendo segmentos anterior, septal basal e segmento junctional, compatível com CMH não obstrutiva associada à fibrose miocárdica. Quadro interpretado como IAM tipo 2 secundário a FAARV em paciente com CMH diagnosticada no internamento, além de insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida (ICFER) de provável componente misto: hipertensivo, taquicardiomiopatia e CMH. **Conclusão:** Conforme ilustrado nesse caso, a FA costuma ser pouco tolerada em pacientes com CMH, devido à redução do tempo de enchimento diastólico e à perda de contração atrial, fatores frequentemente associados à disfunção diastólica e lesão miocárdica.

25

CARDIOMIOPATIA INDUZIDA POR STRESS E CORRELAÇÃO COM FATOR SUBJACENTE DE NEOPLASIA MALIGNA

FRANCIELLE GODOI SANTOS², DÉBORA CRISTINA BARTZ SIMINATT³, LUIZ FELIPE GARBUIO¹, DANIEL CITADELLA DOMINICO¹, EVELIN MELINE LUBRIGATI¹, PEDRO FELIPE GOMES NICZ¹, RAFAEL LUIS MARCHETTI¹, RAFAEL ARTHUR SERPA¹, AMANDA COSTA¹, WILTON GOMES^{1,3}

¹INC – Instituto de Neurologia e Cardiologia de Curitiba (Rua Jeremias Maciel Perretto, 300 – Campo Comprido, Curitiba PR), ² PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná (Rua Imaculada Conceição, 1155 – Prado Velho, Curitiba PR), ³ FPP – Faculdades Pequeno Príncipe (Avenida Iguazu, 333 – Rebouças, Curitiba PR)

Introdução: A Síndrome do brônquio apical transitório do ventrículo esquerdo, também conhecida como Síndrome de Takotsubo (STT) ou cardiomiopatia induzida por estresse, é uma disfunção miocárdica aguda e transitória, desencadeada, habitualmente, por estresse físico e/ou emocional. Essa condição pode estar relacionada a outros fatores subjacentes, como neoplasias malignas, o que parece se associar a um pior prognóstico. Caso clínico: Paciente sexo feminino, 47 anos, portadora de hipertensão arterial, admitida com dor torácica anginosa e supradesnivelamento do segmento ST anterosegular ao ECG. A paciente negava estresse físico ou emocional recentes. Realizado cateterismo cardíaco de emergência, que mostrou ausência de lesões obstrutivas em artérias coronárias e hipocinesia de todos os segmentos médios e apicais na ventriculografia. Após estabilização inicial, uma ressonância magnética cardíaca foi realizada, demonstrando semelhantes alterações da contratilidade segmentar, edema nos segmentos disfuncionantes, porém sem a presença de necrose ou fibrose. A paciente foi tratada com AAS, beta-bloqueador e inibidor da ECA e recebeu alta assintomática. Uma cintilografia com MIBG foi realizada após 14 dias do diagnóstico, que demonstrou hipocaptação difusa do radiotraçador, com "washout" elevado (38%). Houve recuperação da função ventricular após algumas semanas do evento e a paciente evoluiu assintomática. Entretanto, aproximadamente 3 meses depois, a paciente foi diagnosticada com adenocarcinoma de mama. Discussão: Pacientes com STT parecem apresentar uma prevalência maior de neoplasias malignas concomitantes, quando comparados aos pacientes com SCA. Neste relato, apresentamos um caso cujo diagnóstico de STT precedeu em poucas semanas um diagnóstico de adenocarcinoma de mama. Evidências sugerem que este subgrupo de pacientes apresentam um prognóstico cardiovascular pior, quando comparados aqueles sem malignidade identificada. **Conclusão:** O presente relato descreve um caso em que a STT e a presença de malignidade se apresentaram de forma concomitante, o que pode sugerir uma correlação das duas condições, o que vem sendo sugerido também em estudos observacionais.

26

CORAÇÃO EM MEIO A TEMPESTADE: TIREOTOXICOSE CAUSANDO FLUTTER ATRIAL E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

ADRIANA APARECIDA DA SILVA¹

¹HC – Hospital de Clínicas da UFPR (Rua general Carneiro, 181, centro – Curitiba/PR)

Introdução: a disfunção tireoidiana tem o potencial de afetar o sistema cardiovascular, podendo induzir ou agravar arritmias e insuficiência cardíaca. **Objetivo:** descrever caso de insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida (ICFER) descompensada por flutter atrial em contexto de tireotoxicose. Descrição do caso: paciente masculino, 34 anos, portador de hipertireoidismo, admitido em hospital por aumento de volume abdominal há 2 meses associado a episódios de sudorese profusa e síndrome consumptiva. Relato de interrupção do tapazol há 3 meses por plaquetopenia e também descontinuação do propranolol. À admissão, pressão arterial de 130 x 75 mmHg, frequência cardíaca (FC) de 129 bpm, frequência respiratória de 22 ipm, emagrecido, com exoftalmia, refluxo hepatojugular, ascite e edema de membros inferiores. Eletrocardiograma revelou flutter atrial típico anti-horário. Radiografia de tórax evidenciou aumento de câmaras direitas e ultrassonografia de abdome demonstrou ascite acentuada e hepatopatia incipiente. Exames laboratoriais demonstraram níveis séricos de TSH de 5 mUI/L, de T4-total de 24 mUI/L, e de T3 total de 481 mUI/L, demais exames laboratoriais inalterados. Ultrassonografia de tireóide com sinais de tireoidite inespecífica. Ecocardiografia transtorácica revelou fração de ejeção de ventrículo esquerdo (VE) de 26% (Simpson) e diâmetros de 62x54mm com hipocinesia difusa. Realizado diagnóstico de ICFER descompensada por flutter atrial secundário a tireotoxicose por Doença de Graves. Iniciado tratamento com propranolol, propiltiouracil, dapagliflozina, enalapril e furosemida. Não submetido a cardioversão do flutter, pois ecocardiograma transesofágico revelou trombo em apêndice atrial esquerdo. Iniciada anticoagulação com rivaroxabana e após a estabilização clínica, submetido a tireoidectomia total e iniciada reposição com levotiroxina. Após alta, recuperou 12 kg de peso e encontra-se assintomático, em acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** investigar a etiologia da ICFER é fundamental para a assertividade do tratamento, especialmente em casos potencialmente reversíveis como este.

1 – CAPPOLA, Anne R.; DESAI, Akshay S.; MEDICI, Marco; COOPER, Lawton S.; Et. al. Thyroid and Cardiovascular Disease Research Agenda for Enhancing Knowledge, Prevention, and Treatment. Circulation AHA. 13 may 2019. Vol 139 n25. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.036859>. Circulation. 2019;139:2892-2909 2 – ROSS, Douglas S.; Thyroid Storm; Up to date, oct 2022; accessed in march 18, 2023. https://www.uptodate.com/contents/thyroid-storm?search=Thyroid%20storm&source=search_result&selectedTitle=1~75&usage_type=default&display_rank=1

27

DESAFIO DA EXTRAÇÃO PERCUTÂNEA DE DISPOSITIVO IMPLANTÁVEL APÓS 30 ANOS DE USO

NOESSA HIROMI ASSANO STANGLER¹, LUÍSA ANTONIASSE^{1,2}, THAISE WRUBLESKI^{1,2}, MARIANA CHYLA^{1,2}, GUSTAVO MARQUES^{1,2}, LÍDIA MOURA^{1,2}, JOSÉ CARLOS MOURA JORGE^{1,2}, SARAH GROBE^{1,2}, LARISSA RENGEL DOS SANTOS^{1,2}, MAURICIO MONTEMEZZO^{1,2}

¹HMC – Hospital Marcelino Champagnat (Curitiba/PR), ² PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná (Curitiba/PR)

Introdução: Nos últimos anos, houve crescimento de implantes de dispositivos cardíacos eletrônicos, assim como do número de casos de disfunção e de infecção dos cabos-eletrodos. Estes cabos-eletrodos sofrem encapsulamento fibrótico e, assim, é necessário conhecer as técnicas de extração de cabos-eletrodos para tornar o procedimento mais seguro e eficaz. **Descrição do caso:** E.N.N., 70 anos, masculino, com hipertensão, diabetes mellitus, fibrilação atrial, cardiomiopatia hipertrófica não obstrutiva em uso de marcapasso com cardiodesfibrilador implantável (CDI), evoluiu com infecção da loja do dispositivo após 30 anos de uso. Realizado antibiótico, duas hemoculturas negativas e ecocardiograma transesofágico sem vegetações. Optado por extração com bainha dilatadora mecânica do eletrodo atrial com fixação ativa do eletrodo de marcapasso de ventrículo direito e eletrodo de choque duplo coil, sem intercorrências. Colocado marcapasso provisório e enviado amostra de material de fibrose endocárdica para análise. No dia seguinte, realizado implante de novo CDI, sem intercorrências. **Discussão:** American Heart Association recomenda a remoção completa do sistema de estimulação em todos os pacientes com dispositivos eletrônicos implantáveis que apresentam infecção de loja com evidência de abscesso, extrusão de dispositivo e aderência na pele. Técnicas para extração percutânea de cabos-eletrodos são consideradas de alto risco (taxas de morbidade e mortalidade de 11%), podendo necessitar de cirurgia cardíaca imediata. Taxas de sucesso e de complicações da extração mecânica foram, respectivamente, 96,7% e 4,1%, sendo que apenas 1,4% das complicações foram durante a remoção, diferentemente da extração a laser, em que a taxa de sucesso é de 90%, taxa de complicação é de 1,9% e a taxa de mortalidade intra-hospitalar é de 0,8%. Extrações usando técnicas convencionais podem ser obtidas pela metade do custo das bainhas a laser. Extração com bainha mecânica de cabos-eletrodos do dispositivo após décadas de uso ainda é um desafio e, por isso, devemos individualizar cada conduta e se preparar para possíveis complicações.

28

DISSECÇÃO AGUDA DE AORTA TIPO A E O USO DE ULTRASSONOGRAFIA POINT-OF-CARE – UM RELATO DE CASO

NOESSA HIROMI ASSANO STANGLER¹, LUÍSA ANTONIASSE^{1,2}, THAISE WRUBLESKI^{1,2}, MARIANA CHYLA^{1,2}, GUSTAVO MARQUES^{1,2}, LÍDIA ŻYTYNSKI MOURA^{1,2}, LARISSA RENGEL DOS SANTOS^{1,2}, SARAH GROBE^{1,2}, DANIELE DE FÁTIMA COLLATUSSO^{1,2}, CLAUDINEI COLLATUSSO^{1,2}

¹HUC – Hospital Universitário Cajuru (Curitiba/PR), ²PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná (Curitiba/PR)

Introdução: Dissecção aguda de aorta é condição potencialmente fatal que requer diagnóstico precoce e tratamento adequado.^(1,2) Tratamento cirúrgico de emergência busca evitar complicações letais como ruptura completa, tamponamento pericárdico e obstrução coronária.⁽³⁾ Apesar de estudos demonstrarem redução de complicações, a mortalidade ainda permanece alta.^(4,2) **Descrição do caso:** M. L. P., feminina, 64 anos, hipertensa, com história de síncope e dor epigástrica com irradiação para dorso, tórax e membro superior esquerdo há 1 dia. Eletrocardiograma com supradesnivelamento de ST em derivação aVR e infradesnivelamento em V4 a V6. Ultrassonografia point-of-care demonstrou derrame pericárdico importante e sofrimento de câmaras cardíacas direitas. Janela supraesternal mostrou flap entre verdadeiro e falso lúmen da aorta. Realizado pericardiocentese com saída de 500 ml líquido hemático e imediata estabilidade hemodinâmica. Realizou tomografia computadorizada de tórax, que confirmou dissecção de aorta (estendia-se desde valva aórtica até artérias ilíacas comuns, classificação de Stanford A), sendo submetida à cirurgia de emergência (substituída a aorta desde junção sinotubular até hemiarco), sem intercorrências. **Discussão:** Dissecção aguda da aorta é uma emergência médica com risco de vida.⁽⁵⁾ Dados do IRAD (The International Registry of Acute Aortic Dissection) sugerem que 19% dos pacientes com dissecção de aorta apresentaram alterações eletrocardiográficas sugestivas de isquemia miocárdica.⁽⁶⁾ Uso de ultrassonografia point-of-care na emergência para patologias aórticas está aumentando.⁽⁷⁾ Vários sinais ultrassonográficos de dissecção aórtica tipo A são altamente sensíveis, havendo uma redução significativa no tempo para o diagnóstico.⁽⁸⁾ Subanálise do estudo prospectivo multicêntrico ADVISED mostrou que presença de sinais ultrassonográficos diretos teve sensibilidade e especificidade de 45% e 97% para diagnóstico de síndrome aórtica aguda e presença de qualquer sinal ultrassonográfico teve sensibilidade e especificidade de 89% e 74%.⁽⁹⁾ É aceito que intervalo entre início dos sintomas e tratamento cirúrgico da dissecção de aorta está ligado ao resultado, o que prova a necessidade de métodos diagnósticos rápidos e eficazes.

29

DRENAGEM ANÔMALA DE VEIA PULMONAR SUPERIOR ESQUERDA – UM DIAGNÓSTICO DESAFIADOR AO ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO

ANAÍS DE OLIVEIRA WERNECK DE CAPISTRANO³, TALITA BEITHUM RIBEIRO MIŁSKI², CLARA LEAL VOLTARELLI², LUCAS HENRIQUE OLANDOSKI ERBANO², BRUNO MAURICIO PEDRAZZANI¹, GUSTAVO GAVAZZONI BLUME¹, BRUNA OLANDOSKI ERBANO^{1,2}

¹HMC – Hospital Marcelino Champagnat (Av. Presidente Afonso Camargo, 1399), ²HC – UFPR – Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (Rua General Carneiro, 181), ³FPP – Faculdade Pequeno Príncipe (Av. Iguçu, 333)

A drenagem venosa pulmonar anômala parcial (DVPAP) constitui espectro de malformações em que uma ou mais veias pulmonares apresentam falha na conexão com o átrio esquerdo, drenando direta ou indiretamente para o átrio direito. Com prevalência rara na população, representa menos de 1% dos casos de anomalias cardiovasculares congênitas. Geralmente, o diagnóstico é realizado por angiogramografia de tórax, ressonância cardíaca ou ecocardiograma transefágico, uma vez que o ecocardiograma transtorácico (ECOTT) apresenta baixa sensibilidade para esta condição. Descreve-se aqui o caso de uma paciente feminina, de 31 anos, admitida para realizar um ECOTT de check-up. Assintomática do ponto de vista cardiovascular. O exame revelou câmaras cardíacas de tamanhos normais, função sistólica biventricular preservada, função diastólica normal, valvas cardíacas normais e septo interatrial íntegro. Ao fim do exame, na janela supraesternal, notou-se fluxo turbilhonado em vaso adjacente à aorta descendente, de difícil visualização. Ao Doppler pulsátil, notou-se fluxo de padrão venoso, com velocidades aumentadas. Prosseguiu-se a investigação com angiotomografia, que revelou a drenagem anômala da veia pulmonar superior esquerda para o tronco braquiocéfálico esquerdo. Considerando a ausência de repercussão estrutural, optou-se por acompanhamento clínico. Pacientes com DVPAP majoritariamente chegam à vida adulta com pouca ou nenhuma repercussão clínica. Entretanto, dispnéia progressiva, hipertensão pulmonar e insuficiência cardíaca, não raramente, associam-se ao diagnóstico tardio de DVPAP. Embora o diagnóstico pelo ECOTT seja desafiador, ratifica-se com este caso a necessidade de buscar ativamente alterações de padrões de fluxos em todas as janelas ecocardiográficas, pela importância de se estabelecer diagnósticos precoces e monitorização de repercussões estruturais posteriores, ainda que subclínicas.

