ABC Cardiol
Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Resumo das Comunicações
Volume 120 | Número 6 | Suplemento 1
Junho 2023

Sociedade Brasileira de Cardiologia
ISSN-0066-782X

RESUMO DE TEMAS LIVRES

SMC 2023

32º CONGRESSO DA SOCIEDADE MINEIRA DE CARDIOLOGIA

29 DE JUNHO A 01 DE JULHO
CENTRO DE CONVENÇÕES DA AMMG|BHTE

ONDE O CONHECIMENTO E A PRÁTICA CLÍNICA E ENCONTRAM

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
Natália Quintella Sangiorgi Olivetti (coeditora)

Cardiologia Cirúrgica
Alexandre Siciliano Colafranceschi

Cardiologia Intervencionista
Pedro A. Lemos

Cardiologia Pediátrica/Congênitas
Vitor C. Guerra

Arritmias/Marca-passo
Mauricio 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

Genética
Natália Quintella Sangiorgi Olivetti

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Paulo Roberto S. Brofman – 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/AM – Mônica Regina Hosannah da Silva e Silva

SBC/BA – Joberto Pinheiro Sena

SBC/CE – Almino Cavalcante Rocha Neto

SBC/DF – Fausto Stauffer Junqueira de Souza

SBC/ES – José Airton de Arruda

SBC/GO – Humberto Graner Moreira

SBC/MA – Francisco de Assis Amorim de Aguiar Filho

SBC/MG – Antônio Fernandino de Castro Bahia Neto

SBC/MS – Mauro Rogério de Barros Wanderley Júnior

SBC/MT – Fábio Argenta

SBC/NNE – José Albuquerque de Figueiredo Neto

SBC/PA – João Maria Silva Rodrigues

SBC/PB – Guilherme Veras Mascena

SBC/PE – Carlos Japhet Da Matta Albuquerque

SBC/PI – Jônatas Melo Neto

SBC/PR – Olímpio R. França Neto

SOCERJ – Ronaldo de Souza Leão Lima

SBC/RN – Antônio Amorim de Araújo Filho

SBC/SC – Daniel Medeiros Moreira

SBC/SE – Ursula Maria Moreira Costa Burgos

SBC/TO – Ibsen Suetônio Trindade

SOCERON – Marcelo Salame

SOCERGS – Fábio Cañellas Moreira

SOCESP – Ieda Biscegli Jatene

Departamentos e Grupos de Estudo

SBC/DA – Marcelo Heitor Vieira Assad

SBC/DCC – Bruno Caramelli

SBC/DCC/CP – Cristiane Nunes Martins

SBC/DCM – Maria Cristina Costa de Almeida

SBC/DECAGE – José Carlos da Costa Zanon

SBC/DEIC – Mucio Tavares de Oliveira Junior

SBC/DEMCA – Álvaro Avezum Junior

SBC/DERC – Ricardo Quental Coutinho

SBC/DFCVR – Elmiro Santos Resende

SBC/DHA – Lucélia Batista Neves Cunha Magalhães

SBC/DIC – André Luiz Cerqueira de Almeida

SBCCV – João Carlos Ferreira Leal

SOBRAC – Fatima Dumas Cintra

SBHCI – Ricardo Alves da Costa

DCC/GECIP – Marcelo Luiz da Silva Bandeira

DCC/GECOP – Maria Verônica Câmara dos Santos

DCC/GEPREVIA – Isabel Cristina Britto Guimarães

DCC/GAPO – Luciana Savoy Fornari

DCC/GEAT – Carlos Vicente Serrano Junior

DCC/GECETI – João Luiz Fernandes Petriz

DCC/GEDORAC – Sandra Marques e Silva

DCC/GEECG – Nelson Samesima

DCC/GERTC – Adriano Camargo de Castro Carneiro

DCC/GECO – Roberto Kalil Filho

DEIC/GEICPED – Estela Azeka

DEIC/GEMIC – Marcus Vinicius Simões

DEIC/GETAC – Silvia Moreira Ayub Ferreira

DERC/GECESP – Marconi Gomes da Silva

DERC/GECN – Lara Cristiane Terra Ferreira Carreira

DERC/GERCPM – Pablo Marino Corrêa Nascimento

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Volume 120, Nº 6, Suplemento 1, Junho 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 Eventos

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

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

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

Prezados Colegas,

É novamente com grande entusiasmo que realizamos o **32º Congresso da Sociedade Mineira de Cardiologia**. Desta vez retornando à casa da Medicina Mineira, a Associação Médica de Minas Gerais.

Neste, que é considerado o ponto alto de nosso ano científico, podemos mais uma vez debater, trocar experiências, adquirir e solidificar conhecimentos para o exercício de uma Cardiologia de excelência, totalmente adequada à prática clínica e às realidades locais e regionais. Sem esquecer, é claro, da oportunidade de rever os amigos e colocar os "causos" em dia, sempre bem acompanhados do tradicional cafezinho nos intervalos!

Trabalhamos, com muito carinho e esmero, em uma programação científica atualizada, abrangente e inclusiva. Mais uma vez, buscamos agregar valor ao alto nível da Cardiologia Mineira, através das já tradicionais parcerias internacionais na promoção de simpósios e sessões conjuntas. Nosso compromisso com as melhores práticas médicas e com a transformação do conhecimento em melhor qualidade assistencial e promoção da saúde norteia a estruturação de mais este grande evento da SMC.

Na certeza do sucesso deste, que é o Congresso de todos nós, agradecemos a sua participação!

SMC 2023
32º CONGRESSO DA SOCIEDADE MINEIRA DE CARDIOLOGIA

Antônio Fernandino de Castro Bahia Neto
Presidente da SMC

Marco Antônio Cotta Peralva
Presidente do 32º Congresso da SMC

DIRETORIA SBC|MG
2022 | 2023

Sociedade Mineira de
Cardiologia

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente
ANTÔNIO F. DE CASTRO BAHIA NETO

Vice-Presidente
LUIZ GUILHERME PASSAGLIA

Diretora Administrativa
TÂNIA FÉLIX L. FONSECA PEIXOTO

Diretor Científico
HENRIQUE PATRUS MUNDIM PENA

Diretor Financeiro
CARLOS H. GARCEZ DE CARVALHO

Diretor de Integração Regional
FREDERICO T. CAMPO DALL'ORTO

Diretor de Comunicação
MARCONI GOMES DA SILVA

Diretora de Qualidade Profissional
BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO

Diretor de Promoção de Saúde Cardiovascular | SBC/MG/Funcor
KLEISSON ANTÔNIO PONTES MAIA

Diretor de Compliance
JOEL TELES CORRÊA DE OLIVEIRA

COMISSÕES PERMANENTES

Comissão de Pesquisa
ESTÊVÃO LANNA FIGUEIREDO
BRUNO RAMOS NASCIMENTO

Comissão de Cursos
EPOTAMENIDES MARIA GOOD GOD

Comissão de TI
RICARDO WANG

COMISSÕES ESPECIAIS

Relacionamento Internacional
DAVID DE PÁDUA BRASIL

Relacionamento com Acadêmicos
ISABELLA MAISE DE ANDRADE R. SOTER
LAVÍNIA VASCONCELLOS PATRUS PENA

Comissão de Defesa e Ética Médica
SÍLVIO LISBOA DE OLIVEIRA
JOSÉ LUÍS BARROS PENA
UBIRAJARA LIMA FILHO

Comissão de Prevenção
RAPHAEL MARTINS BEBIANO

COMISSÃO ELEITORAL

CARLOS E. DE SOUZA MIRANDA
JOSÉ CARLOS DA COSTA ZANON
JOSÉ MARIA PEIXOTO

PRESIDENTES DOS DEPARTAMENTOS ESPECIALIZADOS

Arritmia
CARLOS E. DE SOUZA MIRANDA

Aterosclerose
ANDRÉ CHUSTER

Cardiogeriatria
JOSÉ CARLOS DA COSTA ZANON

Cardiologia da Mulher
JULIANA RODRIGUES SOARES

Cardiologia Pediátrica
MARLY DE OLIVEIRA

Cardio-oncologia
PATRÍCIA TAVARES FELIPE

Cirurgia Cardiovascular
ANTÔNIO AUGUSTO RAMALHO MOTTA

Coronariopatias
MARCO TÚLIO VILAÇA CASTAGNA

Ergometria
FABIANNO ZAGHETTO CAMPOS

Hemodinâmica
CARLOS AUGUSTO BUENO SILVA

Hipertensão Arterial
MARCO PAULO TOMAZ BARBOSA

Imagem Cardiovascular
FLÁVIA S. GUIMARÃES MACHADO
BÁRBARA ATHAYDE L. M. VRANDECIC

Cardiomiopatias
FERNANDO C. NEUENSCHWANDER

Reanimação Cardiopulmonar
THIAGO DA ROCHA RODRIGUES

Terapia Intensiva
GABRIEL ASSIS LOPES DO CARMO

Valvopatias
WILLIAM A. DE MAGALHÃES ESTEVES

GRUPOS DE ESTUDOS

Cardiologia do Esporte
ANDRÉ GUALBERTO JAFETH ALVES

Cardiologia Nuclear
LEONARDO NEUENSCHWANDER MAGALHÃES

Eletrocardiografia
DANIEL SOARES SOUSA

Reabilitação
MARIA CLARA NOMAN DE ALENCAR

DIRETORIAS REGIONAIS

REGIONAL CAMPO DAS VERTENTES
Presidente
DANIEL FURTADO VIDIGAL
Diretora Científica
LEONOR DE OLIVEIRA DINIZ
Diretor Administrativo
NORBERTO JOSÉ PAES F. DA SILVA FILHO

REGIONAL CENTRO /OESTE
Presidente
EDUARDO DIAS CHULA
Diretor Cientifico
RALDNER BORGES E REGES
Diretor Administrativo
DANIEL SOARES SOUSA

REGIONAL LESTE
Presidente
MARCO ANTÔNIO COTTA PERALVA
Diretor Cientifico
JOSÉ DONDICI FILHO
Diretor Administrativo
LUIZ ANTÔNIO AVELAR

REGIONAL LESTE/NORDESTE
Presidente
THIAGO GUIMARÃES CERQUEIRA
Diretor Científico
MILTON HENRIQUE GUIMARÃES JÚNIOR
Diretora Administrativa
LARISSA ARAMUNI BAIA

REGIONAL SUL
Presidente
RICARDO REINALDO BERGO
Diretor Científico
ERNESTO LIPPI NETO
Diretor Administrativo
JOSÉ RICARDO COSTA DE OLIVEIRA

REGIONAL TRIÂNGULO
Presidente
TELEMACO LUIZ DA SILVA JUNIOR
Vice-Presidente
FERNANDO DE MARTINO
Diretor Científico
LUIZ ANTÔNIO PERTILI R. RESENDE
Diretor Administrativo
RODRIGO PENHA DE ALMEIDA

REGIONAL NORTE
Presidente
HENDERSON BARBOSA PIMENTA
Diretora Científica
MICHELLA ASSUNÇÃO ROQUE

CONSELHO FISCAL

Conselheiros Fiscais Efetivos
EDUARDO DIAS CHULA
FRANK NUNES
SÉRGIO LAGES MURTA

Conselheiros Fiscais Suplentes
ANA CLÁUDIA VENÂNCIO
LEONOR DE OLIVEIRA DINIZ
RICARDO WANG

RESUMO DE TEMAS LIVRES

SMC 2023

32º CONGRESSO DA SOCIEDADE MINEIRA DE CARDIOLOGIA

29 DE JUNHO A 01 DE JULHO
CENTRO DE CONVENÇÕES DA AMMG|BHTE

ONDE O CONHECIMENTO E A PRÁTICA CLÍNICA E ENCONTRAM

TL12

663 - CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DE CICATRIZES VENTRICULARES E DE SEU VALOR PROGNÓSTICO EM PACIENTES COM CARDIOMIOPATIA CHAGÁSICA SUBMETIDOS A MAPEAMENTO ELETROANATÔMICO

BRUNO WILNES; MARINA PEREIRA MAYRINK; GUSTAVO DE ARAUJO SILVA; BEATRIZ CASTELLO BRANCO; REYNALDO CASTRO MIRANDA; MARCOS ROBERTO QUEIROZ FRANÇA; HENRIQUE BARROSO MOREIRA; MARCO PAULO TOMAZ BARBOSA; MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES; ANDRÉ ASSIS LOPES DO CARMO.

HC-UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A cardiomiopatia chagásica (CC) é a maior causa não-isquêmica de taquicardia ventricular (TV) na América Latina, mas a descrição das cicatrizes ventriculares e sua avaliação prognóstica na TV-CC são pouco exploradas.
Métodos: Foram incluídos consecutivamente os pacientes com CC e TV recorrente, submetidos a ablacao por cateter e mapeamento eletroanatômico por mapas de voltagem bipolar e unipolar de superfícies epicárdica e/ou endocárdicas entre março de 2018 e abril de 2023. Variáveis categóricas foram comparadas por teste qui-quadrado ou por teste exato de Fisher. A normalidade foi avaliada por testes de Kolmogorov-Smirnov ou de Shapiro-Wilk. Variáveis numéricas paramétricas e não-paramétricas foram comparadas por testes t de Student e de Mann-Whitney, respectivamente. P<0,05 foi considerado significativo.
Resultados: 86 pacientes foram incluídos. As figuras 1 e 2 ilustram as distribuições do mapeamento e da presença de cicatrizes ventriculares na população. Cicatrizes epicárdicas em topografia de VE (63%) foram mais comuns que em VD (10%). Cicatrizes endocárdicas em VE foram mais comuns nas regiões basal lateral (44%), basal inferior (33%) e periaórtica (30%); cicatrizes endocárdicas em VD tiveram maior prevalência em via de saída (27%) e septo (27%). Menor fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) pré-ablação for observada em pacientes com: cicatriz epicárdica em VD (P=0,022), cicatriz epicárdica em VE e VD (P=0,048), cicatrizes epicárdica e endocárdicas em VE e VD (P=0,003). Maior incidência de FEVE <29% pré-ablação associou-se a cicatriz epicárdica em VD (P=0.014) e a cicatriz epicárdica em VE e VD (P=0,021). Cicatrizes epicárdicas em VE e VD associaram-se a escore PAINESD maior (P=0,047).
Discussão: A presença de cicatrizes epicárdicas em VD, associada ou não a cicatrizes epicárdicas em VE, relacionou-se a métricas de pior prognóstico pré-ablação, tais como FEVE reduzida e maior pontuação em escor de risco. Ainda, nossa análise demonstrou alta prevalência de cicatrizes periaórticas em pacientes com CC, fato ainda não descrito na literatura e sabidamente associado a maior recorrência de TV após ablação por cateter.
Conclusão: Cicatrizes periaórticas apresentam alta prevalência em pacientes com CC-TV. Cicatrizes epicárdicas em VD são mais comuns em pacientes com CC-TV e alto risco clínico, podendo esse tipo de cicatriz ser um marcador de pior prognóstico nesta população.

Palavras-chaves: Cardiomiopatia chagásica|Taquicardiaventricular|Mapeamentoeletroanatômico

TI15

663 - CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DE CICATRIZES VENTRICULARES E DE SEU VALOR PROGNÓSTICO EM PACIENTES COM CARDIOMIOPATIA CHAGÁSICA SUBMETIDOS A MAPEAMENTO ELETROANATÔMICO

BRUNO WILNES; MARINA PEREIRA MAYRINK; GUSTAVO DE ARAUJO SILVA; BEATRIZ CASTELLO BRANCO; REYNALDO CASTRO MIRANDA; MARCOS ROBERTO QUEIROZ FRANÇA; HENRIQUE BARROSO MOREIRA; MARCO PAULO TOMAZ BARBOSA; MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES; ANDRÉ ASSIS LOPES DO CARMO.

HC-UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A cardiomiopatia chagásica (CC) é a maior causa não-isquêmica de taquicardia ventricular (TV) na América Latina, mas a descrição das cicatrizes ventriculares e sua avaliação prognóstica na TV-CC são pouco exploradas.
Métodos: Foram incluídos consecutivamente os pacientes com CC e TV recorrente, submetidos a ablacao por cateter e mapeamento eletroanatômico por mapas de voltagem bipolar e unipolar de superfícies epicárdica e/ou endocárdicas entre março de 2018 e abril de 2023. Variáveis categóricas foram comparadas por teste qui-quadrado ou por teste exato de Fisher. A normalidade foi avaliada por testes de Kolmogorov-Smirnov ou de Shapiro-Wilk. Variáveis numéricas paramétricas e não-paramétricas foram comparadas por testes t de Student e de Mann-Whitney, respectivamente. P<0,05 foi considerado significativo.
Resultados: 86 pacientes foram incluídos. As figuras 1 e 2 ilustram as distribuições do mapeamento e da presença de cicatrizes ventriculares na população. Cicatrizes epicárdicas em topografia de VE (63%) foram mais comuns que em VD (10%). Cicatrizes endocárdicas em VE foram mais comuns nas regiões basal lateral (44%), basal inferior (33%) e periaórtica (30%); cicatrizes endocárdicas em VD tiveram maior prevalência em via de saída (27%) e septo (27%). Menor fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) pré-ablação for observada em pacientes com: cicatriz epicárdica em VD (P=0,022), cicatriz epicárdica em VE e VD (P=0,048), cicatrizes epicárdica e endocárdicas em VE e VD (P=0,003). Maior incidência de FEVE <29% pré-ablação associou-se a cicatriz epicárdica em VD (P=0.014) e a cicatriz epicárdica em VE e VD (P=0,021). Cicatrizes epicárdicas em VE e VD associaram-se a escore PAINESD maior (P=0,047).
Discussão: A presença de cicatrizes epicárdicas em VD, associada ou não a cicatrizes epicárdicas em VE, relacionou-se a métricas de pior prognóstico pré-ablação, tais como FEVE reduzida e maior pontuação em escor de risco. Ainda, nossa análise demonstrou alta prevalência de cicatrizes periaórticas em pacientes com CC, fato ainda não descrito na literatura e sabidamente associado a maior recorrência de TV após ablação por cateter.
Conclusão: Cicatrizes periaórticas apresentam alta prevalência em pacientes com CC-TV. Cicatrizes epicárdicas em VD são mais comuns em pacientes com CC-TV e alto risco clínico, podendo esse tipo de cicatriz ser um marcador de pior prognóstico nesta população.
Palavras-chaves: Cardiomiopatia chagásica|Taquicardiaventricular|Mapeamentoeletroanatômico

TL11

618 - ESTIMULAÇÃO DO SISTEMA DE CONDUÇÃO: DESFECHOS CLÍNICOS E EXPERIÊNCIA DE OPERADOR ÚNICO.

DANIEL SOARES SOUSA

COMPLEXO DE SAÚDE SÃO JOÃO DE DEUS / HOSPITAL MADRE TERESA, DIVINÓPOLIS / BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

A estimulação do sistema de condução (ESC) é mais fisiológica e tem menos efeitos deletérios que a estimulação ventricular muscular convencional. Objetivo: apresentar os desfechos clínicos de pacientes operados por um único cirurgião. De janeiro de 2020 a abril de 2023, 101 pacientes (pts) foram submetidos a ESC. Objetivos específicos: 1)Caracterização dos pts, com base no Sexo e Idade. 2) Comparação das seguintes variáveis pré e pós implante: Largura QRS; CF NYHA e FEVE. 3) Comparação da Estimulação do feixe de (HIS) x da área do ramo esquerdo (RE) de acordo com todas as variáveis pré e pós implante. 4)Comparação do limiar de comando (LC) e onda R no intraoperatório de HIS x RE. Características dos pts: dos 101 pts, a média de idade foi de 74,9 anos, 60 eram homens. O procedimento mais frequente foi o RE com 52,5%, seguido do HIS em 41,6% dos pts. 5,9% foram submetidos a HIS ou RE associado a um outro eletrodo no ventrículo esquerdo através do seio coronariano (TRC). Dos 101 indivíduos, nem todos tiveram todos os parâmetros catalogados, o motivo principal foi perda de seguimento ou não realização de ecocardiograma no pós op. 89 tiveram as medidas de Largura QRS, 68 a CF NYHA e 56 a FEVE mensuradas no pré e pós op. Análise pré e pós implante: A média de Largura QRS (ms) pré foi de 128,6 e pós de 108,6 (P 0,0016). A média da CF NYHA antes era de 2,7 e pós 1,5. (P 0,0000). A FEVE aumentou em média13,1% no pósop, com a média pós 58,7% e pré de 51,9% (P 0,0068). Comparação entre procedimentos: A mediana da Largura QRS (ms) antes e após foi, RE: 150 e 110, com P 0,000; HIS: 110 e 105 com P 0,763 e TRC 158 e 113 com P 0,012. A da CF NYHA pré e pós RE: 3 e 1 com P 0,000; HIS: 3 e 1 com P 0,000 e TRC:3 e 2 com P 0,083. A mediana da FEVE (%) antes e após foi RE:49,5 e 62 com P 0,152; HIS 60 e 61 com P 0,0021 e TRC 22 e 43,5 com P 0,285. Os procedimentos RE em comparação ao HIS apresentaram maior média de onda R (13,1 x 7,31mV , P 0,0000) e menor limiar de comando (0,55 x 0,66V, P 0,065). Nenhum indivíduo necessitou de up grade para terapia de ressincronização cardíaca. 1 dos pacientes do grupo HIS necessitou de recolocação de eletrodo devido a perda de comando.

Conclusão: Os dados dessa análise mostram melhora da FEVE e CF NYHA e menor largura QRS no pós operatório, existindo também no cirurgião em questão uma tendência a aumento dos implantes RE em relação ao HIS por maior facilidade técnica, maiores ondas R e menores limiares de comando.

Palavras-chaves: Estimulação do sistema condução|marcapassohissiniano|cardiomiopatia induzida pelo marcapasso

TL13

716 - SPECKLE-TRACKING PELA ECOCARDIOGRAFIA PARA AVALIAÇÃO DE REMODELAMENTO VENTRICULAR ESQUERDO EM ATLETAS DE FUTEBOL

HAROLDO CHRISTO ALEIXO[1]; ANDRE GUALBERTO JAFETH ALVES[2]; CASSIA APARECIDA SILVA[2]; LUZ MARINA TACURI CHAVEZ[2]; KACIANE KRAUSS BRUNO OLIVEIRA[2]; THALES PESSOA CHRISTO ALEIXO[2]; ARTHUR MAIA AMARAL[2]; LUIZA PEREIRA AFONSO DOS SANTOS[2]; BRUNO RAMOS NASCIMENTO[2]; MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES[2].

1. CLUBE ATLÉTICO MINEIRO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: Ecocardiografia com "Speckle-tracking" (STE) é uma ferramenta sensível para detecção precoce de sinais de remodelamento cardíaco induzido por exercício em atletas, que pode contribuir para diferenciar entre adaptações fisiológicas ou patológicas aos esportes. Objetivamos avaliar o efeito do treinamento esportivo na função miocárdica através do STE em jogadores de futebol.
Métodos: Recrutamos prospectivamente jogadores adolescentes que participam de treinamento regular em um time de futebol de Minas Gerais, Brasil. Todos os atletas sem doença cardiovascular prévia e com coração estruturalmente normal ao ecocardiograma foram incluídos. Strain Longitudinal Global (SLG) por STE foi realizado em cada atleta e mensurado offline por meio do software EchoPAC (GE). SLG foi categorizado de acordo com o valor absoluto |x| e um SLG <16% foi considerado reduzido, 16% a 18%, borderline e >18% normal. Variáveis clínicas, demográficas e ecocardiográficas associadas com redução e borderline SLG foram avaliadas por regressão logística.
Resultados: A população estudada foi composta por 352 atletas homens treinados, com uma média de idade de 14 anos (faixa 9 a 20), índice de massa corporal (IMC) de 20.4±2.8 kg/m2, e fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 70±6%. No geral da população estudada, a média do valor do SLG foi de -19,6±2,2%, reduzido em 13 atletas (3,7%) e borderline em 57 atletas (16,3%). Na regressão logística multivariável, IMC (oddsratio [OR] 1,38; Intervalo de Confiança 95% [IC] 1,21–1,59; p<0,001), FEVE (OR=0,94; IC95% 0,91–0,98; p=0,004), volume atrial direito (OR=0,89; IC95% 0,83–0,95; p=0,001), razão E/e' (OR=1,52; IC95% 1,07–2,11; p=0,019) e razão E/A (OR=0,37; IC95% o,18 - 0,78; p=0,009) foram independentemente associados ao SLG reduzido ou borderline. O modelo foi bem calibrado e com boa discriminação, com estatística C de 0,78 (IC95% 0,72–0,85).
Conclusão: Este estudo fornece valores de SLG esporte-específico em um cenário de FEVE normal em atletas jovens. Determinantes de SLG anormal incluem parâmetros ecocardiográficos diastólicos e sistólicos relacionados a adaptação ao exercício. Deformação miocárdica reduzida por STE pode refletir um estado cardíaco de relaxamento e não uma patologia subjacente.
Palavras-chaves: speckle-tracking | echocardiography | soccer

TL14

731 - ASSOCIAÇÃO ENTRE HEMODILUIÇÃO EXCESSIVA DURANTE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA A MORTALIDADE NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

GABRIEL ASSIS LOPES DO CARMO; GABRIELA ZAMUNARO LOPES RUIZ; GABRIELA VIEIRA MARQUES DA COSTA LEÃO; DJENANE FIGUEIREDO DE REZENDE; DAVSON JOSÉ BERGAMASCHI SOUZA; BIANCA ITUASSU MAPA NONATO VICENTE GALLO; BRUNO RODRIGUES PEREIRA; LUIZA MOREIRA GOMES; ANA CRISTINA CARIOCA; BÁRBARA CAROLINA SILVA ALMEIDA.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A hemodiluição levando à queda excessiva do hematócrito durante a circulação extracorpórea (CEC) está associada ao aumento de comorbidades após cirurgias cardíacas. Entretanto, sua relação com maior mortalidade ainda não é completamente entendida.
Objetivo: Avaliar o prognóstico dos pacientes que apresentaram queda de hematócrito abaixo de 24% durante a CEC em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, comparado à população que com hematócrito maior que 24%.
Metodologia: Coorte prospectiva de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca em uma instituição de ensino no Brasil.
Resultados: Foram analisados 847 pacientes operados entre dezembro de 2016 e dezembro de 2022, mediana de idade de 59 (49;68) e 423 (49,9%) do sexo feminino. As populações foram diferentes quanto ao sexo feminino, 33,3% vs 66%, p<0,001, idade, 57 (47;66) vs 61 (51;69), p<0,001, peso, 74 (64;84) vs 66 (57;74), p<0,001, superfície corpórea, 77,37 (66,92; 87,81) vs 69,01 (59,61; 77,37), P<0,001, Diabetes melitus não insulino requerente, 48 (11,5%) vs 72 (16,7), p=0,03, diabetes melitusinsulino requerente, 19 (4,6%) vs 35 (8,1%), p=0,034, hematócrito prévio, 41,45 (38,1;44,73) vs 35,7 (32,05; 39,5), p<0,001, e euroscore 2, 1,51 (0,89; 2,77) vs 2,61 (1,37; 5,38), p<0,001, para os grupos sem e com hemodiluição, respectivamente. O óbito ocorreu em 24 (5,8%) vs 84 (19,5%) nos grupos sem e com hemodiluição, p<0,001. A análise multivariada mostrou que a idade, OR=1,044 (IC95%=1,021-1,067), hemodiluição, OR=2,624 (IC95%=1,407-4,894) e o euroscore 2, OR=1,107 (IC95%=1,066-1,150), estiveram associados à maior mortalidade. A adequação do modelo de regressão logística foi avaliada pelo teste de Hosmer-Lemeshow e apresentou valor de p=0,102. A área sobre a curva ROC da hemodiluição foi de 0,748 (IC95%=0,698-0,797) para o desfecho mortalidade.
Conclusão: A presença de hemodiluição com hematócrito inferior a 24% durante a CEC foi a variável que mais se associou à ocorrência de mortalidade nessa coorte, superando até o euroscore 2. Esses dados sugerem que o acompanhamento do hematócrito deve ser sistemático durante o procedimento, com vistas à sua manutenção acima de 24%, de acordo com os dados do presente estudo. Além disso, medidas devem ser tomadas para evitar queda significativa no hematócrito no intraoperatório, que vão desde estratégias para aumentar o seu valor antes do procedimento, até o uso de concentrado de hemácias no priming da CEC ou fora dela e uso de hemoconcentrador.

Palavras-chaves: Cirurgia Cardíaca | Hemodiluição | Mortalidade

TL21

720 - COMBINAÇÃO DE FERRAMENTAS DE TELECARDIOLOGIA PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

CLARECI CARDOSO[1]; CASSIA APARECIDA SILVA[2]; ISABELY KAROLINE DA SILVA RIBEIRO[1]; GABRIELA APARECIDA DA SILVA[1]; GUSTAVO GALVAO CUNHA[1]; ALLAN DE MORAIS BESSA[1]; WANESSA VINHAL[1]; MARINA GOMES DINIZ[2]; MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES[2]; BRUNO RAMOS NASCIMENTO[2].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI - CAMPUS DIVINÓPOLIS, DIVINÓPOLIS - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: Ferramentas de telecardiologia são promissoras para melhora da estratificação de risco, sobretudo em regiões com recursos de saúde limitados. Objetivamos avaliar a acurácia do tele-eletrocardiograma (ECG) em predizer anormalidades ao rastreamento ecocardiográfico (ECO) na Atenção Primária.
Métodos: Em 11 meses, 6 profissionais de saúde em 11 unidades de Atenção Primária foram treinados em protocolos simplificados de ECO com aparelhos portáteis (GE VSCAN). Tele-ECGs foram registrados com software dedicado, com ferramentas de medição e ampliação, com diagnóstico final avaliado por um cardiologista. Pacientes com alterações maiores ao ECG pelo código de Minnesota, e uma amostra na proporção 1:3 de indivíduos sem alterações, submeteram-se, após consentimento, a um questionário clínico e ao ECO de rastreamento com interpretação remota por especialista. Cardiopatia grave foi definida como doença valvar moderada/grave, disfunção/hipertrofia ventricular, derrame pericárdico ou alterações segmentares de contratilidade. Associação entre as alterações do ECG e a presença de cardiopatia ao ECO foram avaliadas por regressão logística, em 4 modelos: 1) não ajustado; 2) modelo 1 ajustado por idade e sexo; 3) modelo 2 + fatores de risco cardiovascular (hipertensão e diabetes); 4) modelo 3 + histórico de doença cardiovascular (Cardiopatia Chagásica, Cardiopatia Reumática, Cardiopatia Isquêmica, Acidente Vascular Cerebral e Insuficiência Cardíaca).
Resultados: No total 675 pacientes realizaram ECO, 529 (78%) com alterações maiores ao ECG. A mediana de idade foi 67 (IQR 60-75) anos, 50,8% eram homens; 77% tinham hipertensão, 36,4% diabetes e 22,7% cardiopatia isquêmica. Alterações maiores ao ECG se associaram a uma chance 2,2 vezes maior de cardiopatia grave ao ECO em análise bivariada: OR=2,15; (IC95% 1,40-3,41), permanecendo significativas (p<0,001) após ajuste nos modelos 2: OR=2,55 (IC95% 1,58-4,24), modelo 3: OR=2,48 (IC95% 1,53-4,12) e modelo 4: OR=2,23 (IC95% 1,36-3,74). Idade (OR=1,11 IC95% 1,09-1,13; p<0,001) e insuficiência cardíaca (OR=5,07 IC95% 1,71-16,6; p=0,005) também foram preditores independentes de cardiopatia grave ao ECO.
Conclusão: As alterações maiores ao Tele-ECG aumentaram a probabilidade de diagnóstico das principais cardiopatias ao rastreamento ecocardiográfico, mesmo após ajustes para variáveis clínicas. A combinação de ferramentas de telecardiologia e dados clínicos pode melhorar a estratificação de risco na Atenção Primária.
Palavras-chaves: telecardiologia|estratificação de risco | rastreamento ecocardiográfico

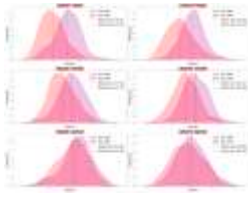
TL22

682 - O VALOR DO ECOCARDIOGRAMA COM SPECKLE TRACKING (2DST) NA AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO VENTRICULAR ESQUERDA APÓS VALVULOPLASTIA MITRAL PERCUTÂNEA

LUZ MARINA TACURI CHAVEZ; PAULO HENRIQUE MOREIRA MELO; FERNANDA DE AZEVEDO FIGUEIREDO; WILLIAM ANTÔNIO DE MAGALHÃES ESTEVES; MATHEUS DE OLIVEIRA FERREIRA; TOBIAS KENNEDY GONÇALVES DE MATOS; PEDRO EMANUEL DE PAULA CARVALHO; FERNANDO FREITAS COUTINHO; LUANA AGUIAR MELLO; MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A cardiopatia reumática (CR) produz importantes alterações valvulares com sequelas graves e incapacitantes, sendo a estenose mitral (EM) a mais comum. A função ventricular esquerda (VE) pode estar comprometida pelo espessamento do aparato subvalvar e redução da pré-carga ventricular. O ecocardiograma com a técnica do Speckle Tracking strain (2DST) se mostrou uma forma mais sensível para caracterizar a função sistólica. Entretanto, as alterações do 2DST após a intervenção valvar não se acham bem definidas.
Objetivos: Determinar as mudanças da função do VE após a valvuloplastia mitral percutânea (VMP) utilizando o 2DST em pacientes com estenose mitral reumática grave.
Métodos: Este estudo incluiu prospectivamente 186 pacientes com diagnóstico de EM grave (área valvar de 0,97±0,25 cm2) submetidos à VMP com sucesso. A idade de 45,17±11,4 anos, sendo 83,6% do sexo feminino. Todos os pacientes estavam sintomáticos e com morfologia favorável para realização da VMP. Os pacientes foram avaliados usando ecocardiograma com 2DST simplificada no corte apical de 4 câmaras. A variação de strain nos segmentos basal, médio e apical no nível septal e lateral do ventrículo esquerdo, antes e após a VMP foi analisada por meio do teste de T pareado.
Resultados: A área valvar após a VMP foi de 1,6 ± 0,28 e a pressão sistólica na artéria pulmonar foi de 46 ± 18 mmHg para 35 ± 13 mmHg após o procedimento. Não houve alterações significativas nos valores da fração de ejeção pré e após a VMP. Em contraste, todas as medidas do strain pelo 2DST apresentaram um aumento expressivo após a VMP (teste-t pareado, valor-p < 0,0012), especialmente nos segmentos basais (Figura). O valor do strain global pre VMP foi de 16,2%, elevando para 20,3% após o procedimento.



Discussão: O aumento dos valores obtidos no strain 2DST demonstrou o benefício da VMP na função ventricular esquerda.
Conclusão: Nos pacientes com EM submetidos à VMP, houve aumento dos valores do strain, sem diferença na fração de ejeção, indicando que um processo reumático fibroso subvalvar possa contribuir para comprometimento da contratilidade ventricular. O ecocardiograma com 2DST demonstrou ser um método acurado para determinação da função ventricular esquerda.

Palavras-chaves: Estenose mitral Reumática | Valvuloplastia mitral

TL23

693 - DESFECHOS DA CARDIOPATIA REUMÁTICA LATENTE: VALIDAÇÃO EXTERNA DE UM ESCORE SIMPLIFICADO EM PACIENTES COM E SEM PROFILAXIA SECUNDÁRIA

BRUNO RAMOS NASCIMENTO[1]; MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES[1]; JOSÉ LUIZ PADILHA DA SILVA[1]; LIESL ZUHLKE[2]; EMMY OKELLO[2]; CRAIG SABLE[2]; LUCAS DIAMANTE[1]; MAURO HENRIQUE AGAPITO DA SILVA[1]; ALEXANDRE DE MELO FERREIRA[1]; ANDREA ZAWACKI BEATON[2].

1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. GOALTRIALINVESTIGATORS, KAMPALA - UGANDA.

Introdução: Antibioticoprofilaxia secundária reduz a progressão da cardiopatia reumática (CR) latente em crianças. Apesar disso, cerca de metade das crianças apresenta melhora com ou sem profilaxia. Uma melhora na estratificação de risco pode refinar as recomendações de profilaxia após rastreamento ecocardiográfico (ECO) positivo. Objetivamos validar um score de risco ecocardiográfico para predizer desfechos de médio prazo da CR latente em crianças.
Métodos: A população incluiu crianças que completaram o Goaltrial, estudo clínico randomizado controlado de antibioticoprofilaxia secundária em crianças com CR latente em Uganda. As crianças foram submetidas ao ECO no início e ao fim do estudo, com adjudicação cega feita por um painel de 4 membros para definir o diagnóstico. Aplicamos um score de risco baseado em pontos previamente desenvolvido em coortes no Brasil e Uganda, com 5 variáveis (espessamento do folheto anterior da valva mitral (3 pontos), movimentação excessiva da ponta do folheto da valva mitral (3), comprimento do jato de regurgitação mitral 2 cm (6), espessamento focal da valva aórtica (4) e qualquer regurgitação aórtica (5)) para predizer desfecho desfavorável, definido como progressão da categoria (borderline para definitivo, doença valvar leve definitiva para doença moderada/severa) ou manutenção de CR definitiva.
Resultados: Um total de 801 pacientes (626 borderlines e 175 com CR definitiva, idade média 12,5±2,9 anos) foram incluídos, com seguimento médio de 24 meses. A progressão da CR foi observada em 3 pacientes do grupo que recebeu penicilina, vs. 33 no grupo controle e, em geral, 386 pacientes regrediram e 377 permaneceram estáveis. O score ecocardiográfico foi fortemente associado com desfecho desfavorável (Odds-ratio (OR)=1,25, IC95% 1,15-1,36, p<0,001). Índices de desfechos desfavoráveis em crianças de baixo (6 pontos), médio (7 - 9) e alto risco (10) foram de 12,2%, 31,1% e 42,2% (p<0.001) respectivamente, com área sob a curva ROC de 0,64 (IC95% 0,59-0,69). Entre crianças sem profilaxia, o score teve performance similarmente boa: OR=1,24 (IC95 1,12-1,39), área abaixo sob a curva ROC: 0.64 (95% IC 0,58-0,70).
Conclusões: O escore de risco simplificado foi um preditor acurado do status da CR em 2 anos, mostrando boa performance em uma população com fenótipos mais leves da CR, com potencial valor potencial estratificação de risco global.

Palavras-chaves: cardiopatia reumática | ecocardiografia | escore

TL24

770 - PREVALÊNCIA DAS FORMAS CLÍNICAS DA DOENÇA DE CHAGAS: REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE

BRUNO RAMOS NASCIMENTO[1]; ANDRÉ DIAS NASSAR NABACK[1]; BEATRIZ MARINO PENA SANTOS[1]; ISRAEL MOLINA[1]; ISIS ELOAH MACHADO[1]; PABLO PEREL[2]; MATHEUS LUCCA ÂNGELO COSTA RODRIGUES[1]; LUCAS LEAL FRAGA[1]; CAROLINE DEMACQ[1]; ANTONIO L P RIBEIRO[1].

1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. WORLD HEART FEDERATION, GENEBRA - SUICA.

Introdução: Sequelas da Doença de Chagas (DC) representam significativo ônus para regiões endêmicas, e há falta de dados atualizados sobre a prevalência de suas diferentes formas clínicas. Objetivamos avaliar a prevalência de formas clínicas da DC entre adultos soropositivos, compilando dados publicados disponíveis.
Métodos: A revisão sistemática foi realizada por 2 investigadores nas bases de dados Medline, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Cochrane e Embase, incluindo artigos (coortes de base populacional, inquéritos ou estudos transversais) publicados de 1990 a agosto de 2022, que avaliaram a prevalência das formas clínicas da DC entre adultos soropositivos: a. forma indeterminada, b. Cardiomiopatia Crônica Chagásica (CCC), c. manifestações digestivas e d. eventos tromboembólicos. O software Comprehensive Meta Analysis 3.0 foi usado para agrupar os resultados: prevalência foi apresentada como porcentagem e intervalos de confiança (IC) de 95%, e a estatística I2 foi usada para medir a heterogeneidade.
Resultados: Na busca inicial, 1.246 títulos foram selecionados, 41 manuscritos foram lidos na íntegra e 33 foram incluídos por consenso, tendo 40 estudos adicionais sido adicionados após avaliação de artigos relacionados e referências. Foram agrupados 73 estudos, abrangendo 17.132 pacientes com diagnóstico sorológico de DC (44% homens, idade média ponderada de 43,6 anos). Foram incluídos 45 estudos do Brasil, 13 de outros países da América Latina e 15 na Europa, sendo 50 com pacientes ambulatoriais. A prevalência agrupada das formas clínicas de DC foi: indeterminada (46 estudos): 42,6% (95% CI 36,9 – 48,6), I2=95,1; CCC (71 estudos): 42,7% (95% CI 37,3 – 48,3), I2=96,1; digestiva (44 estudos): 17,7% (95% CI 14,9 – 20,9), I2=90,2, e mista (CCC + digestiva, 26 estudos): 10,2% (95% CI 7,9 – 13,2), I2=87,5. A prevalência das formas clínicas foi significativamente menor em estudos de base populacional e naqueles realizados com doadores de sangue, em comparação com estudos ambulatoriais ou em internação. Na meta-regressão, a média de idade da amostra associou-se com as taxas das formas indeterminada (β=-0,06, p<0,001) e CCC (β=0,05, p<0,001), mas não com a digestiva (β=0,004 , p=0,61) à apresentação.
Conclusão: A prevalência agrupada de CCC entre pacientes com DC parece ser maior em comparação com publicações anteriores, com taxas semelhantes da forma digestiva. Observou-se, entretanto, elevada heterogeneidade e baixa qualidade dos dados.
Palavras-chaves: doenças de chagas | formasclínicas | meta-análise

S2M21

643 - A ACURÁCIA DA AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL EM PACIENTES COM FIBRILAÇÃO ATRIAL

JONATAS ARAUJO MERISIO; PEDRO LUCAS RODRIGUES; GABRIELLA SIMÕES COELHO; ERICO RIBEIRO NETTO; PRISCILA DO VAL GONZAGA; RIVADAVIA FERNANDES DA SILVA NETO; LUIZA SIQUEIRA BARRETO DE SOUZA; ISIS OLIVEIRA RIBEIRO.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - CAMPUS GOVERNADOR VALADARES, GOVERNADOR VALADARES - MG - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A fibrilação atrial (FA) é a arritmia sustentada mais comum na prática clínica, relacionada ao envelhecimento da população. A medição da pressão arterial (PA) em pacientes com FA é um desafio devido à irregularidade do ritmo cardíaco. O esfigmomanômetro é amplamente utilizado na prática clínica para aferir a PA, mas sua acurácia na aferição da PA em pacientes com FA é controversa.
MÉTODOS: Foi realizada busca sistemática na base de dados PubMed para encontrar artigos publicados entre 2018 e 2022 que avaliaram a acurácia do esfigmomanômetro na medição da PA em pacientes com FA, resultando em 35 artigos. Foram incluídos 14 estudos que compararam a medição da PA pelo esfigmomanômetro com outras técnicas, como a monitorização ambulatorial da pressão arterial e a medida intra-arterial.
RESULTADOS: Os estudos sugerem que o esfigmomanômetro pode subestimar a PA em pacientes com FA, especialmente em casos de fibrilação atrial persistente ou permanente. Além disso, a acurácia do esfigmomanômetro pode ser influenciada por fatores como o tipo de manguito utilizado e o método de medida da PA (sistólica, diastólica ou média). A MAPA e a medida intra-arterial podem fornecer informações mais precisas sobre a PA em pacientes com FA, mas essas técnicas são mais invasivas e menos práticas na rotina clínica.
DISCUSSÃO: Embora o esfigmomanômetro seja um método simples e amplamente utilizado para medir a PA em pacientes com FA, têm suas limitações. A MAPA e a medida intra-arterial podem fornecer informações mais precisas sobre a PA em pacientes com FA, mas essas técnicas são mais invasivas e menos práticas na rotina clínica. A escolha do método de medida deve ser individualizada, considerando a acurácia, a invasividade e a praticidade para cada paciente.
CONCLUSÃO: A acurácia do esfigmomanômetro na medição da PA em pacientes com FA pode ser limitada, especialmente em casos de fibrilação atrial persistente ou permanente. É importante considerar outras opções de medida em casos de suspeita de hipertensão arterial ou controle de pressão em pacientes com FA. A escolha do método de medida deve ser individualizada, considerando a acurácia, a invasividade e a praticidade para cada paciente. O uso de um manguito maior ou a aplicação de algoritmos específicos podem melhorar a acurácia do esfigmomanômetro na medição da PA em pacientes com FA.
Palavras-chaves: Fibrilação Atrial | PressãoArterial | Acurácia

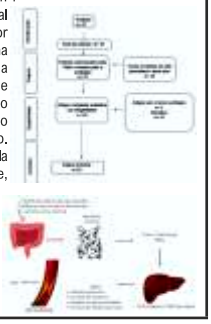
S1M36

629 - A RELAÇÃO ENTRE A DISBIOSE E O INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

AMANDA LANNA VASCONCELOS GIRUNDI; CAROLINA FERNANDES OTONI VIEIRA; AMANDA ARAÚJO NONATO; ANA VITORIA CHAGAS LEITE LAMBERTUCCI; ANTONIO CAETANO DOS SANTOS NETO; ANNA CARLA DI NÁPOLI ANDRADE E BRAGA; ERICA SILVA.

FCMMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A aterosclerose é uma doença sistêmica vascular caracterizada pela formação de placa de gordura e enrijecimento arterial, causadora de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). É uma doença inflamatória, crônica e de origem multifatorial. Diversos estudos são desenvolvidos com o objetivo de retardar a progressão da doença e evitar desfechos fatais. Avanços em pesquisas buscam esclarecer todos os mecanismos fisiopatológicos, além dos já elucidados como obesidade, diabetes e tabagismo. Nessa perspectiva, para entender melhor o perfil inflamatório da aterosclerose, o estudo da flora intestinal passa a ter papel importante. O desbalanço da microbiota, a disbiose, parece estar envolvida na inflamação tecidual e vulnerabilidade da placa de ateroma. O presente estudo objetiva analisar a relação entre a disbiose e o IAM.
Métodos: Pesquisas realizadas na base de dados PubMed com as palavras chave "gutmicrobiome" e "myocardialinfarction". Os critérios de inclusão foram: ensaios clínicos e artigos originais publicados a partir de 2019 que abordaram a relação entre a microbiota e o IAM e os de exclusão: estudos que não abordavam o tema e os não disponibilizados na íntegra.
Resultados: Um total de 97 artigos foram potencialmente relevantes a partir da busca das palavras chave no PubMed e 35 foram incluídos neste estudo. Excluídos os que abordaram outros temas que não a relação entre a microbiota e o infarto agudo do miocárdio (40), os disponibilizados apenas em forma de resumo (3) e estudos de revisão sistemática (19). Imagem 1
Discussão: A trimetilamina (TMA) é um metabólito intestinal originado dos aminoácidos de origem animal que passam por oxidação hepática para formação de N-óxido de trimetilamina (TMAO). Este pode estar associado à aterosclerose ao favorecer a formação de placa de ateroma e a ativação de células endoteliais e de plaquetas. A disbiose agrava o perfil inflamatório pelo aumento de citocinas e recrutamento de imunócitos, além da expressão gênica de biomarcadores envolvidos no remodelamento cardíaco. Ademais, a modulação dos níveis de ácidos graxos mediados pela microbiota pode beneficiar o tratamento da aterosclerose, modificando os padrões de inflamação envolvidos no reparo cardíaco pós-IAM.
Conclusão: Há uma possível relação entre a disbiose e a ocorrência e a gravidade do IAM. Entretanto, são necessárias mais pesquisas para elucidar esse mecanismo a fim de trazer melhores perspectivas terapêuticas. Imagem 2



Palavras-chaves: Aterosclerose | Disbiose | Infarto do miocárdio

S1M41

661 - DOENÇA ATEROSCLERÓTICA DECLARADA ENTRE FUMANTES EM PROCESSO DE CESSAÇÃO

LUIZ GUSTAVO REIS CARVALHO; VITÓRIA DE JESUS CARVALHO; SARHA APARECIDA DOS SANTOS; PEDRO MARTINS OLIVEIRA; GUSTAVO SALES MORETO; EDIMAR SERAFIM GONÇALVES NETO; ANDRÉ LUSTOSA MASCARENHAS; BRUNO CHAVES MONTEIRO; ARISE GARCIA DE SIQUEIRA GALIL; ELIANE FERREIRA CARVALHO BANHATO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Introdução: A doença aterosclerótica caracteriza-se como uma disfunção endotelial multifatorial, sendo o tabagismo um de seus fatores mais agressivos e com manifestações em diversos sítios vasculares. As substâncias químicas do cigarro potencializam tanto o desenvolvimento de placas ateroscleróticas, quanto a progressão das já existentes. Assim, intervenções para a cessação tabágica reduzem efetivamente o risco de eventos cardiovasculares e de avanço da doença.
Objetivos: Avaliar a associação entre a doença aterosclerótica declarada (DAD) com características clínicas e a história tabágica (HT) entre fumantes em processo de cessação. Métodos: Estudo observacional de coorte transversal, avaliando fumantes com multimorbidades, em ambulatório de cardiologia do serviço público de Minas Gerais, entre 09/2021 a 02/2023.
Definições: DAD: presença de lesões vasculares diagnosticadas independente do sítio vascular. Fumante pesado: consumo ≥ 20 cigarros/ dia. Uso abusivo de álcool: AUDIT-C ≥ 5 pontos; Doença renal crônica (DRC): taxa de filtração glomerular < 60 ml/ min. Resultados: 97 fumantes foram acompanhados entre a 1ª até a 12ª semana de tratamento. Idade, 57,67± 9,20 anos; mulheres, 85,6%; idosos, 62,8%. Portadores de DAD: 44,3% ; fumantes pesados, 44,3%; uso abusivo do álcool, 20,5%. Comparando portadores de DAD com aqueles sem evidência da doença, observou-se uma tendência à significância para história familiar de doença arterial coronariana (p<0,65); enquanto para hipertensão arterial (HAS), p<0,013; pressão arterial sistólica (p<0,047); DRC (p<0,021) e uso de anticoncepcional (p<0,055), houve associação estatisticamente significativa. A doença vascular periférica (DVP) foi a mais prevalente entre os sítios de DAD (41,9%), seguidos do infarto agudo do miocárdio (34,9%) e do acidente vascular cerebral (23,3%). Quanto à HT associada à DAD, houve uma tendência ao maior tempo de vício (p<0,097), porém não houve diferenças estatísticas em comparação com outras características. Discussão: O tabagismo se relaciona com a ocorrência de DAD, assim como a associação com HAS e DRC, visto a elevada prevalência da doença encontrada na amostra, com maior frequência de DVP entre os sítios afetados.
Conclusão: A HT de forma geral, exceto o tempo de vício, não influenciou desfechos específicos nesta população. Entretanto, ressalta-se a importância do tabagismo como fator de investigação de DAD em fumantes e do rastreamento dessa doença para a história clínica dos pacientes.
Palavras-chaves: doença aterosclerótica | tabagismo | cessação

S1M42

702 - RABDOMIÓLISE COMO EFEITO ADVERSO AO USO DE ESTATINAS - RELATO DE CASO

RENATA VITORIANO CORRADI GOMES[1]; HUGO ARAÚJO MIRANDA[2]; JULIA AVANCINI VIGUINI[1]; OSÉIAS DE OLIVEIRA SANTOS[1].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI, TEÓFILO OTONI - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO, OURO PRETO - MG - BRASIL.

Rabdomiólise como efeito adverso ao uso de estatinas - relato de caso
Introdução: Os inibidores seletivos da hidroximetilglutarilcoenzima-A redutase, conhecidos como estatinas, impactaram de forma significativa o tratamento de pacientes com dislipidemia, com redução do risco cardiovascular. Embora a terapia com estatinas seja bem tolerada, a sua miotoxicidade causa efeitos colaterais em 7 a 29% dos pacientes, sendo a rabdomiólise a apresentação mais grave.
Descrição do caso: O presente caso trata de uma paciente de 57 anos, sexo feminino, hipertensa, com síndrome demencial, admitida em Unidade Hospitalar com quadro de vômitos, anorexia, dor e astenia em membros inferiores impedindo deambulação há 20 dias. Ao exame físico encontrava-se em regular estado geral, hipocorada, eupneica em ar ambiente, eucardica, normotensa, sem sinais de hipervolemia. Havia iniciado recentemente uso de Rosuvastatina (20 mg) devido à hipercolesterolemia. Na revisão laboratorial apresentava Hemoglobina: 8.8 g/dL, Creatinina: 3,3 mg/dL, Ureia: 115 mg/dL e Urinálise com 10 hemácias por campo, nitrito negativo, sem microorganismos na bacterioscopia. Considerando o quadro de elevação de escórias renais em contexto de início recente do uso de Rosuvastatina, além da hematúria expressiva, foi considerada a hipótese de Injúria Renal Aguda (IRA) secundária à Rabdomiólise induzida por Estatina. A dosagem laboratorial da Creatinina Fosfoquinase (CPK) foi solicitada e o seu resultado de 1365 U/L confirmou a hipótese previamente levantada. Foi orientado suporte clínico, com hidratação supervisionada e os medicamentos foram suspensos. No curso da internação os sintomas musculares cessaram, o débito urinário aumentou gradativamente e as escórias nitrogenadas reduziram. Posteriormente recebeu alta hospitalar com ajustes dos medicamentos de uso contínuo e orientação para manter acompanhamento ambulatorial.
Conclusão: Rabdomiólise é uma condição rara associada ao uso de estatinas. É aconselhável educar os pacientes sobre os seus efeitos colaterais, a fim de identificar de forma precoce uma miopatia que possivelmente possa evoluir para rabdomiólise. O diagnóstico se baseia nos achados concomitantes de astenia, níveis elevados de CPK, hematúria e IRA. Na vigência dos sintomas, a interrupção do medicamento é mandatória, com reposição de fluídos, alcalinização da urina e suporte dialítico. Mesmo com a evolução satisfatória do caso é importante ter atenção quanto a essa grave complicação das estatinas.
Palavras-chaves: Estatinas | Miotoxicidade | Rabdomiólise

S1M43

754 - AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR MODIFICÁVEIS NO DECORRER DA GRADUAÇÃO MÉDICA: ANÁLISE TRANSVERSAL

LUIZA DE BARROS MENDES PIRES[1]; ERICA SILVA[2]; ISABEL VIANA PIRES DE ANDRADE CARVALHO[1]; LUÍSA PRADO GUIMARÃES[1]; LUIZA MARGOTO MARQUES[1]; LUIZA SIQUEIRA VELOSO DE ANDRADE CARVALHO[1].

1. FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL MATER DEI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

INTRODUÇÃO: As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo e vários fatores de risco modificáveis são instituídos na juventude, entre 15 e 24 anos de idade. Nessa faixa etária, muitos são estudantes universitários que podem sofrer modificações de estilo de vida influenciados pelo ambiente de convivência e orientações profissionais. O presente estudo visa comparar a prevalência de fatores de risco em estudantes de medicina em dois períodos distintos da formação com o objetivo de mostrar o possível impacto do curso na mudança do estilo de vida.
MÉTODOS: Estudo transversal, através de aplicação de questionário, em abril/2023, para acadêmicos de medicina de uma faculdade particular em Belo Horizonte. Cada questionário possuía 18 perguntas que contemplavam: sexo, idade e presença de fatores de risco (hipertensão arterial sistêmica - HAS, dislipidemia, prática de atividade física, índice de massa corporal, percepção do estresse, diabetes, tabagismo e consumo de álcool). RESULTADOS: Foram entrevistados 351 acadêmicos sendo 68% mulheres com média de idade de 20 anos divididos em dois grupos, 205 do 1º ano e 146 do 4º ano. Naqueles do 4º ano, observou-se redução na prevalência de HAS (2,4 x 1,4%), dislipidemia (8,3 x 5,5%), sedentarismo (22,4 x 11,7%) e sobrepeso e obesidade (21 x 17,8%). Em contrapartida, houve aumento do tabagismo (4,4 x 8,3%) e o consumo de álcool (58,5 x 77,4%) e, por ultimo, a percepção de estresse classificado como alto e muito intenso reduziu 14,4 pontos percentuais.
DISCUSSÃO: Os dados apresentados demonstram que com o transcorrer da graduação médica há uma redução dos fatores de risco cardiovascular. Destaca-se o sedentarismo e a obesidade que são doenças diretamente ligadas à mudança de estilo de vida. Por outro lado, o tabagismo e o etilismo aumentaram ao longo da formação compatível com o volume de eventos sociais e influência interpessoal. Apesar do curso com elevada carga horária e cobrança curricular, a percepção do estresse é menor no 4º ano, podendo estar relacionada ao amadurecimento do aluno e melhor organização da rotina de estudos.
CONCLUSÃO: A educação e o aprendizado sobre a saúde cardiovascular parecem ter efeito positivo na redução do risco. O interesse individual e a influência do grupo de convivência somada ao ensino dos professores são importantes para conscientização e prevenção no processo de adoecimento. Estudos maiores são necessários para comprovação dos dados encontrados no presente estudo.
Palavras-chaves: Fatores de Risco de Doenças Cardíacas | Estudantes de Medicina | Doenças Cardiovasculares

S3M11

633 - REPERCUSSÕES CARDÍACAS DA TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL

LOREM STEFANY DA SILVA PEREIRA; GABRIELLA SIMÕES COELHO; PEDRO LUCAS RODRIGUES; MORENNO SALOMÃO FREITAS; GUSTAVO DE ALMEIDA AFONSO; MANCIO BRANDAO PADILHA TOSTES; BIANCA GUSMÃO MEIRELLES.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - CAMPUS GV, GOVERNADOR VALADARES - MG - BRASIL.

Introdução: A terapia de reposição hormonal (TRH) possui diversos usos terapêuticos, porém alguns têm sido associados ao aumento do risco cardiovascular (RCV), principalmente frente ao uso indiscriminado de hormônios para fins estéticos e de performance esportiva. Este trabalho analisa e discute as repercussões cardiovasculares adversas associadas à TRH abordadas na literatura.
Métodos: Revisão de literatura, com busca pela ferramenta BVS. Incluiu-se artigos disponíveis na íntegra, gratuitos, em língua portuguesa e inglesa e que abordassem os descritores "impacto", "cardiovascular" e "terapia hormonal". Excluiu-se os que não apresentaram exposições e desfechos de interesse e aqueles com alta probabilidade de viés e baixa qualidade metodológica. Também foi utilizada a Resolução do CFM 2.333, 30/03/23.
Resultados: Com base na análise de 16 artigos selecionados, 11 demonstraram RCV aumentados em mulheres após menopausa e os benefícios e controvérsias da TRH; sendo 2 associados aos riscos de aumento da pressão arterial (PA); 2 à relevância de se adequar a via de administração e a dose ao paciente; e 3 à importância de se individualizar a TRH. Outros foram inconclusivos em relação aos impactos da terapia. Ademais, 1 artigo discorreu sobre a dissecção espontânea de coronária associada a TRH, 1 sobre uso de anticoncepcionais orais (ACO) e aumento da PA, 2 artigos sobre a reposição de testosterona em homens com deficiência desse hormônio e seus benefícios cardiovasculares.
Discussão: No contexto de prescrições de TRH com objetivos estéticos e de performance e a publicação da Resolução do CFM 2.333, é relevante a análise dos RCVs associados ao uso da TRH enquanto terapia cientificamente resguardada. Observa-se literatura robusta sobre tais, especialmente no uso pós-menopausa. Os estudos enfatizam as controvérsias do tema referente aos RCVs e a relação com variáveis como via de administração e dose ideal. Outras TRHs, associadas a testosterona, GH e ACOs também são abordadas pela literatura, tendo os mesmos questionamentos sobre possíveis RCVs.
Conclusão: O uso da TRH em mulheres após a menopausa ainda é um tema controverso. A dose e via de administração da TRH devem ser adequadas para minimizar tais riscos. A TRH individualizada pode ser benéfica em alguns casos. O uso de ACO também pode aumentar a PA. A reposição de testosterona em homens com deficiência parece trazer benefícios cardiovasculares. A dissecção espontânea de coronária na TRH requer mais estudos.

Palavras-chaves: Impacto | Cardiovascular | Terapia hormonal

S3M13

711 - DIFERENÇA ENTRE O PICO DO CONSUMO DE OXIGÊNIO AVALIADO AO TESTE DE ESFORÇO CARDIOPULMONAR E ESTIMADO AO TESTE ERGOMÉTRICO EM PACIENTES COM CARDIOMIOPATIA CHAGÁSICA

LEANDRO BARBOSA FILHO[1]; PEDRO HENRIQUE SCHEIDT FIGUEIREDO[2]; WHESLEYTANOR SILVA[2]; MATHEUS RIBEIRO ÁVILA[2]; IGOR LUCAS GERALDO IZALINO DE ALMEIDA[1]; VITTOR DE MOURA COLICCHIO[2]; LUCAS FROIS FERNANDES DE OLIVEIRA[2]; KEITYLAMARY SOUZA SILVA[2]; HENRIQUE SILVEIRA COSTA[2]; SANNY CRISTINA DE CASTRO FARIA[1].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI, DIAMANTINA - MG - BRASIL.

Introdução: A doença de Chagas permanece como um problema de saúde pública na América Latina mesmo após mais de um século da sua descoberta. Dentre as formas clínicas, a cardiopatia chagásica, forma cardíaca da doença, é a mais grave e a mais comum. Os pacientes apresentam redução da capacidade funcional desde o início da cardiopatia, destacando a importância da avaliação funcional regular dessa população. A mensuração do pico do consumo de oxigênio (VO2pico) ao Teste de Esforço Cardiopulmonar (TECP) é o padrão-ouro em tal avaliação. Entretanto, o teste é oneroso e pouco acessível em áreas com poucos recursos tecnológicos, o que dificulta a sua realização em áreas endêmicas em doença de Chagas. O teste ergométrico, menos oneroso, pode ser uma alternativa viável. Entretanto, o VO2pico é estimado e é necessário verificar a acurácia da fórmula de predição em pacientes com cardiopatia chagásica.
Objetivo: Verificar a relação entre o VO2pico avaliado e estimado pelo teste ergométrico em pacientes com cardiopatia chagásica.
Métodos: Sessenta pacientes com cardiomiopatia chagásica (48,8±10,4 anos, NYHA I-III) foram avaliados ao TECP, pelo protocolo de Bruce. O VO2pico estimado foi calculado utilizando as fórmulas VO2max = (2,9 x tempo em minutos) +8,33 para homens e para mulheres: VO2max = (2,74 x tempo em minutos) +8,03. A diferença entre os valores foi verificada pelo teste de Wilcoxon. A correlação entre o VO2pico avaliado e estimado foi analisada pelo teste de Pearson. As médias da média e da diferença dos valores foram plotadas no diagrama de Bland-Altman.
Resultados: O VO2pico avaliado de forma direta foi 24,4±8,3 mL.kg.min, enquanto o VO2pico estimado foi de 33,5±7,4 mL.kg.min, com diferença significativa entre os valores ($p<0,001$). O VO2pico foi superestimado em 27%. Apesar da diferença, houve correlação entre as medidas ($r=0,302$; $p=0,020$). No diagrama de Bland-Altman, a maioria dos valores permaneceu entre os limites de concordância e a diferença média dos valores foi de 4,5 mL.kg.min ou 1,3 METs.
Conclusão: Em pacientes com cardiopatia chagásica, a fórmula de predição do VO2pico ao teste ergométrico superestimou o valor avaliado de forma direta. A formulação de novas equações devem ser investigadas por estudos futuros.

Palavras-chaves: Doença de Chagas|cardiomiopatiachagásica|ergometria

S1M15

641 - SHUNT VENTRÍCULO ESQUERDO-ÁTRIO DIREITO (DEFEITO DE GERBODE) CONGÊNITO: UM RELATO DE CASO.

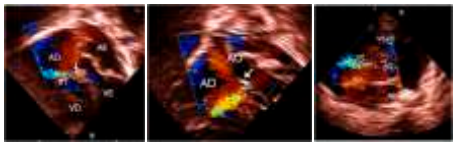
GABRIELA AIRES RIBAS; SOLAYNE CRISTINA DE RESENDE SILVA; BARBARA NOGUEIRA DOS SANTOS; IGOR DE SOUZA NETO.

FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: O defeito de Gerbode é a comunicação entre ventrículo esquerdo e átrio direito (VE-AD), congênito ou adquirido, e corresponde a menos de 1% dos defeitos cardíacos congênitos. Este relato de caso clínico de um recém-nascido (RN) com defeito de Gerbode congênito tem como objetivo alertar para o diagnóstico desta doença.

Relato de caso: G4P2A1, 34 anos, portadora de diabetes mellitus 2, sorologias de pré-natal e admissão da maternidade normais. US morfológico, idade gestacional 24 semanas: fenda facial; hipertrofia septal 7,1mm, diminuição da velocidade de contração atrial do ducto venoso. Ecocardiograma (Eco) fetal: Sem alterações. Parto normal, a termo, sem intercorrências, Apgar 08/09. Observada fenda palatina e lábio leporino. Encaminhado para unidade neonatal. Apresentava sopro sistólico regurgitativo em borda esternal esquerda, grau IV/VI, sem outras alterações dignas de nota. Solicitado Eco, que evidenciou forame oval (FOP) patente com "shunt" invertido, hipertrofia ventricular direita (HVD) moderada/importante, bipartido, sem obstrução associada da via de saída e estenose valvar pulmonar (EP) importante gradiente máximo de 60 mmHg. Iniciado prostaglandina. Submetido a cateterismo cardíaco e valvoplastia pulmonar com balão e tentativas de passagem pela valva pulmonar com estenose importante. Pressão ventricular direita basal 115mmHg, pós valvoplastia 32mmHg. Eco pós procedimento: FOP com "shunt" AD/AE; aumento moderado de AD; regurgitação tricúspide moderada gradiente VD-AD de 35mmHg; HVD moderada, porção apical muscularizada, sem obstrução do fluxo sanguíneo; EP moderada, abertura levemente reduzida, gradiente máximo 16mmHg; regurgitação pulmonar leve; presença de pequeno canal arterial; septo atrioventricular com pequena descontinuidade, medindo cerca de 2mm; "shunt" VE/AD com gradiente máximo 47mmHg. RN recebeu alta assintomático, sete dias após a plastia valvar. Eco após três meses evidenciou EP gradiente máximo 15,6 e médio 7,2mmHg; regurgitação pulmonar importante; comunicação VE/AD; aumento importante AD.

Conclusão: O diagnóstico é difícil, sendo o Eco o exame padrão ouro, mas sua acurácia é limitada. A realização de diagnóstico e terapêutica precoces afetam significativamente o prognóstico do paciente. O tratamento conservador é a melhor opção em assintomáticos, embora alguns autores recomendem a cirurgia para prevenir a endocardite infecciosa; já os sintomáticos demandam cirurgia precoce para melhor prognóstico.



Palavras-chaves: Cardiopatia Congênita | Valva Mitral | Defeito de Gerbode

S1M22

595 - SÍNDROME DE ORTNER EM PACIENTE COM ANEURISMA DE ARTÉRIA PULMONAR: UMA RARA MANIFESTAÇÃO CARDIOVOCAL

BRUNO DALA VEDOVA GOMES BEATO[1]; FELIPE SAMPAIO LOPES[2].

1. HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE/MG - BRASIL; 2. UNIFENASBH, BELO HORIZONTE/MG - BRASIL.

Introdução: A síndrome de Ortner (ou cardiovocal) foi descrita pela primeira vez em 1897[1], pelo médico austríaco Norbert Ortner, sendo uma causa rara de paralisia unilateral das pregas vocais e ocorre devido à compressão do nervo laríngeo recorrente esquerdo por estruturas vasculares aumentadas (por exemplo, átrio esquerdo aumentado devido a estenose mitral ou artéria pulmonar aumentada na hipertensão pulmonar)[2,3].
Discussão: T.M.C.R, 53 anos, portadora de cardiopatia valvar congênita descoberta após propedêutica de sopro cardíaco. Iniciou sintomatologia em 2008 quando procurou atendimento médico por adinamia e dispneia persistente sendo identificada Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) em exame de imagem. Em 2012 começou a perceber que juntamente com a adinamia apresentava episódios de rouquidão e em investigação através de uma Angiotomografia da Artéria Pulmonar foi diagnosticado três aneurismas: Tronco da artéria pulmonar: 40,3 mm (VR 22-26 mm), Ramo Direito da Artéria Pulmonar: 35 mm (VR 16-22 mm), Ramo Esquerdo da Artéria Pulmonar: 30mm (VR 17-25 mm). Evolutivamente, apresentou dispneia progressiva associada a intolerância aos esforços impossibilitando consideravelmente as atividades laborais e diárias. Em 2019, foi optado pela equipe cirúrgica para tratamento clínico, tendo em vista risco relacionado à intervenção. Atualmente, está em acompanhamento pelo setor de cardiologia clínica com a sintomatologia de dispneia classificada em NYHA III, cianose periférica e episódio de síncope a esclarecer. Fonte: Exame do paciente.
Conclusão: A compressão do nervo laríngeo recorrente esquerdo em decorrência de aneurisma de artéria pulmonar é uma patologia rara dentre as cardiopatias congênitas, com pouca informação relacionada ao diagnóstico e tratamento. A literatura atual carece de consenso ou diretriz delineando a propedêutica médica, sendo manejo individualizado a prática adotada no presente momento. Diante do exposto, devemos lembrar das cardiopatias em casos de disfonia como diagnóstico diferencial.
Palavras-chaves: Ortner | Cardiopatia | Aneurisma

Referências:
1- Ortner N. Recurrent nerve palsy in patient with mitral stenosis. Wien Klin Wochenschr. 1897; 10: 753–5.
2- Coen M, Leuchter I, Sussetto M, et al. ProgressiveDysphonia: OrtnerSyndrome. Am J Med 2018; 131:e494.
3- Hurtarte Sandoval AR, Carlos Zamora R, Gómez Carrasco JM, Jurado Ramos A. Ortner'ssyndrome: a case reportand review oftheliterature. BMJ Case Rep 2014; 2014.

S1M24

656 - RESULTADOS E BENEFÍCIOS DA TAVI: UMA REVISÃO DE LITERATURA

PRISCILA DO VAL GONZAGA; JONATAS ARAUJO MERISIO; RIVADAVIA FERNANDES DA SILVA NETO; LUIZA SIQUEIRA BARRETO DE SOUZA; ISIS OLIVEIRA RIBEIRO; PEDRO LUCAS RODRIGUES; GABRIELLA SIMÕES COELHO; ERICO RIBEIRO NETTO.

UFJF-GV, GOVERNADOR VALADARES - MG - BRASIL.