30

EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA E EDEMA AGUDO DE PULMÃO EM CARDIOPATA APÓS ABANDONO DE TRATAMENTO: RELATO DE CASO

NICOLLI DA MOTA MOSSINI¹, MARIO AUGUSTO MARIANO¹, CARLOS AUGUSTO RIBEIRO¹

¹Incorpore – Incorpore Centro Médico (R. Gen. Mário Tourinho, 536)

Emergência hipertensiva é caracterizada por pressão arterial (PA) marcadamente elevada e sinais de lesões de órgãos-alvo (encefalopatia, infarto agudo do miocárdio, angina instável, edema agudo de pulmão, eclâmpsia, acidente vascular encefálico). Muitos pacientes também apresentam uma PA elevada excessivamente, por não usarem suas medicações adequadamente. F.F.D.J., masculino, 67 anos, aposentado, hipertenso, diabético, obeso (IMC: 39), sem uso de medicações ou acompanhamento cardiológico. Apresentou-se em Dezembro/2021 em consulta médica devido a dispnéia progressiva iniciada 3 semanas antes, edema generalizado e cansaço. Em exame físico: PA 230/150mmHg, FC: 109spm, SatO₂: 73%, dispnéico, turgência jugular e refluxo hepatojugular presentes, anasarca, ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares diminuídos e crepitações bilaterais até ápice. Encaminhado ao setor de emergência via UTI móvel e encaminhado ao setor de terapia intensiva. Questionado sobre o motivo do abandono do tratamento, justificou por não apresentar sintomas no dia a dia e por isso não via necessidade. **Conclusão:** a má adesão ao tratamento em doenças cardiovasculares pouco sintomáticas ou por vezes, assintomáticas, é uma das grandes dificuldades que cardiologistas na prática clínica tem em manter o controle dessas doenças, reduzir complicações como o declínio da função cardíaca e descompensações que acabam por aumentar a mortalidade desses pacientes.

31

FECHAMENTO PERCUTÂNEO DE COMUNICAÇÃO INTERATRIAL E OCLUSÃO DO APÊNDICE ATRIAL ESQUERDO EM UM MESMO PROCEDIMENTO: UMA OCASIÃO A SER APROVEITADA?

CARLA MARIKO OKABE^{1,2}, LARISSA DE OLIVEIRA RENGEL DOS SANTOS^{1,2}, SARAH FAGUNDES GROBE^{1,2}, ROMULO FRANCISCO DE ALMEIDA TORRES^{1,2}, GABRIEL DA CASS MECABO^{1,2}, JOAO BOCARDI VILLAR^{1,2}, GUSTAVO GAVAZZONI BLUME^{2,1}

¹HMC – Hospital Marcelino Champagnat (Av. Presidente Afonso Camargo, 1399), ²HUC – Hospital Universitário Cajuru (Av. São José, 300)

Introdução: O emprego ideal da oclusão percutânea do apêndice atrial ainda é debatido na literatura. Até o momento, a população mais bem estudada são os pacientes com fibrilação atrial não valvar e com contra-indicação ao uso de anticoagulantes. Outras situações peculiares, como os pacientes com recorrência de evento neurovascular a despeito de anticoagulação adequada, bem como a possibilidade do procedimento simultaneamente ao fechamento de comunicação interatrial vem sendo estudadas. **Relato de Caso:** Paciente masculino de 72 anos, com diagnóstico recente de fibrilação atrial, com acidente isquêmico transitório (AIT) prévio teve o diagnóstico de comunicação interatrial (CIA) ostium secundum durante ecocardiograma transefágico pré cardioversão elétrica. Na ocasião, observado aumento de câmaras direitas e indicado o fechamento percutâneo da CIA. Enquanto aguardava o procedimento, o paciente retornou com novo quadro de AIT, mesmo em uso de anticoagulante. Desta forma, considerando-se um segundo evento cerebrovascular a despeito de anticoagulação, a já existência de acesso ao átrio esquerdo (dispensando punção septal), além da indicação já existente de fechamento da CIA (o que dificultaria posteriormente a oclusão percutânea do apêndice atrial), foi decidido pela oclusão do apêndice atrial esquerdo durante o mesmo procedimento percutâneo. O procedimento foi realizado com introdução de prótese Amulet n° 22 através da CIA até o apêndice atrial para sua oclusão. Em seguida, foi realizado o fechamento da CIA com dispositivo CeraFlex n° 24mm com sucesso. Todo procedimento foi guiado com ecocardiograma transefágico intraoperatório e realizado exame de controle após os implantes demonstrando próteses estáveis e ausência de leak paraprótico. Um novo ecocardiograma foi realizado 2 meses após, com resultado mantido e com câmaras direitas tendo retornado a dimensões normais e o paciente manteve-se assintomático. **Discussão/ Conclusão:** A fibrilação atrial é uma complicação comum nos adultos com comunicação interatrial não corrigida. Ambas as situações associadas aumentam o risco de eventos isquêmicos embólicos. A possibilidade de realização de oclusão do apêndice atrial em procedimento simultâneo ao fechamento da CIA vem sendo aventada e estudada na literatura. Embora até o momento tenhamos estudos pequenos, estes parecem evidenciar que a combinação dos procedimentos é segura, factível e possui altas taxas de sucesso.

32

FECHAMENTO PERCUTÂNEO DE REFLUXO PARAVALVAR AÓRTICO

GABRIEL DA CASS MECABO¹, RÔMULO TORRES^{1,2}, DANIEL TOSONI^{1,2}, GUILHERME BARRETO^{1,2}, JOÃO BOCARDI VILLAR^{1,2}, CARLA MARIKO OKABE^{1,2}, LARISSA RENGEL^{1,2}, SARAH GROBE FAGUNDES^{1,2}

¹HMC – HOSPITAL MARCELINO CHAMPAGNAT (Av. São José 300, Bairro Cristo Rei, Curitiba PR), ²HUC – Hospital Universitário Cajuru (Av. São José 300, Bairro Cristo Rei, Curitiba PR)

Introdução: A regurgitação paravalvar aórtica é uma condição que possui incidência de aproximadamente 1% após troca valvar aberta. A técnica percutânea tem sido encorajada como primeira escolha, respeitando as limitações anatômicas e clínicas do paciente. **Relato de caso:** Masculino, 72 anos, submetido a implante de bioprótese aórtica em 2021. Evoluiu com insuficiência cardíaca Classe Funcional III refratária a terapia médica otimizada. Ecocardiograma transefágico (EcoTE) identificou a presença de refluxo paraprótico aórtico anterior. Foi optado pelo tratamento percutâneo com dispositivo ocluser. Procedimento realizado via arterial femoral direita, cruzado o leak paravalvar com auxílio do cateter MP1 e guia hidrofílica e ocluído defeito com o dispositivo AVP II 8/7 com sucesso. Procedimento com auxílio de ecocardiograma transefágico intraoperatório (EcoTE) e ao final exame ultrassonográfico sem refluxo paraprótico. Apresentou boa resposta clínica após intervenção, recebendo alta hospitalar cinco dias após intervenção. **Discussão:** Em casos de regurgitação paravalvar aórtica ocasionando insuficiência cardíaca ou hemólise a intervenção está indicada. A presença de prótese em posição aórtica, refluxo paravalvar menor que 25% do anel e fácil acesso da região por cateteres são os principais fatores associados ao sucesso do tratamento percutâneo. A escolha do dispositivo depende do formato do defeito, do tipo de prótese valvar (mecânica ou biológica), da disponibilidade do dispositivo e se está previsto o uso de um ou mais implantes. **Conclusão:** A regurgitação paravalvar com repercussão clínica é uma complicação com importante morbimortalidade após a substituição cirúrgica ou percutânea valvar. O tratamento percutâneo tem apresentado além de eficácia terapêutica, menores taxas de complicações e menor taxa de reintervenções.

33

HIPOPLASIA DE ARTÉRIA CARÓTIDA COMUM, APLASIA DE ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA E AGENESIA DO CANAL CAROTÍDEO EM PACIENTE ASSINTOMÁTICA: RELATO DE CASO.

MARIA DANNIELLA GIROTO¹, ADRIANO ERLON FONSECA¹, COSTANTINO ORTIZ COSTANTINI¹, COSTANTINO ROBERTO COSTANTINI¹, DANIANE RAFAEL¹, NICOLE SILVEIRA LOTHER¹

¹HCC – Hospital Cardiológico Costantini (Rua Pedro Collere, 890, Vila Izabel, Curitiba – Parana)

Paciente de 54 anos, sexo feminino, sem comorbidades, assintomática, realizando check-up cardiológico. Doppler de artérias carótidas e vertebrais observou carótida comum esquerda de fino calibre (3-4 mm) com fluxo sentido cranial, não sendo possível visualizar a bifurcação ou os ramos. Suspeitou-se de hipoplasia de artéria carótida sendo então realizado angiotomografia que evidenciou hipoplasia de artéria carótida comum esquerda desde sua origem, carótida interna reduzindo de calibre até a base do crânio onde não foi mais identificada e agenesia do canal carotídeo na base do crânio. Hipoplasia da artéria carótida interna é uma anomalia congênita rara, ocorrendo em menos de 0,01% da população. A ausência de uma ou de ambas as artérias carótidas internas, apesar de rara, não costuma evoluir com sintomatologia em decorrência da formação de circulação colateral como, por exemplo, vasos embrionários persistentes, vias normais de anastomose pelo polígono de Willis ou anastomoses com artérias carótidas externas. Já foram relatadas discreta predominância em homens e predileção à esquerda em uma taxa de 3:1. Outras anomalias, como aneurismas intracranianos, podem acompanhar 24-67% dos casos de agenesia e se associar a hemorragia intracraniana. É importante a identificação de anastomoses compensatórias. Alguns pacientes podem apresentar atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, cefaleias e ataque isquêmico transitório. Chamamos a atenção para esta alteração rara, geralmente assintomática, que na maioria das vezes é um achado incidental como no caso relatado. O doppler de artérias carótidas com suspeita de hipoplasia indicou a realização de angiotomografia que evidenciou de forma não invasiva a alteração anatômica congênita.

34

IMPLANTE DE MARCAPASSO TRANSCATETER DE CÂMARA ÚNICA MINIATURIZADO- RELATO DE CASO.

JOÃO BOCARDI VILLAR^{2,3,1}, LUANA SOCIO NISSEL², MAURICIO MONTEMEZZO¹, SARAH FAGUNDES GROBE^{1,2,3}, LARISSA DE OLIVEIRA RENGEL DOS SANTOS^{1,3,2}, GABRIEL DA CASS MECABO^{2,1,3}, CARLA MARIKO OKABE^{2,1,3}, ANA BEATRIZ MEIRA²

¹HMC – Hospital Marcelino Champagnat (Av. Presidente Affonso Camargo, 1399), ²PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná (R. Imac. Conceição, 1155), ³HUC – Hospital Universitário Cajuru (Av. São José, 300)

Portadores de dispositivos cardíacos implantáveis com quadro febril de etiologia indeterminada devem ser submetidos à investigação para Endocardite Infecciosa. Relatamos um caso dessa complicação solucionado com implante de dispositivo inovador sem eletrodos: o Micra, um dos primeiros no Brasil. **Discussão:** Paciente E.F., masculino, 80 anos, hipertenso, com fibrilação atrial permanente, insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, histórico de infarto agudo do miocárdio com cirurgia de revascularização, submetido a angioplastia coronária e à substituição de válvula aórtica por prótese biológica. Em maio de 2022, paciente foi submetido à implante de cardiodesfibrilador e resincronizador cardíaco. Após um mês, paciente apresentou queda do estado geral, diagnosticado com pneumonia. Sem melhora clínica, foi internado e iniciou investigação para Endocardite Infecciosa. Inicialmente, Ecocardiograma não identificou vegetações, mas, hemocultura positou para *Staphylococcus epidermidis*. PET-CT demonstrou captação em cabo do aparelho. Dessa forma, paciente foi submetido à remoção do dispositivo e implantação de marcapasso provisório em veia jugular direita, recebeu alta pela melhora clínica com terapia antimicrobiana. Após tratamento, foi sugerido retirar dispositivo provisório e implantar, via cateterismo, dispositivo sem fios no ventrículo direito: o Micra. Em 12 de setembro de 2022, realizou procedimento sem intercorrências. **Revisão bibliográfica:** Endocardite Infecciosa, uma patologia de grave prognóstico e alta mortalidade, devido aos sintomas inespecíficos que dificultam o diagnóstico e tratamento. Os cabos dos dispositivos convencionais são as principais fontes para tal condição. Sendo assim, marcapassos sem eletrodos foram desenvolvidos a fim de reduzir taxa de complicações; comercializados como Micra.

35

IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER EM PACIENTE COM FALÊNCIA DE BIOPRÓTESE NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE CIRURGIA DE BENTALL.

ANGELO HENRIQUE REFATTI SILVA¹

¹HCC – Hospital Cardiológico Costantini (Rua Pedro Collere, 890, Vila Izabel – Curitiba)

Introdução: Nas últimas décadas o implante valvar aórtico transcáteter tem se consolidado como um tratamento viável, principalmente nos pacientes de risco cirúrgico proibitivo e com estenose aórtica. Porém, ainda é escassa a literatura acerca deste tratamento na insuficiência aórtica pura, seja em valva nativa ou bioprótese degenerada, e ainda mais raros naqueles com presença de tubos valvados (cirurgia de Bentall). O principal desafio neste cenário é a ausência de calcificação o que dificulta a visualização e ancoragem adequada da prótese. **Caso clínico:** Masculino, 83 anos, portador de doença renal crônica não dialítica, doença coronariana, flutter atrial paroxístico, hipertensão pulmonar e marca-passo por bloqueio atrioventricular total. Realizou a cirurgia de Bentall em 2010 por insuficiência aórtica importante e dilatação aneurismática da aorta ascendente. Evoluiu com sinais de insuficiência cardíaca 12 anos após o procedimento cirúrgico, classe funcional III da classificação da New York Heart Association (NYHA). O ecocardiograma transesofágico demonstrou abertura adequada dos folhetos da valva aórtica (gradientes máximo e médio de 24 mmHg e 12 mmHg) com regurgitação importante, ventrículo esquerdo com hipertrofia excêntrica e função sistólica global preservada. O cateterismo cardíaco não demonstrou novas lesões coronarianas severas. Paciente não elegível para nova cirurgia considerando o alto risco de mortalidade, conforme o Euroscore II (8,63%) e o Society of Thoracic Surgeons (STS) de 12,18%. Definido pelo Heart Team por troca valvar aórtica via transcáteter. O procedimento ocorreu sob anestesia geral, utilizando a via transfemorral guiada por fluoroscopia. Implantada uma prótese balão expansível Myval 24,5, sob rápida frequência ventricular, mantendo os óstios coronários protegidos, sem complicações vasculares e sem sinais de regurgitação ao ecocardiograma transesofágico com gradiente transvalvar máximo e médio de 17 mmHg e 8 mmHg, respectivamente. No dia seguinte, o ecocardiograma de controle não demonstrou regurgitação ou leak paravalvar. Houve alta hospitalar 5 dias após o procedimento, sem intercorrências. **Conclusão:** Concluímos que apesar da etiologia puramente regurgitativa da disfunção protética, a realização do implante de nova prótese aórtica transcáteter (valve-in-valve) é viável nestas condições, desde que executada em centros de alta expertise após refinado planejamento.