Introdução: O implante de valva aórtica transcateter (TAVI) é um procedimento minimamente invasivo utilizado como tratamento de pacientes com estenose aórtica (EA) moderada ou grave. Apresenta-se como um método de boa eficácia com baixa taxa de complicações, sendo estas, na maior parte das vezes, relacionadas aos fenômenos embólicos e ao acesso vascular. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica realizada na base de dados PubMed, através dos descritores "TranscatheterAorticValveReplacement"; "AorticValveStenosis"; "Ventricular EjectionFraction"; "Outcome Assessment", retirados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Foram incluídos artigos disponíveis integralmente online, publicados nos últimos 5 anos.
Resultados: Com base nos critérios de inclusão, foram selecionados seis estudos. Em um deles, observou-se uma melhora da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) (de 55,6% ± 11,6% para 59,4% ± 9,4%, P<0,001). Outro trabalho indicou que a taxa de mortalidade em 30 dias foi de 3,1% na TAVI, enquanto na intervenção cirúrgica foi de 7,8%. Além disso, a sobrevida de um ano foi de 87,5% após a intervenção transcateter e 83,9% após a intervenção cirúrgica o que demonstra que a médio prazo o TAVI tem uma melhor taxa de sobrevida.
Discussão: A EA é uma enfermidade frequente do sistema cardiovascular, capaz de causar danos progressivos ao ventrículo esquerdo. Embora o método padrão para o tratamento da EA seja cirurgia cardíaca, que envolve a substituição da valva aórtica por uma prótese, existem casos em que tal cirurgia não é indicada devido aos altos riscos, especialmente em pacientes idosos com índices elevados de morbidade e mortalidade, conforme avaliado pelos escores pré-cirúrgicos. O TAVI apresenta áreas valvares maiores e melhor desempenho hemodinâmico quando comparado à cirurgia convencional, reduz o tempo cirúrgico e o período de recuperação pós-operatória.
Conclusão: Os estudos analisados demonstraram que o TAVI é uma alternativa segura e eficaz para pacientes com estenose aórtica grave, especialmente em pacientes com alto risco cirúrgico. Para avançar na compreensão dessa abordagem são necessárias evidências de ensaios clínicos a respeito da via e momento do tratamento a fim de otimizar resultados.
Palavras-chaves: Estenose de Valva Aórtica | Implante de Válvula Aórtica Transcateter | Fração de Ejeção

S2M43

734 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ASSOCIADAS À OCORRÊNCIA DE HEMODILUIÇÃO PATOLÓGICA DURANTE A CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA

GABRIEL ASSIS LOPES DO CARMO; GABRIELA ZAMUNARO LOPES RUIZ; GABRIELA VIEIRA MARQUES DA COSTA LEÃO; DJENANE FIGUEIREDO DE REZENDE; DAVSON JOSÉ BERGAMASCHI SOUZA; BIANCA ITUASSU MAPA NONATO VICENTE GALLO; BRUNO RODRIGUES PEREIRA; LUIZA MOREIRA GOMES; ANA CRISTINA CARIOCA; BÁRBARA CAROLINA SILVA ALMEIDA.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: Hemodiluição excessiva em cirurgia cardíaca está é relacionada ao baixo peso, sexo feminino e baixo hematócrito. A cirurgia cardíaca no SUS apresenta características distintas daquelas retratadas em estudos internacionais, como maior ocorrência de cirurgias valvares em pacientes jovens. Entretanto, há poucos estudos nacionais sobre o tema.
Objetivo: Avaliar características clínicas de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca que se associam à ocorrência de hemodiluição durante a circulação extracorpórea (CEC).
Metodologia: Coorte prospectiva de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca em instituição de ensino no Brasil.
Resultados: Foram analisados 847 pacientes operados entre dezembro de 2016 e dezembro de 2022, mediana de idade de 59 (49;68) e 423 (49,9%) do sexo feminino. Na análise univariada, sexo feminino, OR 3,890 (2,925-5,174), p<0,001, idade avançada, OR 1,017 (1,007-1,028), p<0,001, superfície corpórea aumentada, OR 0,961 (0,951-0,971), p<0,001, diabetes melitus, OR 1,700 (1,211-2,388), p=0,002, hemodiálise, OR 4,292 (1,214-15,172), p=0,02, hematócrito pré-operatório elevado, OR 0,809 (0,781-0,838), p<0,001, Euroscore II aumentado, OR 1,051 (1,005-1,100), p=0,028, e cirurgias de urgência ou emergência, OR p<0,001, se associaram à ocorrência de hemodiluição excessiva durante a CEC. A análise multivariada mostrou que sexo feminino, OR 3,419 (2,328-5,021), P<0,001, idade avançada, OR 1,016 (1,002-1,031), p=0,03, superfície corpórea aumentada, OR 0,962 (0,950-0,975), p<0,001, diabetes melitus, OR 1,649 (1,026-2,648), p=0,039, hematócrito pré-operatório elevado, OR 0,825 (0,793-0,859), p<0,001, a idade, OR=1,033 (IC95%=1,016-1,050) e Euroscore 2, OR 1,051 (1,005-1,100), p=0,028, se associaram à hemodiluição. A adequação do modelo de regressão logística foi avaliada pelo teste de Hosmer-Lemeshow e apresentou valor de p=0,816.
Conclusão: Sexo feminino, idade avançada, diabetes melitus e Euroscore 2 aumentado se associaram positivamente à ocorrência de hemodiluição, enquanto a superfície corpórea aumentada e o hematócrito pré-operatório elevado se associaram negativamente. O fator mais fortemente associado foi o sexo feminino, com OR de 3,419. Tais fatores devem ser levados em consideração na programação cirúrgica, com o objetivo de estabelecer medidas para evitar queda significativa no hematócrito no intraoperatório.
Palavras-chaves: Cirurgia Cardíaca|Hemodiluição|Vasoplegia

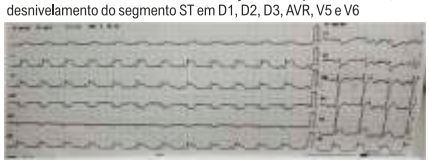
S1M52

597 - ELEVAÇÃO DO SEGMENTO ST EM INFARTO DO MIOCÁRDIO SEM OBSTRUÇÃO DAS ARTÉRIAS CORONÁRIAS EM PACIENTE COM CETOACIDOSE DIABÉTICA: RELATO DE CASO

RENATO TALES GOMES; BÁRBARA FERREIRA NASCIMENTO; EGIDENSHIMIRIMANA; LUIZ EDUARDO DE GILIO JUNIOR; JONAS ANDRADE MATHEUS; FERNANDO DE MARTINO.

UFTM, UBERABA - MG - BRASIL.

Introdução: A cetoacidose diabética é causada por uma deficiência relativa ou absoluta, resultando em produção excessiva de cetoácidos do metabolismo de gorduras. Os pacientes encontram várias anormalidades eletrolíticas e metabólicas, como hipocalemia, pseudo-hiponatremia e acidose metabólica. No ECG, a hipercalcemia é evidenciada por um encurtamento do intervalo QT. Em casos raros da hipercalcemia grave, há supra desnivelamento tanto de ST como de ponto J.
Relato de caso: Paciente do sexo masculino, com 20 anos, diagnóstico prévio de DM1, suspendeu o uso de insulina por falta na rede há 5 dias. Após 2 dias sem o hormônio, inicia quadro de mal-estar e sintomas inespecíficos. Ao procurar atendimento médico, é diagnosticado com cetoacidose diabética e internado para resolução. No seu 2° dia de internação, é encaminhado para a UTI. Evolui com dor torácica de forte intensidade, com duração maior que 60 minutos, sendo realizado ECG com supradesnivelamento do segmento ST em D1, D2, D3, AVR, V5 e V6



É encaminhado para hospital terciário para seguimento, no qual a dosagem de marcadores de necrose miocárdica é positiva (Troponina > 50). Realiza cateterismo cardíaco sem evidência de lesões. Circulação coronária direita dominante, coronária direita com bom fluxo, coronária esquerda bifurcada, sem lesões no tronco. Não se observa circulação colateral. O ventrículo esquerdo tem volumes conservados e de boa contratilidade. Válvula mitral competente. É realizado um Ecocardiograma bidimensional com doppler colorido, com fração de ejeção de 42%, além de comprometimento segmentar do miocárdio do ventrículo esquerdo moderado, com acometimento do ventrículo direito e insuficiência tricúspide moderada. Paciente alegou dor torácica de menor intensidade um dia após a realização do cateterismo, a troponina foi dosada novamente (15,559). Houve resolução do quadro após 6 dias de internação no hospital terciário, com prescrição na sua alta de: Carvedilol 6,25mg 12/12h , Enalapril 10 mg ½ cp , AAS 100 mg, Sinvastatina 40 mg/noite, Clopidogrel 75 mg por 1 mês, Insulina NPH 18-8-10, Insulina regular 4-2-4 + correção. Face ao conjunto de achados clínicos – laboratoriais e às características do cateterismo e ECO, o diagnóstico na alta foi de MINOCA de etiologia a ser esclarecida, com provável causa a cetoacidose diabética.
Conclusão: Junto da apresentação clínica de distúrbios metabólicos, a elevação do supra de ST deve ser interpretada com cautela e cada caso deve ser individualizado.
Palavras-chaves: cetoacidose diabética|MINOCA|Supradesnivelamento ST

S3M41

642 - A RELEVÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE DISJUNÇÃO DO ANEL MITRAL: UM RELATO DE CASO

FLÁVIA SANTOS GUIMARÃES MACHADO; BARBARA NOGUEIRA DOS SANTOS; SOLAYNE CRISTINA DE RESENDE SILVA; IGOR DE SOUZA NETO.

FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A disjunção do anel mitral (DAM) consiste na inserção anormal do anel mitral na parede atrial, ocasionando separação do folheto posterior da valva mitral com a parede atrial e o miocárdio do ventrículo esquerdo. Está associado a arritmias malignas, morte súbita, constituindo a síndrome da disjunção do anel mitral (SDAM), além de correlacionar-se com prolapso da valva mitral (PVM). Este relato clínico de uma paciente de 21 anos tem como objetivo alertar sobre a importância de diagnósticos diferenciais em jovens.
Descrição do caso: Paciente de 21 anos, feminino, sem comorbidades, com história de síncopes precedidas por palpitações. Ao exame sopro sistólico regurgitativo em foco mitral. ECG: Ritmo sinusal, sobrecarga de átrio esquerdo (AE), bigeminismo ventricular. Ecocardiograma (Eco) transtorácico AE com volume indexado de 37 ml/m², diâmetro diastólico e sistólico final do VE, 50 e 32 mm respectivamente. Fração de ejeção (FE) do VE 60%. Valva mitral com cúspides espessadas, aspecto de degeneração mixomatosa e prolapso de ambas as cúspides, mais acentuada da posterior. Observada disjunção do anel mitral, com medida de 10 mm. Ao Doppler, refluxo de grau leve a moderada. Insuficiência tricúspide discreta. Pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP) 38 mmHg. Teste Ergométrico submáximo, interrompido com FC de 113 bpm por exaustão e tonturas. Alta densidade de arritmias ventriculares isoladas, pareadas, bigeminadas e polimórficas, mais frequentes no pico do esforço e na recuperação. Estimativa de Equivalente Metabólico (MET) 10,5. Holter 24 horas com frequência cardíaca média de 79 bpm, ritmo sinusal. Presença de extrassístoles ventriculares muito frequentes, isoladas, pareadas, bigeminismo e polimórficas. Ressonância nuclear magnética (RNM) com FEVE60%. Valva mitral com folhetos prolapsados e regurgitação moderada. Ausência de áreas de realce tardio sugestivas de fibrose miocárdica. Observada disjunção do anel mitral, com medida de 12 mm. Iniciado metoprolol oral. Proposta de novo Holter 24h para acompanhamento dos sintomas.
Conclusão: O diagnóstico da DAM é realizado mediante associação de várias modalidades de imagens cardiovasculares, sobretudo, do Eco e com a RNM que são essenciais para o diagnóstico e prognóstico desses pacientes. O diagnóstico preciso frente a uma variada clínica é fundamental em vista da associação com arritmias malignas e morte súbita. O tratamento cirúrgico da DAM ainda não é consenso na literatura.

Palavras-chaves: Valva Mitral | Disjunção do Anel Mitral | Cardiopatia

S3M42

666 - AVE ISQUÊMICO RECORRENTE EM PACIENTE ONCOLÓGICO: EMBOLIZAÇÃO POR ENDOCARDITE INFECCIOSA - RELATO DE CASO

LARISSA MANSUR ALVES PEREIRA[1]; ISABELA MARIA GARCIA[1]; MARIANA REIS DI MAMBRO[1]; MARCELO DREY GONÇALVES[2]; GABRIELA MIANA DE MATTOS PAIXÃO[2].

1. FASEH, VESPASIANO - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL SOCOR, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: Endocardite Infecciosa (EI) é uma doença que apresenta diversos desafios para diagnóstico. Os Critérios de Duke são os critérios mais utilizados para auxiliar o diagnóstico, no entanto, ainda possuem limitadores em casos complexos, tais como próteses valvulares, presença de trombos, aneurismas infecciosos, dispositivos cardíacos e hemocultura negativa. Além disso, nos critérios não estão inclusos alguns exames, como de imagem que permite melhor visualizar outras patologias, para diagnósticos diferencias (DD), como trombos e tumores.
Descrição do caso: S.A.C, 64 anos em tratamento quimioterápico para câncer de próstata, comparece ao pronto atendimento devido a episódio de disartria e turvação visual com duração de 2 minutos. Tomografia de crânio sem alterações significativas. Internado para extensão propedêutica. História pregressa de trombose em veia jugular em uso de rivaroxabana 20 mg e acidente isquêmico transitório há 1 mês. Ressonância magnética de crânio evidenciou múltiplos focos isquêmico bi hemisférios, sugerindo Acidente Vascular Encefálico isquêmico (AVEi) cardioembólico. Ecocardiograma (ECO) transtorácico com massa sugestiva de trombo em válvula mitral. Optado trocar, rivaroxabana por enoxaparina. Solicitadas hemoculturas para DD com EI. Paciente sem histórico de febre, perda ponderal ou outros sinais embólicos. Um dia após ECO, apresentou novo déficit neurológico (disfasia), sendo encaminhado ao CTI. Realizou ECO transesofágico que mostrou imagem sugestiva de vegetação, valva mitral medindo 17x13mm com pouca probabilidade de tumor ou trombo. Optado por uso empírico de Vancomicina e Gentamicina. Hemoculturas negativas, paciente afebril, com leucograma e PCR dentro da normalidade. Discutida a possibilidade de tratamento cirúrgico da EI, porém evento ocorreu na ausência de tratamento antimicrobiano. Após 29 dias, novo evento neurológico com necessidade de intubação orotraqueal. ECO de controle não evidenciou massa em valva mitral, sem disfunção valvar, indicando embolização completa da massa. Intercorreu com múltiplas disfunções orgânicas e evoluiu para óbito.
Conclusão: A investigação etiológica do AVEi é de extrema importância para evitar recorrência e desfecho desfavorável. A EI segue sendo patologia de diagnóstico desafiador na ausência de sinais clínicos que sugerem infecção, tendo trombo e/ou tumor como DD. O tratamento antimicrobiano adequado, bem como a definição de indicação cirúrgica, é decisivo para uma evolução favorável.

Palavras-chaves: Endocardite Infecciosa|Tromboembolismo|AVE

S3M43

692 - **AÇÕES EDUCATIVAS PARA AUMENTAR O CONHECIMENTO SOBRE CARDIOPATIA REUMÁTICA EM COMUNIDADES CARENTES DE MINAS GERAIS**

HENRIQUE LEÃO FAVA[1]; JESSICA ABRAMS[2]; LUZ MARINA TACURI CHAVE[2]1; ALEXANDRE DE MELO FERREIRA[1]; BEATRIZ COSTA HAIASHI[1]; MAURO HENRIQUE AGAPITO DA SILVA[1]; MATHEUS HENRIQUE PEREIRA NUNES[1]; LUIZA HAIKAL DE PAULA[1]; BRUNO RAMOS NASCIMENTO[1]; MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES[1].

1. UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. REACH, GENEBRA - SUIÇA.

Introdução: A cardiopatia reumática (CR) afeta mais de 40 milhões de pessoas globalmente, causando pelo menos 305,000 mortes prematuras anuais. Diante disso, esforços para controlar essa doença vêm crescendo, com organizações que fornecem suporte técnico para regiões carentes para prevenir a febre reumática (FR) e suas complicações. O presente estudo avaliou a utilidade de uma série de cartilhas educativas de fácil compreensão, denominadas flipcharts, para pacientes no estado de Minas Gerais.
Métodos: Quatro diferentes flipcharts intitulados "Introdução à FR e CR", "CR e gravidez", "CR e cirurgia" e "Conscientização da comunidade sobre CR") foram desenvolvidos ao longo de um período de 3 anos pelo REACH (uma organização dedicada a interromper a FR e CR no mundo). Os profissionais da saúde foram treinados para usarem os flipcharts nas cidades de Belo Horizonte e Divinópolis por meio de workshops presenciais e virtuais como métodos de treinamento. O impacto dos flipcharts foi avaliado por uma pesquisa online em 2021 (pré e pós-treinamento) e em 2022 (pós-treinamento).
Resultados: O treinamento com os flipcharts foi ministrado a 485 profissionais de saúde e professores das escolas publicas. Após a apresentação dos flipcharts, 70/187 (37%) e 148/298 (50%) dos participantes completaram as pesquisas em 2021 e em 2022, respectivamente. A maioria dos integrantes eram enfermeiros (35%), estudantes de medicina (18%) e agentes comunitários de saúde (17%). Os 30% restantes incluíram professores e uma variedade de outros profissionais de saúde. Comparado ao período anterior ao treinamento, o conhecimento dos seguintes aspectos tiveram aumento após a capacitação: identificação de FR como a causa da CR (56% vs 86%), uso do tratamento com Penicilina G Benzatina (50% vs 97%), frequência de profilaxia com antibióticos (32% vs 90%) e compreensão, seja moderada ou especializada, de FR ou CR (30% vs 82%).
Discussão: A maioria dos participantes relatou que os flipcharts poderiam melhorar a vida dos pacientes com CR (97%) e que seriam capazes de treinar outros profissionais de saúde para usar os flipcharts (93%), A próxima fase será avaliar o impacto dessa ação educativa em aproximadamente 3,000 pacientes carentes.
Conclusão: Os flipcharts podem melhorar o entendimento dos profissionais das áreas de saúde e da educação sobre a CR e podem servir como uma ferramenta para orientar a interação desses profissionais com os pacientes com CR.

Palavras-chaves: Febre Reumatica | CardiopatiaReumatica | Streptococo

S4M41

611 - ENDOCARDITE INFECCIOSA E BAVT PÓS-TAVI COM EVOLUÇÃO FAVORÁVEL: UM RELATO DE CASO

CARLOS ROBERTO DE FREITAS[1]; BÁRBARA DE OLIVEIRA REZENDE[2]; DEIWSON FERREIRA MADEIRA[2]; YZAMARA DUTRA GUERRIERI[3]; ZEFERINO CAMPOS DELL'ORTO[3].

1. COORDENADOR DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM CARDIOLOGIA DO HOSPITAL BOM SAMARITANO DE GOVERNADOR VALADARES –, GOVERNADOR VALADARES - MG - BRASIL; 2. RESIDENTES DO 2º ANO EM CARDIOLOGIA DO HOSPITAL BOM SAMARITANO DE GOVERNADOR VALADARES – MG, GOVERNADOR VALADARES - MG - BRASIL; 3. INTERNOS DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - CAMPUS GOVERNADOR VALADARES - MG, GOVERNADOR VALADARES - MG - BRASIL.

Introdução: Existem três grandes fatores de risco no desenvolvimento da endocardite infecciosa (EI): Doença valvular ou prótese valvular (PV), cardiopatia congênita e histórico de EI. A EI pós-TAVI, apesar de ser uma complicação temida, tem o risco de incidência de 1,4% durante o primeiro ano. Ademais, podemos citar como fatores de risco o sexo masculino, indice de massa corpral elevado, taxa de filtração glomerular menor que 30mL/min/1.73 m2, hipertensão (HAS), gradiente médio pré-operatório e fibrilação atrial (FA).
Descrição do Caso: Paciente de 84 anos, sexo masculino, portador de estenose de valva aórtica importante, HAS, insuficiência cardíaca de fração de ejeção preservada (ICFep), FA paroxística, realizou implante percutaneo de valva aórtica (TAVI). Apesar do procedimento sem intercorrências, após 12 dias evolui com vertigem, síncopes e eletrocardiograma com dissociações de ondas P totais sugestivas de bloqueio atrioventricular total (BAVT), sendo conduzido para implante de marcapasso definitivo, com alta hospitalar após 48 horas.
Retorna após 30 dias com síndrome febril, sonolência, prostração, dor torácica e secreção purulenta no local do implante de MP, há cerca de um mês do pós-operatório. Ao exame físico, estava lúcido, eupneico, saturação de 98% em ar ambiente, pressão arterial de 100/60 mmHg, ausculta cardíaca com ritmo regular em 2 tempos e hipofonese de 1º bulha, pulsos periféricos simétricos, sem edemas. Exame pulmonar sem alterações, temperatura: 38 graus.
Foi internado para pesquisa de foco infeccioso, com leucograma de 13010 e proteína C reativa de 156,2. Ecocardiograma transtorácico (EcoTT) com imagem sugestiva de vegetação em bioprótese valvar com duas hemoculturas de membros superiores positivas para Staphylococcus aureus. Logo, por apresentar dois critérios maiores e dois menores de Ducke, foi feito o diagnóstico de EI pós-TAVI.
Na conduta, utilizou-se vancomicina por 45 dias, com melhora clínica e laboratorial, seguida de alta hospitalar. No acompanhamento ambulatorial, apresentava-se sem queixas, sem alterações no exame físico e EcoTT com átrio esquerdo de 40 mm, fração de ejeção de 70% e ausência de vegetação.
Conclusão: O processo valvar infeccioso não diagnosticado pode determinar disfunção permanente da bioprótese, sendo assim, em pacientes portadores de PV, que evoluem com síndrome febril, deve-se sempre contemplar a hipótese de EI, associando-se a clínica à achados em hemoculturas e ecocardiograma.

Palavras-chaves: Endocardite Infecciosa | Implante Percutâneo de Valva Aórtica | Implante de Marcapasso

S4M43

638 - PREDITORES DE MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR NA ENDOCARDITE INFECCIOSA

FERNANDA SOPHYA LEITE CAMBRAIA[1]; ISABELA GALIZZI FAE[2]; LUCAS DIAMANTE[1]; FERNANDO CRESPO TORRES[1]; GUSTAVO BRANDÃO DE OLIVEIRA[2]; RONI ARLEY SILVA DUQUE[2]; RHUAN BRAGA OLIVEIRA[1]; LUCAS BRETAS DE PÁDUA[2]; TERESA CRISTINA DE ABREU FERRARI[1]; MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES[1].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 3. HOSPITAL DE ENSINO INSTITUTO RAUL SOARES, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) é uma doença rara com elevada morbimortalidade. Nas últimas décadas, a epidemiologia da EI tem sido modificada com o aumento da idade de acometimento dos pacientes, o incremento de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis (DCEI) e de próteses cardíacas. Sendo assim, há um número crescente de casos de EI relacionados à assistência à saúde, provocados principalmente pelo Staphylococcus aureus. Contudo, existe um número reduzido de estudos que avaliam os impactos dessa mudança nos desfechos contemporâneos da EI.
Objetivo: O presente estudo analisou uma coorte de pacientes internados em hospital quaternário com o objetivo de descrever a incidência de morte intra-hospitalar secundária a complicações da EI nas últimas duas décadas e identificar os fatores de risco associados a esse desfecho .
Métodos: Um total de 334 pacientes diagnosticados com EI de 2001 a 2021 com base nos critérios de Duke modificados foram incluídos prospectivamente no estudo que avalia como desfecho primário a morte intra-hospitalar causada por complicações relacionadas à EI. Dados sobre a condição clínica basal, achados laboratoriais, agentes etiológicos, tratamento e outros desfechos hospitalares foram parâmetros utilizados na avaliação.
Resultados: A idade média dos pacientes da coorte foi de 54 anos e 60% eram homens. O uso de DCEI e cardiopatia reumática foram as condições predisponentes mais frequentes. Durante o tratamento, 78% dos pacientes apresentaram desfechos desfavoráveis, incluindo piora da insuficiência cardíaca (IC) (34%), eventos embólicos (13%) e necessidade de cirurgia cardíaca (43%). A taxa geral de mortalidade intra-hospitalar foi de 34,9%. Na análise multivariada, as características associadas ao óbito foram eventos embólicos, desenvolvimento de IC, idade avançada e níveis elevados de PCR (estatística C do modelo 0,84).
Conclusão: Apesar dos avanços recentes no diagnóstico e no tratamento, a EI continua associada a alta mortalidade intra-hospitalar, com modificações discretas no número de óbitos nas últimas duas décadas. A identificação precoce de pacientes com alto risco de complicações pode oferecer uma oportunidade para melhorar os desfechos na EI.

Tabela 1. Efeitos adversos durante o tratamento(n=263)

Eventos embólicos	41 (13.1%)
Insuficiência cardíaca	115 (34.4%)
Cirurgia cardíaca	138 (43%)
Morte intra-hospitalar	116 (34.9%)

Tabela 2. Modelo de regressão logística multivariável para a predição de óbito intra-hospitalar em pacientes com EI.

	Análise multivariável	
Características	OR (95% IC)	P valor
Idade	1.038 (1.007-1.070)	0.015
Proteína C reativa	1.007 (1.002-1.012)	0.004
Insuficiência cardíaca *	5.190 (2.467-10.917)	<0.001
Eventos embólicos	11.535 (2.204-60.373)	0.004

*desenvolvida após diagnóstico de EI, durante o tratamento.
IC: intervalo de confiança; OR: odds ratio.

Palavras-chaves: endocardite infeciosa | mortalidade | preditores

S4M44

639 - DIFERENÇAS DE SEXO NA APRESENTAÇÃO DE CARDITE EM 159 PACIENTES COM COREIA DE SYDENHAM

ANTONIO MARCONDES MUTARELLI[1]; LUCAS DOS SANTOS MELO[2]; ALEXANDRE NEGRÃO PANTALEÃO[2]; CARLOS AUGUSTO DE PAULA GOMES[2]; LUIZA SILAME CORTE[2]; JONATAN ARTHUR LARA MELO[2]; FERNANDA SOPHYA LEITE CAMBRAIA[2]; HENRIQUE LEÃO FAVA[2]; RAUL VANZELLA DE LUCENA[2]; MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES[2].

1. UFMG, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Figura 1: Triagem

TABELA 1: DABOS CLÍNICOS

Parâmetros		Total	Mulheres	Homens	p-value
Amostra		159	93(58.5%)	66(41.5%)	-
Idade (anos)		9,3±7,8	9,72±2,95	9,26±3,30	0.362
Cardite Clínica		59	39(41.9%)	20(30.3%)	0.184
Severidade da Cardite Clínica	Leve	35(59.3%)	25(64.1%)	10(50%)	0.38
	Moderada	19(32.2%)	10(25.6%)	9(45%)	
	Importante	5(8.5%)	4(10.3%)	1(5%)	
Cardite Subclínica		31(19.4%)	17(31.5%)	14(30.4%)	1.0

Introdução: A Coreia de Sydenham (CS) afeta até 30% dos pacientes com febre reumática aguda (FRA) e é um critério para o diagnóstico de FRA. No Brasil, a FRA e suas sequelas são a principal causa de morte em crianças e jovens adultos, com 30.000 casos anuais. Apesar disso, há lacunas na literatura sobre a relação da CS com as sequelas cardiológicas da FRA. O objetivo deste estudo é analisar diferenças de sexo na apresentação de cardite em pacientes com CS.
Métodos: Pacientes com FRA foram recrutados prospectivamente entre 1975-2005 em uma Clínica de Distúrbios do Movimento. Neurologistas diagnosticaram a CS, enquanto ecocardiografistas avaliaram a gravidade da cardite em uma escala de 1-3 (leve/ moderada/ importante). O Qui-quadrado de Pearson foi usado para variáveis categóricas e o teste t-paramétrico para variáveis numéricas. O diagnóstico de cardite subclínica foi realizado por ecocardiografistas.
Resultados: Entre 203 pacientes diagnosticados com CS, 159 tiveram avaliações neurológicas e cardiológicas completas. Os principais achados estão na tabela 1. Não houve diferença significativa de prevalência ou severidade de cardite entre sexos.
Discussão: A literatura mostra que tanto a CS quanto a cardiopatia reumática são mais comuns em mulheres. No entanto, nosso estudo não encontrou diferenças na apresentação de cardite entre sexos na fase aguda da FRA. Nossos achados sugerem uma possível progressão desigual das sequelas cardiológicas da FRA entre sexos, hipótese a ser investigada em estudos futuros.
Conclusão: Nossos dados, em consonância com a literatura, revelaram uma predominância feminina entre pacientes com CS. Entretanto, não houve diferença entre os sexos na prevalência e severidade de cardite.
Palavras-chaves: Coreia de Sydenham | Febrereumática | Cardite

POSTER | INICIAÇÃO CIENTÍFICA

13 | INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, CARDIOMIOPATIAS E DOENÇAS DO PERICÁRDIO

S3M21

614 - A UTILIDADE DA CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO E DA ANGIOTOMOGRAFIA CARDÍACA NO DIAGNÓSTICO DO MIOCÁRDIO NÃO COMPACTADO

JOÃO LUCAS O'CONNELL[1]; LAURA COUTO DE OLIVEIRA AZEVEDO[2]; GABRIEL VALDISSERJACULI TEIXEIRA BENTO[3]; LETICIA GUIMARAES MENDONÇA[4]; ANA JULIA CARVALHO PAULINELLI[3]; GUSTAVO NAHUEL LEYES ONTIVERO[5].

1. HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA - MG - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA-UFU, UBERLÂNDIA - MG - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA-UFU, UBERLÂNDIA - MG - BRASIL; 5. UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - UFU, UBERLÂNDIA - MG - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A não compactação do miocárdio ventricular é uma cardiomiopatia rara, que resulta da interrupção do processo normal de compactação durante a embriogênese, resultando na persistência de trabeculações e recessos profundos. As manifestações clínicas são inespecíficas e variáveis, desde ausência de sintomas à insuficiência cardíaca congestiva, arritmias e tromboembolismo sistêmico. A Ecocardiografia convencional, por meio dos Critérios de Jenni, e a Ressonância Magnética Cardiovascular são os melhores exames para o diagnóstico desta alteração. O Cateterismo Cardíaco é o exame diagnóstico mais utilizado para descartar a presença de coronariopatia obstrutiva. Os relatos prévios na literatura do uso da Cintilografia do Miocárdio e da Angiotomografia Cardíaca para rastreamento desta patologia são raros.
DESCRIÇÃO DO CASO: Mulher, 38 anos, apresentando episódios prévios de pré-síncopes; dispneia aos moderados esforços há 2 anos, com piora nos últimos 6 meses; e dois episódios prévios de dor torácica de forte intensidade, iniciadas ao repouso, com melhora espontânea em 10 minutos. Referia antecedente de 2 gestações sem intercorrências, sem uso atual de medicações, sem história de doença cardíaca prévia ou de morte súbita familiar. Ao exame físico apresentava-se estável, sem edemas ou estase jugular. Bulhas rítmicas, normofonéticas, sem sopros. O exame físico de outros sistemas foi normal. Solicitado Cintilografia do Miocárdio que evidenciou déficit perfusional difuso (sugerindo padrão obstrutivo multi-arterial). Indicado realização de Cateterismo Cardíaco recusado pela paciente. Angiotomografia de coronárias descartou coronariopatia obstrutiva. Contrastação do ventrículo esquerdo (VE) na angiotomografia permitiu a documentação das trabeculações profundas no VE, típicas de miocárdio não compactado.
CONCLUSÃO: O Miocárdio não compactado é uma cardiomiopatia rara, com manifestações clínicas inespecíficas e de difícil reconhecimento. O retardo no diagnóstico correto predispõe o paciente a um pior prognóstico evolutivo. A angiotomografia do VE e a cintilografia cardíaca apresentam imagens que podem sugerir o diagnóstico dessa patologia. Portanto, esse relato evidencia a possibilidade do uso dessas ferramentas diagnósticas em casos em que as abordagens tradicionais forem de difícil acesso, como a ressonância magnética cardíaca, bem como quando os exames que descartam os diagnósticos diferenciais, como o cateterismo, não forem possíveis de serem realizados.
Palavras-chaves: Miocárdio Ventricular Não Compactado|AngiotomografiaCardíaca|Cintilografia

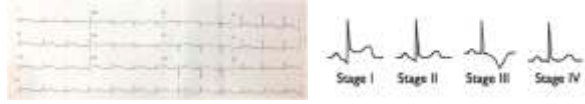
S3M24

658 - MIOCARDITE/PERICARDITE COM ALTERAÇÕES ELETROCARDIOGRÁFICAS EM SEGMENTOS DELIMITADOS, UM DESAFIO NO DIAGNÓSTICO - RELATO DE CASO

ERNESTO LIPPI NETO; ROBERTA DE OLIVEIRA BOTELHO; LAURA MARIANA APIPE PEREIRA; LETÍCIA IMACULADA DE OLIVEIRA; OTÁVIO DE ALMEIDA MENDES; MARYANA NASCIMENTO BRAGA.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS, LAVRAS - MG - BRASIL.

INTRODUÇÃO Pericardite e miocardite são a inflamação do pericárdio e do miocárdio, respectivamente. Na clínica, podem cursar com dor torácica, aumento de marcadores de lesão cardíaca e supradesnivelamento do segmento ST (SST) no eletrocardiograma (ECG), como a síndrome coronariana aguda (SCA), principal diagnóstico diferencial (DDx). Discutir sua apresentação clínica contribui para evitar confundimentos no momento do diagnóstico.
RELATO DE CASO Homem, 30 a, atendido com epigastralgia em queimação e irradiação para MSE, sudorese fria, náuseas e vômitos. Melhora parcial após escopolamina e omeprazol. Tabagista há 12 anos, usando amoxicilina e AINE para amigdalite há 5 dias. Sem comorbidades. Exame físico normal. ECG mostrou SST de 1 mm em parede inferior. Troponina: 3,46 ng/mL. Coronariografia: coronárias de aspecto anatômico e ponte miocárdica discreta (20%) no terço médio da artéria descendente anterior. Encaminhado ao CTI. Ecocardiograma normal. Ressonância magnética (RNM) após 2 semanas: pequeno derrame pericárdico e possível processo inflamatório pregresso ao nível da base.



DISCUSSÃO O ECG é útil para o diagnóstico de pericardite/miocardite agudas, cujas alterações podem ocorrer em 4 estágios. O estágio I é mais sensível ao ECG e ocorre com dias de evolução. Caracteriza-se por SST difuso, usualmente com onda côncava, podendo durar 2 semanas.
Assim, a pericardite se diferencia do SCA com SST pelo SST difuso, não atingindo uma área específica irrigada por uma artéria. Ademais, na SCA com SST classicamente há ausência de ondas Q e presença de inversão das ondas T, concomitantes ao SST. Também pode haver diminuição da amplitude QRS e perda da progressão da onda R, o que não ocorre na pericardite aguda. Nesse sentido, o paciente destoa da normalidade dos casos de pericardite aguda devido ao SST de 1 mm somente em parede inferior, configurando um desafio diagnóstico. Porém, a infecção de vias aéreas prévia associada à dor torácica, troponina e ECG alterados suscitam a pericardite/miocardite como DDx. Outrossim, a idade do paciente e ausência de comorbidades justificaram a investigação com RNM cardíaca.
CONCLUSÃO Casos que se afastam da teoria mostram a importância da anamnese e do exame físico bem realizados. Esse caso corrobora com a complexidade do atendimento da síndrome de dor torácica no pronto-atendimento.
Palavras-chaves: Pericardite | Síndrome Coronariana Aguda | Eletrocardiografia

S3M35

612 - SÍNDROME DE TAKOTSUBO PÓS-QUIMIOTERAPIA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS: UM RELATO DE CASO

FLÁVIA BITTAR BRITTO ARANTES1; GABRIEL VALDISSERJACULI TEIXEIRA BENTO1; LAURA COUTO DE OLIVEIRA AZEVEDO1; MOARA BORGES ARAÚJO ARRUDA2; GABRIEL LACERDA MARQUEZ2; SANZIO DUPIM SOARES2.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - UFU, UBERLÂNDIA - MG - BRASIL; 2. COMPLEXO HOSPITALAR UBERLÂNDIA MEDICAL CENTER - UMC, UBERLÂNDIA - MG - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A cardiotoxicidade por agentes quimioterápicos, em especial as antraciclinas, manifesta-se comumente como disfunção sistólica progressiva do ventrículo esquerdo (VE), evoluindo com quadro crônico de insuficiência cardíaca (IC). No entanto, a síndrome de Takotsubo (ST), disfunção sistólica aguda e transitória do VE, apesar de rara, tem sido recentemente descrita como possível forma de cardiotoxicidade, com melhor prognóstico e potencial reversibilidade.
DESCRIÇÃO DO CASO: Mulher, 70 anos, hipertensa e diabética tipo 2, diagnosticada com Linfoma Não-Hodgkin de alto grau estádio IVB, iniciou em 30/01/2023 com protocolo quimioterápico R-DA-EPOCH (dose ajustada de Etoposídeo, Prednisona, Vinciristina, Ciclofosfamida, Doxorrubicina e Rituximabe). Após 24 dias, apresentou quadro súbito progressivo de dispneia e alteração do estado mental e foi admitida na unidade de terapia intensiva com quadro IC aguda nova. Evoluiu com padrão clínico-hemodinâmico frio e congesto, manifestando sinais de má perfusão periférica, taquicardia, edema agudo de pulmão com hipoxemia e edema de membros inferiores. O fluxograma de avaliação diagnóstica apresentou elevação da troponina de alta sensibilidade com pico de 0,139 ng/ml (VR<0,01ng/ml): e pró-BNP 7527 pg/ml. O ecocardiograma transtorácico (ECO-TT), apresentou fração de ejeção (FE) do VE de 40%, além de alterações segmentares de contratilidade, com acinesia do segmento médio-apical de todas as paredes, sugestivo de ST. Realizou ainda angiotomografia de tórax que descartou tromboembolismo pulmonar e mostrou discreta ateromatose coronariana não oclusiva. Optou-se por suspensão da quimioterapia e foi iniciado manejo intensivo da IC aguda, com boa resposta ao inotrópico, vasodilatador e diurético. A paciente evoluiu com melhora clínica e, no ECO-TT realizado dez dias após o início do quadro, observou-se incremento da FEVE para 63% e reversão das alterações segmentares.
CONCLUSÕES: A Síndrome de Takotsubo é comumente causada por estresse físico ou psicológico. No entanto, tem sido cada vez mais descrita a sua ocorrência em pacientes oncológicos, especialmente aqueles em uso de agentes quimioterápicos com potencial cardiotóxico. O sucesso do tratamento da ST, nesse cenário, parece depender da suspensão dos agentes cardiotóxicos e mudança da terapêutica oncológica, sendo, portanto, imprescindível seu diagnóstico adequado no contexto da emergência.
Palavras-chaves: Quimioterápicos|Síndrome de Takotsubo|Insuficiência Cardíaca

S4M12

683 - INCIDÊNCIA E PREDITORES DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO EM PACIENTES COM CARDIOMIOPATIA CHAGÁSICA: ALÉM DA FIBRILAÇÃO ATRIAL E DO ANEURISMA APICAL

REGINA SAFAR AZIZ ANTÔNIO[1]; THAÍS APARECIDA REIS LAGE[1]; JULIA TEIXEIRA TUPINAMBÁS[1]; LUANA AGUIAR MELLO[1]; ANTONIO MARCONDES MUTARELLI[1]; LETÍCIA AMORIM SOARES[2]; AMANDA CAMBRAIA FERREIRA[2]; MATHEUS DE OLIVEIRA FERREIRA[1]; ANTONIO LUCIO TEIXEIRA[3]; MARIA CARMO PEREIRA NUNES[1].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, FACULDADE DE MEDICINA, BELO HTE./MG, BRASIL; 2. FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HTE./MG,BRASIL; 3. UNIVERSITYOF TEXAS, HEATH SCIENCE CENTER OF HOUSTON, HOUSTON - ESTADOS UNIDOS DA AMERICA.