36

A IMPORTÂNCIA DO ULTRASSOM INTRACORONÁRIO NO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM CORONÁRIA ANEURISMÁTICA COM ALTA CARGA TROMBÓTICA ASSOCIADO AO USO OFF-LABEL DO TROMBOLÍTICO INTRACORONÁRIO: RELATO DE CASO

LUCAS LOPES DE SOUZA¹, VINICIUS SHIBATA FERRARI¹, COSTANTINO ORTIZ COSTANTINI¹, SERGIO GUSTAVO TARBINE¹, LEONARDO IEZZI DE MORAES¹, EDUARDO DOS REIS MARQUES¹, MARCO ANTÔNIO MUNOZ SINGI¹, MARCIO MORENO LUIZE¹, MARCOS ANTONIO DENK¹, COSTANTINO ROBERTO FRACK COSTANTINI¹

¹HCC – Hospital Cardiológico Costantini (Avenida Pedro Collere 890)

Introdução: As coronárias aneurismáticas podem ser de etiologia congênita ou adquirida. Sua presença está relacionada à maior risco de infarto agudo do miocárdio sendo sua fisiopatologia associada à redução do fluxo arterial em vaso de grande calibre e a predisposição a formação de trombos. **Objetivo:** Exemplificar através de um relato de caso o desafio do tratamento percutâneo de infartos em coronárias aneurismáticas. Além disso, destacar a importância do uso do ultrassom intracoronário para guiar o implante do stent neste cenário. E, por fim, mostrar o uso Off-label do trombolítico intracoronário em situações de grande carga trombótica. **Métodos:** As informações foram coletadas do prontuário do paciente, seguidas de entrevistas e análise dos exames realizados. **Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, 77 anos, hipertenso, diabético e dislipidêmico. Buscou atendimento cardiológico com queixa de dor torácica opressiva de moderada intensidade associada à dispneia. Duração da dor de 11 horas. Eletrocardiograma da admissão evidencia supradesnivelamento do segmento ST de parede inferior. Paciente encaminhado para Hemodinâmica. Cateterismo emergencial mostra Coronária Direita aneurismática ocluída no terço proximal. Ventrículografia evidencia hipocinesia importante da parede infero-basal. Optado por realizar tromboaspiração sendo observada saída de grande quantidade de trombos. Após tromboaspirações o vaso ainda permanecia com grande quantidade de trombos. Optado trombolise com Alteplase intracoronária e dose de manutenção endovenosa. Após cerca de uma hora da trombolise e novas tromboaspirações conseguiu-se recanalização efetiva. Realizada avaliação com ultrassom intracoronário para elucidar a real dimensão do vaso aneurismático e guiar o implante do stent. O diâmetro do vaso encontrado foi de 7 mm e a extensão da região com trombo residual foi de 15mm. Dessa forma, foi implantado o Stent Express 7,0X19mm. Paciente recebe alta hospitalar após três dias da admissão com dupla antiagregação plaquetária e anticoagulação. **Conclusão:** O infarto agudo do miocárdio em coronárias aneurismáticas é um desafio para o cardiologista. A tromboaspiração manual nem sempre é eficaz em situações de grande carga trombótica. Neste cenário, pode-se considerar o uso Off-label do trombolítico intracoronário. O ultrassom intravascular é indispensável para guiar o implante do stent em coronárias aneurismáticas.

37

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM ELEVAÇÃO DO SEGMENTO ST DE ETIOLOGIA ATEROSCLERÓTICA EM UM PACIENTE JOVEM

 ISADORA MARTINS SANTOS DE OLIVEIRA PAULO¹, SARA RAQUEL RIPPEL¹, LEONARDO IEZZI DE MORAES¹, COSTANTINO COSTANTINI ORTIZ¹
¹HCC – Hospital Cardiologico Costantini (Rua Pedro Collere, 890, Vila Izabel, Curitiba – PR)

Introdução: O Infarto agudo do miocárdio (IAM) é a principal causa de morte no mundo, sendo mais prevalente em pacientes com idade superior a 50 anos. A principal característica fisiopatológica é a instabilização da placa aterosclerótica, e de acordo com estudos, a presença desta na sua forma avançada em pessoas jovens é inferior a 20%. Relato de caso: Paciente masculino, 21 anos, histórico familiar de doença aterosclerótica precoce, admitido em emergência com queixa de dor torácica retroesternal de forte intensidade, em aperto, desencadeada durante exercício físico, sem melhora no repouso e com irradiação para membro superior direito com 9 horas de evolução. Negava uso de drogas ou outras substâncias. Apresentava-se com sinais vitais estáveis. O eletrocardiograma mostrou elevação do segmento ST em parede lateral alta e aumento de troponina (91 ng/L; Vr < 16,8 ng/L). Foi submetido a cineangiogramografia que evidenciou hipocinesia anterolateral e acinesia lateral, função global preservada, Tronco de Coronária Esquerda ocluído e presença de circulação colateral de Coronária Direita (CD) para Descendente Anterior (DA). Realizada aspiração de trombo de TCE para artéria Circunflexa e implantado Stent (Sinergy 4x20mm). Não foi possível acessar o ramo colateral da DA de forma anterógrada ou retrógrada. Paciente recebeu tirofiban endovenosa por 24 horas, e dupla antiagregação plaquetária associada a anticoagulante oral devido alta carga trombótica. Evoluiu estável clínica e hemodinamicamente, sem recorrência de dor torácica, o eletrocardiograma manteve-se com inversão de onda T em parede lateral e troponina em queda. Realizado reestudo coronariano em 7 dias, que demonstrou boa evolução do stent implantado confirmada com tomografia de coerência óptica, artéria DA ocluída no seu óstio visualizada no terço médio distal através de circulação colateral exuberante da artéria CD, ventrículo esquerdo com função global preservada e hipocinesia acentuada em região anteromedial. Recebeu alta hospitalar no 8º dia de internamento, com plano de tripla terapia por 30 dias seguida de dupla antiagregação por 6 meses. Segue com programação de realizar cirurgia de revascularização miocárdica: artéria mamária para artéria descendente anterior. **Conclusão:** O IAM em pacientes jovens é uma condição infrequente mas de alta morbimortalidade, e portanto, sempre deve ser considerada no pool diagnóstico e o seu risco estratificado precocemente.

38

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

 BRENDA JAHN HENNING¹, ANDRÉ LUIZ MACHADO LIMA OLESKO¹, GEORGE RONALD SONCINI DA ROSA¹, CHELIN AUSWALDT STECLAN¹, PAMELA RITZMANN DE LIMA¹
¹NUPEC UnC – Universidade do Contestado (Avenida Presidente Nereu Ramos, 1071, Mafra-SC)

Introdução: O infarto agudo do miocárdio (IAM) ocorre quando a interrupção do fluxo sanguíneo coronariano leva à isquemia e, consequentemente, à hipóxia do tecido cardíaco e necrose tecidual. É considerado precoce quando ocorre em pacientes com menos de 49 anos, antes considerados fora do grupo de risco. **Objetivos:** Descrever um relato caso de um paciente masculino de 27 anos com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IMCSST), os fatores de risco encontrados e as estratégias de tratamento utilizadas para o manejo clínico. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso com abordagem descritiva, retrospectiva e de cunho observacional, os dados clínicos necessários para a elaboração foram coletados por meio do prontuário médico, exames de imagem e laboratoriais. **Resultados:** após IAM, durante o período de internação, ao cateterismo foi identificado um trombo em terço proximal da artéria descendente anterior esquerda (ADA). Evidenciou-se variação anatômica denominada ponte miocárdica (PM) em território da ADA. Com isso, investigaram-se hipóteses diagnósticas para a etiologia do trombo, incluindo, infarto agudo do miocárdio com artérias coronárias não obstruídas (MINOCA), infarto pós-trauma e infarto por ponte miocárdica. **Conclusões:** Quanto ao manejo terapêutico, evidenciou-se que a abordagem com trombólise e posterior terapia com anticoagulantes foi suficiente para a dissolução do trombo intracoronariano. Com relação à fisiopatologia, concluiu-se que a associação dos fatores ponte miocárdica, trauma e vasoespasm potencializaram a ocorrência do evento isquêmico.

39

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA COMO APRESENTAÇÃO TARDIA DE COMPLICAÇÃO MECÂNICA PÓS-INFARTO (CIV)

 EDUARDO NASCIMENTO ALBANO¹, LUIZ VERGILIO DALLA-ROSA¹, LUCAS VIOMAR DE LIMA¹, THIAGO SANTOS ROSA¹, LARISSA PARTEKA¹, FABIANO GOES DA SILVA¹, MURILO CASAGRANDE¹, EDUARDO FRANCO BORGES¹, GISELLE CAVALI DA COSTA RAITZ¹
¹CR – Centro Universitario Campo Real (Rua Comendador Norberto, 1299)

Introdução: A ruptura ventricular septal, levando à comunicação interventricular (CIV) após episódio de infarto agudo do miocárdio é uma complicação mecânica potencialmente letal que ocorre raramente nos dias de hoje devido ao emprego de terapias de reperfusão. Tal evento encerra grande mortalidade e morbidade, mesmo com correção cirúrgica realizada em tempo, com taxas de mortalidade que chegam a 42%. O diagnóstico é dado pelo ecocardiograma, no entanto, pode ser sugerido pela presença de sinais e sintomas comemorativos, associados ao sopro cardíaco holossistólico em borda esternal esquerda inferior de forte intensidade. **Objetivo:** Relatar um caso de comunicação interventricular associado à discinesia apical e lesão coronária multiarterial crítica precedida por episódio de infarto agudo do miocárdio com evolução de três semanas após evento índice. **Descrição do caso:** Feminina, 82 anos, sem diagnósticos prévios, admitida com quadro de infecção do trato urinário inferior, apresentando dispneia em repouso de início recente. Exame inicial: Regular Estado Geral, FC 96 bpm, PA 90 x 60 mmHg. Eletrocardiograma com elevação de segmento ST em precordiais (V1 a V4) sem elevação da troponina ultrasensível, sugerindo aneurisma apical. Ecocardiograma demonstrou fração de ejeção estimada pelo Simpson em 40%, presença de aneurisma de ventrículo esquerdo e CIV. Realizado cateterismo com lesão coronariana multiarterial crítica. Uso de drogas vasoativas para estabilidade hemodinâmica. Paciente submetida a cirurgia de revascularização e correção da comunicação interventricular. Resolução do quadro infeccioso inicial. **Resultado:** Após estabilização hemodinâmica na UTI a paciente foi submetida a Revascularização do Miocárdio e Correção de CIV com retalho de pericárdio bovino. Paciente evoluiu de maneira satisfatória, mantida em UTI pós-cirúrgica em desmame de drogas vasoativas. **Conclusão:** Apesar da alta mortalidade inerente à cirurgia e aos pacientes com sobrecarga de ventrículo direito, associado à idade avançada, a paciente evoluiu de maneira satisfatória. Destaque para o quadro subclínico de ingresso e acurácia do exame físico inicial.

40

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA APÓS QUADRO DE COVID-19

 LARISSA MARIA VOSGERAU¹, VANESSA MARTINS TORRES¹, LUCAS LATCHUK MARTINS¹, PAULO ROBERTO CRUZ MARQUETTI¹, EDUARDO LEAL ADAM¹
¹HCC-UFPR – Complexo Hospital de Clínicas da UFPR (Rua General Carneiro, 181 – Curitiba, PR)

Introdução: Desde o início da pandemia pelo vírus SARS-CoV-2 (COVID-19), muitos casos de associação de doença cardiovascular com a infecção já foram descritos, porém a causa exata da associação ainda permanece incerta. Sabe-se que a infecção pode gerar lesão hipóxica, cardiomiopatia por estresse (Takotsubo), lesão isquêmica por disfunção microvascular, vasculite cardíaca, cor pulmonale, miocardite viral, dentre outras lesões. Em relação à miocardite, sabe-se que ela pode ocorrer por ação direta do vírus, ou por mecanismo autoimune a partir da infecção. **Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, 64 anos, previamente apresentava hipertensão arterial sistêmica, com bom controle em uso de monoterapia. Possuía funcionalidade preservada, sendo independente para atividades habituais. Apresentou infecção por COVID-19 em agosto de 2020, com necessidade de internamento para realização de oxigenioterapia não invasiva. Após internamento e resolução da infecção apresentou persistência de tosse nos meses subsequentes, associado a dispnéia aos pequenos esforços e ortopneia, o que o levou a procurar atendimento médico para investigação. Realizado ecocardiograma com evidência de disfunção ventricular esquerda (fração de ejeção de 20%) às custas de hipocinesia difusa. Excluiu etiologia isquêmica por cateterismo cardíaco e iniciado terapia medicamentosa, com melhora significativa em sintomas. Em março de 2023, apresentou novo internamento por taquiarritmia instável, com ritmo de fibrilação atrial associado a bloqueio de ramo esquerdo, com necessidade de cardioversão elétrica. Em novo ecocardiograma evidenciado fração de ejeção de 24% e ventrículo esquerdo com hipertrofia excêntrica (92x81mm). Solicitado ressonância magnética para maior evidência do acometimento pela cardiopatia, e internamento para implante de CDI (cardiodesfibrilador implantável) e resincronizador, considerando otimização terapêutica e prevenção de morte súbita. **Conclusões:** Em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida sem etiologia definida e com associação cronológica de sintomas a um quadro prévio de infecção por SARS-CoV-2, a possibilidade de miocardite pós-COVID levando à disfunção ventricular esquerda deve ser considerada.

41

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA POR MIOCARDIOPATIA PELO HIV, TERAPIA ANTIRRETROVIRAL, ABUSO DE ALCOOL OU HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA ? UM RELATO DE CASO.