Introdução: A doença de Chagas (DC) é um fator de risco (FR), independente da gravidade da cardiomiopatia, para acidente vascular encefálico isquêmico (AVEi). Logo, acarreta-se altas taxas de mortalidade e incapacidade, justificando o presente estudo, que investigou a incidência e os FR para AVEi, bem como a relação com a função do ventrículo esquerdo (VE), em pacientes com cardiomiopatia chagásica (CC).
Métodos: Estudo de coorte retrospectivo com inclusão de 517 pacientes com CC encaminhados à nossa instituição de março/2000 a dezembro/2021. Coletou-se informações sociodemográficas, de comorbidades, tratamento e sintomas, sendo o desfecho primário a ocorrência de AVEi durante o seguimento, classificado pelos critérios SSS-TOAST através do CCS.
Resultados: A idade foi de 52 ± 13 anos SD (desvio-padrão), sendo 299 (58%) homens. No início do estudo, 116 pacientes (22,4%) tinham história prévia de AVEi, principalmente cardioembólico (73/63%). Durante seguimento médio de 4,8 anos (intervalo interquartil- IQR 1,1 a 7,1 anos), 72 pacientes (14,8%) sofreram um AVEi, fatal em 10 casos, com incidência de AVEi de 3,0/100 pacientes-ano (IC 95% 2,4 a 3,8), sendo os subtipos cardioembólico (n=41), indeterminado (n=11) e outros (n=20). Na análise multivariada pelo modelo de regressão de Cox, os FR para AVEi foram idade (HR 1,024; IC 95% 1,005 - 1,048), fração de ejeção do VE (FEVE), volume do átrio esquerdo e trombo de VE (HR 4,352 IC 95% 1,800 - 10,515). História de AVEi foi fator preditor de novo evento nos pacientes que tiveram trombo (HR 2,501, IC 95% 1,090 - 5,738) após ajuste para terapia anticoagulante. O volume do átrio esquerdo e a FEVE apresentaram relação não linear significativa com o AVEi. Nos pacientes com FEVE <45%, o risco aumentou com a diminuição da FEVE. O modelo final apresentou boa discriminação com estatística C de 0,775.
Discussão: Outras causas estão implicadas no AVEi em pacientes com DC, incluindo criptogênica, doença dos pequenos vasos cerebrais e aterosclerose. Porém, a etiologia mais frequente é a cardioembólica, resultante de insuficiência cardíaca, disfunção ventricular esquerda, aneurisma apical, trombose intramural e fibrilação atrial.
Conclusões: Nessa coorte de pacientes com DC, a incidência de AVEi foi alta comparando-se à população geral. Idade, volume do átrio esquerdo, FEVE, trombo de VE e AVEi prévio com trombo foram preditores independentes de AVEi no seguimento.
Palavras-chaves: Doença de Chagas |AVE|Cardiomiopatia Chagásica

S4M32

599 - EFICÁCIA DA UTILIZAÇÃO DO TELEMONITORAMENTO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.

ADALBERTO TEIXEIRA DA MATTA FLORA NETO; LUCAS ALVES FIUZA; ALEX RESENDE ALLIG; LUIZ GUILHERME AMARAL MORISSON; JOÃO PAULO FERREIRA CAMPOS; KATIANE BRITO RAMOS; JULLIANA SILVA LUIZ; ANDERSON SILVEIRA DUQUE.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA - MG - BRASIL.

Introdução: Pacientes com doenças cardiovasculares (DCV) crônicas, usuários recorrentes dos sistemas de saúde, beneficiam-se pelas intervenções domiciliares das estratégias eSaúde. A telemedicina, por meio do telemonitoramento, mostra-se promissora na redução da incidente morbimortalidade, como mecanismo de vigilância e regulação de fatores de risco. Contudo, a competência desta inovadora alternativa ainda é pouco explorada, uma vez regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina apenas no primeiro semestre de 2022. Logo, buscou-se comparar a eficácia entre o telemonitoramento e cuidados usuais em pacientes com DCV: seus benefícios e desafios.
Metodologia: Sob recomendações do PRISMA e registro PROSPERO CRD42023396169, esta revisão sistemática analisou ensaios clínicos randomizados (ECRs) publicados em português e inglês, entre 2017 e 2022, nas bases de dados PubMed, EMBASE e Portal Periódico CAPES. Foram utilizados os descritores de busca: ("Cardiovascular Diseases") AND ("Telemonitoring" OR "Telecommunications" OR "eHealthStrategies") AND ("Usual Care") AND ("SecondaryPrevention" OR "Prognosis" OR "Qualityof Life" OR "Mortality" OR "Cost-EffectivenessEvaluation"), sendo feita **análise de duplicata em três etapas (título, resumo e leitura completa).**
Resultados: A priori, identificou-se 323 artigos de ECRs. Após análises de seus títulos e resumos, foram excluídos 278 estudos. Posterior a leitura completa, sucedeu-se em 12 artigos: um total de 6280 pacientes, dos quais 3215 (51,19%) foram submetidos ao telemonitoramento.
Discussão: O telemonitoramento, em virtude do fortalecimento do vínculo com o paciente, aumenta a adesão ao tratamento, o que implica em uma melhora na qualidade de vida, diminuição dos níveis pressóricos e do período de internações futuras, além de redução de custos aos sistemas de saúde, vide a mitigação das readmissões hospitalares não planejadas. Entretanto, devido à população analisada apresentar outras comorbidades, não houveram resultados satisfatórios na redução da taxa de mortalidade, isto é, a telemonitorização exclusiva de DVC é insuficiente, sendo necessárias demais abrangentes monitorizações.
Conclusão: Apesar da variedade de resultados obtidos pelas disparidades populacionais e variadas implementações do telemonitoramento, esta estratégia mostrou impactos positivos ou semelhantes aos cuidados usuais na adesão ao tratamento e, principalmente, na qualidade de vida, garantindo integralidade no cuidado aos pacientes com DCV.
Palavras-chaves: Telemonitoramento | Doenças Cardiovasculares | Estratégias de e Saúde

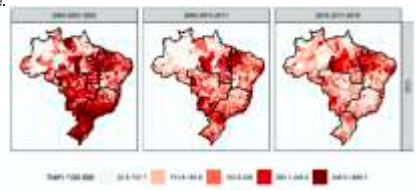
S4M33

660 - REDUÇÃO NAS TAXAS DE MORTALIDADE POR DOENÇA CARDIOVASCULAR NO BRASIL É HETEROGÊNEA ENTRE OS MUNICÍPIOS: ESTIMATIVAS DO ESTUDO GLOBAL BURDENOFDISEASE, 2000-2018

BEATRIZ POLACHINIASSUNES GONÇALVES; LUISA CAMPOS CALDEIRA BRANT; RAFAEL ZICA DE SOUZA LINO; ANA LUIZA CIMINELLI; JULIANA B SOUZA; BRUNO RAMOS NASCIMENTO; ANTONIO L P RIBEIRO; DEBORAH CARVALHO MALTA.

UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: As taxas de mortalidade padronizadas por idade (TMPI) para doenças cardiovasculares (DCV) diminuíram no Brasil nas últimas décadas devido a um melhor controle dos fatores de risco e acesso ao tratamento. Entretanto, não se sabe como essa redução se distribui entre os municípios do país, o que é importante diante das disparidades socioeconômicas e de saúde entre as regiões (sendo as regiões Norte e Nordeste as mais vulneráveis) e municípios com pequena e grande populações.
Métodos: Estudo ecológico em que a TMPI para DCV foi estimado pelo método do estudo "Global BurdenofDisease" (GBD) para 5.568 municípios brasileiros para 5 regiões nos triênios: 2000-2002, 2009-2011, e 2016-2018. Uma análise visuoespacial foi aplicada para criar agrupamentos de TMPI com a análise local de Moran. Municípios foram então estratificados pelo tamanho da população em <30.000, 30.000-300.000, and>300.000 habitantes por região, e mudança na TMPI em % de 2000-2002 a 2016-2018 foi calculada.
Resultados: Em 2000-2002, a TMPI para DCV era maior em áreas mais desenvolvidas e em municípios maiores de todas as regiões, exceto no Sul. Em 2016-2018, a TMPI para DCV se tornou mais alta nas regiões menos desenvolvidas do Norte (Fig 1). Ademais, a % de redução foi menor em municípios pequenos em comparação aos grandes nas 5 regiões, variando de -7% nos municípios pequenos do Norte a -78% nos municípios grandes do Sul.
Conclusão: Redução na mortalidade por DCV no Brasil foi menor nos municípios de regiões mais vulneráveis e naqueles com populações menores. Políticas públicas direcionadas e planejadas para os municípios menores, particularmente nas regiões menos desenvolvidas, devem ser consideradas uma prioridade.
Palavras-chaves: Doença Cardiovascular | Mortalidade | Desigualdades Sócio econômicas



S4M34

701 - CÉLULAS T CD4-CD8- ATIVADAS SÃO UM ALVO POTENCIAL PARA A REDUÇÃO DA INFLAMAÇÃO NA CARDIOMIOPATIA CHAGÁSICA

CARLOS AUGUSTO DE PAULA GOMES; EULAGRACIELE AMORIM NEVES; FERNANDO CUNHA RUFFO; MOISÉS BARBOSA DE ANDRADE; ANNA LUIZA FONTES MENDES; CAROLINA CATTONI KOH; THAIANY GOULART SOUZA-SILVA; SILVANA DE ARAÚJO SILVA; MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES; WALDEREZ ORNELAS DUTRA.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A ativação de células T é uma característica marcante da cardiomiopatia chagásica crônica (CCC). Essas células são a maioria no infiltrado inflamatório cardíaco e podem também ser encontradas no sangue periférico. Neste estudo, que incluiu pacientes com CCC ou com forma indeterminada da doença de Chagas (IND), avaliou-se a expressão de citocinas, moléculas citotóxicas e receptores cardiotrópicospor células T CD4-CD8- (duplo-negativas, DN) circulantes com expressão diferencial de CD28, utilizando-se citometria de fluxo multiparamétrica.
Métodos: Este estudo incluiu pacientes com sorologia positiva para T. cruzi, referenciados a um serviço terciário de cardiologia. O grupo CCC (n=17; 10 homens, 7 mulheres; média de idade ± DP: 59.35±14.57) continha pacientes com insuficiência cardíaca e disfunção sistólica do ventrículo esquerdo; o grupo IND (n=7, mulheres, média de idade ± DP: 49.86±6.49), pacientes com a forma indeterminada da doença.
Resultados: Demonstrou-se uma maior frequência de células T DN CD28- no sangue periférico na CCC em comparação a IND, particularmente após estimulação in vitro do antígeno de tripomastigota. Na CCC, enquanto as células T DN CD28- tendem a expressar TNF-alfa, o subgrupo de células T DN CD28+ expressa níveis mais elevados da molécula citotóxica granzimaA, em comparação a IND. Esse subgrupo expressa também maiores níveis do receptor de quimiocina CCR5, associado ao direcionamento de células ao coração na doença de Chagas experimental e associado a CCC. A análise in silico da expressão de mRNA no coração de pacientes com CCC mostrou que CD28, CCR5 e granzimaA são regulados positivamente in situ, no coração de pessoas saudáveis. A frequência de células T DN CD28- expressando TNF, assim como de células T DN CD28+ expressando CCR5, é correlacionada positivamente com volume atrial esquerdo, implicando uma associação com disfunção miocárdica. Deve-se ressaltar que a inibição in vitro de células T DN ativadas diminui a expressão do receptor de TNF e de granzimaA.
Discussão: A correlação positiva entre a frequência de células CCR5+ e células GranzimaA+ dentro do subconjunto de células T DN CD28+ sugere a coexpressão dessas moléculas, o que poderia levar essas células ao miocárdio de pacientes com CCC.
Conclusão: Esses dados sugerem que a inibição da ativação de células T DN pode ser um modo de controlar a inflamação na CCC, melhorando o desfecho clínico dos pacientes.
Palavras-chaves: Cardiomiopatia chagásica|Imunopatologia|Células T duplo-negativas

S4M35

598 – ETIOLOGIASCONCOMITANTES EM MULHERES COM DEPRESSÃO E DOENÇA CARDIOVASCULAR

JOICE RODRIGUES RACHID AMIN[1]; JULIANA VIEIRA QUEIROZ ALMEIDA[2]; VITORIA CREPALDI COSTA[2]; LUANA MARTINS RIBEIRO[2]; ANA CLÁUDIA DIAS MALTA[2]; THAIS FORTUNATO MAGALHAES DE SOUZA[3].

1. FAMINASBH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. FAMINAS-BH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 3. FAMINAS- MURIAÉ, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: Doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de óbito no mundo. Dentre seus fatores de risco, destaca-se transtornos de ansiedade e depressão, mais prevalentes em mulheres. Estes podem dificultar mudanças de hábito e adesão ao tratamento de DCV, devido às disfunções funcionais. Assim, o objetivo dessa revisão sistemática é determinar as etiologias concomitantes em mulheres com depressão e DCV.
Métodos: Por meio da estratégia PICO, buscou-se no PubMed e Cochrane, com os descritores "Depressão", "Doenças cardiovasculares" e "Mulheres" e seus termos associados disponíveis no MeSH. Os filtros utilizados foram estudos randomizados e artigos dos últimos 5 anos.
Resultados: Encontrou-se 1318 artigos, triados na plataforma Rayyan com base em título (n=287), resumo (n=29) e leitura completa do artigo (n=29). Discussão: Em suma, mulheres (n=90) com depressão apresentaram maiores concentrações de cortisol (p<0,05), glicose (p=0,03) e menores níveis de HDL (p=0,03). Em mulheres (n=2.682) com DCV, maior risco de morte cardiovascular (p<0,001) foi relacionado à perda de interesse, morar sozinho, estresse financeiro e sintomas depressivos. Nessas pacientes, diabetes (p<0,0001), hipertensão (p=0.0003), tabagismo (p<0,001), obesidade (p<0,001) e insuficiência cardíaca congestiva (p<0,0001) foram associados à maior estresse psicossocial. Por outro lado, mulheres com DCV (n=314) e sintomas depressivos (p<0,05) eram mais propensas ao tabagismo e às condições crônicas. Ainda, em mulheres com DCV (n=1998), baixo nível de atividade física foi associada à ansiedade (p=0,0007) e à depressão (p<0,0001), ambas relacionadas a maiores níveis de estresse (p<0,0001). Ademais, em mulheres (n=80) com alto risco cardiovascular foi realizada uma intervenção nas escolhas alimentares, prática de atividade física e adesão ao tratamento medicamentoso, reduzindo peso corporal (p<0,001), circunferência da cintura (p=0,01), IMC (p<0,001), ansiedade (p=0,002) e depressão (p=0,009). De modo semelhante, mulheres (n=21) com depressão, ansiedade e alto risco cardiovascular foram submetidas à mudanças de comportamento, apresentando também redução do IMC (p=0,008).
Conclusão: Há múltiplas etiologias concomitantes de DCV e transtornos de humor, como comorbidades, tabagismo, sedentarismo, fatores psicossociais, estresse e hábitos alimentares inadequados, resultando em mortalidade precoce. Portanto, mudanças de hábitos de vida podem reduzir fatores de risco cardiovascular e de depressão.

Palavras-chaves: Doenças cardiovasculares | Depressão | Mulheres

S4M36

623 - SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM MULHERES IDOSAS

MARIA CECÍLIA ALCURE DIAS SCUSSULIM; LEANDRA COVRE BARBOSA; ANA LUIZA SCUSSULIM FLORINDO ALCURE DIAS.

UNIVAÇO, IPATINGA - MG - BRASIL.

Sintomas típicos de Síndrome Coronariana Aguda não são manifestações clássicas em mulheres idosas, podendo postergar seu diagnóstico e o tratamento adequado. Os sintomas mais comuns nesse grupo são dispneia, náusea, vômito e fadiga.
Em contrapartida, vidências recentes demonstram forte relação entre níveis elevados de Netrina-1 e pior prognóstico neste grupo por doenças cardiovasculares. Após ocorrer lesão celular ou hipóxia no processo aterosclerótico há expressão deste biomarcador evidenciando maior grau de inflamação, induzindo prognóstico e desfecho desfavoráveis, além de maior mortalidade. De mesma maneira, a IL-1β aumenta a expressão de moléculas que contribuem para a ruptura da placa ateroscleróticas e formação de trombos, ocasionando SCA. Tal molécula também se mantém em níveis elevados em pacientes com SCA, evidenciando uma inflamação exacerbada, prejudicando o remodelamento cardíaco e favorecendo a ocorrência de complicações cardiovasculares.
Sendo assim, está sendo avaliada a melhor eficácia a curto prazo da terapia de tripla antiagragação plaquetária com aspirina, ticagrelor e tirofibana para o grupo citado. Quando avaliado o fluxo sanguíneo lento e presença de complicações trombóticas, fatores como sexo feminino, diabetes e IAM apresentam forte prevalência. Tais complicações podem ser reduzidas se utilizado inibidores dos receptores da glicoproteína IIb/IIIa, em adição à dupla antiagregação plaquetária (DAP); além de reduzirem eventos cardíacos adversos maiores.
Após receber a DAP alguns pacientes ainda apresentam complicações graves como trombose, especialmente os com fatores de risco citados. Os inibidores do receptor IIb/IIIa, juntamente à dupla terapia, podem aumentar o fluxo sanguíneo, além de reduzir a incidência de trombose e ocorrência de eventos coronarianos. A TAP foi significativamente superior à DAP para redução de eventos como angina pectoris pós-infarto, arritmia grave, insuficiência cardíaca, choque cardiogênico, mortalidade em 30 dias e permanência hospitalar média.
Somados, os sintomas inespecíficos e a não adesão à terapia de TAP propiciam maior incidência de complicações e mortalidade em pacientes idosas do sexo feminino com SCA e IAM. Ademais, conclui-se que níveis elevados de Netrina-1 e IL-1β estão associados a pior prognóstico neste grupo devido à intensa inflamação e remodelação cardíaca inadequada, propiciando novos eventos cardiovasculares.

Palavras-chaves: Síndrome Coronariana Aguda | Mulheres | Idosas

S1M33

743 - DIAGNÓSTICO DE MUTAÇÃO PATOGÊNICA DA DESMOPLAQUINA APÓS MORTE SÚBITA ABORTADA EM PACIENTE JOVEM

RAYSSA MARCELLA VIEIRA FERREIRA; GUSTAVO MICENA DE ARAÚJO; FERNANDA DIAS FREIRE; DIEGO DRUMMOND TANOS LOPES; JOÃO PAULO CARDOSO DA SILVA; ALINE ENEIDA LIMA TELES.

INSTITUTO ORIZONTI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A desmoplaquina é o componente proteico mais abundante dos desmossomos no coração e na pele. Mantém a adesão celular ao ancorar os filamentos intermediários nas placas desmossômicas. Mutações na desmoplaquina causam uma forma arritmogênica caracterizada por lesão miocárdica episódica, fibrose ventricular esquerda que precede disfunção e alta incidência de arritmias ventriculares.
Descrição do caso: Paciente do sexo masculino, 35 anos, sem comorbidades conhecidas. Apresentou quadro de tontura, dor torácica, palpitações, cervicalgia, vômitos e síncope, iniciados em repouso e de evolução súbita. Avaliado em Pronto Atendimento e evidenciada taquicardia ventricular sustentada, com instabilidade clínica e hemodinâmica. Submetido a cardioversão elétrica, com retorno a ritmo sinusal. Internado para extensão propedêutica. Cateterismo coronariano sem alterações; Holter com ritmo atrial ectópico, ressonância magnética cardíaca com realce tardio não isquêmico; estudo eletrofisiológico sem evidência de via acessória e estimulação ventricular programada com indução de taquicardia ventricular monomórfica sustentada. Submetido a implante de CDI para prevenção secundária de morte súbita. Procedimento sem intercorrências. Paciente manteve-se assintomático e estável clínica e hemodinamicamente.
Teste genético realizado evidenciou mutação patogênica na desmoplaquina, resultado que justifica o quadro observado.
Conclusão: O caso clínico citado evidencia uma causa não comum de morte súbita abortada em jovem adulto com alto risco de parada cardíaca, arritmia ventricular e insuficiência cardíaca. Uma mutação patogênica que afeta ambos os ventrículos; dor torácica e elevação de troponina estão associadas a pior prognóstico.
Palavras-chaves: Morte súbita|Desmoplaquina|Taquicardia ventricular

S2M22

648 - BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR AVANÇADO ASSOCIADO À DEGLUTIÇÃO – UM CASO RARO

ROBERTA LEÃO BASSI; LALLEINNYFRANTHIESCA DA COSTA ALVES; LORENA GABRIELLE ESTRELLA DE SOUZA TOLEDO; HENRIQUE DE ASSIS FONSECA TONELLI; FATIMA DERLENE DA ROCHA ARAUJO
.
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução
As arritmias desencadeadas pela deglutição são pouco comuns e pouco estudadas, especialmente na população pediátrica. O espectro varia de bradicardia a taquiarritmias, associadas ou não, a uma anormalidade subjacente no esôfago ou no sistema de condução cardíaco.
Descrição Do Caso
Paciente diagnosticado aos 7 anos com bloqueio atrioventricular (BAV) de 2° grau - Mobitz 1 associado a extrassístoles em Holter 24 horas. Aos 14 anos apresentou sintomas inespecíficos durante deglutição, como tontura e turvação visual. Realizado Holter 24 horas: BAV de 2° grau 2:1 durante a vigília e BAV avançado com pausa de até 6,6 segundos apenas ao alimentar-se. TILT test: resposta vasovagal tipo 3 (vasodepressora), comportamento exacerbado da frequência cardíaca (FC) com a ortostase passiva, sem influência da massagem do seio carotídeo sobre a FC e pressão. Ecocardiograma sem alterações. Teste ergométrico: resposta pressórica e cronotrópica fisiológicas, sem distúrbios de ritmo. Tomografia computadorizada de tórax sem alterações estruturais do sistema digestivo. No momento, em avaliação quanto a estudo eletrofisiológico com cardioneuroablação.
Conclusões
A bradicardia associada à deglutição apresenta uma relação neurológica complexa entre o ato de deglutir e o sistema de condução cardíaca, ocasionando diversas formas de bloqueios e arritmia sinusal. Especula-se que ocorra pelo fato que o esôfago e o sistema de condução cardíaco serem ambos inervados pelo nervo vago, desta forma, a estimulação deste nervo pelo estiramento do esôfago distal pode desencadear a arritmia. Este mecanismo fisiopatológico ancora-se na constatação de que em alguns casos os episódios de arritmia são prevenidos pela atropina. A arritmia é tratada, basicamente, pelo tratamento da causa subjacente. Em alguns casos os pacientes podem demandar implante de marca-passo para prevenir episódios de assistolia prolongada. Porém, a decisão terapêutica é difícil, uma vez que são eventos ocasionais e o tratamento não é isento de riscos.
Embora as arritmias induzidas pela deglutição sejam eventos raros, elas podem representar um risco significativo para o indivíduo. A conscientização do cardiologista permite o reconhecimento do diagnóstico, adequada investigação da causa e melhor condução terapêutica do paciente.
Palavras-chaves: Bloqueio Atrioventricular | Deglutição | Arritmia

S2M23

679 - DECISÃO COMPARTILHADA NO MANEJO DA TAQUICARDIA VENTRICULAR RAMO A RAMO E A SUA INDICAÇÃO DE CDI, RELATO DE CASO.

LETÍCIA SANTOS DIAS NORBERTO FERREIRA; ANDRÉ CHUSTER DE SOUZA; ANDRÉ ASSIS LOPES DO CARMO; JOSÉ LUIZ ROSA DE OLIVEIRA.

HOSPITAL MATER DEI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

A taquicardia ventricular ramo a ramo é uma patologia exclusiva do sistema de condução, a qual se associa na maioria das vezes à pacientes portadores de cardiopatia estrutural. Sua incidência é indefinida devido à raridade de casos publicados na literatura científica. Sabe-se, entretanto, que a ablação por radiofreqüência é a única terapia efetiva disponível como tratamento. Existe uma ampla discussão sobre o implante de CDI nestes pacientes, devido à falta de evidências robustas referentes à recorrência de eventos arrítmicos pós- ablação e aos benefícios do dispositivo nos casos sem cardiopatia estrutural. A tomada de decisão deve analisar prós e contras em decisão compartilhada com o paciente.
Paciente de 35 anos, sexo masculino, hipertenso, em uso de Losartan 50mg/dia, admitido na unidade de emergência cardiológica com queixa de palpitações e precordialgia, associadas à turvação visual, náuseas e diaforese. O eletrocardiograma (ECG) de admissão demonstrou freqüência cardíaca (FC) de 250 bpm, com QRS largo (> 120ms) e padrão de bloqueio de ramo direito. Exame físico normal, com dados vitais estáveis. Realizada reversão da taquicardia após administração da 3ª dose de Adenosina. ECG pós medicação com FC 95 bpm, ritmo sinusal, bloqueio divisional póstero-inferior esquerdo e distúrbio de condução do ramo direito, QTc 400ms (Bazett). Exames complementares como ecocardiograma, ressonância magnética e holter- 24 horas sem alterações. Painel genético sem identificação de variantes. Encaminhado, então, para estudo eletrofisiológico (EEF) o qual identificou taquiarritmia com condução infra-hiss e indução de taquicardia ventricular ramo a ramo (TVRR), sendo prontamente realizado ablação do ramo direito, sem indução de novas arritmias após procedimento. Discutido com paciente e optado por observação clínica, sem implante de cardiodesfibrilador implantável (CDI). Paciente encontra-se em seguimento cardiológico após dois anos do evento, sem recorrência da arritmia.
Oferecer o tratamento por ablação e discutir em Heart Team sobre a malignidade potencial da doença são indispensáveis para um bom manejo cardiológico. É necessário manter um seguimento ambulatorial próximo e ponderar sobre o riscos para futuros eventos e suas consequências, que justifiquem o implante do CDI
Palavras-chaves: taquicardia ventricular ramo a ramo | CDI |ablação

S2M25

707 - SINDROME DO QT LONGO CONGÊNITO: UM RELATO DE CASO.

BARBARA DINIZ STORINO; ANA LUISA CALIXTO RODRIGUES; LETICIA DE OLIVEIRA SANTIAGO; WANESSA TORRES BERNARDES; FERNANDO AMATA MUDADO; GABRIEL ASSIS LOPES DO CARMO.

HOSPITAL EVANGÉLICO DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A Síndrome do QT longo (SQTL) congênito é um distúrbio de repolarização do miocárdio ventricular caracterizado por um intervalo QT prolongado no eletrocardiograma e pela associação com arritmias ventriculares, como a torsades de points, e com um risco aumentado de morte súbita cardíaca. Uma ferramenta usada no diagnóstico é o Score de Schwartz, que pontua alterações eletrocardiográficas, manifestações clínicas e história familiar. Até o momento, 17 mutações foram identificadas com relação com a síndrome e o teste genético pode identificar a mutação relacionada à SQTL congênita em até 80% dos casos.
Caso clínico: L.C.P., 23 anos, previamente hígida, uso contínuo apenas de anticoncepcional, com relato de um episódio de síncope, sem pródromos, ao deambular uma distância pequena da sua sala de estar à rua, logo após acordar. Apresenta história familiar de morte súbita em parentes jovens de primeiro grau e irmã portadora de CDI, após uma morte súbita abortada. Ao exame clínico, sem alterações. Eletrocardiograma em ritmo sinusal, apresentando QT corrigido de 570ms. Holter com automatismo sinusal preservado, frequência máxima de 125bpm e mínimo de 60bpm, e QT corrigido de 513mseg. Ecocardiograma dentro da normalidade. Score de Schwartz resultou em cinco pontos, com alta probabilidade para o diagnóstico de Síndrome do QT longo. Iniciou-se tratamento com betabloqueador, e não houve outros episódios de síncope. Holter após dois meses apresentou QT máximo corrigido de 403ms. Ainda em acompanhamento clínico, aguardando realização de teste genético.
Conclusão: A obtenção de um histórico médico pessoal e histórico familiar detalhados é imprescindível para determinar a probabilidade pré-teste da SQTL congênita. Recomenda-se o uso de betabloqueador como tratamento farmacológico e, para profilaxia secundária, o implante de cardiodesfibrilador implantável. O diagnóstico genético é importante nos pacientes com alta probabilidade de SQTL congênito e em pacientes com probabilidade intermediária, mas QTc 480ms. A identificação da mutação também é importante para familiares de pacientes com teste genético positivo para seguimento especializado e diagnóstico precoce da síndrome.
Palavras-chaves: congênito | mortesubita | genética

S2M26

710 - SÍNCOPE APÓS TRAUMA TORÁCICO EM PACIENTE IDOSO COM CARDIOPATIA ESTRUTURAL: COMMOTIOCORDIS?

INGRED HELLEN DE RESENDE ANDRADE; ANDRÉ CHUSTER DE SOUZA; VANESSA COSTA GOMES; LAYLAKETHLYN DE OLIVEIRA SANTOS; MARCOS ROBERTO QUEIROZ FRANÇA.

HOSPITAL MATER DEI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

O commotiocordis é um fenômeno no qual um súbito impacto contundente no precórdio causa arritmias graves (principalmente fibrilação ventricular e taquicardia ventricular), cursando com síncope e até mesmo morte súbita. Sua incidência ocorre em adultos jovens, sem cardiopatia estrutural e em esportes de impacto, especialmente, os que utilizam bola. A indução de arritmias ventriculares ocorre pelo impacto em um período vulnerável da repolarização ventricular, em 10 a 30ms antes do pico da onda T, em que há a formação de taquicardia ventricular polimórfica e fibrilação ventricular. O impacto ao longo do ciclo cardíaco também está associado a elevação do segmento ST e bloqueio atrioventricular transitório.
Paciente masculino, de 72 anos, antecedentes de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, apresentou episódio de síncope, sem pródromos, durante atividade física (futebol) após trauma de bola em região precordial. Cursou com traumatismo cranioencefálico e trauma de face. Encaminhado a avaliação cardiológica após evento e internado para propedêutica devido a história clínica sugestiva de síncope de alto risco. Exame físico dentro da normalidade. Exames de troponina e BNP normais. ECG: ritmo sinusal, bloqueio atrioventricular de 1º grau, bloqueio de ramo esquerdo (QRS 160 ms). ECOTT: FEVE 68%, função contrátil do VE normal. Holter de 24h: ritmo sinusal, raras extrassístoles supraventriculares e ventriculares, sem arritmias sustentadas. Ressonância cardíaca com estresse: Assincronia septal, ausência de realce tardio e negativa para isquemia. Teste ergométrico: função cronotrópica preservada, inconclusivo para isquemia miocárdica devido a presença de BRE. Submetido a estudo eletrofisiológico: ausência de indução de arritmias, distúrbio de condução intrahissiano com intervalo HV de 81 ms. Diante de histórico de síncope e HV aumentado, optado por implante de marcapasso definitivo bicameral. Sem recorrência de síncope após 6 meses de seguimento.
O commotiocordis é um evento raro, mas de importante causa de morbimortalidade nos esportes, principalmente nos de alta velocidade, como o futebol. Suspeitar-se nos casos de síncope após impacto no tórax e a avaliação imediata, inclusive com ressuscitação cardiopulmonar se evolução para parada cardíaca, faz-se necessária. No caso apresentado, síncope do tipo liga-desliga após trauma torácico em paciente idoso com cardiopatia estrutural, revelou distúrbio de condução infrahissiano avançado com indicação de marcapasso.

Palavras-chaves: síncope|commotiocordis|síncope de alto risco

S2M36

624 - LOOPER IMPLANTÁVEL E O DIAGNÓSTICO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR SUSTENTADA EM PACIENTE COM SÍNCOPE E AVALIAÇÃO INVASIVA INCONCLUSIVA

MARCOS VINICIUS ALVES VIEIRA; ANDRÉ CHUSTER DE SOUZA; LEANDRO GARAMBONE DE CERQUEIRA LIMA; VINICIUS RANGEL; FERNANDA ROQUETTE DE ARAUJO; LAYLAKETHLYN DE OLIVEIRA SANTOS.

REDE MATER DEI DE SAÚDE - FELUMA – FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A síncope é uma síndrome clínica na qual a perda transitória da consciência é causada devido a hipoperfusão cerebral, na maioria das vezes resultado de uma queda abrupta da pressão arterial sistêmica. Normalmente, caracterizada por início rápido e deve ser investigada.
Descrição: Homem, 56 anos, hipertenso, diabético, ex-tabagista, portador de insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção (FE) intermediária (45%) após infarto agudo do miocárdio (IAM) com supra de ST três meses anterior ao quadro apresentado. Internado após episódio de perda de consciência com irresponsividade, respiração agônica, cianose central e palidez muco cutânea, presenciado pela esposa e duração de 10 minutos durante a madrugada. Negou liberação esfincteriana, movimentos tônico-clônicos e mordedura de língua. Na admissão, Eletrocardiograma evidência zona elétrica inativa anterosseptal. Ressonância magnética (RM) cardíaca com FE de 50%, VE de dimensões normais, alteração contrátil segmentar e função sistólica levemente reduzida, sinais de infarto transmural em segmento médio-apical da parede anterior, segmento médio da parede ântero-septal, segmento apical da parede septal e do ápex do ventrículo esquerdo (VE). Holter 24h com frequência cardíaca entre 58 e 101 bpm, sem registro de ectopias, observados períodos de apneia/hipopneia com variações clínicas regulares e consecutivas, registrada principalmente entre 2 e 6h pelo tacograma. No estudo eletrofisiológico não houve indução de arritmias sustentadas. Após extensa investigação inconclusiva, optado por implante de monitor de eventos e acompanhamento ambulatorial. Durante a primeira avaliação do monitor, 15 dias após o implante, foi visualizado 24 eventos de taquicardia ventricular (TV) sustentada. Analisado os traçados e verificado a TV polimórfica sustentada, sendo maior evento com duração de 90 segundos. Optado então por implante de cardiodesfibrilador implantável para prevenção de morte súbita.
Conclusão: Estudos mostram que os monitores de eventos levam a um diagnóstico mais precoce e reduzem a taxa de síncopes inexplicáveis, justificando seu uso na prática clínica. Podem ser utilizados na fase inicial da avaliação de pessoas com síncope recorrente de origem incerta na ausência de critérios de alto risco ou em pacientes de alto risco após avaliação negativa. No presente caso, o diagnóstico se deu após extensa investigação, inclusive com métodos invasivos, em ambiente hospitalar.

Palavras-chaves: Looper | Monitor De Eventos | Taquicardia Ventricular Sustentada

S3M12

705 - INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO ASSOCIADO À CORONÁRIAS ECTASIADAS E USO DE ESTERÓIDES ANABOLIZANTES.

VINICIUS RANGEL[1]; MARCOS VINICIUS ALVES VIEIRA[1]; PAULO HENRIQUE SANTIAGO[1]; DIEGO NASCIMENTO MORAES[1]; FERNANDA ROQUETTE DE ARAUJO[1]; JULIANA CRISTINA DUARTE BRAGA[2].

1. REDE MATER DEI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. REDE MATER DEI DE SAÚDE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: Embora não seja totalmente compreendida a relação causa efeito, a utilização de esteroides anabolizantes está associada com o aumento de complicações cardiovasculares. **Descrição:** Trata-se de paciente do sexo masculino, 39 anos, sem comorbidades, ex-tabagista, ex-obeso com história familiar de doença arterial coronariana (DAC). Fazia uso semanal de testosterona e diario de suplementos vitamínicos há 2 anos. Admitido com dor torácica típica, iniciada ha uma hora durante esforço físico. Exames com elevação de troponina e eletrocardiograma(ECG) sem alterações. Cateterismo cardíaco(CATE) visualizou (Figura 1): Tronco da coronária esquerda de 8,1mm e trifurcado; Artéria descente anterior(DA) de 10mm e imagem negativa intraluminal sugestiva de grande carga trombótica; Artéria circunflexa de 7,1mm; Coronária direita de 11,7mm; demostrando ectasias importantes, fluxo coronario lentificado e turbilhonado em todas as coronárias; além de ausência de ateromatose ou lesões passiveis de angioplastia. Iniciada terapia antitrombótica com AAS®, ticagrelor, clexane e agrastat, mantida por 24 horas. Sete dias após, novo CATE evidenciou artérias coronárias com os mesmos diâmetros máximos, porém com redução da carga trombotica. Recebeu alta hospitalar usando AAS®, clopidogrel e apixabana. Suspenso AAS® após um mês e os demais mantidos. Seis meses depois, paciente apresentou novo episódio de dor torácica típica, com ECG normal e elevação de troponina. Realizou novo CATE que evidenciou coronárias com as mesmas dilatações prévias, sem imagens sugestivas de trombo e sem alterações tratáveis por angioplastia. Ressonância magnética com presença de déficit perfusional em repouso no segmento septo-basal do VE e sinais de fibrose/edema em miocárdio de VE compatível com infarto agudo. Recebe alta após três dias em uso de AAS, clopidogrel e apixabana que foram mantidos por 6 meses e após, prescrito ticagrelor e apixabana. Atualmente em uso de apixabana.
Conclusão: Acredita-se que os esteroides anabolizantes podem gerar repercussões cardiovasculares indesejadas como hipertensão arterial, dislipidemia, hiperhomocisteinemia, situações de hipercoagulabilidade e desarranjos elétricos no miocárdio. O uso estético de esteroides deve ser desencorajado, sobretudo em pacientes com alterações anatômicas, como coronárias ectásicas, que favorecem fenômenos trombóticos.
Palavras-chaves: infarto | trombos | anabolizantes

S3M15

763 - O IMPACTO DO USO DE ESTEROIDES ANABOLIZANTES ANDROGÊNICOS NO RISCO CARDIOVASCULAR

LARISSA FONSECA REIS; ISABELA GALANTINI SILVEIRA; JÚLIA DUARTE RUIZ COSTA; LUCIANA FERREIRA LEITE.

HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: Os esteróides anabolizantes androgênicos (EAAs), derivados sintéticos da testosterona, constituem arsenal terapêutico para pessoas com deficiência androgênica. Atualmente, são também utilizados em doses suprafisiológicas para melhoria da performance esportiva e fins estéticos, resultando em aumento do risco cardiovascular.
Métodos: Trata-se de revisão integrativa da literatura com levantamento bibliográfico nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SciELO. Foram incluídos trabalhos nas línguas inglesa e portuguesa publicados nos últimos 10 anos, combinando os descritores: "Esteróides Androgênicos Anabolizantes" e "Risco Cardiovascular" nas modalidades ensaio clínico, revisão sistemática e metanálise. Dos 65 artigos encontrados, 42 apresentavam concordância com a temática e critérios de inclusão. Foram excluídos estudos realizados em animais; que não consideravam eventos cardiovasculares ou incluíam grupos com indicação clínica para o uso de EAAs.
Resultados: Dos 42 estudos selecionados, 31 (73,80%) foram com o sexo masculino e 11 (26,3%) com o feminino. A faixa etária mais representada foi 19-24 anos e, entre os esportistas, a atividade principal foi fisiculturismo. As alterações cardiovasculares macroscópicas mais relatadas foram cardiomegalia e hipertrofia ventricular esquerda; as alterações histológicas foram fibrose e necrose miocárdica.
Discussão: EAAs representam um grupo de derivados sintéticos da testosterona, com seu uso bem indicado em pacientes com deficiência desses hormônios. Todavia, ocorre também o uso com fins recreativos, visando ganho de massa muscular e aperfeiçoamento da performance em atletas, com riscos para a saúde dessa população. Os principais efeitos dos EAAs no sistema cardiovascular decorrem de diferentes mecanismos de lesão: aterogênico; alteração do perfil lipídico; associação com vasoespasmo, por interação com o óxido nítrico; efeito sobre fatores de coagulação e plaquetários; lesão direta do miocárdio. Dentre os desfechos clínicos associados ao uso suprafisiológico dos esteróides, citam-se hipertrofia ventricular, aterosclerose, isquemia miocárdica e morte súbita.
Conclusão: Dada a alta mortalidade da doença aterosclerótica e da cardiomiopatia induzida por EAAs, bem como o risco de morte cardíaca súbita, medidas de saúde pública visando a conscientização da população quanto aos riscos do uso indiscriminado destas substâncias são fundamentais.
Palavras-chaves: Risco cardiovascular | Esteróides Androgênicos Anabolizantes | Doping nos Esportes

S1M53

606 - SÍNDROME DO ROUBO DA SUBCLÁVIA EM PACIENTE REVASCULARIZADO

LILIANE ALVES MATOS; CÁSSIO MENEZES NOGUEIRA; BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO; MARCOS ANTÔNIO MARINO; ISABELA SILVA DE ALMEIDA SOUSA; KLEBER NEIVA PIRES.

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

J.A.O, 68 anos, sexo masculino, HAS, tabagista (55 anos/maço), coronariopata, com passado de CRVM em 2007 (mamária-DA /Ao – safena-diagonal / Ao – radial – CD). Admitido no hospital em 30/04/2021 queixa de precordialgia opressiva, com irradiação para os membros superiores, intermitente, associada a dispneia progressiva, cefaleia, edema em membros inferiores e bolsa escrotal com cerca de 15 dias de evolução. ECG da admissão evidenciou inversão de onda T em derivações precordiais (V1-V6). Submetido a Coronariografia que evidenciou aterosclerose coronariana grave, hipocinesia difusa moderada a grave de ventrículo esquerdo, artéria subclávia esquerda (ASCE) ocluída em terço proximal, com presença de fluxo retrógrado na artéria vertebral esquerda (AVE) através do sistema vértebro-basilar contralateral, enchendo a ASCE, caracterizando fenômeno de "roubo de subclávia". Realizada recanalização do terço proximal da ASCE e implante de stent farmacológico Visi-Pro 9,0 X 27 mm. Após recanalização foi observada lesão grave, calcificada de 80% no óstio da artéria mamária interna esquerda. Realizada assim, angioplastia com implante de stent farmacológico. Paciente evoluiu com melhora progressiva dos sintomas.

A "Síndrome do Roubo de Subclávia" (SRSC) caracteriza-se por fluxo retrógrado em uma artéria vertebral devido à estenose ou oclusão da artéria subclávia ipsilateral, ou, mais raramente, do tronco braquicefálico, principalmente por aterosclerose. Com a redução da pressão na artéria subclávia distalmente à obstrução, o sangue flui de forma anterógrada pela artéria vertebral contralateral, chega à artéria basilar e desce de modo retrógrado pela artéria vertebral ipsilateral. O sangue é sequestrado do sistema basilar, prejudicando o fluxo sanguíneo encefálico.

É considerada uma condição rara, com incidência de 2,5% na população. Homens são mais afetados do que as mulheres (2:1). É mais comum no lado esquerdo que do direito (3:1). A maioria dos pacientes são assintomáticos. Os principais sinais e sintomas, quando presentes, são: claudicação intermitente da extremidade superior ipsilateral, sintomas de isquemia vertebrobasilar e isquemia miocárdica (em pacientes revascularizados).

A SRSC é habitualmente tratada cirurgicamente, entretanto, novos avanços vêm permitindo que a técnica de angioplastia transluminal percutânea se apresente como uma possibilidade terapêutica, com bons resultados e segurança.

Palavras-chaves: artéria subclávia esquerda | roubo da subclávia | fluxo retrógrado

S1M54

613 - FECHAMENTO DO APÊNDICE ATRIAL ESQUERDO EM PACIENTE COM FIBRILAÇÃO ATRIAL COM EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS RECORRENTES: RELATO DE CASO

BERNARDO SANTOS RESENDE; LAYLAKETHLYN DE OLIVEIRA SANTOS; GUILHERME RAFAEL SANT'ANNA ATHAYDE; DIEGO NASCIMENTO MORAES; LUCAS LODI JUNQUEIRA; FERNANDO GUSMAOCAMARA.

REDE MATER DEI DE SAÚDE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A fibrilação atrial (FA) é a arritmia sustentada mais comum, estando presente em cerca de 5% dos idosos. Sua principal complicação são eventos tromboembólicos, com destaque para o acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) que pode ter seu risco aumentado em até 5 vezes. Com isso, os anticoagulantes apresentam papel fundamental para reduzir a morbi-mortalidade desta alteração. Porém, alguns pacientes recorrem com AVCi mesmo em uso de anticoagulantes ou apresentam fatores de maior risco para eventos hemorrágicos. Nestes casos, o fechamento do apêndice atrial esquerdo (AAE) vem ganhando destaque como alternativa terapêutica.

Descrição do Caso: Trata-se de paciente A.V.D.C, 68 anos, previamente portador de miocardiopatia chagásica, hipertensão arterial sistêmica, FA permanente, com quatro episódios prévios de AVCi. Deu entrada no pronto socorro com déficits focais iniciados de forma súbita, sendo realizado propedêutica diagnóstica que confirmou AVCi.. Contraindicado trombólise devido ao uso de anticoagulante. Em unidade de terapia intensiva, realizou ecocardiograma transesofágico (EcoTE) evidenciando imagem sugestiva de trombo em AAE. Discutido caso no Heart Team que, considerando a recorrência de eventos tromboembólicos a despeito da anticoagulação e o menor risco de embolização de trombo organizado durante procedimento, foi indicado o fechamento percutâneo do AAE. Realizado abordagem, paciente recebeu alta hospitalar após três dias em uso de anticoagulação associado a clopidogrel por três meses. Em seguimento ambulatorial, segue com evolução favorável, sem recorrência de eventos tromboembólicos.

Conclusões: A FA é uma arritmia de alta prevalência e causa importante de eventos tromboembólicos. O fechamento do AAE têm ganhado cada vez mais espaço no arsenal terapêutico para redução desses eventos, sendo importante que o cardiologista esteja atualizado sobre suas indicações.

Palavras-chaves: Fechamento Do Apêndice Atrial Esquerdo | fibrilação Atrial | eventos Tromboembólicos

S1M55

615 - MALFORMAÇÕES ARTERIOVENOSAS PULMONARES: RELATO DE CASO

BERNARDO SANTOS RESENDE; LAYLAKETHLYN DE OLIVEIRA SANTOS; DIEGO NASCIMENTO MORAES; GUILHERME RAFAEL SANT'ANNA ATHAYDE; LUCAS LODI JUNQUEIRA; FERNANDO GUSMAOCAMARA.

REDE MATER DEI DE SAÚDE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: As malformações arteriovenosas pulmonares (MAVPs), também conhecidas como fístulas arteriovenosas pulmonares, são conexões anormais entre artéria e veia pulmonares, resultando em shunt direita-esquerda. Podem ser achados radiológicos incidentais em pacientes assintomáticos. As manifestações clínicas mais comuns são epistaxe e dispneia, mas também podem apresentar-se com embolização paradoxal, incluindo acidente vascular cerebral criptogênico ou abscesso cerebral. A maioria das MAVPs (80 a 90%) estão associadas a telangiectasia hemorrágica hereditária (THH, também chamada de síndrome de Osler-Weber-Rendu), uma doença autossômica dominante com prevalência clínica de 1:5.000 a 1:8.000.

Descrição Do Caso: M.V.A., 30 anos, sexo feminino, sem comorbidades conhecidas, admitida com relato de dispneia e hipoxemia aos esforços desde o parto do seu filho há cerca de 1 ano. Informava, também, episódios esporádicos de epistaxe de pequeno volume. À rinoscopia, apresentava presença de vasos ectásicos em septo nasal bilateralmente, sem outras alterações significativas ao exame físico. História familiar: Mãe em investigação de provável THH, com internação prévia por abscesso cerebral e malformações arteriovenosas pulmonares (MAVP) evidenciadas em angiotomografia de tórax. Iniciado, então, investigação diagnóstica para provável THH, foi evidenciado em duas fístulas arteriovenosas de grande volume em segmentos 9 e 10 em lobo inferior do pulmão direito com shunt significativo esquerda-direita (Qp/Qs: 2,2). Indicado, então, embolização de MAVP em abordagem percutânea eletiva. Realizado implante com prótese vascular Occlutech PDA 3.5 x 5 mm em MAVP localizada em segmento 9 e prótese vascular MVSD 6 mm em MAVP localizada em segmento 10, ato sem intercorrências. Recebeu alta hospitalar 2 dias após a abordagem e apresentou evolução clínica favorável em seguimento ambulatorial subsequente.

Conclusões: Deve-se sempre suspeitar de MAVPs em pacientes que apresentam dispneia ou hipoxemia inexplicada, bem como em pacientes com nódulos e história de AVC ou abscesso cerebral. É importante que o cardiologista esteja atualizado sobre as apresentações clínicas e opção terapêutica para que possa efetuar o diagnóstico correto, bem como indicar a intervenção e prevenir complicações sistêmicas da doença.

Palavras-chaves: Malformações Arteriovenosas Pulmonares | telangiectasia Hemorrágica Hereditária | osler-weber-rendu

S2M12

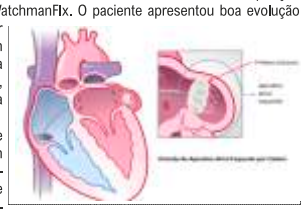
640 - RELATO DE CASO: FECHAMENTO ENDOVASCULAR DO APÊNDICE ATRIAL EM PACIENTE COM PRÓTESES MECÂNICAS E FIBRILAÇÃO ATRIAL PERMANENTE

LARISSA ANDRADE FIGUEIREDO; ANA CAROLLINA SIMÃO DINIZ; PEDRO ROUSSEFF; HUGO MARIANO DE AZEVEDO FROTA; CARLOS EDUARDO DE SOUZA MIRANDA; MARCOS ANTÔNIO MARINO.

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: O Fechamento endovascular do apêndice atrial (FEAA) é uma técnica minimamente invasiva que visa prevenir o risco de trombose e consequente acidente vascular encefálico (AVC) em pacientes com fibrilação atrial (FA). Indicado nos pacientes que possuem contraindicação ou intolerância ao uso do anticoagulante, ou que tiveram um fenômeno tromboembólico apesar do anticoagulante; classe de recomendação IIa pela última diretriz brasileira de FA. O procedimento consiste em obliterar o apêndice atrial esquerdo (AAE), que é a principal fonte de formação de coágulos em paciente com FA.

Caso Clínico: J.J.R., 36 anos, portador de FA desde 2013 e de prótese mecânica aórtica e mitral devido febre reumática desde 03/2021, apresentou diversos quadros de AVC. O primeiro AVC em 01/2022 com ecodopplercardiograma transesofágico (ECOTE) mostrando trombo no AAE, após 1 AVC em 06/2022 e 2 acidentes isquêmicos transitórios em 06-08/2022, também com ECOTEs mostrando trombo no AAE. Em todos os eventos o paciente estava em uso do marevan com RNI terapêutico entre 2,5-3,5. O paciente foi avaliado pela equipe de cardiologistas que optaram pelo FEAA para reduzir o risco de novos eventos tromboembólicos. O procedimento foi realizado pela equipe da hemodinâmica com sucesso em 21/03/23, após conferência de ausência de trombo pelo ECOTE e ponte de marevan/clexane. Este foi realizado através da via veia femoral direita e punção transeptal com implante da prótese oclusoraWatchmanFlx. O paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com alta hospitalar após atingir novamente RNI em 3,5. Paciente segue em acompanhamento desde então, com boa evolução e com ausência de novos AVCs, consequentemente com melhora também da qualidade de vida e morbimortalidade.



Conclusão: O FEAA é uma técnica segura e eficaz para reduzir o risco de trombose em pacientes com FA e contraindicação a anticoagulação, mas também em pacientes com FA e próteses mecânicas valvares com anticoagulação terapêutica que recorrem com AVCs. Nestes, o FEAA pode ser alternativa terapêutica adjuvante para prevenir novos eventos tromboembólicos. A escolha da técnica e da prótese deve ser individualizada, considerando as características clínicas e radiológicas de cada paciente.

Palavras-chaves: fibrilação atrial | fechamento endovascular apêndice atrial | eventos tromboembólicos

Referências: Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretrizes brasileiras de Fibrilação Atrial, 2016. ArqBrasCardiol. 2016;106(4Supl.2):1-22.

S2M13

684 - QT LONGO ADQUIRIDO POR HIPOCALCEMIA E MORTE SUBITA ABORTADA: RELATO DE CASO

ERICA SILVA; LAYLAKETHLYN DE OLIVEIRA SANTOS; LETÍCIA SANTOS DIAS NORBERTO FERREIRA; INGRED HELLEN DE RESENDE ANDRADE; CARLOS EDUARDO ORNELAS.

MATER DEI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A Síndrome do QT longo é definida como prolongamento do intervalo QT medido no eletrocardiograma (ECG) associado às arritmias potencialmente fatais e pode ser de origem congênita ou adquirida. Nas duas etiologias, há risco de morte súbita (MS) decorrente de arritmia ventricular complexa. Na adquirida, podemos relacionar alguns fatores predisponentes reversíveis, sendo incomum a ocorrência na hipocalcemia. O cálcio interfere na despolarização ventricular da célula do miocárdio na fase de platô do potencial de ação elétrico e a normalização do seu nível sérico correlaciona diretamente ao intervalo QT.
RELATO DE CASO: Masculino, 40 anos, portador de hipotireoidismo e hipoparatireoidismo permanente secundário à tireoidectomia total (carcinoma papilífero de tireoide). Admitido no pronto socorro após acidente automobilístico com múltiplas fraturas devido a síncope liga-desliga. Realizado propedêutica extensa, incluindo exames laboratoriais, ecocardiograma, holter 24 horas, ECG seriado e ressonância miocárdica. Descartado outras causas de síncope e confirmado intervalo QTc alargado, de 547ms (Bazett) na vigência de hipocalcemia. Após correção sistemática do cálcio com normalização do nível sérico, evidenciado redução do intervalo QTc com valor mínimo de 487ms. Optado por complementar investigação com estudo eletrofisiológico e confirmado QTc prolongado (460-480ms). Dessa forma, definido síncope de origem cardiogênica secundaria à síndrome do QT longo adquirido, que mesmo após normalização do distúrbio do cálcio, o intervalo QT manteve-se prolongado com risco de evento arrítmico e morte súbita. Discutido em Heart Team e indicado o implante de cardio-desfibrilador implantável (CDI) para prevenção secundária de MS arritmogênica em paciente portador de síndrome do QT longo adquirido e permanente.
Conclusão: Diante da comprovação de QT longo irreversível, apesar da normalização da hipocalcemia, o paciente ficaria exposto ao risco de novo evento arritmogênico grave e fatal. Ainda há incertezas sobre o implante de CDI em casos especiais, porém, tal situação corrobora a orientação dos guidelinesa cerca do Heart Team na decisão clínica. Destacamos a importância em individualizar o cuidado médico e considerar o elevado risco potencial de novas arritmias e acidentes fatais, principalmente em pacientes com longa expectativa de vida.
Palavras-chaves: Síndrome QT longo | Síncope Cardiogênica | Hipocalcemia

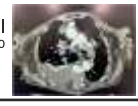
S2M14

722 - TROMBECTOMIA POR ASPIRAÇÃO DIRETA, PARA TRATAMENTO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO BILATERAL: RELATO DE CASO.

DIEGO DRUMMOND TANOS LOPES; WILLIAM ANTÔNIO DE MAGALHÃES ESTEVES; JOÃO PAULO CARDOSO DA SILVA; ALINE ENEIDA LIMA TELES; FERNANDA DIAS FREIRE; RAYSSA MARCELLA VIEIRA FERREIRA.

INSTITUTO ORIZONTI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é considerado uma importante causa de mortalidade, principalmente pela sobrecarga causada no ventrículo direito (VD), em decorrência do aumento súbito e excessivo da pós-carga. A desobstrução das artérias pulmonares pode determinar a sobrevida dos pacientes acometidos por esta patologia. Dentre as terapias disponíveis está a trombectomia por aspiração direta, procedimento eficaz e menos invasivo que outros tratamentos disponíveis.
Descrição do caso: Mulher, 85 anos, idosa frágil, histórico de linfedema em membros inferiores, trombose venosa profunda há 20 anos, osteoporose e bicitopenia crônica. Internada com quadro mal estar inespecífico, de início súbito, apresentando fraqueza de membros inferiores, sudorese e pré-síncope intensos, havia um dia. Pulsos e ausculta cardíaca rítmicos, com sopro sistólico em borda esternal à esquerda. PA 100x60mmHg, FC 98bpm. Ausculta pulmonar sem ruídos adventícios. Exames laboratoriais da admissão com leucopenia, plaquetopenia, troponina I elevada, sem curva. ECG sem alterações dignas de nota. Horas após admissão, apresentou FC 186bpm com ECG evidenciando taquicardia por reentrada nodal, com conversão espontânea para ritmo sinusal em poucos minutos. Realizado ECOTT que apontou aumento importante de AD, VD dilatado e hipocontrátil e PSAP = 53 mmHg. AngioTC arterial do tórax que evidenciou TEP maciço, bilateral. Diante da extensão do trombo, disfunção do VD, idade avançada da paciente e fragilidade da paciente, indicada trombectomia mecânica. Feita angiografia com visualização de trombos bilateralmente e manometria revelando PVC = 20 mmHg e PSAP = 56 mmHg. Realizada trombectomia por aspiração direta, com melhora da perfusão pulmonar à esquerda, porém com manutenção de trombo à direita. Procedimento bem sucedido, com paciente apresentando melhora da saturação imediatamente após a realização e mantendo estabilidade hemodinâmica.
Conclusão: O presente caso exposto denota a relevância do tratamento descrito que, deve ser indicado, não somente em pacientes com contraindicação à trombólise, mas também naqueles com disfunção de VD, hipotensão, choque cardiogênico, ressuscitação cardiopulmonar, diferença alveolar-arterial de O2 > 50 mmHg, hipertensão pulmonar pré-capilar. Cumpre salientar que estes procedimentos visam obter melhora dos parâmetros hemodinâmicos dos pacientes, independente da presença de trombos residuais à angiografia de controle.
Palavras-chaves:
Trombectomia | TEPmaciço | Trombectomia por aspiração



S2M15

729 - TRATAMENTO DE INSUFICIÊNCIA MITRAL GRAVE COM MITRACLIP: RELATO DE CASO

JOÃO PAULO CARDOSO DA SILVA; WILLIAM ANTÔNIO DE MAGALHÃES ESTEVES; DIEGO DRUMMOND TANOS LOPES; FERNANDA DIAS FREIRE; RAYSSA MARCELLA VIEIRA FERREIRA; ALINE ENEIDA LIMA TELES.

INSTITUTO ORIZONTI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: O Reparo transcateter ponta a ponta (TEER) por meio do dispositivo MitraClip é realizado através da sutura dos segmentos médios dos folhetos anterior e posterior da válvula mitral, através de um clip de cromo-cobalto proporcionando melhora da regurgitação mitral. Está indicado para pacientes com alto risco para cirurgia convencional. Descrevemos o caso de um paciente com risco proibitivo para cirurgia de troca valvar no qual optou-se por realização de TEER evidenciando melhora importante da regurgitação mitral após o procedimento.
Descrição de caso: Homem, 81 anos, portador de Insuficiência Mitral grave de etiologia degenerativa, Fibrilação atrial paroxística, Acidente vascular isquêmico e HAS. Sintomático com queixa de dispneia aos mínimos esforços. Histórico de internação prévia por edema agudo de pulmão em Agosto/2022. Ecocardiograma transtorácico (ECOTT): FEVE 61%, pressão sistólica da artéria pulmonar: 57 mmHg, prolapso valvar mitral com insuficiência importante e aumento de câmaras atriais. Ecotransesofágico (ECOTE): Válvula mitral com degeneração mixomatosa. Flail do folheto posterior com corda rota bem evidenciada. Regurgitação mitral grave, jato excêntrico direcionado para parede posterior do AE. Folheto posterior 9 mm. Largura do flail 5 mm. Área valvar ao 3D: 4,36 cm². Septo interatrial íntegro. Ao exame físico apresentando bulhas arrítmicas, sopro sistólico regurgitativo em foco mitral. Ausculta pulmonar sem alterações. Paciente com risco proibitivo para plastia ou troca valvar mitral por esternotomia. Optado por realização de reparo transcateter ponta a ponta com dispositivo Mitraclip, sendo realizado implante de 02 clips em válvula mitral, sem intercorrências. Ao final do procedimento, Ecotransesofágico evidenciando ausência de regurgitação mitral e gradientes 9/3 mmHg. Recebeu alta hospitalar em boas condições clínicas.
Conclusão: Estudos tem demonstrado que o tratamento percutâneo da insuficiência mitral por meio do MitraClip está associado a melhora da sobrevida em 24 meses, redução de hospitalização por Insuficiência cardíaca e melhora na qualidade de vida quando comparada com a terapia medicamentosa otimizada. É uma opção para pacientes com alto risco cirúrgico e com anatomia valvar favorável para o emprego da técnica.
Palavras-chaves: MitraClip | Insuficiência mitral | Regurgitação mitral

S2M16

739 - INTERVENÇÃO PERCUTÂNEA EM PACIENTE COM DISFUNÇÃO DE PRÓTESE MITRAL BIOLÓGICA

ANA CAROLINA SILVA DOS SANTOS; BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO; HUGO MARIANO DE AZEVEDO FROTA; BRUNO MONTEIRO MACEDO RIBEIRO; MARCOS ANTÔNIO MARINO; PEDRO FONSECA ABDO ROCHA.

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução. O aumento da expectativa de vida da população está intimamente ligado ao crescente aumento de casos de doenças valvares, principalmente degenerativa, cerca de mais de 100 milhões de pessoas no mundo apresentam doença cardíaca valvar. Apesar de pouco comum, a disfunção da prótese pode ser ameaçadora da vida, sendo diagnóstico e terapêutica adequadas determinante para condução do caso.
Descrição do caso: Trata-se de paciente homem, sexo masculino, 88 anos, previamente portador de Fibrilação atrial (FA) paroxística, Insuficiência Cardíaca de Fração de ejeção preservada (IcFep), Troca mitral com prótese biológica e Cirurgia de Revascularização do Miocárdico em 2012, admitido em UTI com FA de alta resposta ventricular, associado a descompensação quente e úmida (Perfil B) da ICFep, com necessidade de Ventilação não Invasiva (VNI) com pressão positiva frequente. Ecocardiograma transtorácico mostrando prótese em posição mitral espessada e com disfunção tipo estenose grave. Evoluiu com piora da função renal 1 semana após início do tratamento, sendo indicado Terapia de Substituição Renal com Hemodiálise e necessidade de Intubação orotraqueal (IOT) por falência respiratória. Devido piora e instabilidade clínica com necessidade de aminas e inotrópicos, discutido em Hearteam e optado por intervenção percutânea, frente ao elevado risco de cirurgia aberta. Realizado Valvoplastia em valva mitral biológica com Balão Mammoth 20 x 40 mm, com sucesso e sem intercorrências. Ecotranstorácico em pós operatório com bom resultado, demonstrando ausência de insuficiência mitral e presença de estenose moderada. Após 4 dias, tolerou extubação orotraqueal. No entanto, evoluiu nos dias seguintes com piora clínica e infecciosa optado por cuidados paliativos frequente a refratariedade do caso, evoluindo para óbito.
Conclusão: A Valvoplastia com balão em valva biológica, ainda que pouco realizada mundialmente, pode ser uma alternativa em casos específicos de pacientes sem condições cirúrgicas e em serviços com experiência em intervenção. O aumento da expectativa de vida muda o cenário dos pacientes valvulares, apresentando aumento de acometimento primário e maior longevidade aos submetidos a troca. O acompanhamento clínico e ecocardiográfico possibilita intervenções no melhor momento clínico.
Palavras-chaves: Estenose Mitral | angioplastia | internvenção Percutânea

S1M11

619 - DEFEITO CONGÊNITO DO PERICÁRDIO: DIAGNÓSTICO DESAFIADOR

LALLEINNYFRANTHIESCA DA COSTA ALVES; LORENA GABRIELLE ESTRELLA DE SOUZA TOLEDO; ROBERTA LEÃO BASSI; RALDNER BORGES E REGES; HENRIQUE DE ASSIS FONSECA TONELLI; ZILDA MARIA ALVES MEIRA.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: O pericárdio, saco fibroseroso, possui funções fisiológicas e protetoras para o coração. Falhas na fusão das membranas pleuropericárdicas, durante a formação embrionária, resultam em agenesia congênita completa ou parcial, uma doença rara (<1: 10.000) e subdiagnosticada, devido à ausência de sintomas e baixa suspeição clínica.
Geralmente o diagnóstico é incidental (exames de imagem) ou durante cirurgia cardiotorácica.
Relato de caso: Neonato feminino, 38 semanas, 2615g, diagnóstico fetal de derrame pleural, ascite e hepatomegalia. Cariótipo por amniocentese: microdeleção no braço curto do cromossomo 11 (gene WT1, associado a Síndrome de Denys-Drash: nefropatia; pseudo-hermafroditismo; hérnia diafragmática congênita). Exame clínico do aparelho cardiovascular sem alterações. Radiografia (RX) de tórax com impressão de cardiomegalia importante. Ecocardiograma (Eco): suspeita de agenesia de pericárdio – acentuado desvio cardíaco para o hemitórax direito e movimento anormal do septo interventricular (paradoxal), associados à ampla movimentação da parede posterior, sugestivo de segmento descontínuo de pericárdio, com fígado justaposto ao coração. Angiotomografia (AngioTC) confirmou a presença de hérnia diafragmática, com fígado ao lado do coração, sem definição do pericárdio. Submetido à cirurgia corretiva de hérnia diafragmática, com confirmação de agenesia de pericárdio visceral.
Discussão e conclusão: A agenesia congênita de pericárdio geralmente tem pouco significado clínico, mas em certos casos pode ser fatal. A ausência de pericárdio inferior está associada a tipo raro de hérnia diafragmática, com defeito na inserção do tendão do diafragma, como no caso relatado.
Modalidades de imagem cardíaca como, RX de tórax, Eco, ressonância magnética e AngioTC cardíaca desempenham papel importante no diagnóstico, revelando sinais diretos e indiretos de defeitos pericárdicos, porém não confirmatórios.
Os defeitos pericárdicos completos geralmente não apresentam complicações. Pacientes com defeitos parciais sintomáticos ou com complicações (doença isquêmica, herniação das câmaras cardíacas) devem ser submetidos à cirurgia.
O tratamento pode consistir no fechamento com retalho, pericardiectomia total ou aumento do defeito para prevenção do encarceramento. É importante estar ciente dos achados específicos nas radiografias de tórax e exames de imagem cardíaca, pois o reconhecimento precoce pode mudar o prognóstico do paciente.

Palavras-chaves: pericárdio | congênito | imaginologia

S1M12

620 - ANEL VASCULAR ASSOCIADO A DIVERTÍCULO DE KOMMERELL: APRESENTAÇÃO RARA EM PEDIATRIA

LALLEINNYFRANTHIESCA DA COSTA ALVES[1]; LORENA GABRIELLE ESTRELLA DE SOUZA TOLEDO[1]; ROBERTA LEÃO BASSI[2]; RALDNER BORGES E REGES[2]; ADRIANA FURLETTI MACHADO GUIMARÃES[2]; HENRIQUE DE ASSIS FONSECA TONELLI[2].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAL, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: Os anéis vasculares representam menos de 1% do total das cardiopatias congênitas. O divertículo de Kommerell é uma rara anomalia congênita da aorta torácica, determinado por defeito no mecanismo de regressão dos arcos braquiais durante a embriogênese, podendo estar associado ao arco aórtico à direita (AAD) e à origem anômala da artéria subclávia esquerda (ASE) (0,05%-0,1%). AAD com ligamento arterioso ou canal arterial para aorta descendente é um dos anéis vasculares que causam compressão traqueoesofágica.
Relato de caso: Neonato feminino, 38 semanas, 3395g, Apgar 8/9. Encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para propedêutica frente a fácies sindrômicas e sialorreia importante. Ao exame físico notava-se dispneia, estridor inspiratório e sopro sistólico (2/6) em borda esternal esquerda alta. Evoluiu com dificuldade de deglutição e estase salivar. Intubada devido a intercorrências neonatais. Apresentou falhas de extubação sucessivas e estridor não responsivo a tratamento. Radiografia de tórax demonstrou alargamento do mediastino e arco aórtico à direita. Ecocardiograma evidenciou: forame oval pérvio, AAD, pequeno canal arterial e sinais de obstrução ao fluxo da artéria pulmonar (por provável compressão vascular). Broncoscopia identificou traqueomalácea no terço distal da traqueia. Angiotomografia de tórax revelou anel vascular (AAD e origem anômala da ASE) relacionado a divertículo de Kommerell. A ASE anômala ocasionava compressão extrínseca esofagotraqueal, do fluxo da artéria pulmonar e do brônquio fonte à direita. À esquerda o canal arterial completava o anel vascular, o que ocasionou sintomas precoces.
Discussão e Conclusão: As alterações vasculares do arco aórtico podem ser diagnosticadas por diversas modalidades de imagem. Para o diagnóstico de anel vascular é sempre recomendada realização de angiotomografia ou angioressonância de tórax para definição da anatomia.
O anel vascular é uma malformação congênita que deve ser suspeitada em todos os pacientes com anomalias do arco aórtico que apresentem sintomas respiratórios (dispneia, estridor inspiratório e/ou sibilância crônica).O divertículo de Kommerell, estrutura vascular importante, que por dilatação causa sintomas de disfagia, dispneia, estridor, dor torácica e pneumonia.Para o AAD com ASE aberrante, o tratamento consiste na correção cirúrgica completa, havendo a possibilidade de reimplante da ASE, evitando a isquemia do membro superior e síndrome do roubo da artéria subclávia.

Palavras-chaves: Aorta torácica | Aortopatias | Anormalidades

S1M13

621 - HIPERTRABECULAÇÕES NA PORÇÃO MESO-APICAL EM VENTRÍCULO ESQUERDO COM DUPLA CÂMARA: FORMA ATÍPICA DE CARDIOMIOPATIA NÃO COMPACTADA?

LALLEINNYFRANTHIESCA DA COSTA ALVES; LORENA GABRIELLE ESTRELLA DE SOUZA TOLEDO; ROBERTA LEÃO BASSI; RALDNER BORGES E REGES; ADRIANA FURLETTI MACHADO GUIMARÃES; HENRIQUE DE ASSIS FONSECA TONELLI.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: Cardiomiopatia não compactada (CMNC) é geneticamente determinada, caracterizada pela presença de trabeculações miocárdicas proeminentes com recessos intertrabeculares. A prevalência na população pediátrica é em torno de 1,2/1 milhão e corresponde a cerca de 10% das miocardiopatias. Este estudo relata o caso clínico de uma adolescente com uma forma incomum de CMNC do ventrículo esquerdo (VE), objetivando alertar para o diagnóstico desta doença e seus diagnósticos diferenciais.
Relato de caso: Adolescente de 14 anos, com história de sopro notado aos três anos em consulta pediátrica de rotina. Encaminhada para avaliação da cardiologia pediátrica aos 7 anos. Realizado exame ecocardiográfico que evidenciou rede esponjosa de fibras entrelaçadas na porção meso-apical do VE (com dupla câmara), aspecto de criptas, detectando-se gradiente máximo de 86 mmHg e hipocontratilidade apical. Ressonância magnética cardíaca evidenciou trabeculações bastante exacerbadas no VE, comprometimento da contratilidade global e segmentar médio-apical e formação de aneurisma apical, sugestivo de miocárdio não compactado. Realizado teste genético em 2021, identificando: genes MYOM1/ PRDM16/ RYR2/ SCNSA (compatível com VE não compactado; cardiomiopatia hipertrófica e dilatada). Evolução ecocardiográfica (dezembro 2022): VE com dimensões normais, cavidade ventricular dividida em duas porções (porção médio-basal com paredes de espessura normal, contratilidade preservada e porção apical com trabeculações grosserias, fluxo nas criptas e aspecto sugestivo de não compactação ventricular - relação dos segmentos de não compactação/compactação: 2,7:1,0). Sem turbulência ao fluxo em região meso-ventricular. Análise da função VE com boa contratilidade dos segmentos médio e basais, com acinesia de toda a porção apical (paredes apicais anterior, septal e ínfero-lateral), com Strain Global do VE – 7,3 e a fração de ejeção pelo Simpson de 35 %. Adolescente inicialmente assintomática, evoluiu com cansaço aos esforços, palpitações e dor torácica atípica. Em uso de furosemida, ácido acetil salicílico, carvedilol e enalapril.
Discussão e Conclusão: A origem da não compactação do miocárdio se dá durante o processo precoce da morfogênese ventricular. Pode associar-se a outras cardiomiopatias, síndromes genéticas, doenças neuromusculares e metabólicas. As trabeculações exuberantes provocam efeito restritivo no enchimento ventricular ao reduzir seu espaço intracavitário, causando disfunção diastólica.

Palavras-chaves: Cardiomiopatia | Cardiopatiascongênitas | Estruturas embrionárias/ anormalidades

S1M14

622 - CARDIOPATIA CONGÊNITA COMPLEXA: ESTENOSE CRÍTICA DE VALVA TRICÚSPIDE E AGENESIA DE VALVA PULMONAR COM COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR PEQUENA, RARA ASSOCIAÇÃO

LALLEINNYFRANTHIESCA DA COSTA ALVES[1]; LORENA GABRIELLE ESTRELLA DE SOUZA TOLEDO[1]; ROBERTA LEÃO BASSI[2]; RALDNER BORGES E REGES[2]; ADRIANA FURLETTI MACHADO GUIMARÃES[2]; HENRIQUE DE ASSIS FONSECA TONELLI[2].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAL, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A estenose crítica ou atresia da valva tricúspide (AT) com agenesia da valva pulmonar (VP) e septo interventricular íntegro é uma rara associação descrita na literatura. Mais rara ainda é a associação destas com comunicação interventricular (CIV).
Relato de caso: Recém-nascido (RN) a termo, pesando 3,1kg, mostrou-se hipoxêmico logo ao nascer, sendo iniciada infusão de prostaglandina. Ao exame cardiovascular chamou atenção a presença de segunda bulha única e hiperfonética e sopro sistodiastólico em borda esternal esquerda. A radiografia de tórax evidenciou área cardíaca normal e hipofluxo pulmonar. O exame ecocardiográfico demonstrou forame oval pérvio com fluxo invertido, valva tricúspide displásica com estenose importante e fluxo anterógrado restritivo e regurgitação de grau leve a moderado, pequena CIV de via de entrada, com fluxo local bidirecional. Ventrículo direito (VD) apresentava completa ausência de miocárdio em ápice e parede lateral – aspecto pouch-like. Septo interventricular hipertrófico em grau importante com trabeculações (sinusóides) compatíveis com miocárdio não compactado, protundindo em direção à via de saída do ventrículo esquerdo (VE), causando obstrução ao fluxo sanguíneo. Agenesia de VP com fluxos anterógrado e retrógrado livres. Aumento moderado de VE. Valva aórtica displásica, com fluxo anterógrado normal e dilatação leve de aorta. Grande canal arterial patente com fluxo bidirecional.
Discussão e Conclusão: Em artigo de revisão realizada por Litovsky et al (2000), com descrição de 27 casos de AT ou ET crítica associada a agenesia pulmonar, foram observados apenas quatro casos de associação destas anomalias com CIV pequena. Na AT com CIV pequena, comumente o fluxo pulmonar é restrito, com frequente estenose pulmonar grave e hipoplasia importante de VD. Neste caso, surpreendentemente, o RN apresentou associação desta cardiopatia com agenesia de VP. A maior parte dos casos de associação de AT e agenesia pulmonar descritos na literatura apresenta displasia da parede livre do VD e do septo ventricular, em que partes de miocárdio é substituído por sinusóides e tecido fibroso, como no caso descrito. Esta displasia, provavelmente, seria responsável pelo aparecimento da AT e agenesia da VP. A presença de estenose tricúspide importante seria, portanto, um grau menos intenso de um espectro de displasia ventricular.

Palavras-chaves: Cardiopatia congênita | Cardiopatiacianogênicagrave | Atresia pulmonar

S1M16

655 - TRONCO ARTERIAL COMUM ASSOCIADO A COR TRIATRIATUM TIPO AMPULHETA

LORENA GABRIELLE ESTRELLA DE SOUZA TOLEDO; LALLEINNYFRANTHIESCA DA COSTA ALVES; ZILDA MARIA ALVES MEIRA; ADRIANA FURLETTI MACHADO GUIMARÃES; ROBERTA LEÃO BASSI; RALDNER BORGES E REGES.

HCUFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: Tronco arterial comum é uma cardiopatia congênita cianótica, caracterizada pela existência de uma grande artéria única que deixa a base do coração e dá origem circulação coronariana, sistêmica e pulmonar. O tronco comum possui uma única valva semilunar – a valva truncal – que pode possuir anatomia variável: bivalvar, trivalvar ou quadrivalvar, seus folhetos são geralmente espessados e podem ser hipoplásicos ou estenóticos resultando em uma valva incompetente com vários graus de estenose ou insuficiência, abaixo da valva truncal existe uma comunicação interventricular ampla. Representa cerca de 0,7% das cardiopatias congênitas, porém representam 4% dos casos de cardiopatia congênita crítica. Geralmente ocorre como uma malformação cardiovascular isolada.
Relato de caso: Trata-se de recém nascido termo, sexo feminino, mãe 28 anos, com história de filho anterior com óbito neonatal aos 60 dias por cardiopatia congênita não especificada, adequado para idade gestacional, pré natal em centro de medicina fetal devido a suspeita de cardiopatia congênita. Nasceu bem e sem necessidade de reanimação na sala de parto, foi encaminhada a unidade neonatal e realizado ecocardiograma com diagnóstico de Tronco arterial comum tipo 2: conexões ventrículo-arteriais direita e esquerda se realizam através de um tronco arterial comum, valva truncaltrivalvular, com folhetos levemente espessados, com rafe, fluxo anterógrado normal e regurgitação discreta, os ramos pulmonares originam-se separadamente do tronco comum, septo interventricular apresenta uma descontinuidade de mal alinhamento; as veias pulmonares drenam em uma câmara acessória se comunica com o teto do átrio esquerdo de forma obstrutiva. Paciente apresentou com cianose logo após o nascimento e desenvolveu sinais de insuficiência cardíaca refratária e congestão pulmonar após duas semanas de vida sendo encaminhada a correção cirúrgica.
Conclusão: O tronco arterial comum é uma cardiopatia necessariamente cirúrgica, série de casos relataram uma idade média de mortalidade de cinco semanas, com apenas 15% sobrevivendo até a idade de um ano, aqueles que sobrevivem além do primeiro ano de vida invariavelmente desenvolvem doença vascular pulmonar obstrutiva grave. O diagnóstico pré natal permite o planejamento da assistência quaternária com abordagem cirúrgica corretiva precoce diminuindo a morbimortalidade desses pacientes.
Palavras-chaves: tronco arterial | prenatal | cardiopatia congênita

S1M21

659 - ANOMALIA VASCULAR VENOSA COMPLEXA CAUSANDO COMPRESSÃO ESOFÁGICA ASSOCIADA A ANOMALIAS DAS ARTÉRIAS E VEIAS PULMONARES EM PACIENTE COM PENTALOGIA DE FALLOT

BÁRBARA VIDIGAL DOS SANTOS; DEISYYASMAIRA ANGULO MORA; MARIA JÚLIA SILVEIRA SOUTO; RAFAEL DE CASTRO HENDGES

INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: Tetralogia de Fallot (TF) representa cerca de 10% dos casos de cardiopatia congênita e, entre as cianogênicas, é a mais prevalente na infância. Os defeitos da TF decorrem do desvio ântero-superior do septo infundibular levando à obstrução da via de saída do ventrículo direito (VD) em graus variáveis, comunicação interventricular, dextroposição da aorta e hipertrofia do VD. Suas associações mais comuns são com a comunicação interatrial, quando se nomeia Pentalogia de Fallot (PF), e com o defeito do septo atrioventricular.
Descrição do caso: Recém-nascida M.L.C.P, pré-termo de 36 semanas, peso de 1070g e Apgar 6/9. Foi diagnosticada com TF e necessitou de cuidados intensivos pós-natais devido a crises de hipóxia durante estímulo de sucção e choro intenso. Mantida internação prolongada em UTI neonatal para ganho de peso e estabilidade hemodinâmica antes da correção cirúrgica. Transferida a serviço terciário cardiológico para acompanhamento. Ao ecocardiograma inicial, confirmado diagnóstico de PF com persistência do canal arterial, contudo não foi possível definir a drenagem das veias pulmonares direitas. Solicitada angiotomografia cardíaca e de grandes vasos para elucidar a anatomia vascular. A vasculatura pulmonar esquerda, arterial e venosa encontravam-se sem alterações. A artéria pulmonar direita apresentava redução luminal gradativa e ramos segmentares hipoplásicos, as veias pulmonares direitas encontravam-se diminutas, com estenose importante na desembocadura no átrio esquerdo. Além disso, notava-se veia cava superior esquerda persistente (VCSEP) que se estendia até a altura do brônquio esquerdo, onde cruzava para o hemitórax direito e desembocava na veia cava superior direita, que estava habitualmente conectada ao átrio direito. Este trajeto ocorria entre o esôfago e a aorta torácica descendente, o que acarretava compressão do esôfago entre a VCSEP e o brônquio direito. Paciente evoluiu com múltiplas intercorrências durante internação na UTI e foi a óbito antes da correção cirúrgica.
Conclusão: Relatamos caso de PF com uma associação rara a diversas anomalias vasculares complexas. Esse cenário é um desafio ao manejo clínico e à abordagem cirúrgica da cardiopatia.

Palavras-chaves: Pentalogia de Fallot | Anomalia vascular complexa | Esôfago

S1M23

644 - ACOMETIMENTO INTRACARDÍACO E COMPRESSÃO DE SÍNDROME DE VEIA CAVA INFERIOR POR TUMOR METASTÁTICO TARDIO DE CÉLULAS CLARAS RENAIS

LIVIA MOL FRAGA MELO[1]; NÁDYA RIBEIRO CORRÊA[2]; LUCAS FERREIRA SILVA[1]; ALICE ASSUMPÇÃO SOARES[1]; ARMANDO MORATO FAGUNDES NETO[1].

1. HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A incidência relatada de metástase cardíaca é de 0,7-3,5% na população geral, sendo as principais neoplasias responsáveis por tal, as de pulmão, mama, hematológicos e melanoma. A apresentação clínica é variável, possibilitando uma série de diagnósticos diferenciais. Apresentaremos um caso de acometimento cardíaco por extensão venosa de metástase de tumor renal com síndrome de compressão de veia cava inferior (VCI)
Descrição do Caso: A.O., masculino, 75 anos, internado por quadro de fraqueza progressiva, dispneia e anasarca com 10 dias de evolução. Portador de DM; HAS; hipotireoidismo; DRC não dialítica e histórico de adenocarcinoma de próstata, com prostatectomia em 2016 e carcinoma de células claras renais (CCCR) em 2014, realizada nefrectomia esquerda, recidivado em 2018. Desde então, em uso de nivolumabe, com regressão de doença e, atualmente, em acompanhamento de nódulo hepático. Apresentava edema de MMII e parede abdominal, anasarca, e crepitações pulmonares. Propedêutica laboratorial evidenciava: NT-proBNP 4255; anemia e elevação de transaminases discretas. EcoTT realizado de urgência evidenciou massa ecogênica de 60x36mm em átrio direito (AD), cuja origem relacionava-se com VCI e se projeta ao ventrículo direito (VD). Injetado contraste à base de microbolhas, com captação das mesmas pelo tumor, diferenciando-o de trombo. Não havia alteração estrutural ou funcional cardíaca. À angioRM, confirmou-se lesão nos segmentos hepáticos VII e VIII, com sinais de invasão de VCI e extensão cardíaca. Procedido tratamento cirúrgico, sendo à atriotomia, identificado tumor encapsulado em AD, com invasão intraluminal de VCI: realizada extração manual do tumor e desobstrução de vaso com cateter de Fogarty. Histopatológico com achados sugestivos de neoplasia epitelioide, com fenótipo de células claras/eosinofílicas, compatível com hipótese diagnóstica de CCCR metastático.
Conclusão: Ilustra-se no caso, a importância do entendimento clínico no raciocínio médico: trata-se de síndrome de compressão de VCI cursando com achados inespecíficos de insuficiência cardíaca, em paciente com múltiplos motivos individuais para possuí-los, além da possibilidade de toxicidade por nivolumabe. Aqui, a identificação da obstrução venosa central desproporcional fez-se determinante. Ademais, o entendimento do comportamento dos CCCR fez -se fundamental: suas manifestações paraneoplásicas e sua forte associação com trombose e invasão da VCI, especialmente na doença metastática.

Palavras-chaves: metástase cardíaca | veia cava inferior | insuficiência cardíaca

S1M25

700 - ANEURISMA DO SEIO DE VALSALVA TRAUMÁTICO

VINICIUS SARMENTO VALÉRIO; PEDRO FONSECA ABDO ROCHA; ISABELA SILVA DE ALMEIDA SOUSA; DANIEL COTA FORMIGA.

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: O aneurisma do seios de Valsalva(ASV) é uma condição rara da prática clínica, ocorrendo em aproximadamente 0,09% da população geral. Definido como uma dilatação de um ou mais seios aórticos, entre o anel valvar e a junção sinotubular. Na maioria dos casos, o diagnóstico é feito de maneira acidental durante a realização de exames de imagem cardíaca. Pode ser assintomático, ou cursar com dispneia secundária a insuficiência aórtica, ou a ruptura do seio, gerando fistulização para as câmaras cardíacas. De um modo geral, o tratamento é cirúrgico. O ASV pode ser uma condição congênita, ou adquirida, como no caso que será exposto a seguir.
Relato: Paciente V.A.S masculino, 52 anos. Etilista e tabagista. Em acompanhamento cardiológico devido quadro de taquiarritmia com QRS estreito. Evolui com quadro de dispneia, classe funcional III/IV, com necessidade de internação de urgência. Em propedêutica, observado insuficiência aórtica (IAo) importante, associado a aneurisma do seio de Valsalva. Encaminhado para o serviço para avaliação cirúrgica da IAo. Durante extensão propedêutica, realizado ecocardiograma transesofágico, evidenciando IAo importante além de aneurisma do seio coronariano esquerdo com presença de descontinuidade tecidual na parede do seio coronariano esquerdo fistulizando para o átrio esquerdo, com presença de volumoso shunt contínuo aórtico-átrio esquerdo. Paciente com relato de trauma por arma de fogo em 1986, com projétil alojado em topografia proximal da artéria ilíaca direita, com cicatriz de entrada em região infraescapular direita, provavelmente a principal causa da descontinuidade tecidual na parede do seio coronariano. Ao exame: Sopro diastólico em foco aórtico de grau 2/6. ECG: Ritmo sinusal e sobrecarga de VE. Após discussão com Heart Team do serviço, decidido por abordagem cirúrgica, sendo corrigido o aneurisma do seio coronariano com fechamento da fistula aorto-atrio, além da troca aórtica com implante de prótese biológica n 23. Ato sem intercorrências. Paciente evolui com estabilidade clínica, ECOTT pós-operatório sem anormalidades. Recebendo alta com melhora do quadro de dispneia.
Conclusão: A maior parte dos aneurismas de seio de valsalva são de origem congênita, sendo mais comum se originarem nos seios direito e não coronariano, quando comparados com os de origem no seio de valsalva esquerdo. O rápido diagnostico é essencial para que o tratamento cirúrgico seja realizado o quanto antes, com impacto na sobrevida destes pacientes.

Palavras-chaves: Aneurisma | traumatico | insuficiência aórtica

S2M41

723 - A MAIS LONGEVA HISTÓRIA PÓS TRANSPLANTE CARDÍACO RELATADA – 34 ANOS

GUSTAVO CATIZANI FARIA OLIVEIRA[1]; RAYSSA MARCELLA VIEIRA FERREIRA[1]; VINICIUS RANGEL[2].

1. BIOCORREDEDOR, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. MATERDEI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: Pacientes cardiopatas com insuficiência cardíaca grave refratária às medidas usuais apresentam altas taxas de mortalidade e hospitalização. Assim, o transplante cardíaco torna-se terapia de escolha da insuficiência cardíaca no estágio D. Já foram realizados mais de 110 mil procedimentos no mundo, sendo o primeiro no Brasil realizado em 1968, com sobrevida de 28 dias. Houve um aumento no sucesso do tratamento na década de 80, com o advento da Ciclosporina, aumento a média de sobrevida pós transplante para 13 a 15 anos.
Descrição do caso: Em 1988, M. S. S. B., 41 anos, portadora de miocardiopatia dilatada idiopática com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 37% foi submetida a transplante cardíaco em 06/09 após permanecer 03 meses na fila de espera. Recebeu o órgão de doador em boas condições, grupo sanguíneo O+, FEVE de 74%. Permaneceu estável clínica e hemodinamicamente, submetida a rotina pós transplante cardíaco. Iniciada terapia com Ciclosporina, Prednisona e Azatioprina. Realizadas biópsias de rotina para avaliação de rejeição do órgão, que evidenciaram alterações pós transplante. Recebeu alta hospitalar um mês após o procedimento, com boa tolerância aos exercícios realizados. Manteve acompanhamento médico regular, com boa adesão ao tratamento, uso correto de medicamentos e acompanhamento psicológico.
Paciente retomou a qualidade de vida, podendo realizar atividades habituais, sem limitação. Não apresentou alterações em ecocardiogramas posteriores ou em consultas de acompanhamento.
No Brasil, o paciente com maior sobrevida foi um homem que faleceu em 2019 aos 83 anos. Foram 32 anos de vida após transplante, feito em 1986. O recorde mundial é de um britânico, que faleceu em fevereiro de 2016 após 33 anos da operação.
Dessa forma, acredita-se que o caso clínico acima seja da maior sobrevida pós transplante cardíaco relatada – 34 anos.
Em janeiro/2022 a paciente foi infectada pelo novo coronavírus e internada em 29/01/2022. Apresentou piora clínica progressiva, sem resposta às medidas instituídas, evoluindo a óbito em 26/02/2022, aos 74 anos, devido a inflamação pulmonar.
Conclusão: O caso clínico relatado acima nos chama atenção devido a longevidade pós transplante. Aventa-se a possibilidade do sucesso do transplante ser devido à alta compatibilidade HLA com o doador, fato de difícil comprovação devido a não realização dos exames à época, além do uso de imunomoduladores e imunossupressores.

Palavras-chaves: Transplante cardíaco | Sobrevida | Miocardiopatia

S2M42

726 - LEIOMIOSSARCOMA ATRIAL METASTÁTICO SIMULANDO GRANDE TROMBO: RELATO DE CASO

JOÃO PAULO CARDOSO DA SILVA; FERNANDO CARVALHO NEUENSCHWANDER; ALINE ENEIDA LIMA TELES; RAYSSA MARCELLA VIEIRA FERREIRA; FERNANDA DIAS FREIRE; DIEGO DRUMMOND TANOS LOPES.

INSTITUTO ORIZONTI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: As neoplasias cardíacas metastáticas são relativamente comuns, chegando a 8% em estudos de séries envolvendo necrópsias de pacientes oncológicos. Descrevemos o caso de uma paciente com diagnóstico de leiomiossarcoma uterino há 18 anos, com metástase pulmonar e hepática, previamente conhecida, que evoluiu com dispneia progressiva e hipertensão pulmonar secundário a Leiomiossarcoma grau 2 de localização no átrio esquerdo, aderida a face atrial da valva mitral.
Descrição de caso: Mulher, 64 anos, com diagnóstico de Leiomiossarcoma uterino há 18 anos, admitida com quadro de dispneia aos esforços menores que habituais, de caráter progressivo e piora há duas semanas, associado a queda da saturação parcial de oxigênio em ar ambiente. Ao exame físico: PA 130 X 70 mmHg, FC 110 bpm, Sat 89%, bulhas taquicárdicas, ausência de B3 e B4, sopro diastólico em foco mitral. Ausculta pulmonar com creptações nas bases bilateralmente. Incialmente realizado Ecocardiograma transtorácico que mostrou grande massa móvel aderida à face atrial da valva mitral, não podendo descartar a possibilidade de tumor ou trombo. Prosseguiu-se ao Ecocardiograma transesofágico que mostrou grande massa irregular e heterogênea ocupando quase a totalidade da cavidade do átrio esquerdo e em continuidade com a veia pulmonar superior esquerda reduzindo o seu fluxo. Pressão sistólica na artéria pulmonar estimada em 58 mmHg. Ressonância magnética cardíaca mostrou a presença de uma massa no átrio esquerdo com comportamento eletromagnético de baixa probabilidade para trombo. Submetida a tratamento cirúrgico paliativo para alívio dos sintomas, com ressecção de toda a massa tumoral. Resultado da biópsia evidenciou histopatologia compatível com sarcoma fusocelular sugerindo leiomiossarcoma grau 2. Evoluiu com melhora da dispneia e da hipoxemia. Recebeu alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial.
Conclusão: Os tumores malignos secundários são comuns no coração. A apresentação clínica pode ser variável a depender da localização do tumor. Em pacientes oncológicos, a metástase cardíaca deve sempre ser considerada na vigência de sinais e sintomas cardiovasculares novos.

Palavras-chaves: tumores cardíacos | leiomiossarcoma | metástase cardíaca

S2M45

760 - ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE ENDOCARDITE INFECCIOSA: RELATO DE CASO

FERNANDA DIAS FREIRE; ESTÊVÃO LANNA FIGUEIREDO; RAYSSA MARCELLA VIEIRA FERREIRA; DIEGO DRUMMOND TANOS LOPES; JOÃO PAULO CARDOSO DA SILVA; TAMARA KATINA.

INSTITUTO ORIZONTI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A Endocardite Infecciosa (EI) tem incidência de cerca de 3 a 15/100000 pessoas. Ocorre a entrada do agente infeccioso no endocárdio, gerando por consequência, inflamação e dano tecidual. Nas últimas décadas, os fatores de risco para EI tem se modificado, com foco para pacientes com prótese valvar, imunodeprimidos,dialíticos, em uso de cateteres venosos e usuários de drogas intravenosas.
Caso Clínico: Mulher, 36 anos, previamente assintomática, usuária de drogas ilícitas não injetáveis, com história de emagrecimento no último ano. Sem histórico de procedimentos dentários, cirúrgicos, ou viagens recentes. Procurou atendimento em outro serviço, queixando mialgia, dor na região occipital com 7 dias de evolução e febre não termometrada. Evoluiu com hemiparesia esquerda e posteriormente tetraparesia. Transferida para nosso serviço no 7° dia de evolução, mantendo mialgia e cervicalgia posterior, com rigidez de nuca, leucocitose e elevação da proteína C reativa, disfunção hepática e renal. Tomografia computadorizada de crânio mostrou múltiplas áreas de Acidente Vascular Encefálico Isquêmico, sem alterações vasculares na angiotomografia de crânio e cervical. Iniciado tratamento empírico para Meningite (Ceftriaxone, Metronidazol e Aciclovir). Realizou-se Ecocardiograma transtorácico, que evidenciou sinais sugestivos de EI na valva mitral ("Flailvalve", com sinais de insuficiência valvar importante, e massas algodonosas aderidas aos folhetos, com partes móveis compatíveis com vegetações). Desta forma, modificou-se a antibioticoterapia para Ampicilina, Gentamicina e Oxacilina. Encaminhada à cirurgia de troca valvarde urgência 9° dia de evolução. Implantada prótese biológica 29mm. Tranferida à Terapia Intensiva no pós operatório. Evoluiu com melhora clínica progressiva, recebendo alta para Unidade de Internação no 4° dia de pós operatório, sem déficits neurológicos, estável hemodinamicamente. No 6° dia de pós operatório, intercorreu com parada cardiorrespiratória, sem resposta às medidas de ressuscitação cardiopulmonar, evoluindo para o óbito.
Conclusão: Há, na literatura, controvérsias sobre o melhor momento para se operar um paciente com AVC durante o curso da EI. Entretanto, a tendência atual é fazê-lo o mais precocemente possível. Mesmo assim, o prognóstico da EI complicada é grave e, muitas vezes, fatal, como no presente caso. A decisão compartilhada entre "Heart Team", paciente e familiares é fundamental.
Palavras-chaves: Endocardite infecciosa | Acidente Vascular Encefálico Isquêmico | Ecocardiograma

S2M52

608 - VALOR DA ECOCARDIOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DA DISJUNÇÃO DO ANEL MITRAL

FERNANDA MARIA FRANCO CASTRO; GABRIELA DE CAMPOS VIVEIROS; AMANDA MARCOS DE OLIVEIRA; TARCILA PAOLI MARQUES MOREIRA; VINICIUS RANGEL; ANDRÉ ASSIS LOPES DO CARMO; JOSÉ LUIZ BARROS PENA.

HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A disjunção do anel mitral (DAM) é caracterizada pelo descolamento superior das raízes do anel valvar do miocárdio ventricular ao qual ele normalmente estaria ligado. Mais localizada na parede ínfero-lateral, justaposto ao anel mitral, só aparece durante a sístole ventricular como uma separação do músculo do anel mitral e parede atrial. Esta condição tem ganhado cada vez mais importância pela associação com arritmias (The Mitral Annulus Disjunction Arrhythmic Syndrome), habitualmente detectada em pacientes portadores de prolapso de valva mitral (PVM). A palpitação é a apresentação clínica mais comum, porém a pré-síncope, a síncope e as arritmias ventriculares também compõem o quadro.
Descrição do caso: F.P.S, sexo feminino, 37 anos. História prévia de estudo eletrofisiológico realizado em 2020 devido a arritmia ventricular complexa detectada em Holter. Evoluindo com sintomas de palpitações e eletrocardiograma evidenciando arritmia ventricular, apesar do uso de betabloqueador. Ressonância cardíaca não evidenciou realce tardio. Ecocardiograma transtorácico (ETT) mostrou evidente prolapso de ambas as cúspides da valva mitral, além de deslocamento atrial superior no local da inserção do anel mitral, caracterizando disjunção. A distância do miocárdio ao anel mitral mediu 11,7 mm em corte paraesternal eixo longo do VE. Também foi visibilizado prolapso da valva tricúspide.
Conclusão: O achado de DAM, mesmo sem PVM concomitante, é um claro marcador de risco de eventos arrítmicos. DAM foi associada com arritmias ventriculares variando de extrassístoles ventriculares frequentes a parada cardíaca. Uma metanálise de pacientes com MAD evidenciou que disjunções maiores que 8,5 mm estão associadas a presença de taquicardias ventriculares não sustentadas. O sinal de Pickelhaube - onda S' com velocidade ao Doppler tecidual do anel mitral lateral >16cm/s parece ser um marcador de risco para a síndrome arritmogênica associada à DAM. A presença de realce tardio do músculo papilar na ressonância pode aumentar o risco para a presença de arritmias malignas. Embora o curso clínico possa ter evolução variável, parte da importância crescente desse diagnóstico decorre da possível associação com arritmias ventriculares e morte súbita. Há necessidade de mais estudos sobre a DAM e seu efeito potencial no manejo do paciente e opções de tratamento. Os imaginologistas cardiovasculares devem estar atentos para detecção e notificação deste diagnóstico na prática clínica.

Palavras-chaves: Disjunção do anel mitral | Ecocardiografia | Arritmias

S2M54

668 - MANIFESTAÇÕES CARDÍACAS DE TUMOR CARCINOIDE: DIAGNÓSTICO ECOCARDIOGRÁFICO

AMANDA MARCOS DE OLIVEIRA; VINICIUS RANGEL; GABRIELA DE CAMPOS VIVEIROS; ANDRE SILVA RODRIGUES; PEDRO NILO MAGALHÃES DUMONT; JOSÉ LUIZ BARROS PENA; TÂNIA FÉLIX LORENZATO FONSECA PEIXOTO; FERNANDA MARIA FRANCO CASTRO

FELICIOROCHO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A doença carcinoide cardíaca é uma complicação de tumores neuroendócrinos metastáticos, afetando principalmente as valvas tricúspide e pulmonar e raramente as valvas aórtica e mitral. O ecocardiograma (ECO) é o exame de escolha para avaliação de tais pacientes.
Apresentação do caso: Paciente masculino, 63 anos, com diagnóstico de tumor carcinoide intestinal há 11 anos, com metástase hepática, evoluindo com dispneia e síndrome edemigênica. Ao exame físico: turgência jugular, sopro sistólico 3/6 em foco tricúspide, sopro diastólico 2/4 em foco aórtico, edema de membros inferiores. Dosagem de NT-pro BNP:2950.
Realizado ECOTT que evidenciou: comprometimento da função sistólica do VE (FEVE:49%), função sistólica do VD preservada. Espessamento e restrição de mobilidade da valva tricúspide, notadamente da cúspide septal, associada à insuficiência tricúspide de grau importante ("venacontracta": 7mm) e hipertensão pulmonar (PSAP: 47 mmHg). Valva mitral espessada, com redução da mobilidade da cúspide posterior e espessamento leve do aparelho subvalvar, insuficiência mitral de grau importante. A valva aórtica apresentou discreto espessamento com insuficiência de grau moderado e reverso holodiastólico em aorta torácica descendente. Valva pulmonar com aspectos anatômicos conservados. Realizado teste de microbolhas com SF 0,9% agitado em veia periférica para pesquisa de forame oval permeável, ocorrendo passagem de microbolhas para o átrio esquerdo nos primeiros 5 batimentos.
O ECOTT é a base diagnóstica na doença carcinoide cardíaca e revela espessamento, retração e fixação dos folhetos das valvas tricúspide e pulmonar causado por deposição fibrosa, secundária à ação local da serotonina. A mobilidade reduzida das valvas leva à insuficiência e raramente à estenose. Geralmente, o lado esquerdo do coração é poupado, as raras exceções estão associadas ao forame oval patente, à doença carcinoide broncopulmonar primária ou à doença avançada. A valva mais frequentemente afetada é a tricúspide (90%), seguida pela pulmonar (69%) e mais raramente a aórtica (29%) e mitral (27%). As neoplasias neuroendócrinas podem raramente metastatizar para o miocárdio.
Conclusão: A doença carcinoide cardíaca é a principal causa de morbimortalidade em pacientes com tumor carcinoide. O ECOTT é o exame de escolha para investigação. A decisão quanto ao momento de troca valvar é baseada na gravidade da doença, principalmente das valvas tricúspide e pulmonar.

Palavras-chaves: Sindrome Carcinoide | Doença carcinoide cardiaca | Imagem cardiovascular

S2M55

715 - O PAPEL DA ECOCARDIOGRAFIA COM CONTRASTE NA DIFERENCIAÇÃO DE MASSAS CARDÍACAS

GABRIELA DE CAMPOS VIVEIROS; AMANDA MARCOS DE OLIVEIRA; TATIANE PIRES DA SILVA; ANA CAROLINA CAIXETA BOVENDORP; ARMANDO FAGUNDES MORATO NETO; JOSÉ LUIZ BARROS PENA.

HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: O uso de agentes de contraste proporciona melhor opacificação das câmaras cardíacas, delineamento das bordas endocárdicas em pacientes com janelas subótimas, além de permitir a avaliação da perfusão miocárdica. A técnica, que consiste na injeção endovenosa de contraste à base de microbolhas, também possibilita o diagnóstico diferencial de massas cardíacas com base na vascularização das mesmas. Em uma análise sumária, os trombos são avasculares, os tumores benignos são pouco vascularizados e os tumores malignos muito vascularizados. Desta forma, a ecocardiografia contrastada é um método não invasivo que vem ganhando espaço na avaliação e diagnóstico diferencial das massas cardíacas com o potencial de orientar o tratamento e com impacto direto no prognóstico e na sobrevida dos pacientes.
Descrição do caso: Paciente do sexo masculino, 75 anos, sabidamente portador de carcinoma renal do tipo células claras com metástases pulmonar e hepática, evoluindo com síndrome edemigênica. Realizado ecocardiograma transtorácico com achado de massa (60 x 36 mm) em átrio direito com projeção para o ventrículo direito em diástole e cuja origem parecia guardar relação anatômica com a veia cava inferior. Foi realizada injeção endovenosa de contraste utilizando o SonoVue®, que contém microbolhas de hexafluoreto de enxofre. A massa apresentou rápido enchimento pelo contraste, sugerindo tumor muito vascularizado, característica presente nos tumores malignos, descartando trombo. O paciente foi submetido a ressecção do tumor em átrio direito e desobstrução da veia cava inferior, e o exame anatomopatológico da massa confirmou os achados ecocardiográficos, sendo compatível com neoplasia com fenótipo do tipo células claras.
Conclusões: Os agentes de contraste contêm pequenas microbolhas que são marcadores intravasculares e atuam como refletores das ondas de ultrassom, proporcionando um melhor eco. São agentes seguros com baixíssima incidência de efeitos colaterais, sendo essencialmente eliminados pelos pulmões. Conclui-se, portanto que a Ecocardiografia além de avaliar a extensão anatômica e repercussão hemodinâmica das massas cardíacas, pode através do uso de contraste, ter um papel importante no diagnóstico diferencial das massas intracardíacas.

Palavras-chaves: Ecocardiogragia com contraste | Massascardíacas | Microbolhas

S2M56

759 - CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA APICAL COM ANEURISMA DE VENTRÍCULO ESQUERDO - RELATO DE CASO

JESSYCA RODRIGUES TAUHATA LEITE; VINICIUS RANGEL; TATIANE PIRES DA SILVA; EDUARDO VAZ DE MELLO LOUREIRO; EDUARDO BELISARIOFALCHETTO; JOSÉ LUIZ BARROS PENA

HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é uma doença genética de caráter autossômico dominante. É classificada segundo a localização da hipertrofia, sendo a apical, correspondente a 3-8% dos casos. Na população japonesa, a forma apical é a mais comum, ocorrendo em até 25% dos casos. A apresentação clínica da forma de CMH apical é variável, desde casos assintomáticos à presença de precordialgia, fadiga, dispneia paroxística noturna, palpitações, arritmias atriais e ventriculares e insuficiência cardíaca congestiva.
Resultados: Paciente masculino, 58 anos, com história de lipotimia durante esforço físico em 2009. História pregressa de HAS e familiar de cardiomiopatia hipertrófica (pai e irmão apresentam a forma septal). Nega descendência asiática. Realizou investigação cardiológica, na ocasião, sem alterações. Ao reiniciar atividades físicas regulares, em 2022, iniciou dispneia progressiva aos esforços e precordialgia, tendo iniciado nova propedêutica. Não apresentava alterações, ao exame físico. Ao eletrocardiograma (ECG), evidenciaram-se presença de onda T gigante e negativa em precordiais e sinais de hipertrofia ventricular esquerda. O ecocardiograma transtorácico (ECO) evidenciou ventrículo esquerdo (VE) com fração de ejeção preservada e espessura parietal aumentada, predominantemente nas porções apicais e aneurisma de VE. A ressonância magnética miocárdica evidenciou importante hipertrofia do VE com predomínio do segmento apical, com maior espessura parietal de 22 mm sem sinais de obstrução da via de saída, presença de aneurisma apical e realce tardio.
Conclusão: A cardiomiopatia hipertrófica apical é uma patologia relativamente rara. Frequentemente, o diagnóstico é um achado em exame de rotina como o ECG e o ECO. A associação com aneurisma apical infere diretamente no prognóstico do paciente. A profilaxia da morte súbita além de melhora da qualidade de vida são os principais objetivos do tratamento.

Palavras-chaves: Cardiopatia hipertroficaapical | Aneurismaapical | Ecocardiograma

S1M44

590 - ARTÉRIA CORONÁRIANA DIREITA ANÔMALA MIMETIZANDO UMA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

CLEICIANE RAMOS CAPEL; PABLO LIMA ROCHA; GERMANO SCHEER COELHO; PATRICIA SABINO VIEIRA DE SÁ; IZABELLA SILVA FIGUEIREDO; LETICIA TORRES LEITE.

SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A origem anômala das artérias coronárias é uma patologia rara, porém relevante em um contexto clínico de diagnóstico diferencial na síndrome coronariana aguda. Este trabalho relata o caso de uma paciente com diagnóstico tardio desta anomalia, realizado durante investigação de angina refratária.
Relato de caso: Paciente de 55 anos, feminina, HAS, DM tipo II NIR e dislipidêmica. Histórico familiar de morte súbita do pai aos 38 anos. Ingressou em hospital de atenção terciária com quadro de dor precordial tipo A, que piora ao esforço físico e melhora em repouso. Trazia teste ergométrico ambulatorial que evidenciou sinais de isquemia miocárdica. Realizou ECOTT, ECG e enzimas cardíacas sem alterações. Realizado cateterismo, sendo evidenciado: coronárias isentas de obstruções, coronária direita de origem anômola no seio coronário esquerdo, sem lesão obstrutiva. Na AngioTC de coronárias, destaca-se sua origem a partir do seio coronariano esquerdo e trajeto entre o tronco da artéria pulmonar e aorta torácica, sem redução luminal. Discutido caso com equipe da cirurgia cardiovascular, foi indicada intervenção cirúrgica. Realizada CRVM com Ponte de veia safena magna em art. coronária direita. A paciente apresentou evolução satisfatória no pós-operário, com alta para acompanhamento ambulatorial.
Revisão bibliográfica: Com incidência estimada de 1% e sem predileção de gênero, a origem anômala das artérias coronárias é considerada a 2º causa de morte súbita em atletas jovens. Sua fisiopatologia pode se dar por um dos seguintes mecanismos: formação de um ângulo agudo e contorcido na origem da coronária anômala da aorta; estreitamento no orifício coronariano secundário à anatomia anômala; compressão da art. coronária anômala durante o seu trajeto entre a aorta e o tronco pulmonar no exercício; Cerca de 20% desta Doença pode acarretar isquemia miocárdica, arritmias e óbito. O diagnóstico geralmente é realizado entre a 1ª e 3ª décadas de vida através de teste provocativo de isquemia, cateterismo precoce ou angioTC de coronárias. Como tratamento, deve-se afastar das atividades físicas competitivas e administração de betabloqueadores. Para casos de refratariedade da dor, com isquemia documentada e menores de 30 anos recomenda-se correção cirúrgica (classe Ib).
Conclusão: Torna-se de suma importância o diagnóstico precoce e intervenção adequada devido a gravidade do seu desfecho, visto o Alto risco de morte Súbita.
Palavras-chaves: Origem Anomala | Angina Refratária | Morte Subita

S1M46

733 - O USO DE ANABOLIZANTES E O RISCO CARDIOVASCULAR: RELATO DE CASO

INGRED HELLEN DE RESENDE ANDRADE; LAYLAKETHLYN DE OLIVEIRA SANTOS; ERICA SILVA; LETÍCIA SANTOS DIAS NORBERTO FERREIRA; CARLOS EDUARDO ORNELAS; HENRIQUE PATRUS MUNDIM PENA.