RAFAEL ARTHUR SERPA¹, OONA SALOMÃO ERDMANN², DANIEL CITTADELLA DOMINICO¹, RAFAEL LUIS MARCHETTI¹, EVELIN MELINE LUBRIGATI¹, WILTON FRANCISCO GOMES^{1,2}, FRANCISCO YOSHINOBU ISHIHARA¹, JULIANE CARRETERO SILVA², NATAN BENVENU DO NASCIMENTO³, DANIELE DE SOUSA C. MORAES³, JOSE ANTONIO DA SILVA

¹INC – Instituto de Neurologia e Cardiologia de Curitiba (Rua Jeremias Maciel Perretto, 300, Ecoville – Curitiba-PR), ²FPP – Faculdade Pequeno Príncipe (Av. Iguçu, 333 – Rebouças, Curitiba – PR), ³UP-PR – Universidade Positivo (R. Prof. Pedro Viriato Parigot de Souza – Cidade Industrial de Curitiba, Curitiba – PR)

Introdução: As cardiomiopatias são doenças resultantes de lesões ao miócito ou infiltração miocárdica, e as formas alcoólica, hipertensiva e miocárdica pelo HIV, assim como o uso de antirretrovirais (TARV), podem levar Insuficiência cardíaca crônica (ICC)¹. **Objetivo:** descrever as particularidades clínicas e laboratoriais de um paciente portador de ICC em uso de antirretroviral. **Métodos:** informações obtidas por meio de revisão de prontuário, exame clínico e exames diagnósticos, com referências bibliográficas Braunwald's Heart Disease 12^a edição. Relato de caso: paciente masculino, 44 anos, internado no Hospital INC por IC descompensada perfil B. Diagnosticado com hipertensão arterial sistêmica (HAS) há 1 ano e HIV há 20 anos (8 anos de tratamento irregular), ex-etilista intenso (uso diário de 1-2 litros de destilados ao dia por 20 anos). Paciente apresentando carga viral indetectável e linfócitos T CD4 421/uL. Submetido Eletrocardiograma exibindo ritmo sinusal, sobrecarga atrial esquerdo e sobrecarga ventrículo esquerdo; em radiografia de tórax evidenciou aumento importante da área cardíaca, sinais de congestão pulmonar e pequeno derrame pleural à direita. Ao Ecocardiograma Trans torácico (EcoTT), constatou-se disfunção sistólica acentuada com Fração de ejeção de ventrículo esquerdo de 15% (FEVE), ventrículo esquerdo (VE) dilatado e com hipertrofia excêntrica bem como presença de hipocinesia difusa, aumento de átrio esquerdo, de câmaras direitas e sinais de hipertensão pulmonar. Para investigação etiológica da miocardiopatia paciente submetido a ressonância magnética cardíaca (RNM) sem sinais de necrose e com FEVE 13%. Para exclusão de doença coronariana pelo HIV e/ou pela hipertensão, paciente submetido a cineangiocoronariografia que não evidenciou lesões obstrutivas. **Discussão:** apesar do período de tratamento antirretroviral negligenciado, os efeitos negativos do HIV e das drogas antirretrovirais não sinalizaram ser a etiologia da miocardiopatia. A hipertensão arterial sistêmica e o abuso de álcool representam ser a origem do desenvolvimento e progressão da insuficiência cardíaca crônica nesse paciente.

42

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA POR AMILOIDOSE EM PACIENTE COM DOENÇA CORONARIANA.

DANIEL CITTADELLA DOMINICO¹, AMANDA SCROBOT HANDOCHA¹, FRANCIELLE GODOI SANTOS¹, LUIS FERNANDO PEREIRA DISSENHA¹, LUANA RAHAL CARDOSO CENATTI¹, RAFAEL ARTHUR SERPA¹, AMANDA COSTA¹, EVELIN MELINE LUBRIGATI¹, RAFAEL LUIS MARCHETTI¹, JOSÉ ANTONIO DA SILVA¹

¹INC – Instituto de Neurologia de Curitiba (Rua Jeremias Maciel Perretto, 300 – Campo Comprido, Curitiba)

Introdução: A amiloidose cardíaca é uma doença progressiva e infiltrativa caracterizada pela deposição de fibras amiloides em tecido cardíaco. O diagnóstico é confirmado pela visualização de achados sugestivos de depósito em exames não invasivos. **Objetivo:** Relatar caso de uma paciente de 83 anos com miocardiopatia infiltrativa somada a doença arterial coronariana grave e fibrilação atrial. **Método:** Anamnese, exame físico, revisão de prontuário e exames complementares. Relato do Caso: Mulher de 83 anos procura atendimento por astenia, fadiga, dispnéia aos moderados esforços de início recente, ortopneia, equimose periorbital bilateral, edema de membros inferiores e dor torácica atípica. Ao exame físico apresentava crepitações pulmonares bibasais discretos e edema distal de membros inferiores. Nega comorbidades prévias. Na admissão, eletrocardiograma em ritmo de fibrilação atrial e provas laboratoriais de isquemia negativas. A RNM cardíaca evidenciou disfunção sistólica ventricular esquerda, fibrose transmural circunferencial do ventrículo esquerdo e sinais de isquemia de parede ventricular anterolateral. À cineangiocoronariografia, lesão moderada de tronco e lesão ocluído 90% da luz do segundo ramo diagonal da artéria descendente anterior. Embora a presença de coronariopatia possa justificar os achados, foi submetida a cintilografia com 99mTc-pirofosfato, apresentando acúmulo anômalo do radiofármaco na topografia cardíaca, o que sugere o diagnóstico de amiloidose cardíaca. **Conclusão:** A amiloidose cardíaca, embora rara, deve ser lembrada como causa de insuficiência cardíaca (IC) mesmo na presença de outras condições causadoras de IC. Subestimá-la pode atrasar o diagnóstico e impactar no tratamento e prognóstico.

43

LITOTRIPSIA INTRAVASCULAR ASSOCIADA A ANGIOPLASTIA COMO NOVO TRATAMENTO PARA LESÕES INTRASTENT CALCIFICADAS – UM RELATO DE CASO

ALISSON HIDEKI FUKUYAMA^{1,2}, FERNANDA PROENÇA LEPCA BOZZI^{1,2}, RODRIGO GOMES DISSENHA^{1,2}, LARISSA LUCHTENBERG GONÇALVES FERREIRA^{1,2}, GABRIELA BONILHA NOGUEIRA^{1,2}, LARISSA DE OLIVEIRA RENGEL SANTOS^{1,2}, SARAH FAGUNDES GROBE^{1,2}, ROMULO FRANCISCO DE ALMEIDA TORRES^{1,2}, SARIANE BRESCOVIT^{1,2}

¹HUC – Hospital Universitário Cajuru (Avenida São José 300), ²HMC – Hospital Marcelino Champagnat (Av. Presidente Afonso Camargo, 1399)

Introdução: A Doença Arterial Coronariana é a maior causa de morte nos países ocidentais e a Intervenção Coronariana Percutânea (ICP) com implante de stent farmacológico é a forma mais comum de revascularização coronariana. Entretanto, a calcificação da coronária pode dificultar a ICP prejudicando a passagem do dispositivo, o posicionamento e a expansão do stent. É necessário utilizar novos métodos de terapia para casos graves de calcificação, a fim de facilitar a ICP e aumentar sua eficácia. **Objetivo:** Relatar o caso de paciente com calcificação importante intrastent submetido a angioplastia associada a litotripsia intravascular ("shockwave"). **Métodos:** As informações foram obtidas através de revisão de prontuário e registro dos exames diagnósticos. **Relato de Caso:** Masculino, 70 anos, com isquemia miocárdica crônica apresentou lesão suboclusiva em Coronária Direita e lesão de 90% em Descendente Anterior durante um cateterismo eletivo. Implantes de stent farmacológico foram realizados em ambas as lesões. Em seguimento ambulatorial, o paciente foi diagnosticado com nova isquemia, levando a um novo cateterismo. Foi identificada lesão intrastent de 90% em Descendente Anterior, com calcificação circunferencial. O paciente foi submetido a uma angioplastia de bifurcação com sucesso, utilizando stent farmacológico guiado por estudo ultrassonográfico associado a litotripsia intravascular, sem lesões residuais ou dissecação. **Discussão:** A Litotripsia Intravascular (IVL) é uma técnica nova para tratamento de reestenose intrastent calcificada, um desafio para a Cardiologia intervencionista. A IVL é semelhante à técnica utilizada para tratar cálculos renais, onde emissores de litotripsia geram ondas sonoras pulsáteis que quebram seletivamente o cálcio local, minimizando lesões e preservando a integridade da parede do vaso. Estudos Multicêntricos mostraram que a IVL é segura e promissora para tratar lesões coronarianas calcificadas, reduzindo eventos cardíacos maiores. **Conclusão:** O caso descrito foi a primeira angioplastia associada a litotripsia intravascular no Paraná em pacientes com reestenose, demonstrando a eficácia da técnica em lesão intrastent calcificada.

44

MIOCARDIOPATIA DILATADA: UM RELATO DE CASO

LUCAS LOPES DE SOUZA¹, LEONARDO IEZZI DE MORAES¹, ALEX HIRO GONDO¹, CAROLINA LOPES JACOBUS¹, ANGELO REFATTI SILVA¹, EVERTON CARDOSO DOMBECK¹, EDUARDO DOS REIS MARQUES¹, COSTANTINO ROBERTO FRANK COSTANTINI¹, MARCO ANTONIO MUNOZ SINGI¹, MARCIO MORENO LUIZE¹

¹HCC – Hospital Cardiologico Costantini (Avenida Pedro Colere 890)

Introdução: A Miocardiopatia dilatada (MCD) é o subtipo mais comum de um grupo de doenças em que a disfunção primária está no músculo cardíaco. É caracterizada pela dilatação do ventrículo esquerdo e está associada principalmente a defeitos da contratilidade e adelgaçamento da estrutura cardíaca. No Brasil, está associada a mais de 30% dos casos de insuficiência cardíaca, e o seu diagnóstico precoce e início do tratamento afetam sua morbimortalidade. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente diagnosticado com MCD e discutir o seu diagnóstico etiológico e terapêutica adequada. **Métodos:** As informações foram coletadas do prontuário do paciente, entrevistas e análise dos exames realizados. Os artigos bases, foram selecionados usando as plataformas PubMed, UptoDate® e Guidelines atuais. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, 45 anos, bancária, com história familiar de MCD e sem outras comorbidades, procurou atendimento em emergência cardiológica por quadro de cansaço e dispnéia aos médios esforços com 1 mês de evolução progressiva. Na admissão, encontrava-se com dispnéia em repouso associada a dor torácica retroesternal, e foi internada para investigação etiológica de insuficiência cardíaca nova e compensação clínica. Ecocardiograma Transtorácico evidenciou MCD com fração de ejeção reduzida (19%). Ressonância cardíaca confirmou dilatação e disfunção ventricular esquerda de grau importante, disfunção sistólica moderada do ventrículo direito, alteração de parâmetros teciduais de etiologia indefinida, porém caracterizando lesão miocárdica difusa. Paciente foi submetida a cateterismo cardíaco que descartou coronariopatias significativas e biópsia do miocárdio que demonstrou um miocárdio com fibrose sub endocárdica discreta, com ausências de alterações sugestivas de efeitos citopáticos virais, granulomas ou atividade inflamatória. Após compensação clínica e otimização de tratamento de uso contínuo, paciente recebeu alta hospitalar após 21 dias de internamento, com plano de retorno ambulatorial e realização de painel genético para continuidade de rastreio etiológico. **Conclusão:** A MCD é uma doença multifatorial, com sintomatologia variável, dificultando seu diagnóstico síndrômico e etiológico precoces, o que impacta importante no prognóstico do paciente.

45

MIOCARDITE DE REPETIÇÃO: UM RELATO DE CASO

RAFAEL ARTHUR SERPA¹, MARCOS LEVY VALERIO⁵, ELIANE SILVA MENDES², DANIEL CITADELLA DOMINICO³, JOSE ANTONIO DA SILVA⁴, RAFAEL LUIS MARCHETTI¹, EVELIN MELINE LUBRIGATI¹, WILTON FRANCISCO GOMES³, MAURÍCIO ALTENBURGER³, ELOISE MARIA PEREIRA MARQUES⁴, FRANCISCO YOSHINOBU ISHIHARA¹

¹INC – INSTITUTO DE NEUROLOGIA E CARDIOLOGIA DE CURITIBA (Rua Jeremias Maciel Perretto, 300, Ecoville – Curitiba-PR), ²UFPR – UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (Rua XV de Novembro, 1299 – Centro, Curitiba – PR), ³PUCPR – PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ (R. Imac. Conceição, 1155 – Prado Velho, Curitiba – PR), ⁴FPP – FACULDADE PEQUENO PRÍNCIPE (Av. Iguaçú, 333 – Rebouças, Curitiba – PR), ⁵UP-PR – UNIVERSIDADE POSITIVO (R. Prof. Pedro Viriato Parigot de Souza – Cidade Industrial de Curitiba, Curitiba – PR)

Introdução: A miocardite infecciosa tem como etiologia principal os vírus cardiopáticos primários, como adenovírus e enterovírus (coxsackievírus), vírus vasculotrópicos (parvovírus B19), vírus linfotrópicos (citomegalovírus, Epstein-Barr vírus e herpes vírus 6) e vírus cardiotoxícos (SARS-CoV-2)^{1,2}. A maioria dos pacientes possuem bom prognóstico, uma minoria evoluem com recorrência, e casos de miocardite com múltiplas recorrências são mais raros, e neles é importante a busca pelo diagnóstico etiológico da miocardite^{1,2}. **Objetivo:** descrever as particularidades clínicas e laboratoriais de um paciente portador de miocardite viral. **Métodos:** informações obtidas por meio de revisão de prontuário, exame clínico e exames diagnósticos, com referências bibliográficas da New England Journal of Medicine e Arq Bras Cardiol. **Resultados:** homem, 21 anos, internado em Hospital INC apresentou dor precordial de início súbito em pontadas, de forte intensidade e contínuas, com duração de algumas horas associada a dispneia. Apresentou previamente quadro de diarreia. Relata histórico de pancardite aos 18 anos; e histórico de internamento por quadro semelhante aos 12 e 15 anos. Ao exame clínico sem alterações. NT-Pró-BNP 7547pg/ml; troponina discretamente elevada. Eletrocardiograma sem alterações. À ecocardiografia Transtorácica (EcoTT) evidenciou disfunção sistólica de grau discreto (FE 45%), hipocinesia difusa discreta e disfunção diastólica grau I. À ressonância magnética cardíaca (RNM) mostrou edema miocárdico em parede lateral apical, fibrose no mesocárdica das paredes inferolateral médio-basal e lateral apical e derrame pericárdico leve. Recebeu tratamento para insuficiência cardíaca e para miopericardite e evoluiu com melhora de todos os sintomas e normalização dos exames laboratoriais. **Conclusão:** o caso demonstra a relação entre as possíveis etiologias, sintomas, recorrência da miocardite, bem como seu tratamento. Discutimos a importância da realização de exames diagnósticos laboratoriais e de imagem. Ressaltamos a dificuldade para realização de investigação etiológica em nosso meio com pesquisa viral de alto custo associado a curta janela imunológica para a coleta do material.

46

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO EM REGIÃO INSULAR ESQUERDA COMO FATOR PREDISPONENTE PARA SÍNDROME DE TAKOTSUBO

LARISSA MARIA VOSGERAU¹, VANESSA MARTINS TORRES¹, LUCAS LATCHUK MARTINS¹, PAULO ROBERTO CRUZ MARQUETTI¹, EDUARDO LEAL ADAM¹

¹HC-UFPR – Complexo Hospital de Clínicas da UFPR (Rua General Carneiro, 181 – Curitiba, PR)

Introdução: A síndrome de Takotsubo é uma cardiomiopatia aguda com disfunção sistólica transitória de segmentos apicais e médios do ventrículo esquerdo, com apresentação clínica semelhante a infarto agudo do miocárdio, porém sem lesões coronárias obstrutivas. Ocorre comumente após um quadro de estresse psicológico ou físico, com maior prevalência em mulheres. Sabe-se que há importante relação entre a síndrome e alterações neurológicas, influenciando na ocorrência da síndrome tanto como fator predisponente em casos de lesões prévias, assim como fator desencadeante em eventos agudos. Em literatura, há descrição que o acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico em região de ínsula à esquerda pode estar associado a anormalidades de contração ventricular na ausência de coronariopatia obstrutiva, e levar a um aumento em risco de arritmias devido a uma redução de atividade parassimpática em relação à atividade simpática. **Descrição do caso:** Paciente feminina, 68 anos, com hipotireoidismo e epilepsia. Apresenta histórico de AVC isquêmico aos 41 anos (de etiologia não esclarecida). É admitida no hospital por dor torácica súbita, com elevação discreta de troponina e eletrocardiograma constatando ondas t negativas profundas em parede ântero-lateral e inferior. Encaminhada ao cateterismo cardíaco com ausência de lesões coronarianas obstrutivas e ventriculografia com acinesia de segmentos médios e apicais, e hipercinesia basal, compatível com síndrome de Takotsubo. Ecocardiograma evidenciou disfunção ventricular esquerda com fração de ejeção estimada em 30%. Solicitada tomografia computadorizada de crânio, sendo evidenciado lesão isquêmica extensa antiga em lobos parietal, temporal e insular à esquerda, não sendo possível excluir presença de evento recente associado. Apresentou recuperação parcial de disfunção ventricular esquerda (fração de ejeção 46%), com plano de seguimento com equipe de neurologia para melhor acompanhamento de lesões neurológicas. **Conclusão:** As lesões neurológicas possuem importante impacto na fisiopatologia da síndrome de Takotsubo como fatores predisponentes e desencadeantes, especialmente em casos de lesão de região insular à esquerda.

47

PERICARDITE CONSTRICTIVA COM PRESENÇA DE NECROSE CASEOSA – RELATO DE CASO

CARLA MARIKO OKABE^{1,2}, ISABELA FORTES RIBAS¹, SARAH FAGUNDES GROBE^{1,2}, LARISSA DE OLIVEIRA RENGEL DOS SANTOS^{1,2}, CLAUDINEI COLLATUSSO^{1,2}, JOAO BOCARDI VILLAR^{1,2}, GABRIEL DA CASS MECABO^{1,2}

¹HUC – Hospital Universitário Cajuru (Av. São José, 300), ²HMC – Hospital Marcelino Champagnat (Av. Presidente Afonso Camargo, 1399)

Introdução: A pericardite constrictiva tuberculosa é uma manifestação extrapulmonar rara da tuberculose e pode estar associada a alta mortalidade – cerca de 90% – quando identificada e tratada tardiamente. **Relato de caso:** Paciente masculino de 57 anos, encaminhado por sintomas de insuficiência cardíaca descompensada após episódio de pneumonia e flutter atrial. Paciente apresentou dispneia aos pequenos esforços, tontura e episódio único de síncope sem pródrômos, compatível com baixo débito cardíaco. Realizou tomografia de tórax demonstrando calcificação em saco pericárdico à direita que se estende até o ápice cardíaco e ecocardiograma transtorácico mostrando compressão extrínseca em ventrículo direito, gerando movimentação anômala do septo interventricular. Optado, então, pela retirada da calcificação cirurgicamente, sendo observado pericárdio calcificado e aderido à parede do ventrículo direito, além de necrose caseosa em seu interior. Foi iniciado esquema RIPE e corticoterapia sob a hipótese de pericardite constrictiva por tuberculose. Pós-Pericardiectomia foi realizado outro Eco TT e constatou-se que as câmaras se encontram preservadas e funcionantes. Após início do tratamento, paciente recuperou parâmetros clínicos e ecocardiográficos, mantendo-se estável desde então. **Discussão:** Dos casos relatados de pericardite constrictiva, apenas 1 a 2% são derivados da tuberculose pulmonar. A pericardite tuberculosa se manifesta através de fadiga, limitação do enchimento diastólico e ascite. O tratamento consiste em administrar o esquema RIPE associado com corticoterapia, bem como realização de pericardiectomia nos casos mais graves. **Conclusão:** Apesar de ser uma causa rara de pericardite, a associação de intervenções medicamentosas e cirúrgicas pode-se demonstrar eficaz para o paciente, quando identificada e tratada precocemente. O tratamento foi bem sucedido, corroborando para melhora clínica e desaparecimento dos sintomas apresentados pelo paciente no início do caso.

48

RAC SIGN COMO DIAGNOSTICO DE TRAJETO ANÔMALO DE CORONÁRIA CIRCUNFLEXA

CARLA MARIKO OKABE^{1,2}, LARISSA DE OLIVEIRA RENGEL DOS SANTO^{1,2}, SARAH FAGUNDES GROBE^{1,2}, GABRIEL SAGAI REIS^{1,2}, GABRIEL DA CASS MECABO^{1,2}, JOAO BOCARDI VILLAR^{1,2}

¹HMC – Hospital Marcelino Champagnat (Av. Presidente Afonso Camargo, 1399), ²HUC – Hospital Universitário Cajuru (Av. São José, 300)

Introdução: A origem anômala de coronárias é uma afecção rara, com incidência variando de 1% a 2%. O paciente pode permanecer assintomático por muitos anos, o que torna seu diagnóstico desafiador, sendo muitas vezes encontrado apenas em autopsias. O Retroaortic coronary sign (RAC sign) pode ser visto em ecocardiograma transtorácico e pode indicar um trajeto anômalo da coronária circunflexa posterior à aorta, facilitando o diagnóstico de uma anomalia rara. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 42 anos, previamente hipertenso, obeso e com história de fibrilação atrial cardiovertida há 4 anos atrás, apresenta celulite em membro inferior direito e evolui com injúria miocárdica durante o internamento. No seguimento da injúria miocárdica, foi solicitado ecocardiograma transtorácico, onde foi visualizado RAC sign. Foi solicitado, então, angiogramografia de coronárias onde foi confirmado o trajeto anômalo benigno da coronária circunflexa, a qual origina-se do seio coronariano direito e apresenta trajeto posterior, entre a aorta e o átrio esquerdo. **Discussão:** O diagnóstico de trajeto anômalo da coronárias pode ser dificultado pela ausência de sintomas, porém se torna de grande importância na programação de cirurgias e investigação de afecções cardíacas. O RAC sign pode ser visto no ecocardiograma na janela apical 4 câmaras e apresenta-se como uma estrutura tubular de alta ecogenidade no sulco atrioventricular. Compreende uma sensibilidade de 63,3% e especificidade de 93,9% e tem se mostrado como uma importante ferramenta na investigação não invasiva. **Conclusão:** O RAC Sign deve ser lembrado na investigação de trajeto anômalo de coronárias. O ecocardiograma transtorácico é um exame de baixo custo e não confere risco ao paciente para sua realização, sendo uma importante ferramenta no diagnóstico de trajeto anômalo.

49

REATIVAÇÃO DA DOENÇA DE CHAGAS EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL APÓS TRANSPLANTE CARDÍACO: UM DIAGNÓSTICO RARO, MAS POTENCIALMENTE FATAL

MARIANA MARANHO CHYLA¹, NOESSA HIROMI ASSANO STANGLER¹, LARISSA DE OLIVEIRA RENGEL DOS SANTOS¹, MARCELY GIMENES BONATTO², LIDIA ANA ZYTYNSKI MOURA¹, SARAH FAGUNDES GROBE¹, CARLOS ALEXANDRE TWARDOWSCHY¹

¹HMC – Hospital Marcelino Champagnat (Av Presidente Affonso Camargo, 1399),
²HSC – Hospital Santa Casa de Curitiba (Praça Rui Barbosa, 694)

Introdução: A Doença de Chagas (DC) é uma zoonose capaz de causar grande morbimortalidade, principalmente devido à cardiomiopatia chagásica, que em casos refratários pode culminar na necessidade de transplante cardíaco¹. Em estados de imunossupressão, pode ocorrer reativação da doença, em que, embora raro, o sistema nervoso central (SNC) pode ser comprometido levando a uma condição potencialmente fatal².
Descrição do caso: Uma mulher de 50 anos, com diagnóstico prévio de cardiomiopatia chagásica, há três meses da apresentação em nosso serviço, havia sido submetida a um transplante cardíaco, após o qual apresentou hemorragia intracraniana grave, levando a comprometimento neurológico. Como terapia imunossupressora devido ao transplante, estava em uso de Micofenolato, Tacrolimos e Prednisona. Foi então admitida em nosso serviço por piora clínica em domicílio. Durante o internamento, devido declínio neurológico continuado, episódios de febre, dilatação e assimetria pupilar, foi realizada ressonância magnética (RM) do cérebro a qual evidenciou coleção com conteúdo heterogêneo, produtos de degradação sanguínea, realce periférico pelo contraste e extensão edema vasogênico, além de irregularidade difusa das paredes ventriculares, associada a lesões confluentes hiperintensas em T2 com realce periférico e restrição à difusão, altamente sugestivas de ventriculite com abscessos periventriculares (figura 1). Realizada análise do líquido cefalorraquidiano, sendo identificado o protozoário T. cruzi. Embora o tratamento tenha sido prontamente iniciado, a paciente evoluiu com deterioração sistêmica e óbito. **Conclusão:** Embora rara, a reativação do sistema nervoso central da doença de Chagas é uma condição potencialmente fatal, que deve ser lembrada em pacientes em contexto de imunossupressão.

50

ALCANÇANDO A REVASCULARIZAÇÃO COMPLETA NA DOENÇA MULTIARTERIAL COMPLEXA ASSOCIADA A OCLUSÃO TOTAL CRÔNICA POR TÉCNICA PERCUTÂNEA AVANÇADA

GABRIEL DA CASS MECABÓ¹, RÔMULO TORRES^{1,2}, CARLA MARIKO OKABE^{1,2}, JOÃO BOCARDI VILLAR^{1,2}, DANIEL TOSONI^{1,2}, SARAH GROBE FAGUNDES^{1,2}, LARISSA RENGEL^{1,2}, GUILHERME BARRETO^{1,2}

¹HMC – HOSPITAL MARCELINO CHAMPAGNAT (Av Sao José 300, Bairro Cristo Rei, Curitiba PR), ²HUC – Hospital Universitário Cajuru (Av Sao José 300, Bairro Cristo Rei, Curitiba PR)

Introdução: Com o avanço de técnicas e instrumentais, a revascularização completa na doença coronária multiarterial na presença de oclusão total crônica via percutânea tem sido uma opção terapêutica que oferece segurança e eficácia. Relato de Caso: Masculino, 53 anos, hipertenso, diabético e tabagista interna por angina instável de alto risco. Coronariografia evidenciou oclusão total crônica do terço médio da coronária direita (ACD) e lesões importantes nos terços médio das artérias descendente anterior (ADA) e primeiro ramo marginal (Mg), escore syntax de 17 pontos. Para decisão terapêutica foi realizada ressonância cardíaca que demonstrou fibrose subendocárdica com viabilidade na parede inferior, e dessa forma, foi optado pela revascularização completa das lesões. Procedimento realizado de forma estagiada, inicialmente recanalizada ACD com técnica anterógrada de escalonamento de guias associada a injeção simultânea contralateral para visualização do leito coronário distal. Em segundo tempo alcançada a revascularização completa com a angioplastia da ADA e ramo Mg com sucesso. Ambas intervenções foram realizadas por acesso radial e guiadas por imagem intracoronária. A opção do paciente, o baixo escore syntax e a expertise do serviço embasaram a decisão pela técnica percutânea. **Discussão:** Pacientes portadores de doença multiarterial se beneficiam da revascularização completa, especialmente quando há viabilidade presente nos territórios sob risco. O avanço das técnicas e materiais dedicados para cenários de maior complexidade torna possível prever a factibilidade da revascularização completa percutânea mesmo em anatomias desafiadoras como é na oclusão total crônica. Dessa forma, o "Heart Team" institucional deve ser envolvido na decisão levando em consideração o risco cirúrgico, anatomia coronária e a experiência do centro.

51

ANÁLISE EVOLUTIVA AMBULATORIAL EM ADULTO COM SINTOMAS CARDIOVASCULARES PÓS INFECÇÃO POR SARS COV-2

NICOLLI DA MOTA MOSSINI¹, MARIO AUGUSTO MARIANO¹, CARLOS AUGUSTO RIBEIRO¹

¹Incorpore – Incorpore Centro Médico (R. Gen. Mário Tourinho, 536)

Introdução: o SARS Cov-2 é um vírus capaz de provocar síndrome respiratória aguda grave e foi considerada doença respiratória. Com o aumento de casos observou-se o tropismo cardíaco do SARS Cov-2 pela proteína Spike ao receptor de enzima convertora de angiotensina 2 podendo levar a complicações cardiovasculares como a insuficiência cardíaca. **Resumo:** A.L.A., masculino, 44 anos, músico, sem comorbidades, uso de medicações de uso contínuo, drogas ilícitas / abuso de álcool, história familiar de doenças cardiovasculares. Infecção por SARSCov-2 em Janeiro 2022. Apresentou-se em Julho 2022 referindo dispnéia progressiva, dor subaxilar esquerda do tipo ardência, irradiada para dorso, piora aos esforços de moderada intensidade e duração de uma hora, iniciados 2 meses antes. Ecocardiograma transtorácico evidenciou fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 38%, ventrículo esquerdo (VE) com dimensões limítrofes, hipertrofia excêntrica, disfunção diastólica grau I e sistólica moderada, átrio esquerdo pouco aumentado e insuficiência mitral discreta. Exames laboratoriais com nt pró BNP (1689,3 pg/mL) elevado. Iniciado tratamento para insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (Sacubril Valsartana 24/26mg, Carvedilol 12,5mg, Espironolactona 25mg, Empaglifozina 10mg) e progressiva otimização das doses. Em investigação etiológica excluiu-se causas isquêmicas e aterosclerose coronariana em cintilografia miocárdica e angiogramografia de coronárias respectivamente, miocardite em ressonância miocárdica com realce tardio, sorologias negativas para hepatites A, B e C, HIV, sífilis e citomegalovírus. PCR positivo para Covid 19. Durante interconsultas mantinha-se assintomático conforme otimização das medicações. Ecocardiograma transtorácico de controle dentro dos limites de normalidade após 6 meses. **Conclusão:** O defeito cardiovascular é uma possibilidade real na vivência clínica da pandemia do SARS Cov 2, sendo necessários o monitoramento e acompanhamento tendo como guia os sinais clínicos para aventar tais possibilidades.

52

RELATO DE CASO: ARRITMIA VENTRICULAR TRATADA POR ABLAÇÃO EM PACIENTE COM DISJUNÇÃO ANULAR MITRAL E PROLAPSO DA VALVA MITRAL

VINÍCIOS RIBEIRO LEÃO DA CUNHA¹, AINOÃ NOGUEIRA NASCIMENTO¹, BIANCA DE LIMA RIBEIRO¹, MARESSA FARIAS FILETTO¹, RAUL HENRIQUE TONIN DOS SANTOS¹, STEPHANY JOAQUIM DO NASCIMENTO¹, AFONSO AKIO SHIOZAKI³, CÉZAR EUMANN MESAS^{1,2}, RICARDO JOSÉ RODRIGUES¹

¹UEL – Universidade Estadual de Londrina (Rodovia Celso Garcia Cid, PR-445, Km 380 – Campus Universitário, Londrina – PR, 86057-970), ²HURNP – Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (Av. Robert Koch, 60 – Operária, Londrina – PR, 86038-440), ³HP – Hospital Paraná (Av. Dr. Luiz Teixeira Mendes, 1929 – Zona 05, Maringá – PR, 87015-000)

Introdução: a disjunção anular mitral (DAM) é caracterizada pela separação entre o miocárdio ventricular e o anel fibroso mitral. Pode cursar com arritmias, incluindo extrasístoles ventriculares (EVs), taquicardia ventricular e morte súbita, estando relacionada ao prolapso da valva mitral (PVM) em até 92% dos casos. **Objetivo:** Relatar o caso de paciente com DAM, associada a EVs frequentes, tratadas com ablação por cateter. **Métodos:** Estudo descritivo com análise de dados de prontuários médicos e revisão da literatura. **Resultados:** Homem de 58 anos, hipertenso e diabético, com queixa de palpitações e EVs monomórficas frequentes ao ECG e ao Holter de 24 horas (40% de ectopias, com episódios de taquicardia ventricular não sustentada), refratários a beta-bloqueadores. O ecocardiograma e a ressonância nuclear magnética evidenciaram DAM (distância entre o anel valvar e a parede ventricular de 4 mm e movimento em "curling", da parede infero-lateral), com PVM e refluxo discreto. O Peptídeo Natriurético Encefálico (BNP) encontrava-se elevado (294 pg/mL). Foi realizada a ablação por cateter com sistema de mapeamento não-fluoroscópico (Figura 1), com eliminação das arritmias, originadas na região correspondente à alteração anômala. Houve resolução dos sintomas, com normalização do BNP e ausência de arritmias relevantes ao ECG e Holter de 24 horas. **Conclusões:** A disjunção anular mitral associada a arritmias ventriculares complexas é uma condição clínica relevante, com implicações terapêuticas e prognósticas ainda pouco definidas. A ablação por cateter é uma alternativa terapêutica para o controle das arritmias sintomáticas. Seu impacto no prognóstico de longo prazo permanece incerto.