HOSPITAL MATER DEI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: O uso de esteroides anabolizantes para aumentar o desempenho e a massa muscular é uma prática conhecida para atletas de alta performance, porém atualmente o uso abusivo e indiscriminado em atletas amadores ou com finalidade estética tornou-se uma preocupação de saúde pública com prejuízos cardiovasculares ameaçadores. Os mecanismos fisiopatológicos descritos incluem elevação da pressão arterial, hipertrofia ventricular esquerda, aumento da trombogenicidade e aceleração do processo aterosclerótico. Consequentemente, nesse contexto, houve um aumento considerável do número de casos de dor torácica nos serviços de urgências em indivíduos jovens. A ectasia coronária é um achado menos comum com prevalência estimada em 0,3 a 5% nas series de cineangiocoronariografia.
Descrição De Caso: Masculino, 42 anos, previamente hígido, em uso contínuo de anabolizantes sem acompanhamento médico. Atendido no pronto socorro com dor precordial típica e, ao ECG, presença de supradesnivelamento do segmento ST na parede inferior indicando lesão transmural. Iniciado protocolo para síndrome coronariana aguda e encaminhado para cateterismo de urgência. Visualizado ectasia de toda árvore coronariana, com presença de aneurismas ateroscleróticos difusos proximais e distais além de oclusão total do segmento médio da artéria coronária direita com alta carga trombótica. Realizada aspiração de trombos através do CatRx, seguido de angioplastia primária com balão e implante de stent farmacológico e infusão endovenosa de inibidor da glicoproteína IIb/IIIa. Paciente foi encaminhado para monitorização em Unidade Coronariana com melhora da dor torácica e critérios eletrocardiográficos de reperfusão coronária. Ao ecocardiograma, fração de ejeção levemente reduzida (42%) e acinesia médiobasal inferior e inferoseptal e hipocinesia médio basal inferolateral. Recebeu alta com tratamento clínico otimizado para seguimento ambulatorial.
Conclusão: O crescimento exponencial do uso de esteroides anabolizantes em doses supra fisiológicas está relacionado com o aumento da incidência de doenças cardiovasculares, principalmente em pacientes de baixo risco. Nesse cenário, é fundamental o papel do médico junto à supervisão das sociedades brasileiras para regulamentar a prescrição adequada de hormônios e conscientizar a população sobre o uso de anabolizantes para evitar desfechos negativos irreversíveis.
Palavras-chaves: doença arterial coronariana | ectasiacoronária | anabolizantes

S1M51

757 - TROMBO DE 6 CM NO ÁTRIO DIREITO COMO CAUSA DE SÍNCOPE – RELATO DE CASO

RAYSSA MARCELLA VIEIRA FERREIRA[1]; LUCAS ESPÍNDOLA BORGES2 FERNANDA DIAS FREIRE[1]; ANA PAULA PORTO CAMPOS E CAMPOS[2]; MATEUS FONSECA DUMONT[2].

1. INSTITUTO ORIZONTI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. BIOCOR INSTITUTO, NOVA LIMA - MG - BRASIL.

Introdução: O risco de tromboembolismo ao comparar pacientes oncológicos à população geral, é de quatro a sete vezes superior nesse primeiro grupo. Essa patologia infere elevado índice de mortalidade, sendo a segunda causa mais frequente de morte. A formação do trombo está associada à tríade de Virchow (hipercoagulabilidade, lesão endotelial e estase do fluxo).
Descrição do caso: Mulher, 54 anos, hipertensa, histórico de câncer de mama em 2010 com mastectomia total unilateral, quimioterapia e radioterapia, portadora de doença renal policística autossômica dominante. Apresentou três episódios de síncope nos últimos cinco dias anteriores à internação, de curta duração e retorno ao sensório com leve sonolência, porém mantendo orientação no tempo e no espaço. Em um dos episódios apresentou liberação esfincteriana associada e tonicidade dos membros. Compareceu a Pronto Atendimento sendo liberada após tomografia de crânio sem alterações. Procurou outro serviço. Realizados exames laboratoriais, com dímero de 19743; BNP: 792,9; Ureia: 62; Creatinina: 1,52. Ecocardiograma transtorácico (ECOTT) evidenciando grande massa móvel (6 cm de comprimento) no átrio direito (trombo gigante? Mixoma?) e sinais de hipertensão pulmonar. Realizada angiotomografia computadorizada arterial pulmonar e do tórax que evidenciou falha de enchimento nas artérias pulmonares principais direita e esquerda em seus ramos segmentares e subsegmentares – tromboembolismo pulmonar agudo. Optado por tratamento clínico e posterior avaliação de necessidade de intervenção cirúrgica. Iniciada anticoagulação terapêutica com Enoxaparina 60 mg duas vezes por dia e monitorização em Centro de Tratamento Intensivo. ECOTT de controle após dois dias de tratamento evidenciou redução de massa móvel (1,1x1,1cm) e disfunção global moderada de ventrículo direito. Paciente apresentou melhora clínica progressiva, mantendo estabilidade hemodinâmica após tratamento instituído. Iniciado tratamento ambulatorial com Apixabana 5 mg duas vezes por dia devido a disfunção renal. Mantido acompanhamento ambulatorial com cardiologia, nefrologia e hematologia, sem recorrência dos sintomas.
Conclusão: A associação entre trombo intracardíaco e tromboembolia pulmonar é pouco frequente e sua incidência é subestimada. A mortalidade não está relacionada à mobilidade do trombo, mas sim à sua associação com TEP grave e ao tipo de tratamento instituído. Dessa forma, a presença do trombo intracardíaco em trânsito seria um marcador prognóstico.
Palavras-chaves: Trombo intracavitário 6 cm | Síncope | Tromboembolismo

S3M44

721 - INSUFICIÊNCIA MITRAL AGUDA POR RUPTURA DE CORDOALHA TENDÍNEA SECUNDÁRIA À RADIOTERAPIA: UM RELATO DE CASO.

FERNANDA DIAS FREIRE; MARIA CLARA NOMAN DE ALENCAR; DIEGO DRUMMOND TANOS LOPES; JOÃO PAULO CARDOSO DA SILVA; RAYSSA MARCELLA VIEIRA FERREIRA; ALINE ENEIDA LIMA TELES.

INSTITUTO ORIZONTI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: As taxas de sobrevida dos pacientes em tratamento oncológico vêm aumentando com os avanços da radioterapia. Da mesma forma, há um aumento da prevalência de doenças cardíacas relacionada a este tipo de tratamento. As alterações cardiológicas causadas são dose dependente e podem levar à danos valvares, sendo as valvas aórtica e mitral as mais acometidas, podendo ocorrer lesões agudas e/ou crônicas. Doença valvar secundária à radioterapia é vista em até 81% dos pacientes com doença cardíaca relacionada à radiação.
Descrição do caso: Mulher, 75 anos, hipertensa, renal crônica não dialítica, em tratamento oncológico por câncer de mama. Interna com quadro de dor em hemitórax esquerdo, em aperto, ventilatório-dependente, com irradiação para membro superior esquerdo. Apresentava também piora de edema de membros inferiores. ECG da admissão sem alterações dignas de nota. Exames laboratoriais com troponina negativa, NT-proBNP 20.657. Realizado ecocardiograma transtorácico (ECOTT) que evidenciou presença de regurgitação importante secundária à tethering simétrico por dilatação atrial esquerda, sendo sugerida realização de ecocardiograma transesofágico (ECOTE) para elucidação diagnóstica. Este ECOTT realizado apresentava significativa diferença entre o mesmo exame realizado 21 dias antes, na mesma instituição. ECOTE identificou estrutura filamentar na topografia de P2, sugestivo de rotura de corda secundária (sem imagem compatível com flail), com parte móvel do folheto posterior medindo cerca de 8mm e presença de regurgitação mitral importante central. Ainda na descrição, consta que o padrão de acometimento da valva mitral é sugestiva de lesão por radioterapia. Paciente, atualmente em tratamento com hormonioterapia, relatou 25 sessões prévias de radioterapia. Paciente manteve-se estável ao longo da internação, porém sem condições clínicas de abordagem cirúrgica e sem preencher os critérios para realização de mitraclip. Optado por tratamento clínico com otimização de medicação oral, com boa resposta, apresentando redução de sintomas e condições de alta hospitalar para seguimento ambulatorial com Cardiologista assistente.
Conclusão: O presente caso exposto denota a importância do acompanhamento Cardiológico no paciente oncológico, que está sujeito a diversas patologias cardiovasculares secundárias ao tratamento submetido. O tratamento proposto dependerá do grau de acometimento valvar, sintomas apresentados e condições clínicas apresentadas pelo paciente.
Palavras-chaves: Insuficiência mitral | Radioterapia | IM por radioterapia

S3M45

738 - ESTENOSE MITRAL SECUNDÁRIA A TROMBO EM PRÓTESE MITRAL BIOLÓGICA: RELATO DE CASO

BRUNO MONTEIRO MACEDO RIBEIRO; MOACYR EDUARDO GENEROSO BRANDAO MURTA; BRUNA SILVA PIMENTA MACEDO; ANA CAROLINA SILVA DOS SANTOS; THIAGO MENDONÇA NUNES DE PAULA.

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A estenose mitral (EM) é uma condição cardíaca caracterizada pelo estreitamento anormal da abertura da válvula mitral. Nesse relato de caso, descreveremos uma mulher que foi submetida a troca valvar mitral biológica há 12 anos e apresentou estenose mitral devido a um trombo aderido a essa valva.
Relato De Caso: Paciente, mulher, 63 anos, hipertensa, osteoporose, passado de TVP e cirurgia de troca mitral em 2011 devido febre reumática (válvula biológica)
Relata que há 15 dias da admissão vinha apresentando dispneia. Há 8 dias, durante o banho, teve sensação de pré-síncope apresentando visão turva, sudorese fria, pressão em precórdio e hipotensão, com melhora espontânea. Dizia que a dispneia veio piorando nos últimos dias e no momento da admissão apresentava-se aos mínimos esforços. Levantada a suspeita de tromboembolismo pulmonar, mas descartado com angiotomografia de tórax, porém mostrando imagem hiperatenuante em topografia de valva mitral. Também foi realizado um ecodopplercardiogramatranstorácico mostrando EM, FE 63%, AE 59, PSAP 39mmHg.
Internada aos cuidados da cardiologia com intuito de avaliar o estado da prótese mitral. Realizado então um ecodopplecardiogramatransesofágico (ECOTE) que mostrou em prótese biológica mitral leve espessamento de seus folhetos, com mobilidade diastólica reduzida, trombo pouco móvel de 3,0x1,85cm aderida ao anel mitral, um fluxo turbulento, um gradiente elevado, EM, VE com função sistólica global preservada ao repouso, VD dilatado e normocontrátil, insuficiência tricúspide (IT) importante e aumento de câmaras atriais. Foi niciadoenoxaparina em dose terapêutica e mantido observação. Evoluindo com melhora clínica.
Realizado novo ECOTE com 8 dias de anticoagulação, dessa vez mostrando uma melhora da mobiliade dos folhetos da prótese mitral, trombo em regressão e normalização do gradiente AE-VE. IT moderada e sem outras alterações em relação ao ECOTE prévio. Recebe então alta com anticoagulação oral para o domicílio.
Conclusão: Esse relato de caso destaca a importância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado da estenose mitral causada por trombo aderido à prótese mitral. A anticoagulação desempenhou um papel crucial na redução do trombo e na melhora dos sintomas da paciente. Além disso, os ECOTE foram essenciais para a avaliação detalhada da prótese mitral e para monitorar a resposta ao tratamento. Ressaltando que devemos individualizar a gravidade dos sintomas e o risco de embolização em cada paciente.
Palavras-chaves: Estenose mitral secundária | Prótese mitral biológica | Trombo em valva

S3M46

750 - ABORDAGEMDA ESTENOSE AÓRTICA EM PACIENTES COM CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA: OLHAR VOLTADO PARA A PREVENÇÃO DE VENTRÍCULO SUICIDA PÓS TAVI – RELATO DE CASO

FERNANDA DIAS FREIRE; GUSTAVO MICENA DE ARAÚJO; DIEGO DRUMMOND TANOS LOPES; RAYSSA MARCELLA VIEIRA FERREIRA; JOÃO PAULO CARDOSO DA SILVA; ALINE ENEIDA LIMA TELES.

INSTITUTO ORIZONTI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A Estenose Aórtica (EAo) ocorre em 4,5% das pessoas acima dos 75 anos. Gera uma obstrução na via de saída do ventrículo esquerdo (VE). Em sua história natural, ocorre hipertrofia ventricular esquerda compensatória. Devido à alta mortalidade da cirurgia aberta, principalmente em idades mais avançadas, a substituição valvar percutânea por catéter (TAVI) é uma opção cada vez mais viável. As complicações mais frequentes são: lesões vasculares, bloqueio cardíaco, sangramentos e lesão renal. Pouco tem sido relatado a respeito das alterações hemodinâmicas agudas associadas à TAVI. Uma complicação de mecanismo e etiologia ainda incertos é conhecida como "Ventrículo Suicida", onde ocorre um colapso circulatório devido à obstrução da via de saída do VE e queda da fração de ejeção, na maioria das vezes fatal.
Caso Clínico: Sexo feminino, 91 anos, com história de coronariopatia, Insuficiência Vascular Periférica, Dislipidemia, Hipotireoidismo. Evoluindo com dispneia NYHA-III, diagnosticada com EAo grave. Ao exame apresentando sopro sistólico ejetivo em foco aórtico. Ecocardiograma transtorácico: (área valvar:0,8cm² e gradiente: máximo 68mmhg e médio 48mmhg). Submetida à angioplastia com stent farmacológico em artéria descendente anterior e TAVI no dia 06/06/22. Durante a TAVI, após a liberação da prótese, a paciente evoluiu com hipotensão grave, necessitando usar aminas vasoativas. Ecocardiograma sem sinais de tamponamento, Angiografia abdominal e de ilíacas sem sangramentos, eletrocardiograma apresentando Bloqueio Átrio Ventricular Total (BAVT). Encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva onde intercorreu com Taquicardia Ventricular Monomórfica sustentada, sendo necessária Cardioversão Elétrica Sincronizada, sem sucesso. Iniciado Amiodarona, com retorno para BAVT. Repetida ecocardiografia de urgência , observando-se hipertrofia concêntrica do VE de grau importante, prótese aórtica normoimplantada, com refluxo paraprotético e central discretos. Gradiente médio 19mmHg. Iniciado Fenilefrina e suspenso Noradrenalina, para obter bradicardia mais eficaz- tratamento do "Ventrículo Suicida". Porém a paciente evoluiu com desfecho desfavorável.
Conclusão: A evolução tecnológica na área médica trouxe importantes ganhos ao aumento da expectativa e qualidade de vida. Entretanto, são necessários estudos complementares sobre prevenção e tratamento de complicações relacionadas aos novos procedimentos cirúrgicos.
Palavras-chaves: Ventrículo Suicida | Estenoseaórtica | TAVI

S4M45

762 - VALVA MITRAL MONOCÚSPIDE: RELATO DE CASO

ALINE ENEIDA LIMA TELES; ESTÊVÃO LANNA FIGUEIREDO; DIEGO DRUMMOND TANOS LOPES; JOÃO PAULO CARDOSO DA SILVA; FERNANDA DIAS FREIRE; RAYSSA MARCELLA VIEIRA FERREIRA.

INSTITUTO ORIZONTI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A ausência do folheto mitral posterior é geralmente fatal para o feto no útero. Embora a hipoplasia/ausência do folheto mitral posterioresteja geralmente presente em crianças com regurgitação mitral sintomática, essa anormalidade pode ocorrer, de forma assintomática, em adultos. Descreveremos o caso de um paciente que foi diagnosticado, ocasionalmente, com valva mitral monocúspide.
Descrição de caso: Homem, 44 anos, internado eletivamentepara cirurgia de RE-troca valvar aórtica por bioprótese.Ao exame físico, foi evidenciado sopro sistólico protomesossistólicograu III/VI no foco mitral. Durante o procedimento cirúrgico, paciente foi submetido a ecocardiograma transesofágico de rotina, em que foi diagnosticado, ocasionalmente, valva mitral monocúspide. O exame evidenciou "valva mitral com folheto anterior único, alongado e espessado, com boa mobilidade. Abertura valvar preservada e fluxo transvalvar normal. Em sístole este folheto se prolapsava e havia jato regurgitante de pequena magnitude. Os músculos papilares não apresentavam alterações". Apesar dos parâmetros ecocardiográficos alterados, no que diz respeito à valva mitral, o paciente apresentava-se assintomático e, recebeu alta, no 3º dia de pós operatório dare-troca valvar aórtica, em boas condições clínicas. A ausência do folheto mitral posterior foi tolerada até a idade adulta e a regurgitação mitral erade pequena magnitude. Portanto, o folheto mitral posterior não teve impacto significativo no desempenho da válva mitral.
Conclusão: Há poucos estudos na literatura com relatos sobre válva mitral monocúspide, o que ressalta a importância e relevância do caso descrito.
Palavras-chaves: Válvula mitral | Monocúspide | folheto mitral posterior

S3M22

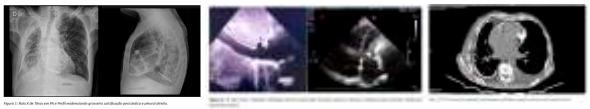
647 - PERICARDITE CONSTRITIVA COM EXTENSA CALCIFICAÇÃO: OS DESAFIOS TERAPÊUTICOS

JORGE HENRIQUE FARES DEPIERI[1]; JOÃO PEDRO ARRUDA MORAES RASO[1]; LEONARDO ARRUDA MORAES RASO[1]; TOMÁS ZENÓBIO CRUZ[1]; RONALDO DUARTE ARAÚJO ABREU[2].

1. HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE - UNIBH, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A pericardite constritiva é uma síndrome clínica na qual um pericárdio inelástico e espesso restringe o enchimento das câmaras cardíacas, podendo ser causada por diversas etiologias, sendo a Tuberculose uma das mais prevalentes no nosso meio. O quadro deve ser suspeitado em pacientes com sinais e sintomas de insuficiência cardíaca direita, condições predisponentes e alterações compatíveis em exames complementares.
Descrição Do Caso: Homem de 78 anos, admitido com quadro de dispneia progressiva (NYHA IV), associado a ascite, edema generalizado, hiporexia e perda ponderal inexplicada. História prévia de tuberculose há 35 anos com tratamento inadequado. Exame físico revelava anasarca, jugulares ingurgitadas, sinal de Kussmaul, knock pericárdico, fibrilação atrial e pulso paradoxal. Radiografia de tórax com calcificações grosseiras pericárdicas e pleurais. Ecocardiograma Transtorácico evidenciou calcificação pericárdica difusa, movimentação anômala do septo interventricular, dilatação biatrial moderada, veias cava e hepáticas ingurgitadas. Tomografia Computadorizada de Tórax demonstrou espessamento e extensa calcificação pleural, assim como calcificação grosseira do pericárdio (sequela provável de Tuberculose). Exames complementares para avaliação de Tuberculose em atividade negativos. Impressão diagnóstica final de pericardite constritiva por sequela tardia de Tuberculose. O paciente foi manejado com diuréticos, com boa resposta. O caso foi discutido no Heart Team e, diante de doença avançada, alta morbimortalidade cirúrgica e resultado incerto do procedimento, foi optado por tratamento clínico. Quatorze dias após a alta hospitalar, o paciente foi readmitido descompensado, congesto, 15kg acima do peso seco.
Conclusões: o diagnóstico foi suspeitado diante de fator predisponente (passado de Tuberculose) associado a clínica de congestão sistêmica. Os exames de imagem confirmaram a hipótese ao mostrar as extensas calcificações pericárdicas e as repercussões hemodinâmicas secundárias ("bounce septal", aumento dos átrios, dilatação da Cava). A pericardiotomia cirúrgica é o tratamento clássico, mas devido a sua complexidade e alta mortalidade, alguns pacientes podem não se beneficiar do procedimento, como aqueles com doença em estágio muito avançado. O caso exemplifica a riqueza nas alterações semiológicas e dos exames de imagem, além de evidenciar o desafio no manejo clínico e cirúrgico frente a uma doença avançada com calcificação extensa.

Palavras-chaves: Pericardite Constritiva | Calcificação pericárdica | Sequela tardia de tuberculose



S3M23

651 - RELATO DE CASO: PSEUDOANEURISMA DE VENTRÍCULO ESQUERDO EM PÓS -OPERATÓRIO TARDIO DE CIRURGIA CARDÍACA

PEDRO GUIDO SOARES ANDRADE; ISABELLA MOREIRA GONZALE FONSECA; THALES MOURA DE BATTISTI; PAULO HENRIQUE BATISTA AMORIM; RAFAELA CLARA RESENDE DA SILVA; LUCAS QUEIROZ FERNANDES CAMPOS.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: O pseudoaneurisma do ventrículo esquerdo (VE) é uma bolsa formada pela ruptura da parede livre do miocárdio, com conteúdo contido pelo pericárdio adjacente1. É uma entidade rara, mais associada ao infarto agudo do miocárdio (IAM), em 0,2%-0,3% dos casos, que também pode ocorrer devido a outras causas2. O presente relato apresenta um caso incomum de pseudoaneurisma de VE secundário a complicações cirúrgicas.
Relato De Caso: Uma mulher de 65 anos, portadora de múltiplas comorbidades, submetida a troca valvar mitral biológica há 01 ano por insuficiência mitral grave evoluindo em pós operatório imediato para parada cardíaca, sendo reanimada durante um ciclo. Os exames de imagem no pós operatório apresentavam valva normofuncionante. Apresenta histórico de abordagem cirúrgica prévia de revascularização do miocárdio e fechamento de comunicação interatrial. Em consulta de rotina ambulatorial após um ano do procedimento, assintomática, frequência cardíaca de 100 bpm, pressão arterial de 130x70 mmHg. Ao exame , apresentava ritmo cardíaco irregular e edema de MMII 1+/4+.
Em Ecocardiograma, apresentou FEVE reduzida (37%), IVD (FAC 21%) e imagem de descontinuidade muscular do ventrículo esquerdo (Figura 1), sugestiva de pseudoaneurisma de ventrículo esquerdo, optado por encaminhamento à internação para propedêutica adicional. Em internação, realizada Ressonância Magnética Cardíaca (RMC) com confirmação de pseudoaneurisma (Figura 2) e Angiotomografia (Figura 3) para avaliação de fechamento percutâneo, porém devido a múltiplos pontos de entrada em colo, optado por cirurgia de correção. Realizada discussão multidisciplinar e cateterismo cardíaco excluindo infarto agudo como etiologia, estabelecida complicação cirúrgica como provável causa, realizada retroca valvar mitral e fechamento de neocavidade com patch.

Discussão: O pseudoaneurisma do VE é a ruptura contida da parede e caracteriza-se pela ausencia de tecido miocárdico em sua parede, ao contrário do aneurisma verdadeiro3. É uma complicação catastrófica causando morte em 48% dos pacientes sem intervenção cirúrgica e pode ocorrer por complicações em pós operatório cardíaco, de maneira rara. A apresentação clínica é inespecífica, desde assintomáticos (12%) até precordialgia (30%) ou dispneia (25%). Existem divergências entre os guidelines sobre a temporalidade no seguimento de imagem 5. A alta suspeição utilização precoce de modalidades não invasivas para detecção são esseciais para melhorar a evolução.

Palavras-chaves: Pseudoaneurisma de Ventriculo Esquerdo | Insuficiencia de Ventriculo Direito | Pos Operatorio cirurgia cardica

S3M33

593 - RELATO DE CASO: DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE EVOLUINDO COM DISFUNÇÃO VENTRICULAR E BLOQUEIO AVANÇADO DO SISTEMA DE CONDUÇÃO

EMÍLIA ISABEL DA SILVA; MILTON HENRIQUES GUIMARÃES JÚNIOR; MARLON BATISTA GOMES.

HOSPITAL MÁRCIO CUNHA, IPATINGA - MG - BRASIL.

Introdução: A Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) é uma doença neuromuscular com padrão de herança ligado ao X. Na DMD há a anomalia no gene DMD Xp212, gerando ausência da distrofina, ocorrendo alterações musculares de forma progressiva, com cardiomiopatia na grande maioria dos casos. A insuficiência respiratória e a cardiomiopatia são as principais causas de morte nos jovens adultos. As alterações eletrocardiográficas na DMD são frequentes, revelando comprometimento cardíaco precoce.
Caso Clínico: Paciente de 21 anos, portador de Distrofia Muscular de Duchenne e ICFER (FE21%), comparece ao Pronto Socorro com história de dor torácica retroesternal, sem irradiação, associado a sudorese e episódios de síncope de repetição, que se iniciaram há cerca de 3 meses, com piora nos últimos dias. Em uso domiciliar de Carvedilol, Espironolactona, Enalapril, além de BIPAP com uso contínuo. Exames laboratoriais à admissão com aumento de Troponina (314 ng/L, evoluindo após 4h para 1016ng/L). ECG de admissão evidenciando BAV 2º grau Mobitz II, intercalando com ritmo juncional. Feito diagnóstico de doença do sistema de condução, com bloqueio atrioventricular avançado, sintomático, em paciente com disfunção ventricular. Indicado implante de marcapasso definitivo, que foi realizado. Procedimento dificultado pela alteração anatômica da caixa torácica do paciente, em função da distrofia muscular. Paciente intercorreu com pneumotórax a direita, que foi tratado com drenagem. Recebeu alta hospitalar após estabilidade clínica. Em consulta de seguimento após 1 semana, manteve-se em controle de ritmo pelo marcapasso.
Conclusão: A detecção precoce da disfunção cardíaca permite a instituição terapêutica medicamentosa e cirúrgicas no atendimento de pacientes com DMD, permitindo aumento de sobrevida.

Palavras-chaves: Distrofia muscular de Duchenne | Bloqueio atrioventricular | Disfunção ventricular

S3M36

657 - DERRAME PERICÁRDICO SECUNDÁRIO A INIBIDOR DE TIROSINA QUINASE: UM RELATO DE CASO

BÁRBARA VIDIGAL DOS SANTOS[1]; MARIANE HIGA SHINZATO[1]; ANDREA CUNHA CORTELLAZZI[2]; MURILO AMATO DAVID[1]; PRISCILA NASSER DE CARVALHO KROLL[2]; ROBERTO TADEU MAGRO KROLL[1].

1. INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DE TRANSPLANTES EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: A leucemia mieloide crônica (LMC) é um distúrbio clonal de uma célula-tronco pluripotente da linhagem mieloide. É uma doença clonal da célula-tronco hematopoética provocada pela translocação entre os cromossomos 9 e 22, que gera o gene de fusão BCR-ABL. O tratamento é baseado em inibidor de tirosina quinase, que é uma droga alvo que bloqueia a ação enzimática do gene de fusão BCR-ABL. A droga mais utilizada é o imatinib. Entretanto, pacientes que evoluem com falha terapêutica podem desenvolver mutações que os tornam resistentes ao tratamento, sendo necessário o uso de outros inibidores de tirosina quinase como o dasatinib, nilotinib e ponatinib. Um evento adverso é a ocorrência frequente de serosite manifestada como derrame pleural, mas sua associação com derrame pericárdico tem menor incidência.
Descrição do caso: Paciente masculino, 75 anos, com diagnóstico de LMC desde 2018, em tratamento com dasatinib desde abril de 2020, admitido na emergência de hospital terciário com dispneia progressiva há 1 mês, com piora nos últimos 3 dias e aos mínimos esforços. Ao exame físico de admissão, apresentava-se normotenso, taquicárdico e taquipneico. Observou-se murmúrio vesicular diminuído bilateralmente e bulhas cardíacas hipofonéticas. Realizada radiografia que evidenciou derrame pleural bilateral. Realizada tomografia de tórax que comprovou achado de volumoso derrame pleural bilateral (figura 1), de aspecto loculado e com atelectasia pulmonar adjacente. Ao ecocardiograma transtorácico (figura 2), observou-se presença de derrame pericárdico moderado, assimetricamente distribuído, com maior lâmina (24 mm) adjacente às câmaras direitas, com colabamento do átrio direito, sem sinal de comprometimento sistólico ventricular. Foi suspenso o dasatinibe e iniciada corticoterapia e diureticoterapia. Paciente evoluiu com melhora clínica e radiográfica, sendo instituída mudança do dasatinibe por nilotinibe.
Conclusão: Este relato ressalta a relevância dos efeitos adversos relacionados ao uso do dasatinib no tratamento da LMC. O tratamento da serosite deve ser individualizado com base nos sintomas e gravidade do quadro. Em casos mais avançados, o tratamento com ciclos curtos de corticoide pode ser útil, relatado como tratamento eficaz, com tempo de resolução dos achados de imagem em 72 horas, como no caso relatado.

Palavras-chaves: Leucemia mieloide crônica | Derrame pericárdico | Inibidor de tirosina quinase

S4M11

672 - AVALIAÇÃO DO MANEJO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO

SONIELLE DE JESUS OLIVEIRA ALBERTINO; LARISSA DE ALMEIDA SALES; MAYARA BARROS SANDY; LUCIANA HENRIQUE DUARTE; MARCELO AUGUSTO DE SOUZA MACIEL; MARSELHA MARQUES BARRAL MONTESSI.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Introdução: a insuficiência cardíaca (IC) é uma entidade complexa e comum dentre as causas de internação hospitalar, devido às descompensações frequentes, principalmente quando os manejos não são seguidos.
Objetivo: avaliar a propedêutica do manejo da IC em um hospital terciário e de ensino. Métodos: baseado em indicadores assistenciais de desempenho da Sociedade de Cardiologia - Programa Boas Práticas Clínicas em Cardiologia - foram coletados os dados no sistema operacional de formulários do hospital. O setor de tecnologia selecionou prontuários de pacientes (p) que receberam alta hospitalar (AH), tendo como diagnósticos IC. Foram avaliados critérios assistenciais de adequado manejo da IC conforme descrição nos resultados. A avaliação dos dados foi realizada por análise descritiva por Software Graph Pad Prism (Versão 8.0). As frequências absolutas e relativas foram utilizadas para representar as variáveis.
Resultados: Foram analisados 136 prontuários, de setembro de 2018 a setembro de 2020; 82 p eram do sexo masculino (60,3%). 103 p (75,8%) tinham idade maior que 60 anos. Os indicadores de desempenho foram:

Indicadores	Sim n(%)	Não n(%)	Não aplica n(%)
1. Inibidores enzima angiotensina ou receptores angiotensina 1 AH	114 (84%)	21(15%)	1(1%)
2. Betabloqueadores AH	121 (89%)	15 (11%)	0 (0%)
3. Medida função ventrículo esquerdo	107 (78%)	29 (22%)	0 (0%)
4. Agendamento retorno AH	101 (74%)	33 (24%)	2 (2%)
5. Antagonista aldosterona AH	73(54%)	63 (46%)	0 (0%)

Perfil hemodinâmico à admissão em 73 (54%), atividade física AH 0,% dieta AH 3(2%), receita AH 135 (99%), onde ir se piora 48 (35%), aconselhamento tabagismo 0(0%), peso internação 12 (9%),anticoagulação 46 (34%), com 86 (63%) não aplica(NA), profilaxia trombose venosa profunda 81(60%), nitrato e hidralazina 14(10%), com 118 (87%) NA, ivabradina AH 3 (2%) NA 30 (22%),vacinação em 1(1%).
Conclusão: alguns pontos requerem melhoria no manejo da IC, como orientação de vacinação, dieta e atividade física na AH. O estudo inferiu que a Instituição tem acompanhamento adequado a seus p, com retornos agendados e medicações bem indicadas, com boa performance em outros indicadores. **Palavras-chaves:** insuficiência cardíaca |manejo | alta hospitalar

S4M14

708 - ARRITMIA VENTRICULAR NA GESTAÇÃO: CAUSA OU CONSEQUÊNCIA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA - RELATO DE CASO

THAYNARA BIANCA CORDEIRO LOPES.

SOCOR, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: Taquicardiomiopatia é caracterizada por disfunção ventricular sistólica e insuficiência cardíaca (IC), causadas por taquiarritmias persistentes ou repetitivas. O diagnóstico passa por exclusão de outras causas de IC. Cardiomiopatia periparto é uma disfunção ventricular que pode ocorrer no último mês da gestação e até 5 meses após o parto, em paciente sem cardiopatia prévia. Também é diagnóstico de exclusão e tem como alguns fatores de risco idade >30 anos, raça negra, multíparas, gestações gemelares, HAS e mulheres com pré-eclâmpsia.
Descrição do caso: Sexo feminino, 36 anos, sem comorbidades conhecidas e sem antecedentes familiares de cardiopatia. Primeira gestação, por FIV, gemelar dicoriônica - diamniótica. Apresentou em uma consulta de rotina de pré-natal com 23 semanas extrassistolia ventricular (EV). Holter evidenciou 36207 extrassístoles ventriculares (24,84%). Ecocardiograma transtorácico (ECO TT) demonstrou dilatação ventricular, fração de ejeção (FE) 55%, BNP normal. A paciente evoluiu com dispneia, edema de membros inferiores e elevação pressórica com 32 semanas e 4 dias. Diagnosticada com pré-eclâmpsia. Optado por repetir ECO TT que identificou redução da FEVE para 33%. Iniciados antihipertensivos e diurético de alça. Optada pela internação para corticoterapia e interrupção gestacional. Novo BNP: 1253. Submetida a cesariana sem intercorrências maternas e fetais com 32 semanas e 6 dias. Realizados novo Holter 1 semana após parto com 1% de arritmia ventricular e ECO TT com FEVE 46%. Ressonância Cardíaca (RM) evidenciando hipocinesia difusa com realce negativo. Recebeu alta em CF I e com terapia otimizada para IC.
Conclusão: O período gestacional pode ser gatilho para ocorrência de arritmia ventricular pelas mudanças hormonais. Densidade de EV ao Holter acima de 20% está associada à taquicardiomiopatia, no entanto a evolução rápida para disfunção ventricular não é esperada, indicando assim um possível overlap com miocardiopatia periparto.
Palavras-chaves: Insuficiência cardíaca | Taquicardiomiopatia | Cardiomiopatia periparto

S4M16

713 - SÍNDROME DE TAKOTSUBO EM HOMEM IDOSO

JÉSSICA BICALHO DE ASSIS[1]; FERNANDA OLIVEIRA LOPES[2]; FERNANDA PRESTES DAMAZIO[2]; JÊNIFER BICALHO DE ASSIS[3]; BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO[2].

1. HOSPITAL MADRE TERESA, IPATINGA - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 3. UNIVAÇO, IPATINGA - MG - BRASIL.

Introdução: A síndrome de Takotsubo é um cardiomiopatia temporária e reversível, que mimetiza um infarto agudo do miocárdio (AMIN, H. Z.; AMIN, L. Z.; PRADIPTA, A., 2020). Epidemiologicamente, ocorre com uma predominância expressiva entre mulheres, em faixa etária pós menopausa (AMIN, H. Z.; AMIN, L. Z.; PRADIPTA, A., 2020).
Relato De Caso: Neste trabalho, relatamos o caso de um paciente idoso, 74 anos, do sexo masculino. Foi internado em contexto de alteração comportamental com proposta de realização eletroconvulsoterapia.
Durante a internação, apresentou Taquiarritmia supraventricular, evoluindo com choque circulatório e padrão respiratório agônico, sendo intubado e encaminhado para UTI, onde apresentou PCR em AESP por 7 minutos. Realizado eletrocardiograma (ECG) após o ocorrido, sem sinais de isquemia.
Dois dias após, apresentou troponinas em ascensão, ecodopplercardiograma transtorácico (ECOTT) com achado de hipocinesia grave médio apical e redução de fração de ejeção ventricular (FEVE 43%). Realizado cateterismo cardíaco sem lesões significativas em macrocirculação cardíaca e ventriculografia com hipocinesia grave médio-apical. Aventada hipótese de Síndrome de Takotsubo.
Dez dias após, foi realizado no ECOTT, que evidenciou elevação da fração de ejeção ventricular (66%), com sua função sistólica global preservada em repouso. O paciente foi mantido em internação para conclusão do tratamento neurológico, sem novas descompensações cardíacas na ocasião.
Conclusão: Apesar de ser uma patologia de ocorrência predominante em mulheres de meia idade, deve-se considerar a hipótese de Síndrome de Takotsubo também em homens e em pacientes de outras faixas etárias. Estando entre os diagnósticos diferenciais de Síndrome Coronariana Aguda, é fundamental afastar este diagnóstico, que requer intervenções precoces, visto que a possibilidade de minimização de morbimortalidade. Ademais, é fundamental o seguimento do paciente com esse quadro, para acompanhamento da reversibilidade dos achados em fase aguda e recuperação do paciente.
Palavras-chaves: Cardiomiopatia de Takotsubo | Atores de risco de doenças cardíacas | Síndrome coronariana aguda

S4M21

719 - MIOCARDITE POR DENGUE SIMULANDO INFARTO DO MIOCÁRDIO: RELATO DE CASO

DIEGO DRUMMOND TANOS LOPES; ESTÊVÃO LANNA FIGUEIREDO; GUALTER BOAVENTURA CANÇADO; RAYSSA MARCELLA VIEIRA FERREIRA; FERNANDA DIAS FREIRE; JOÃO PAULO CARDOSO DA SILVA.