53

RELATO DE CASO: TAQUICARDIOMIOPATIA – DESAFIO DIAGNÓSTICO

PEDRO SHIINO^{1,2}, ALCIRLEY DE ALMEIDA LUIZ^{2,1}, THABARA RENATY SANCHEZ CAMPOS^{2,1}, ALEXANDRE PACINI^{2,1}, JULIANA MORANDINI^{2,1}, LETICIA MONTEIRO DOS SANTOS^{1,2}, RAFAELLA ZANETTI DE BEM QUINTÃO^{1,2}, GABRIELA ALAYO HIDALGO SCHULZ^{1,2}, RAFAEL MONTE BLANCO FORNER^{1,2}, JEAN LUCA ALVES^{1,2}

¹UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná (R. Universitária, 1619 – Universitário, Cascavel – PR, 85819-110), ²HUOP – Hospital Universitário do Oeste do Paraná (Av. Tancredo Neves, 3224 – Santo Onofre, Cascavel – PR, 85806-470)

Introdução: Taquicardiomiopatia (TCMP) é importante causa de disfunção ventricular esquerda, devendo ser reconhecida precocemente, pois é potencialmente reversível e têm um impacto significativo na morbidade e prognóstico. A fibrilação atrial (FA) persistente é a principal arritmia associada com TCMP e está relacionada com um risco aumentado de insuficiência cardíaca (IC). **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente com IC associada à FA. **Métodos:** Análise retrospectiva do prontuário médico eletrônico. **Resultados:** Paciente, 49 anos, masculino, há 9 meses iniciou quadro de palpitações e dispneia, evoluindo com piora progressiva. Após avaliação inicial, ecocardiograma evidenciou miocardiopatia dilatada com disfunção sistólica importante e o eletrocardiograma mostrava FA com alta resposta ventricular. Introduziu-se tratamento medicamentoso para IC, melhorando significativamente a classe funcional e controle da frequência cardíaca. Após 3 meses de terapia farmacológica adequada, novo ecocardiograma demonstrava miocardiopatia dilatada com disfunção ventricular moderada. Considerando ser paciente jovem, que apresentou melhora clínica e ecocardiográfica importante com o tratamento instituído, a hipótese de TCMP foi levantada após descartar outras causas. Optou-se pela estratégia de controle do ritmo através da cardioversão elétrica (CVE) que foi realizada com sucesso. Após 6 meses, o paciente continuava com ritmo sinusal, classe I NYHA, sob tratamento farmacológico otimizado e ecocardiograma com dilatação e disfunção sistólica mínimas. Um ano após CVE, apresentava dilatação mínima com fração de ejeção preservada. **Conclusão:** TCMP é um desafio diagnóstico, feito por exclusão e sua incidência é desconhecida. IC e FA podem ocorrer concomitantemente, logo diferenciar se a disfunção ventricular é induzida ou mediada/agravada pela arritmia, torna-se um grande desafio na prática clínica. Portanto, um alto índice de suspeição é necessário para o diagnóstico e, sempre, uma arritmia deve ser considerada um potencial fator contribuinte para disfunção ventricular.

54

ANOMALIA DE EBSTEIN ASSOCIADA À WOLFF-PARKINSON-WHITE EM PACIENTE PEDIÁTRICO: UM RELATO DE CASO

STEPHANY JOAQUIM DO NASCIMENTO¹, MARESSA FARIAS FILETTO¹, BIANCA DE LIMA RIBEIRO¹, LUANA ANDRESSA DE LIMA SERAFIM¹, RAUL HENRIQUE TONIN DOS SANTOS¹, VINÍCIUS RIBEIRO LEÃO DA CUNHA¹, KATIA JUREMA CORREIA MENEZES^{1,2}

¹UEL – Universidade Estadual de Londrina (Rodovia Celso Garcia Cid, PR-445, Km 380 – Campus Universitário, Londrina – PR, 86057-970), ²HURNP – Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (Av. Robert Koch, 60 – Operária, Londrina – PR, 86038-350)

Introdução: a anomalia de Ebstein (AE) é uma rara cardiopatia congênita que acomete a valva tricúspide (VT) e o miocárdio do ventrículo direito (VD). É caracterizada por deslocamentos apicais dos folhetos septais da valva tricúspide, gerando uma "atrialização" do VD. Pode se apresentar com dispnéia, cianose, arritmias, cardiomegalia e insuficiência ventricular. A Síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) ocorre em 20-30% dos pacientes com AE, sendo caracterizada por onda delta no eletrocardiograma (ECG) e taquicardia supraventricular (TSV). A anomalia tende a ser diagnosticada pela ausculta cardíaca com sopro sistólico. Porém, relatamos um caso incomum, em que essa anomalia foi diagnosticada após episódio de TSV. **Objetivo:** Relatar o caso de paciente pediátrico com AE diagnosticado após associação com Síndrome de WPW. **Métodos:** Relato de caso baseado no prontuário, com revisão de literatura. **Resultados:** Paciente masculino, 4 anos, com dois episódios prévios de TSV revertidos com adenosina. Foi admitido no hospital em taquicardia, apresentando 250 batimentos por minuto. Em leito, paciente evoluiu com TSV, revertido com duas doses de adenosina. Novo ECG indicou ritmo sinusal com presença de onda delta, caracterizando a Síndrome de WPW. Por meio de ecodopplercardiografia (ECO), identificou-se pequena dilatação do átrio direito e acolamento do folheto septal da valva, com insuficiência tricúspide (IT) discreta. Após prescrição de amiodarona via oral, não houveram novos escapes. Teve alta hospitalar após uma semana, com instruções para uso de amiodarona e acompanhamento ambulatorial. **Conclusões:** A anomalia de Ebstein cursa normalmente com IT importante, sendo diagnosticada pela ausculta do sopro cardíaco. No caso descrito, a IT era discreta e o diagnóstico da cardiopatia só foi possível após realização de ECO para investigação da TSV. Assim, a divulgação do caso relatado contribui para o conhecimento dessa cardiopatia e suas formas de apresentação clínica, favorecendo diagnóstico precoce, terapias eficazes e aumento da sobrevida dos pacientes pediátricos.

55

ANESTESIA DO GÂNGLIO ESTRELADO EM PACIENTE COM TEMPESTADE ELÉTRICA PÓS INFARTO TRANSMURAL

GABRIEL DA CASS MECABÓ¹, MAURÍCIO MONTEMEZZO^{1,2}, JOÃO BOCARDI VILLAR^{1,2}, CARLA MARIKO OKABE^{1,2}, SARAH GROBE FAGUNDES^{1,2}, LARISSA RENGEL^{1,2}

¹HMC – HOSPITAL MARCELINO CHAMPAGNAT (Av Sao José 300, Bairro Cristo Rei, Curitiba PR), ²HUC – Hospital Universitário Cajuru (Av Sao José 300, Bairro Cristo Rei, Curitiba PR)

Introdução: As opções para tratamento de tempestade elétrica incluem uso de drogas antiarrítmicas (amiodarona, lidocaína e propranolol) e conforme refratariedade às terapêuticas iniciais, cardioversão elétrica, implante de marca-passo, modulação do sistema simpático e ablação. A anestesia do gânglio estrelado em tempestades elétricas foi terapia eficaz no controle de arritmias ventriculares, e é utilizada como estratégia de ponte até o tratamento definitivo com ablação. **Relato de caso:** Masculino, 73 anos, internado por infarto agudo do miocárdio, com cineconarionangiografia evidenciando artéria circunflexa ocluída, submetido a angioplastia de artéria circunflexa com sucesso. Evoluiu com episódio de taquicardia ventricular sustentada (TVS) com 150bpm e instabilidade hemodinâmica, sendo submetido a cardioversão elétrica e iniciado amiodarona com controle temporário. Apresentou episódios recorrentes de TVS monomórfica estável, sem controle após associação de lidocaína e realização de cardioversão elétrica. Optou-se pela sedação e implante de marca-passo transverso (MPTV) para overdriving pacing com 100 bpm, que também não foi resolutiva, realizada então anestesia do gânglio estrelado guiado por ultrassom a beira leito com solução de ropivacaína e bupivacaína, sem novo episódio de taquicardia ventricular após procedimento, e 3 dias após, foi submetido à ablação epicárdica. **Discussão:** Um dos pilares para desenvolvimento de TVS é a ativação do sistema autonômico. A maior parte do estímulo simpático para o coração é conduzido através do gânglio estrelado e em alguns casos, o bloqueio beta-adrenérgico e os antiarrítmicos não atenuam os mecanismos indutores de arritmia. Estratégias possíveis para controle da arritmia são instalação do MP com frequência maior que 100bpm para overdriving pacing, bem como a anestesia do gânglio estrelado como maneira de reduzir tônus autonômico, como pontes até a terapia final. **Conclusão:** A anestesia simpática do gânglio estrelado restaura o equilíbrio do sistema nervoso autonômico sendo uma alternativa de baixo risco para estabilização de pacientes em tempestade elétrica.

56

ROUQUIDÃO DE CAUSA INCOMUM: QUANDO O GRANDE CULPADO ESTÁ ATRÁS DA LARINGE – UM RELATO DE SÍNDROME DE ORTNER

PAULA MARTINA RAU¹, LUCAS DOS SANTOS CHAVES¹, FABRÍCIA DANIELA MARTINS ALMEIDA¹, CLÁUDIA MARIA PERERA BIONDO¹, THAMIRES HADASSA LEITE PEREIRA COSTA¹, ELOISA PIETROBON¹, MICHELLE BOZKO COLLINI¹, ARIANE FIORENTIN BORBA¹, JULIANA BUENO REFUNDINI¹, ADRIANA APARECIDA DA SILVA¹, HENRIQUE ALEXSANDER FERREIRA NEVES¹, TALITA BEITHUM RIBEIRO MIALSKI¹, RAFAEL MASSAHARU MIYAZIMA¹, TIAGO AUGUSTO MAGALHÃES¹, EDUARDO LEAL ADAM¹

¹CHC-UFPR – Complexo do Hospital de Clínicas da UFPR (Rua General Carneiro, 181 – Alto da Glória, Curitiba)

Introdução: A síndrome de Ortner (SO) ou rouquidão cardiocócica é uma condição rara caracterizada por rouquidão secundária à paralisia do nervo laringeo recorrente esquerdo, associada a alterações intratorácicas. Classicamente, a disfonía extralaringea é associada ao aumento de átrio esquerdo, porém o aneurisma de aorta é responsável por aproximadamente 0,3% dos casos. **Objetivo:** Descrever um caso clínico de aneurisma de aorta torácica com apresentação atípica de SO. **Descrição do caso:** Um paciente Masculino de 86 anos com dislipidemia, doença pulmonar obstrutiva crônica tabágica e disfonía iniciada há 2 anos foi admitido por dispnéia e tosse há 1 semana. Apresentava ritmo cardíaco irregular, taquipneia e dessaturação leves, sendo necessário oxigenioterapia suplementar. O ECG evidenciou Fibrilação Atrial (112bpm) e a radiografia de tórax demonstrou importante alargamento mediastinal. Na angiotomografia de tórax, notou-se extenso aneurisma do arco aórtico distal sacular medindo 84mm no maior diâmetro e área de trombose parietal na sua região inferior. Assim, constatou-se que o caso se tratava de SO por compressão aneurismática. Discutido pelo Heart Team, e optado em decisão compartilhada com o paciente e a família por tratamento conservador após ponderação do risco-benefício de intervenção cirúrgica, preferências do paciente, presença de fragilidade e impossibilidade técnica de intervenção endovascular. Na alta, prescreveu-se betabloqueador, anticoagulação oral e estatina. **Conclusão:** Nos casos de rouquidão persistente, principalmente nas que não se encontram lesões laringeas, é necessário prosseguir investigação, incluindo-se a avaliação das causas intratorácicas e cardíacas.

57

SÍNDROME DE KOUNIS APÓS ACIDENTE COM HIMENÓPTEROS – UM RELATO DE CASO

GABRIELA BONILHA NOGUEIRA¹, CARLOS ALBERTO KENJI NAKASHIMA¹, DALTON BERTOLIM PRECOMA¹

¹HAC – Sociedade Hospitalar Angelina Caron (Rodovia do Caqui, 1150 – Araçatuba, Campina Grande do Sul – PR, 83430-000)

Introdução: A síndrome de Kounis – síndrome coronariana aguda (SCA) resultante de processos anafilactóides é uma entidade rara, considerada como uma angina vasospástica podendo ocorrer devido à hiperreatividade do músculo liso vascular, à disfunção do sistema nervoso autônomo, ao espasmo microvascular, ou à alergia. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente com uma síndrome de vasoespasmo coronariana secundária à reação anafilactóide. **Relato do caso:** Masculino, 50 anos, agricultor, hipertenso, relatou acidente com enxame de abelhas sofrendo múltiplas ferroadas, seguida de dor torácica típica, que motivou procura ao pronto atendimento. Devido suspeita de SCA, foi realizado eletrocardiograma que demonstrou alteração difusa de repolarização ventricular e área eletricamente inativa em parede inferior. Optado então por estratificação invasiva em serviço de referência, a qual demonstrou artéria coronária direita (ACD) ocluída no terço proximal, com alta carga trombótica e aspecto espástico mesmo após administração intracoronariana de nitrato. Uma vez que a etiologia provável era reversível (síndrome anafilactóide), foi decidido por realização de angioplastia (fluxo final TIMI 3), sem implante de stent, seguido de anticoagulação com heparina não fracionada, dupla antiagregação plaquetária com ácido acetilsalicílico e clopidogrel, e nitrato de longa duração. Realizado ecodoplercardiograma que mostrou função sistólica diminuída às custas de hipocinesia difusa – Fração de ejeção calculada pelo método de Simpson de 40%. Após 7 dias de tratamento clínico otimizado realizou-se angiografia de controle, a qual ainda mostrava oclusão de ACD com progressão trombótica para o óstio do ramo ventricular posterior. Mediante tais achados optou-se por nova angioplastia, agora com implante de um stent farmacológico. Após 3 dias o paciente recebeu alta hospitalar com orientações e solicitação de acompanhamento ambulatorial. **Discussão e conclusão:** Apesar de rara, a síndrome de Kounis é frequentemente subdiagnosticada, sendo necessária uma alta suspeição clínica por parte da equipe médica. Conhece-la mostra-se fundamental, possibilitando um tratamento ágil, com menores taxas de complicações posteriores.

58

SÍNDROME DE YAMAGUCHI E CORONÁRIA ANÔMALA: UMA COEXISTÊNCIA RARA COM IMPLICAÇÕES CLÍNICAS IMPORTANTES

GABRIELA ROMANIELLO¹, EDUARDO LEAL ADAM¹, ANA KARYN EHRENFRIED DE FREITAS¹

¹HC-UFPR – Hospital de Clínicas (Curitiba/PR)

Introdução: A síndrome de Yamaguchi, também conhecida como cardiomiopatia hipertrofica apical, é uma condição rara. Caracteriza-se por hipertrofia ventricular apical assimétrica e pode estar associada a um risco aumentado de eventos cardiovasculares, como insuficiência cardíaca e morte súbita. A presença de uma coronária anômala, por sua vez, é uma condição ainda mais rara. Embora muitas vezes seja assintomática, pode levar a complicações graves, como infarto e morte súbita. A coexistência de síndrome de Yamaguchi e coronária anômala é extremamente rara e pouco descrita na literatura. Tendo em vista o impacto dessa associação para o paciente, saber reconhecê-la é essencial no manejo do paciente. Apresentamos um caso dessa associação rara e de grande relevância no cuidado de pacientes com doenças cardíacas complexas. Caso: Homem, 74 anos, hipertenso, diabético e com revascularização prévia dá entrada no hospital com queixa de dor torácica e dispnéia. À admissão, apresentava um eletrocardiograma (ECG) com ritmo de fibrilação atrial, sinais de sobrecarga ventricular esquerda, inversão de T nas derivações precordiais e sinal de Cabrera, além de troponina positiva. Evoluiu com reversão espontânea para ritmo sinusal. Realizado cateterismo, que mostrou presença de coronária circunflexa de origem anômala na coronária direita e lesão de 99% proximal de coronária ventricular posterior, na qual foi tentado angioplastia, sem sucesso. Realizado ecocardiograma transtorácico, evidenciando "RAC sign" (estrutura tubular cruzando a aorta em seu maior eixo), que corrobora o achado do cateterismo. Além disso, apresentava hipertrofia dos segmentos apicais o que, somado ao achado do ECG, sugeriria o diagnóstico de síndrome de Yamaguchi. Após a otimização do tratamento, paciente recebeu alta para seguimento ambulatorial, assintomático, aguardando a realização de Holter e ressonância cardíaca para a estratificação do risco de arritmias e morte súbita. **Conclusão:** A síndrome de Yamaguchi pode apresentar um quadro inespecífico que pode mimetizar diversas condições cardíacas, assim como a presença de coronária anômala. Apesar do quadro inespecífico, a associação dessas condições raras pode aumentar o risco do paciente com impacto no seu prognóstico. Desse modo, saber reconhecê-la é essencial na evolução do paciente. Portanto, casos como esse são extremamente relevantes para ampliar a suspeição clínica, permitindo uma conduta adequada para o quadro.

59

SÍNDROME DO CORAÇÃO FELIZ: UMA APRESENTAÇÃO PARTICULAR DA SÍNDROME DE TAKOTSUBO

MICHELLE BOZKO COLLINI¹, CLÁUDIA MARIA PERERA BIONDO¹, FABRÍCIA DANIELA MARTINS ALMEIDA¹, ARIANE FIORENTIN BORBA¹, PAULA MARTINA RAU¹, LUCAS DOS SANTOS CHAVES¹, THAMIRES HADASSA LEITE PEREIRA COSTA¹, ADRIANA APARECIDA DA SILVA¹, JULIANA BUENO REFUNDINI¹, HENRIQUE ALEXSANDER NEVES¹, ELOISA PIETROBON¹, TALITA BEITHUM RIBEIRO MIALSKI¹, EDUARDO LEAL ADAM¹

¹HC-UFPR – Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (R. Gen. Carneiro, 181 – Alto da Glória, Curitiba – PR, 80060-900)

Introdução: A Síndrome de Takotsubo (ST) é caracterizada pela ocorrência de disfunção sistólica transitória na ausência de doença coronariana obstrutiva ou ruptura de placa. Tipicamente, evidencia-se à ventriculografia a característica de "balonamento" apical, na qual os segmentos médio e apical do ventrículo esquerdo (VE) apresentam hipocinesia, com hipercontractão do segmento basal. A apresentação simula a de Síndrome Coronariana Aguda (SCA). A presença de estresse físico ou emocional como desencadeante é frequente na ST. **Objetivo:** Descrever um caso clínico de ST peculiar por haver relação clara com emoção positiva desencadeante. **Descrição do caso:** Paciente feminina, 57 anos, hipertensa, admitida por dor torácica típica iniciada após receber uma boa notícia. Negava tabagismo e apresentava história familiar de doença coronariana precoce. Eletrocardiograma sem supra de segmento ST e dosagem de troponina positiva (784pg/mL, referência <15,6). Diagnosticado IAMSSST e realizadas doses de ataque de AAS e Clopidogrel. Submetida a Cateterismo Cardíaco, sem evidência de coronariopatia obstrutiva. Ventriculografia evidenciou "balonamento" apical, compatível com ST. Ecocardiograma transtorácico, realizado 3 dias após, evidenciou recuperação completa da função ventricular. **Discussão:** A síndrome de Takotsubo ocorre predominantemente em mulheres pós-menopausa. O tratamento é de suporte e pode ser considerado uso de anticoagulação, iECA/BRA, e betabloqueadores, além de tratamento psiquiátrico, pela possibilidade de recorrência em 10% dos casos. **Conclusão:** Diante de pacientes com suspeita de SCA e início de dor associado a emoção positiva, ST deve ser considerada no diagnóstico diferencial, especialmente no perfil epidemiológico ilustrado.

60

SÍNDROME DO QT LONGO ADQUIRIDO E TEMPESTADE ELÉTRICA: RELATO DE CASO

BRUNA SILVA ANTONELLI^{2,1}, ALCIRLEY DE ALMEIDA LUIZ¹, ELISA CAROLINA DE ALMEIDA NEGRELLO¹, THABARA RENATY SANCHEZ CAMPOS¹, LEANDRO DAVI WAGNER¹, RAFAEL MONTE BLANCO FORNER^{1,2}, JORDANA MARTINS AMÉRICO^{2,1}, RODRIGO RODRIGUES DA COSTA GOMES^{2,1}, MONIQUE EVELYN VENTURIN^{2,1}, AMANDA DORNELES DE CARVALHO^{2,1}

¹HUOP – Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Av. Tancredo Neves, 3224 – Santo Onofre, Cascavel – PR), ²Unioeste – Universidade Estadual do Oeste do Paraná (R. Universitária, 1619 – Universitário, Cascavel – PR)

Introdução: A síndrome do QT longo (LQTS) é uma desordem da repolarização do miocárdio caracterizada pelo prolongamento do intervalo QT no eletrocardiograma (ECG). Torsades de Pointes (TdP) é a forma de taquicardia ventricular (TV) polimórfica que ocorre nesta síndrome. A TdP direcionar-se a uma fibrilação ventricular (FV) e morte súbita cardíaca (MSC). Embora a tempestade elétrica (TE), na maioria das vezes, é causada por TV monomórfica, existem casos em que a TE ocorre secundariamente a uma TdP. **Objetivo:** Apresentamos um relato de caso de uma paciente com síndrome do QT longo adquirida, que evoluiu a óbito após TE secundária à TdP. **Métodos:** Foram analisados retrospectivamente os prontuários médicos eletrônicos da paciente, provenientes de hospital terciário em que foi internada. **Resultados:** Paciente feminina, 39 anos, hipertensa controlada, admitida em uma unidade de pronto atendimento com quadro respiratório e suspeita de COVID-19, recebendo de imediato medidas de suporte, incluindo uso de azitromicina. Foi encaminhada para hospital terciário após 7 dias devido quadro de pneumonia e hipossaturação. Na admissão hospitalar apresentava ECG com intervalo QT longo (520 ms), sendo então suspenso o antibiótico. No segundo dia de internação no hospital evoluiu com parada cardiorrespiratória em ritmo chocável por FV. Após serem efetuadas manobras de ressuscitação cardiopulmonar e paciente foi encaminhada para unidade de terapia intensiva, onde apresentou episódios recorrentes de TdP. Apesar da realização de medidas para controle e prevenção de arritmias, paciente evoluiu para TE e, conseqüentemente, óbito. **Conclusão:** Apesar da incidência de prolongamento do QT sem TdP ser mais frequente, sabe-se que medicações são uma causa comum LQTS adquirido associado à TdP e risco de MSC, principalmente, quando associado a distúrbios eletrolíticos. Portanto, identificar as classes de drogas que prolongam o QT, evitar seu uso indiscriminado e conhecer estratégias para o manejo adequado da TE podem minimizar o risco de eventos fatais induzidos pela LQTS.

61

SUPRADESNIVELAMENTO DE ST NA AUSÊNCIA COMPLETA DE DOR TORÁCICA: UM FENÓTIPO INCOMUM DE TAKOTSUBO

 LUCAS LATCHUK MARTINS¹, BRUNADÓRIS¹, TIAGO AUGUSTO MAGALHÃES¹, BRUNA OLANDOSKI ERBANO¹
¹HC-UFRP – Hospital de Clínicas da UFPR (Rua General Carneiro, 181)

A síndrome de Takotsubo (STT) é desencadeada por estresse físico ou emocional e caracteriza-se por disfunção sistólica transitória do ventrículo esquerdo (muitas vezes com aspecto característico de balonamento apical), na ausência de doença arterial coronariana. Clinicamente, costuma-se apresentar com dor torácica ou dispnéia, associada a alterações eletrocardiográficas (ECG) semelhantes a quadros de síndrome coronariana aguda (SCA), fazendo parte dos diagnósticos diferenciais na sala de emergência. Descreve-se aqui um caso de STT que foi porventura diagnosticado por exames complementares, tendo em vista a completa ausência de sintomatologia da paciente. Paciente feminina, 76 anos, admitida no pronto-socorro por insuficiência renal aguda. Apresentava histórico prévio de hipertensão e neoplasia de cólon, motivo pelo qual possuía uma ileostomia com alto débito. Na admissão, queixava-se de astenia, náuseas e hiporexia; e negava qualquer sintoma cardiovascular. Exames iniciais mostraram anemia leve, IRA KDIGO 2, hipomagnesemia (1,2 mg/dL), além de ECG com supradesnívelamento do segmento ST de V2-V6, D1, aVL e D2. Considerando a ausência de sintomas compatíveis com SCA, optou-se pela realização de angiotomografia de coronárias, que evidenciou apenas redução luminal de 40% em terço médio de artéria descendente anterior. Entretanto, neste exame foi observada acinesia de segmentos apicais do ventrículo esquerdo (VE), sugerindo STT. A seguir, realizada ressonância magnética de coração, corroborando o diagnóstico de STT pela presença de hipocinesia e edema miocárdico na região apical do VE, na ausência de fibrose pelo realce tardio, embora fração de ejeção preservada (60%). Este caso ilustra uma variante incomum da STT, com ausência de sintomatologia que poderia nos indicar este diagnóstico. Assim, a STT deve ser suspeitada não só na presença de dor torácica, mas também quando há alterações eletrocardiográficas compatíveis, para que se faça adequado acompanhamento das alterações segmentares (muitas vezes reversíveis) da função sistólica do VE após o evento.

62

TÉCNICA INOVADORA DE EMBOLIZAÇÃO SEPTAL COM ONYX® EM PACIENTE COM CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA OBSTRUTIVA

 FERNANDA PROENÇA LEPCA BOZZI¹, GABRIELA BONILHA NOGUEIRA^{1,2}, RODRIGO GOMES DISSENHA^{1,2}, ALISSON HIDEKI FUKUYAMA^{1,2}, LARISSA LUCHTENBERG GONÇALVES FERREIRA^{1,2}, LARISSA DE OLIVEIRA RENGEL DOS SANTOS^{1,2}, SARAH FAGUNDES GROBE^{1,2}, ROMULO FRANCISCO DE ALMEIDA TORRES^{1,2}
¹HUC – Hospital Universitário Cajuru (Avenida São José, 300 – Cristo Rei, Curitiba – PR, 80050-350), ²HMC – Hospital Marcelino Champagnat (Av. Presidente Afonso Camargo, 1399 – Cristo Rei, Curitiba – PR, 80050-370)

Introdução: O tratamento invasivo, cirúrgico ou percutâneo, é recomendado para pacientes com cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva (CMHO) refratários ao tratamento clínico. Novas técnicas percutâneas, como a embolização septal com Onyx®, apresentam um perfil de segurança superior à técnica tradicional e tornam o procedimento mais previsível. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente portador de CMHO, em que foi realizada embolização septal com Onyx®. **Relato de Caso:** Masculino, 34 anos, diagnosticado com CMHO aos 30 anos e iniciado tratamento com betabloqueador e bloqueador de canal de cálcio (dose máxima) e refratariedade clínica. Em dezembro de 2022, realizada a embolização dos três primeiros ramos septais com o líquido embolizante Onyx®, guiado por infusão de contraste ecocardiográfico para identificação dos ramos septais relacionados a hipertrofia septal. Observada queda do gradiente em repouso no procedimento e no ecocardiograma de controle (pré = 40 mmHg, pós 16 mmHg). Paciente apresentou melhora sintomática importante após procedimento, e, atualmente, está somente com atenolol 50 mg/dia. **Discussão:** A alcoolização septal provoca infarto dos ramos septais. No entanto, o líquido é tóxico e invisível e está associado a complicações como infarto por refluxo e bloqueio atrioventricular total (BAVT). O uso de agentes não-alcoólicos visíveis pela fluoroscopia, como o líquido embolizante Onyx®, torna o procedimento mais seguro, causando um infarto septal controlado, com melhora do gradiente intraventricular, baixa taxa de complicações e menor risco BAVT. **Conclusão:** Primeira embolização septal do Paraná com o uso do líquido embolizante Onyx®. Demonstrou ser uma técnica eficaz na redução do gradiente de via de saída do ventrículo esquerdo.

63

BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR TOTAL EM PACIENTE REAGENTE NO TESTE DE SOROLOGIA PARA DOENÇA DE CHAGAS: RELATO DE CASO

 MARESSA FARIAS FILETTO¹, BIANCA DE LIMA RIBEIRO¹, VINICIUS AUGUSTUS BARUSSO BELEZE¹
¹UEL – Universidade Estadual de Londrina (Rodovia Celso Garcia Cid, PR 445 Km 380, Londrina (PR))

Introdução: O Bloqueio atrioventricular (BAV) é um distúrbio de condução do estímulo elétrico cardíaco, devido a uma lesão anatômico-funcional, causando retardo ou não condução do impulso atrial. O BAV é classificado em 3 tipos, a partir do grau de acometimento da condução do estímulo atrial para os ventrículos, sendo que, no bloqueio atrioventricular total (BAVT), ou terceiro grau, o impulso elétrico atrial não chega aos ventrículos. O diagnóstico do BAV é baseado na anamnese e no eletrocardiograma (ECG). Dentro dos achados, destaca-se que o paciente sintomático pode apresentar bradicardia, hipotensão e síncope. O tratamento recomendado é a implantação do marca-passo permanente. **Objetivos:** Relato de caso. **Metodologia:** Estudo realizado após consentimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. **Resultados:** Paciente homem, 81 anos, trazido pelo SAMU, bradicárdico. Apresentou 2 episódios de síncope do tipo "liga/desliga", há 3 meses. Relata sintomas de baixo débito cardíaco há 30 dias, com piora aguda no dia da admissão e melhora com o repouso. Na entrada, não referia dor, sem sintomas de baixo débito, frequência respiratória de 24rpm, bradicárdico (36bpm), hipertenso (190/70mmHg) e bem perfundido. Estável, sem droga vasoativa e em ar ambiente. ECG demonstrou bloqueio de ramo direito e hemibloqueio do ramo esquerdo do tipo divisional pósterio-inferior. Em questão de minutos em relação à admissão, apresentou ECG com BAVT, sem sinais isquêmicos de ST. Nega síndrome coronariana aguda prévia, angina, ortopneia e sintomas de insuficiência cardíaca. Paciente ficou internado por dez dias, sem queixas. Reagente para doença de Chagas. Implante de marca-passo permanente solucionou o quadro. **Conclusão:** O BAVT e os bloqueios de ramo associados representam distúrbios na condução elétrica do coração. A gravidade desse quadro pode resultar em morte súbita por parada cardíaca, indicando a importância de um diagnóstico preciso a partir de uma interpretação correta do ECG e anamnese.

64

CRISE CONVULSIVA COMO ETIOLOGIA NÃO USUAL DE ONDAS T CEREBRAIS

 GABRIELA ROMANIELLO¹
¹HC – Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (Endereço: R. Gen. Carneiro, 181 – Alto da Glória, Curitiba – PR, 80060-900)

Introdução: Sabe-se que infarto agudo do miocárdio, arritmias e morte súbita são mais frequentes em pacientes com epilepsia. O estado hiperadrenérgico resultante de convulsões é o provável responsável pelo risco destes eventos e de alterações eletrocardiográficas associadas a eles. A onda T cerebral, no entanto, é mais comumente encontrada em eventos cerebrais hemorrágicos e postula-se que se associe à disregulação de tônus microvascular coronariano. **Objetivo:** Apresentar um caso de uma etiologia não hemorrágica de onda T cerebral associada a injúria miocárdica. **Caso:** Paciente feminina, 67 anos, portadora de epilepsia sem crises epiléticas há 10 anos. Encaminhada ao hospital após episódio de crise convulsiva tônico-clônica generalizada. Ao ECG da admissão (figura 1), foi evidenciada profunda e simétrica inversão de onda T nas derivações inferiores e precordiais, além de alargamento do intervalo QT (QTc 560ms). Apresentou elevação de troponina ultrasensível, cujo pico foi 313 ng/mL (valor de referência < 15,6 ng/mL). O ecocardiograma transtorácico demonstrou ventrículo esquerdo com remodelamento concêntrico, fração de ejeção preservada (74,3%) e ausência de alteração da contratilidade segmentar. Foi identificada e corrigida hiponatremia de 122 mEq/L apontada como causa para a crise. A ressonância de crânio não evidenciou alterações agudas estruturais. Foi realizada angiotomografia de coronárias que descartou lesões obstrutivas. **Discussão:** Esse caso ilustra as consequências eletrocardiográficas e clínicas de alterações hiperadrenérgicas relacionadas a crises convulsivas, as quais, culminaram em ondas T cerebrais e injúria miocárdica na ausência de coronariopatia. **Conclusões:** Crise convulsiva pode causar injúria miocárdica aguda. Ondas T cerebrais não são exclusivas de eventos hemorrágicos intracranianos;

65

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE ALTO DÉBITO SECUNDÁRIO A FÍSTULA ARTERIOVENOSA RELACIONADO A MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA FEMORAL: UMA ETIOLOGIA INCOMUM DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

CLÁUDIA MARIA PERERA BIONDO¹, GABRIELA ROMANIELLO¹, DANIEL BOQUAI CAMARGO¹, RAFAEL MASSAHARU MIYAZIMA¹

¹CHC-UFPR – Complexo Hospital de Clínicas da UFPR (R. Gen. Carneiro, 181 – Alto da Glória, Curitiba – PR)

Introdução: Enquanto a maioria dos pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC) apresenta débito cardíaco (DC) normal ou reduzido, uma minoria apresenta insuficiência cardíaca de alto débito cardíaco (ICAD). Fisiopatologicamente, o DC aumentado é uma tentativa de compensar o aumento da demanda metabólica, porém ocorre de forma insuficiente. Alto DC é definido como maior que 8L/min ou Índice Cardíaco maior ou igual a 4L/min/m². Entre as etiologias, encontram-se as fístulas arteriovenosas (FAV). **Objetivo:** Descrever um caso de ICAD, secundário a FAV relacionada a malformação arteriovenosa femoral (MAV). **Descrição do Caso:** Paciente feminina, 32 anos, com história de trombose venosa profunda e procedimentos endovasculares prévios para MAV femoral direita. Encaminhada ao ambulatório de cardiologia por apresentar clínica sugestiva de IC há 4 meses. À ausculta cardíaca, bulhas cardíacas rítmicas, com sopro mesossistólico, ejetivo em foco aórtico acessório +++/6, P2 hiperfonética e sopro holossistólico em foco tricúspide. Sopro contínuo em maquinaria em região femoral direita. Ecocardiograma evidenciou ventrículo esquerdo com função preservada, câmaras direitas dilatadas, refluxo tricúspide moderado e hipertensão pulmonar. Doppler Venoso de Membros inferiores evidenciou fluxos com padrão de FAV (volume de fluxo na veia femoral comum direita 11L/min). Submetida à embolização de MAV, com melhora clínica da IC. **Discussão e Conclusão:** Diante de pacientes com suspeita de ICAD, é essencial investigar e tratar a causa base, visando evitar o remodelamento cardíaco irreversível. Vasodilatadores podem levar à deterioração clínica.

66

TRIPATANOS E O INFARTO DO MIOCÁRDIO SEM LESÕES CORONARIANAS OBSTRUTIVAS (MINOCA): O TRATAMENTO DA MIGRÂNEA COMO CAUSA NÃO USUAL DE DOR TORÁCICA

GABRIELA ROMANIELLO¹

¹HCUFPR – Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (Rua General Carneiro, 181)

Introdução: O infarto do miocárdio sem lesões coronarianas obstrutivas (MINOCA) é uma síndrome clínica complexa, com diversas etiologias. O diagnóstico é feito quando há evidências de infarto agudo do miocárdio com artérias coronárias normais ou sem estenose significativa (placa coronariana <50% na angiografia) e ausência de causas não coronarianas, como miocardite e embolia pulmonar. **Objetivo:** Apresentar caso de MINOCA provavelmente secundário ao uso de triptanos, algo não usual. **Caso:** Paciente masculino, 47 anos, história prévia de câncer colorretal, história familiar de morte súbita (<40 anos), sem comorbidades, com uso esporádico de triptanos para cefaleia. Relato de quadro precordialgia súbita, opressiva, de moderada intensidade durante 1 hora. ECG sem alterações isquêmicas ou dinâmicas, porém troponina ascendente. Recebeu dupla antiagregação plaquetária e heparina não fracionada. A dosagem de troponina atingiu pico de 24.364 pg/ml (normal até 34 pg/ml). Foi submetido ao cateterismo cardíaco que excluiu doença arterial coronariana, dissecação, trombose ou embolia. O ecocardiograma transtorácico não evidenciou alterações estruturais ou segmentares. A ressonância magnética cardíaca mostrou padrão de fibrose compatível com infarto transmural inferolateral médio, sem alterações na funcionalidade miocárdica. O paciente evoluiu com estabilidade clínica e hemodinâmica, recebendo alta em uso de Enalapril e Carvedilol. O diagnóstico provável foi de infarto relacionado a espasmo coronariano secundário ao uso de triptano pela relação temporal com o evento. **Discussão:** O vasoespasm coronário, uma das causas não ateroscleróticas da MINOCA, é uma vasoconstrição intensa que compromete o fluxo sanguíneo em resposta a substâncias endógenas e exógenas. O diagnóstico é realizado pela documentação dos eventos, geralmente com testes provocativos. O paciente preenchia critérios para quadro de MINOCA, porém sem etiologia clara. Devido ao histórico de uso de triptanos, considerou-se como etiologia mais provável espasmo coronariano devido ao uso do medicamento. **Conclusão:** Esclarecer os mecanismos individuais subjacentes ao MINOCA é crucial para alcançar tratamentos específicos. **Palavras-chave:** MINOCA, triptanos

67

UM CASO DE MIOCARDITE EVIDENCIADO NA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CARDÍACA

ADRIANA APARECIDA DA SILVA¹

¹UTFPR – Universidade Federal do Paraná (Praça santos andrade, centro – Curitiba/ PR)

Introdução: Até 5 a 15% dos pacientes com suspeita inicial de Síndrome Coronariana Aguda (SCA) não apresentam obstrução coronariana significativa ao cateterismo cardíaco (CATE). Desse modo, esses casos são reclassificados no grande grupo TINOCA (do inglês, troponin-positive nonobstructive coronary arteries), contemplando aqueles com lesão de etiologia isquêmica (MINOCA) e as demais etiologias de lesão miocárdica não isquêmica (ex.: miocardite). A miocardite é uma doença inflamatória do músculo cardíaco, de etiologia variável, cujo quadro inicial pode cursar de maneira semelhante à SCA. **Objetivo:** Descrever caso de miocardite evidenciado pela ressonância magnética de coração (RNMC). **Descrição do caso:** Masculino, 40 anos, hipertenso e tabagista, procura atendimento por dor torácica típica, associada a náuseas, vômitos e sudorese. Ao exame, hipertenso, sem demais alterações. Ao eletrocardiograma, evidenciada inversão de onda T em V1-V2. Dosagem de troponina positiva (pico 5050, valor de referência <34). Manejado inicialmente como SCA e optado por estratificação invasiva. CATE revelou ausência de coronariopatia obstrutiva. Diante desses achados o diagnóstico de SCA foi descartado e prosseguiu-se com investigação de TINOCA por meio de RNMC, que demonstrou focos de fibrose miocárdica, com distribuição anterolateral medial e lateral apical, compatível com miocardiopatia inflamatória (miocardite). Suspensa dupla antiagregação plaquetária e indicado restrição de atividades físicas intensas por 3 a 6 meses. **Conclusão:** A RNMC é um exame importante na investigação de TINOCA, uma vez que auxilia no diagnóstico diferencial. Ademais, o diagnóstico correto da etiologia auxilia no manejo adequado, além de evitar potenciais efeitos colaterais provocados das medicações habitualmente utilizadas para SCA.

68

TROMBOS INTRAVENTRICULARES DE LOCALIZAÇÃO ATÍPICA COM ALTO POTENCIAL EMBOLIGÊNICO: UM RELATO DE CASO.

MILENA ADAMOWSKI PADIAL¹

¹Unicesumar – UNIVERSIDADE CESUMAR – UNICESUMAR (Av. Guedner, 1610 – Jardim Aclimacao, Maringá – PR, 87050-900)

Paciente L.T.S, 65 anos, masculino, procura o pronto socorro com história de piora da dispneia há 5 dias, associado a redução da diurese. Ao exame PA: 110x80mmHg, FC 115bpm, sinais de má perfusão periférica e de congestão pulmonar e sistêmica. O eletrocardiograma demonstrava ritmo sinusal e área inativa anterossseptal. Possuía diagnóstico prévio de hipertensão arterial e miocardiopatia dilatada de possível etiologia alcoólica há 3 anos, sem doença coronariana obstrutiva ao cateterismo prévio e sorologia de Chagas negativa. Mediante à descompensação de insuficiência cardíaca perfil C, foi iniciado dobutamina, vasodilatador endovenoso e diureticoterapia. Devido alteração de função renal (Creatinina 2,03) e elevação de transaminases (TGO 1246 e TGP 1130) foi solicitado Tomografia Computadorizada de Abdome, sendo observado sinais de infarto renal bilateral e oclusão total da artéria renal esquerda e de uma artéria segmentar no terço médio do rim direito, de provável origem embólica. Ao ecocardiograma, evidenciou-se dilatação e disfunção importante biventricular. Observado múltiplas massas hipocogênicas sugestivas de trombo, as maiores localizadas em região apical, medindo 35x38mm e região de via de saída do ventrículo esquerdo (VSVE), medindo 43 x 17mm. Paciente seguiu em leito de UTI, com anticoagulação plena e tratamento para compensação da insuficiência cardíaca. **Discussão:** A disfunção ventricular predispõe a formação de trombos intracavitários, em sua maioria na região apical. A VSVE não é local habitual, porém quando ali situados, o potencial emboligênico sistêmico é acentuado, acometendo principalmente rins, fígado e baço, com prejuízo à função renal e hepática, o que pode levar à descompensação da insuficiência cardíaca.

69

TUMOR DE CÉLULAS CLARAS RENAIIS EM VENTRÍCULO ESQUERDO: RELATO DE CASO

MÁRIO AUGUSTO CRAY DA COSTA¹, ANA CAROLINA MELLO FONTOURA DE SOUZA¹, MÁRIO RODRIGUES MONTEMOR NETTO¹, FÁBIO QUIRILLO MILLÉO¹

¹UEPG – Universidade Estadual de Ponta Grossa (Campus de Uvaranas – Av. General Carlos Cavalcanti, 4748 CEP 84.030-900 – Ponta Grossa – Paraná – Brasil)

Introdução: Os tumores cardíacos são infrequentes, com incidência de 0,33% e, dentre eles, os tumores metastáticos correspondem a apenas 9,91%, constituindo-se de entidades ainda mais raras. **Objetivo:** Apresentar um caso de um tumor raro de células claras renais em ventrículo esquerdo. **Apresentação do caso:** Paciente masculino, de 66 anos, assintomático, fazia acompanhamento cardiológico por hipertrofia ventricular esquerda há 26 anos. Em um ecocardiograma transtorácico de rotina foi evidenciado um tumor de ventrículo esquerdo, detalhado posteriormente por uma ressonância magnética cardíaca como uma massa de cerca de 31 x 11 mm, pedunculada, lobulada, móvel e de superfície lisa aderida no endocárdio da parede ântero-apical do ventrículo esquerdo, sem sinais de invasão miocárdica, com discreta perfusão e sem características de trombo. Apesar da suspeita inicial ser um mixoma, o resultado histopatológico e de imuno-histoquímica da massa ressecada revelaram um tumor de células claras renais metastático de uma neoplasia de rim direito de seis anos antes. **Discussão:** O caso apresentado é raro, pois os tumores de ventrículo esquerdo são apresentações incomuns. Além disso, a apresentação clássica de tumores metastáticos cardíacos de células renais é acompanhada de acometimento da veia cava inferior (VCI) ou múltiplas metástases sistêmicas, ao contrário do paciente, que apesar de ter apresentado pequeno comprometimento miocárdico, não teve envolvimento da VCI e apresentou apenas uma metástase escrotal, que já havia sido tratada cirurgicamente. **Conclusões:** O caso apresentado é raro, porém foi possível fazer a retirada do tumor. Ainda são necessários mais estudos e publicações sobre casos semelhantes.