INSTITUTO ORIZONTI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A dengue é uma arbovirose endêmica em todo o Brasil e com amplo espectro de apresentações clínicas. A miocardite é menos frequentemente descrita na dengue, pode manifestar-se de forma assintomática ou com sintomas de síndrome coronariana aguda, insuficiência cardíaca, arritmias ventriculares e choque cardiogênico.
Descrição do caso: Homem, 55 anos, obeso grau II, diabético tipo 2, portador da síndrome da apnéia obstrutiva do sono, usuário de CPAP. Admitido com relato de dor torácica, retroesternal, intensa, em pontadas, com irradiação ao membro superior esquerdo, associado a dispnéia, náuseas e vertigem, com sete dias de evolução, sem palpitações ou síncope. Ao exame físico: afebril, bom estado geral, ausculta pulmonar normal, bulhas normorritmicas e normofonéticas, sem B3, B4 ou sopros audíveis. PA = 170x90 FC = 96. ECG: Ritmo sinusal regular, com bloqueio do ramo direito grau I, supradesnivelamento ST em DIII, aVR e V4-V6. Troponina 9,5 (negativa), NT-proBNP 230, Devido aos sintomas e alterações eletrocardiográficas, paciente foi encaminhado à coronariografia de urgência, que não evidenciou lesões ateroscleróticas significativas. Ecocardiograma: câmaras cardíacas de dimensões normais, função sistólica biventricular preservada em repouso, relaxamento diastólico normal do VE, regurgitação mitra discreta e FEVE 75%. Durante a internação apresentou quadro febril, linfopenia, Dengue NS1 positivo e sorologia IgM positiva para Dengue. Ressonância magnética cardíaca revelou sinais de edema miocárdico, realce tardio sugestivo de necrose e/ou fibrose miocárdica, não isquêmico, mesocárdico, de distribuição não coronariana, no ventrículo esquerdo, compatíveis com miocardite. Holter de 24 horas não mostrou arritmias. Iniciou-se tratamento clínico com Bisoprolol 5mg MID e Enalapril 5mg MID, com boa tolerância e evolução, tendo o paciente mantido estabilidade clínica e hemodinâmica. Recebeu alta hospitalar e mantém-se estável no acompanhamento ambulatorial.
Conclusão: A endemia da Dengue é um problema de saúde púbica no Brasil. Diante disso o acometimento cardíaco por esta arbovirose não deve ser negligenciado. A miocardite pode simular quadros de síndrome coronariana aguda. O pronto diagnóstico e tratamento assertivo são fundamentais para a boa evolução dos pacientes, como no caso hora apresentado.
Palavras-chaves: Miocardite | Miocardite Viral | Dengue

S4M22

724 - ERGOTAMINA COMO CAUSA DE MIOCARDITE TOXICA EM JOVEM?

ANA CAROLINA SILVA DOS SANTOS; BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO; BRUNO MONTEIRO MACEDO RIBEIRO; YURI ROCHA TEIXEIRA; PEDRO FONSECA ABDO ROCHA.

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A miocardite geralmente ocorre devido a infecções virais e respostas imunomediadas pós-virais. A miocardite tóxica é inflamação do músculo cardíaco resultante de drogas usadas ilicitamente ou como tratamento médico. É caracterizada por início agudo ou insidioso. Os derivados da ergotamina compõem drogas utilizadas no tratamento de ataques agudos de migrânea.
Descrição do caso: Trata-se de paciente feminina, 32 anos, previamente hígida, ausência de quadro infeccioso viral ou bacteriano recente e sem histórico de vacina recente com relato de dor torácica à esquerda com irradiação para dorso, iniciada em repouso, inicialmente auto-limitada e com recidiva nas 24h seguintes, com piora da intensidade. Procurou atendimento médico após 4h da agudização da dor. Uso de Ergotamina para crise de Enxaqueca 48h antes do início da dor. Admitida estável, ECG seriados sem alterações, troponina 3,72 e 4,2 (Vr <0,05) curva sugestiva de lesão miocárdica. Iniciado protocolo de Síndrome Coronoriana Aguda administrado AAS e ticagrelor e encaminhada ao setor de hemodinâmica na urgência devido intratabilidade clínica da dor torácica. Cate sem lesões coronarianas e ventriculografia com hipocinesia difusa leve. Ecocardiograma transtorácico sem alterações segmentares e pericárdio sem alteração. Solicitado VHS 10 e pcr 16,8. Encaminhada para ressonância cardíaca (RMC) que mostrou realce tardio subepicárdico em parede lateral do ventrículo esquerdo e pericárdio adjacente a essa área, sugestivo de miopericardite. Realizada sorologias virais negativas. Evoluiu com melhora da dor, alta hospitalar assintomática. Devido a ausência de causa virais, a ergotamina foi considerada uma provável causa.
Conclusão: A miocardite tóxica é uma forma rara de miocardite. Numerosos medicamentos podem induzir miocardite, que geralmente é reversível após a retirada do agente causador. A RMC possui papel fundamental para seu diagnóstico.

Palavras-chaves: Miocardite | Miocardite Tóxica | Miocardite por Ergotamina

S4M23

728 - TAMPONAMENTO CARDÍACO SECUNDÁRIO À TUBERCULOSE – RELATO DE CASO

JOÃO PAULO CARDOSO DA SILVA; MARIA CLARA NOMAN DE ALENCAR; RAYSSA MARCELLA VIEIRA FERREIRA; FERNANDA DIAS FREIRE; DIEGO DRUMMOND TANOS LOPES; ALINE ENEIDA LIMA TELES.

INSTITUTO ORIZONTI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A pericardite tuberculosa ocorre em 1 a 2% dos pacientes portadores de tuberculose pulmonar. A patogenia da infecção do pericárdio pelo Mycobacterium tuberculosis ocorre por extensão da infecção pulmonar, dos linfonodos adjacentes ou disseminação miliar. Em alguns casos pode representar a reativação da doença e o foco primário pode não ser definido. Descrevemos o caso de uma paciente com quadro de dispneia associada a derrame pericárdico complicado com tamponamento cardíaco, cuja etiologia foi atribuída à pericardite tuberculosa.
Descrição de caso: Mulher, 74 anos, portadora de asma, hipertensão pulmonar, SAHOS e obesidade, admitida com piora da dispneia basal, prostração e hipoxemia há 20 dias. Tomografia de tórax com derrame pleural bilateral maior a esquerda. Evoluiu com sinais de choque obstrutivo, extremidades frias, pulsos finos, perfusão capilar < 3 segundos, oligúria, hipotensão arterial, bulhas hipofonéticas e ingurgitamento jugular. Ausculta pulmonar sem sinais de congestão. Ecocardiograma (ECO) com derrame pericárdico importante, restrição diastólica e FEVE 61%. Realizado pericardiocentese de urgência que mostrou pericárdio espesso com aderências e drenado aproximadamente 300 mL de líquido hemorrágico. Encaminhada ao CTI extubada porém, apresentou piora clínica com insuficiência respiratória e choque. Análise do líquido pericárdico com 330 células nucleadas/mm3, 1.760.000 hemácias, 88% de neutrófilos, 5% linfócitos, ADA 131 (VR 30-60), LDH 2250 e cultura negativa. Biópsia: Pericardite crônica inespecífica. Devido à refratariedade ao tratamento com antibioticoterapia empírica e à elevação de ADA no líquido pericárdico optou-se por iniciar terapia antituberculose e corticoide. Paciente apresentou boa resposta clínica e novo ECO mostrou redução do derrame pericárdico sem restrição de enchimento ventricular. Recebeu alta da UTI após 23 dias, traqueostomizada, com proposta de manutenção da terapia antituberculose.
Conclusão: Pericardite tuberculosa deve ser considerada em pacientes com pericardite de curso não autolimitado. O diagnóstico definitivo é estabelecido pela detecção do Micobacterium tuberculosis em esfregaço ou cultura do líquido pericárdico ou pela detecção de bacilos ou granulomas na biópsia. Entretanto, mesmo na ausência desses critérios, o exsudato pericárdico com ADA elevada e/ou resposta clínica a terapia antituberculosa, torna provável o diagnóstico de pericardite tuberculosa.

Palavras-chaves: pericardite | pericardite tuberculosa | tamponamento cardíaco

S4M24

736 - ARRITMIA VENTRICULAR NA GESTAÇÃO: CAUSA OU CONSEQUÊNCIA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA - RELATO DE CASO

THAYNARA BIANCA CORDEIRO LOPES; MARCELO DREY GONÇALVES; ALEX JÚNIOR DE ARAÚJO; VICENTE REZENDE SILVA; GABRIELA MIANA DE MATTOS PAIXÃO; CAIO RIBEIRO ALVES ANDRADE.

SOCOR, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: Taquicardiomiopatia é caracterizada por disfunção ventricular sistólica e insuficiência cardíaca (IC), causadas por taquiarritmias persistentes ou repetitivas com frequência cardíaca elevada. O diagnóstico passa por exclusão de outras causas de IC. Cardiomiopatia periparto é uma disfunção ventricular que pode ocorrer no último mês da gestação e até 5 meses após o parto, em paciente sem cardiopatia prévia. Também é diagnóstico de exclusão e tem como alguns fatores de risco idade >30 anos, raça negra, multíparas, gestações gemelares, HAS e mulheres com pré-eclâmpsia.
Descrição do caso: Sexo feminino, 36 anos, sem comorbidades conhecidas e sem antecedentes familiares de cardiopatia. Primeira gestação, por FIV, gemelar dicoriônica - diamniótica. Apresentou em uma consulta de rotina de pré-natal com 23 semanas extrassistolia ventricular (EV). Holter evidenciou 36207 extrassístoles ventriculares (24,84%). Ecocardiograma transtorácico (ECO TT) demonstrou dilatação ventricular, fração de ejeção (FE) 55%, BNP normal. A paciente evoluiu com dispneia, edema de membros inferiores e elevação pressórica com 32 semanas e 4 dias. Diagnosticada com pré-eclâmpsia. Optado por repetir ECO TT que identificou redução da FEVE para 33%. Iniciados antihipertensivos e diurético de alça. Optada pela internação para corticoterapia e interrupção gestacional. Novo BNP: 1253. Submetida a cesariana sem intercorrências maternas e fetais com 32 semanas e 6 dias. Realizados novo Holter 1 semana após parto com 1% de arritmia ventricular e ECO TT com FEVE 46%. Ressonância Cardíaca (RM) evidenciando hipocinesia difusa com realce negativo. Recebeu alta em CF I e com terapia otimizada para IC.
Conclusão: O período gestacional pode ser gatilho para ocorrência de arritmia ventricular pelas mudanças hormonais. Densidade de EV ao Holter acima de 20% está associada à taquicardiomiopatia, no entanto a evolução rápida para disfunção ventricular não é esperada, indicando assim um possível overlap com miocardiopatia periparto. RM cardíaca é de suma importância para excluir diagnósticos diferenciais.

Palavras-chaves: Insuficiência cardíaca | Taquicardiomiopatia | Miocardiopatia periparto

S4M25

742 - TAMPONAMENTO CARDÍACO DEVIDO AO USO DE IMATINIBE

RAYSSA MARCELLA VIEIRA FERREIRA; FERNANDO CARVALHO NEUENSCHWANDER; FERNANDA DIAS FREIRE; DIEGO DRUMMOND TANOS LOPES; JOÃO PAULO CARDOSO DA SILVA; ALINE ENEIDA LIMA TELES.

INSTITUTO ORIZONTI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: As taxas de sobrevida dos pacientes em tratamento oncológico vêm aumentando significativamente com os avanços das tecnologias em medicações.
O imatinibe é um medicamento inibidor da proteína tirosinoquinase, utilizado para tratamento de leucemias e do tumor estromal gastrointestinal (GIST). Uma reação adversa rara, mas potencialmente fatal se não reconhecida e abordada rapidamente é o tamponamento cardíaco.
Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 85 anos, portadora de GIST, câncer de mama, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia. Em tratamento adequado para controle pressórico e dislipidêmico, iniciou recentemente o uso de Imatinibe. Apresentou quadro de dispneia progressiva iniciado há 20 dias, com piora na última semana aos médios esforços. Ao exame físico evidenciadas bulhas hipofonéticas e turgência jugular. Solicitado Ecocardiograma transtorácico que evidenciou derrame pericárdico importante, com sinais de tamponamento cardíaco. Encaminhada para drenagem de derrame, com melhora instantânea dos sintomas. Ecocardiograma de controle evidenciando derrame pericáridico laminar. Realizada suspensão de Imatinibe, e mantido acompanhamento ambulatorial. Ecocardiograma ambulatorial de controle evidenciou melhora completa do derrame e paciente não apresentou recorrência de dispneia. Mantido Imatinibe suspenso e avaliado outro tratamento para quadro de GIST.
Conclusão: Com o avanço da terapêutica oncológica, consequentemente temos um aumento dos efeitos adversos relacionados ao tratamento.
O caso clínico citado evidencia uma reação rara, mas muito grave e potencialmente fatal. Dessa forma, a anamnese direcionada e o exame físico cuidadoso são fundamentais para o diagnóstico e a abordagem corretos do quadro.

Palavras-chaves: Imatinibe | Derrame pericárdico | Tamponamento cardíaco

S4M26

744 - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE ALTO DÉBITO POR FÍSTULA ARTERIOVENOSA

DANIEL COTA FORMIGA; ISABELA SILVA DE ALMEIDA SOUSA; VINICIUS SARMENTO VALÉRIO; PEDRO FONSECA ABDO ROCHA.

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A síndrome da insuficiência cardíaca (IC) é um problema clínico global que afeta milhões de pessoas. A grande maioria dos casos é associada à disfunção sistólica e um baixo débito cardíaco, mas menos frequentemente os sintomas e sinais de insuficiência cardíaca podem ocorrer na circunstância de um débito cardíaco elevado. A condição, embora incomum, é frequentemente associada com uma etiologia potencialmente reversível.
Relato: S.P.S.C, mulher, 60 anos, residente de Barão de Cocais / MG. Hipertensa, ICFE recuperada, FA paroxística com ablação em jan/23 e renal crônica transplantada em 2013. Procurou pronto atendimento em fev/23 devido dor torácica típica associado a dispnéia e piora de classe funcional, NYHA IV e necessidade de O2 suplementar. Iniciado propedêutica, descartado síndrome coronariana aguda e observado pericardite com boa resposta após Colchicina. Evidenciado em ecocardiograma transtorácico grau III de disfunção diastólica com padrão restritivo. Rastreio infeccioso negativo e tomografia torácica sem sinais de calcificação do pericárdio, porém, com sinais de espessamento. Marcadores reumatológicos negativos. Realizada ressonância cardíaca, sem evidência de doença infiltrava. Revisto caso, paciente mantendo hipoxemia sem causas pulmonares aparentes. Paciente previamente renal crônica dialítica, mantinha fistula em membro superior esquerdo funcionante. Realizado USG-doppler para avaliação, observado alto débito (9L/min) e indicado ligadura. Após procedimento evoluiu com significativa melhora respiratória e de classe funcional (NYHA II/III) bem como dos parâmetros no ecocardiograma e teste de caminhada, recebendo alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial.
Conclusão: A insuficiência cardíaca de alto débito é menos frequentemente relatada. Dessa maneira, dados de ensaios clínicos nessa área são escassos. Por se tratar de uma condição normalmente associada a causas reversíveis e multifatoriais, é imperativo uma visão multissistêmica para um rápido diagnóstico e possível correção do agente causador, gerando impacto na sobrevida e morbimortalidade do paciente .
Palavras-chaves: insuficiência cardíaca | alto débito | fístula arteriovenosa

S1M31

717 - EFICÁCIA E SEGURANÇA DA ABLAÇÃO POR CATETER PARA FIBRILAÇÃO ATRIAL EM PACIENTES IDOSOS: REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE

MARCOS ROBERTO QUEIROZ FRANÇA[1]; ANDRÉ ASSIS LOPES DO CARMO[1]; MARINA MAYRINK[1]; REYNALDO CASTRO MIRANDA[1]; ANDRÉ DIAS NASSAR NABACK[1]; LUCAS RUBACK[1]; BEATRIZ COSTA HAIASHI[1]; LUCAS LEAL FRAGA[1]; ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO[1]; BRUNO RAMOS NASCIMENTO[2].

1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: Ablação por cateter (AC) é uma terapia bem estabelecida para pacientes com fibrilação atrial (FA); no entanto, há escassez de dados para pacientes idosos, especialmente em idades extremas. Objetivamos avaliar a eficácia e segurança a longo prazo da AC (radiofrequência e criobalão) para pacientes idosos com FA.
Métodos: Foi realizada busca sistemática nas bases Medline, BVS, Cochrane e Embase até abril de 2023 para avaliar resultados comparativos de estudos entre pacientes idosos extremos (>75 ou >80 anos, e indivíduos 75/80 anos, de acordo com o ponto de corte do estudo) submetidos à AC. Os desfechos primários de eficácia e segurança foram, respetivamente, recorrência de FA no período de seguimento e complicações maiores relacionadas ao procedimento. Análises de subgrupo foram realizadas por faixas etárias e por tipo de AC. Software Comprehensive Meta Analysis foi usado para agrupar os resultados dos estudos, através de comparações diretas e indiretas.
Resultados: No total, 4.829 títulos e resumos foram avaliados, 36 artigos foram lidos na íntegra e 25 estudos foram incluídos, sendo 21 coortes retrospectivas, 3 registros e 1 ensaio clínico randomizado, totalizando 101.133 pacientes (70% homens) submetidos à AC. Destes, 6.461 (7,4%) eram idosos >75/80 anos. Os intervalos de seguimento variaram de 11,7 a 72,3 meses. A recorrência de FA em idosos extremos (>80 anos) foi de 32,8% (IC95% 20,15 - 48,10), I2 =86,6, em idosos >75/80 anos: 33,3% (IC95% 27,0 - 40,3), I2:=91,7 vs. em idosos >75/80 anos: 32,8% (IC95% 24,2 - 42,6), I2=97,5. As taxas de complicações maiores foram mais elevadas em idosos >75/80 anos: 3,0% (IC95% 1,8 - 4,8), I2=84,6 versus 2,0% (IC95% 1,5 - 2,7), I2=74,5 em idosos >75/ 80 anos. Em estudos com comparações diretas (N=14), os resultados foram semelhantes, e idosos >75/80 anos tiveram risco semelhante de recorrência de FA em relação a idosos >75/80: OR=1,08 (IC95% 0,92 - 1,27), I2=0, p=0,34. As taxas de complicações maiores (N=13 estudos) foram novamente maiores em idosos >75/80 anos (OR: 1,30 (IC95% 1,10 - 1,54), I2=0, p=0,002. Em estudos com criobalões (N=4), entretanto, as taxas de complicações maiores foram semelhantes entre os grupos: OR: 1,28 (IC95% 0,59-2,77), I2=0, p=0,54.
Conclusão: A ablação da FA é viável em pacientes idosos >75/80 anos, com taxas de sucesso comparáveis a indivíduos em idades mais jovens. As taxas de complicações maiores, entretanto, são maiores, exigindo uma abordagem mais seletiva e cautelosa.

Palavras-chaves: fibrilação atrial | ablação | meta-análise

S1M32

718 - VALOR PROGNÓSTICO DA DISAUTONOMIA VAGAL EM PACIENTES COM DOENÇA DE CHAGAS: DESFECHOS DE 14 ANOS DE UMA COORTE POPULACIONAL DE IDOSOS

DIEGO NASCIMENTO MORAES[1]; BRUNO RAMOS NASCIMENTO[2]; CARLA MOREIRA1; LUCAS DIAMANTE[1]; LUCAS LEAL FRAGA[1]; MARINA GOMES DINIZ[1]; ARTHUR MAIA AMARAL[1]; LUIZA PEREIRA AFONSO DOS SANTOS[1]; LUCAS RUBACK1; ANTONIO L P RIBEIRO[1].

1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A forma cardíaca é a principal responsável pela morbidade e mortalidade na Doença de Chagas (DC), dada sua prevalência e evolução clínica imprevisível. Grande parte da mortalidade da DC ocorre devido a arritmias ventriculares súbitas, e a frequentemente observada disfunção autonômica pode estar associada a desfechos desfavoráveis. Nosso objetivo foi avaliar o valor preditivo dos índices de disfunção autonômica em pacientes com DC.
Métodos: O Estudo de Envelhecimento de Bambuí é uma coorte prospectiva com residentes >60 anos ao início do estudo (1997), morando na cidade de Bambuí (15.000 habitantes), MG. Pacientes consentidos passaram por visitas de acompanhamento anuais, e certidões de óbito foram monitoradas. Para avaliação de arritmia sinusal respiratória (relação I:E), pacientes foram instruídos a respirar profundamente em um ciclo de 10 segundos (5 inspirações e 5 expirações) enquanto ECG era realizado. Índices de variabilidade da frequência cardíaca (SDRR (desvio-padrão dos intervalos RR adjacentes) e rMSSD (raiz quadrada da média da soma dos quadrados das diferenças entre intervalos RR adjacentes)) foram calculados utilizando um algoritmo computacional, supervisionado por um cardiologista cego aos dados clínicos. Foi realizada regressão multivariada para avaliar o valor prognóstico dos índices de disautonomia, expressos como tercis, para mortalidade geral, após ajuste de acordo com variáveis demográficas, clínicas e do ECG.
Resultados: Dos 1742 moradores qualificados, 1606 participaram, sendo 557 com sorologia para DC positiva. Destes, a idade média era 68 (64-74) anos, e 32.5% eram homens. A mais frequente alteração do ECG foi o bloqueio de ramo direito (23.2%). Em 14 anos, a perda de acompanhamento foi de 7,9% e a mortalidade total de 51,9%. No total, 321 pacientes com DC tinham medidas válidas dos índices autonômicos. Em análise univariada, medidas de função autonômica previram mortalidade global em: relação I:E (HR: 1,20 (IC 95% 1,09-1,33)), SDRR (HR: 1,26 (IC 95% 1,14-1,40) e rMSSD (HR: 1,12 (IC 95% 1,01-1,23)). Após ajustes de sexo, idade e fatores de risco cardiovascular, nenhum desses índices permaneceu como preditor independente de mortalidade.
Conclusão: Em um estudo de coorte de longa duração de pacientes idosos com DC, anormalidades em índices de função autonômica não foram preditores independentes de mortalidade em 14 anos.

Palavras-chaves: doença de chagas | disautonomia | prognostico

S1M34

767 - HOLTER 24H NA FASE PRÉ ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES SUBMETIDOS A TAVI

CLÁUDIA MADEIRA MIRANDA[1]; MAIRA FLAVIA SILVA FERNANDES[1]; BARBARA ABREU MARINO[1]; MARCOS MARINO[1]; LUIZ CLAUDIO MOREIRA LIMA[1]; FERNANDO ANTONIO ROQUETTE REIS FILHO[1]; ERNESTO LENTZ MOTEIRO FILHO[2]; ROBERTO LUIZ MARINO[1]; RODRIGO DE CASTRO BERNARDES[1].

1. HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE- MG - BRASIL.

Introdução: O implante transcateter de válvula aórtica (TAVI- Transcatheter Aortic Valve Implantation), procedimento minimamente invasivo para correção da válvula aórtica, tem se expandido como forma de tratamento de estenose aórtica (EAo) severa. As complicações por anormalidades de condução cardíaca (ACC) no período pós TAVI são frequentes devido a motivos anatômicos, degeneração estrutural cardíaca senil e da EAo
Métodos: análise retrospectiva unicêntrica do holter de 24h pré alta hospitalar de 145 pacientes consecutivos, sem marca passo prévio e submetidos à TAVI no período de fevereiro /2018 a dezembro/2022.
Resultados: 79,3% com piora funcional (dispnéia), 57,2% do sexo masculino com média de idade de 81,9 ±6,8 anos. Pela classificação de fraqilidade de Edmonton: 32,1% tinham grau aparente, 17,5% grau leve, 10,9% grau moderado e 4,4% de grau severo. Apresentavam co morbidades de hipertensão em 82,8%, diabetes mellitus em 43,4%, coronariopatia em 44,1% e pneumopatia em 19,3%. Uso prévio de beta-bloqueador (BB) em 51,7% dos ptes. O ECG pré TAVI mostrou ritmo sinusal em 86,9% e Fibrilação Atrial (FA) permanente em 13,1%; QRS estreito em 82,8%, BRE em 13,1% e BRD em 4,1%. A realização do Holter 24h evidenciou FC média de 74,2±10,3 bpm (43-96 bpm), intervalo PR(IPR) médio de 185±74ms, BRE novo em 22,1%, BAV de 2º grau e maior em 13,1%; TVNS em 19,7%. Implante de MPD na pré alta hospitalar foi realizado em 25 ptes (17,2%) devido à ACC após o procedimento. Dentre os que receberam MPD: maioria do sexo masculino (18 ptes), com HAS (17 ptes) e 76% com algum grau de fragilidade. Ao ECG pós TAVI 16 ptes tinham DCC, sendo 8 com bloqueio intraventricular novo. Dentre os registros do tipo de prótese utilizada (n=117), o implante de MPD foi maior naqueles do tipo balão-expansível (25%; 11/21).
Conclusão: a realização de holter 24h pré alta hospitalar após TAVI pode mostrar diversos DCC e possibilita identificar ptes sob risco de implante de MPD em população idosa e frágil.

Palavras-chaves: TAVI | holter 24h | arritmia

S2M24

696 - TESTE DE INCLINAÇÃO PÓS COVID

CLÁUDIA MADEIRA MIRANDA; IZABELA MARIA AZEREDO NASCIMENTO.

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: a intolerância ortostática e/ou de hipoperfusão cerebral podem se manifestar após infecção aguda por Covid-19. Apesar da vacinação específica, alguns pacientes (ptes) desenvolvem sintomas debilitantes crônicos secundários à susceptibilidade hipotensora.
Métodos: análise restrospectiva de exames de Teste de Inclinação (TI) realizados durante o ano de 2022, caracterizando ptes com auto relato de Covid-19 prévio (sintomas e teste rápido) e encaminhados para avaliação de seus sintomas de intolerância ortostática (IO) e/ou hipoperfusão cerebral (síncope, pré síncope) e sua resposta ao estresse ortostático. A disfunção autonômica pós Covid pode ocorrer em diferentes estágios de tempo.
Resultados: amostra consecutiva de ptes com Covid-19 prévio e sintomas de IO foram encaminhados para realização de TI no ano de 2022. Dentre o total de exames realizados, 82 ptes tinham o perfil de inclusão, com idade média de 50,8 anos, sendo 63% do sexo feminino. Os eventos resultaram em trauma em 19,5% dos ptes. Os ptes relataram ter apresentado Covid previamente ao TI entre 6 e 12 meses em 59,8%. As co morbidades foram: HAS 29,3%, DM 12,2% e coronariopatia prévia 2,4%. O motivo do TI foi esclarecimento de tonteira (11%), mal estar/fadiga (6,1%), pré síncope (34,1%), síncope (47,6%) e queda (1,2%). Hipotensão ortostática (HO) inicial foi observada em 40,2%, com queda da pressão arterial (PA) sistólica de até 62mmHg e da PA diastólica de até 29mmHg. As respostas durante o TI foram vasodepressora em 48%, disautonômica em 28% e HO inicial isolada em 9,8%.
Conclusão: em período pós pandemia, o TI mostrou-se uma ferramenta útil na abordagem diagnóstica de sintomas de IO e/ou hipoperfusão cerebral em ptes com Covid-19 prévio. O correto diagnóstico desses sintomas auxiliaria na abordagem terapêutica pós Covid.

Palavras-chaves: covid | teste de inclinação | disautonomia

S2M31

586 - TAQUICARDIOMIOPATIA INDUZIDA POR TRASTUZUMABE PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA - UM MECANISMO RARO DE CARDIOTOXICIDADE: RELATO DE CASO

PEDRO MARQUES DE OLIVEIRA TRISTAO; MARCELO CARVALHO SIMON

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

A neoplasia de mama é o câncer mais comum do mundo e possui tratamentos cada vez mais efetivos trazendo, agora, preocupações quanto aos potenciais efeitos adversos. O Trastuzumab, uma "droga-alvo" para receptor HER2, se mostrou eficaz, no entanto, possui conhecida cardiotoxicidade manifestada, principalmente, como disfunção ventricular. O objetivo deste relato é descrever o caso de uma paciente com câncer de mama tratada com Trastuzumabe e Paclitaxel, que apresentou múltiplas arritmias ventriculares e taquicardiomiopatia com necessidade de tratamento ablativo. Trata-se de paciente do sexo feminino, 40 anos, hígida, com diagnóstico de carcinoma invasor ductal, "in situ", de alto grau, com positividade +3 para HER2, e estadiamento clínico IIB (cTN2N0Mx). Realizou quadrantectomia e proposta de quimioterapia (QT) adjuvante com Paclitaxel + Trastuzumab em 12 ciclos. Após 6 sessões iniciou palpitações, com demonstração de atividade ectópica ventricular muito frequente (19% de densidade ao Holter 24h), mas sem prejuízo à função cardíaca. A despeito da terapia otimizada com betabloqueador, houve piora dos achados, com registros seriados mostrando até 30% de densidade arrítmica e queda sequencial da fração de ejeção (FE) para até 47%, com necessidade de interrupção do Trastuzumab e indicação de terapia ablativa por EEF. Evoluiu com melhora completa da arritmia, dos sintomas e da função ventricular, além de controle da doença oncológica, dita como curada. Poucas referências analisaram os efeitos arritmogênicos do Trastuzumab, permanecendo incerto se as arritmias tendem a ocorrer em situações de disfunção ventricular estabelecida ou se são eventos isolados. Em relação ao caso clínico, embora seja tentador concluir que os eventos arritmogênicos foram fruto de cardiotoxicidade induzida por Trastuzumab e, que, estes foram responsáveis pela disfunção ventricular sequencial, configurando uma situação de taquicardiomiopatia, destaca-se 2 potenciais situações confundidoras: QT combinada com uma droga antimicrotúbulo e exposição à radioterapia. Ainda assim, o tratamento combinado (drogas e abordagem invasiva) permitiram controle da cardiopatia, com reversão do dano e sem prejuízo relevante ao tratamento anti-câncer. A toxicidade arrítmica e suas potenciais consequências com uso das "terapias-alvo", como os anti-HER2, embora não tão infrequentes, se mostram pouco exploradas, revelando a necessidade de se investigar tais hipóteses em mais estudos clínicos bem desenhados.

Palavras-chaves: taquicardiomiopatia | trastuzumabe | cardiotoxicidade

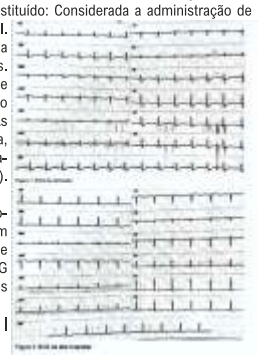
S2M32

591 - ALTERAÇÕES ELETROCARDIOGRÁFICAS ENCONTRADAS APÓS TENTATIVA DE AUTO-EXTERMÍNIO COM ELEVADA DOSE DE DIGOXINA

VICTORIA COELHO MATHIS; MARIANNA AMORIM ANTUNES; THAIANERUBIOLI COSTA; JULIA FRAGA CASTRO E OLIVEIRA; HENRIQUE PATRUS MUNDIM PENA.

HOSPITAL MATER DEI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

A digoxina é recomendada para portadores de insuficiência cardíaca (IC) com sintomas refratários à terapia tripla otimizada, com nível de evidência B e classe IIA. Trata-se de uma droga amplamente utilizada, porém com janela terapêutica estreita. A intoxicação pode induzir arritmias fatais quando seus níveis estão acima de 2.0 ng/ml. As extrassístoles ventriculares são as arritmias mais encontradas, enquanto a taquicardia ventricular bidirecional é patognomônica da intoxicação. As alterações de segmento ST também devem ser valorizadas e prontamente reconhecidas. O presente relato tem como objetivo discutir e alertar quanto às alterações eletrocardiográficas encontradas na intoxicação digitálica.
Relato do caso: Paciente feminina, 27 anos, portadora de Lúpus Eritematoso Sistêmico e Transtorno Depressivo do Humor. Atendida no pronto socorro hospitalar após ingestão de 100 comprimidos de digoxina (0,25 mg) com intenção suicida. Queixa de náuseas e vômitos. Ao exame, ritmo cardíaco regular e estável hemodinamicamente. À revisão laboratorial, nível sérico de digoxina de 5 ng/ml. ECG da admissão (figura 1) demonstra intervalo QT curto (QT corrigido: 319 ms pela Fórmula de Bazzet) associado a inversão de onda T e infradesnivelamento de segmento ST nas derivações V3/V4/V5/V6, DII e aVF. Tratamento instituído: Considerada a administração de Antígeno AntiFab, porém medicamento indisponível. Administrado carvão vegetal ativado via oral 50g, seguida de 25g de 4 em 4 horas durante as primeiras 24 horas. Monitorização clínica e eletrocardiográfica em unidade de terapia intensiva. Nos dias subsequentes, regressão da digoxinemia, alcançando valor de 0,9 ng/ml. As alterações do ECG acompanham a queda da digoxinemia, com normalização do intervalo QTc e do infradesnivelamento de segmento ST nas derivações citadas (figura 2). Evolução clínica sem detecção de arritmias graves.
O caso em discussão ilustra as alterações eletrocardiográficas encontradas na intoxicação digitálica em altíssima dose e alerta quanto à necessidade de reconhecimento ágil das mesmas, firmando o ECG seriado como ferramenta fundamental no manejo destes pacientes.



Palavras-chaves: Digoxina | Eletrocardiograma | Arritmias

S2M33

594 - BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR TOTAL E AVANÇADO IDIOPÁTICO EM PACIENTES ENTRE 20 A 50 ANOS: RESULTADOS APÓS ACOMPANHAMENTO CLÍNICO DE 30 ANOS

MITERMAYER REIS BRITO; CARLOS EDUARDO DE SOUZA MIRANDA; DANIEL SOARES SOUSA; YANE CRISTINE PEREIRA ANDRADE.

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Fundamento: A maioria dos pacientes (ptes) com bradiarritmias sintomáticas que requerem o implante de marcapasso definitivo (IMPD) são idosos. Consequentemente, os adultos jovens na faixa etária entre 20 a 50 anos estão pouco representados nos estudos de resultados após o implante de MP. As causas de doenças do sistema de condução cardíaco e os resultados em crianças, adolescentes e idosos estão bem documentadas na literatura. Entretanto, pouca informação tem sido publicada em relação a etiologia da doença de condução e resultados a longo prazo de marcapassos definitivos transvenosos entre a idade de 20 a 50 anos.
Objetivo: Definir as causas de doenças do sistema de condução e avaliar a sua evolução clínica. Delineamento: estudo observacional
Material: Entre 03/93 a 03/2023 foram estudados 14 ptes com bloqueio atrioventricular total e avançado idiopático (BAVTAI), com idade entre 20 a 50 anos, os quais foram submetidos ao IMPD, bicameral.
Resultados: O ECG prévio ao IMPD era normal em 2 ptes e desconhecido em 2 ptes. O distúrbio de condução do ramo esquerdo (DCRE) ocorreu em 71.4% dos ptes: hemibloqueio anterior esquerdo (HBAE) em 5 ptes, bloqueio completo de ramo esquerdo (BCRE) com desvio do eixo QRS para a esquerda em 4 ptes e bloqueio trifascicular (BRD + BDASE+BAV 2:1) em 1 pte. Somente um pte manteve-se em RS e os demais dependentes do MP. Todos os ptes foram submetidos a extensa investigação etiológica do BAVTAI, sendo evidenciado somente em 1 pte (20a) uma causa específica: miopatia esquelética c/ mutação no gene desmin. A evolução clínica de todos os pts foi benigna em um período de FU de 321.5 ± 7.2 meses, exceto neste pte com mutação do gene desmin que evoluiu c/ miocardiopatia, insuficiência cardíaca e transplante cardíaco e outro pte (BAVT c/ 38a) que apresentou cardiomiopatia hipertrófica e FA após 20anos de FU.
Conclusões: 1 - O BAVTAI entre 20 a 50 anos é raro e o DCIV mais comum, prévio a instalação do BAVT, é o acometimento do ramo esquerdo do feixe de His, seja como o BDASE ou BCRE. 2 – O BAVT em idade precoce pode indicar alterações genéticas com miocardiopatias tardias. 3-Estudos recentes mostram as cardiomiopatias inflamatórias como causa expressiva de BAVT em ptes nesta faixa etária 4-Estudos futuros com maior número de ptes e com um período mais longo de FU poderão trazer informações adicionais sobre estes questionamentos.

Palavras-chaves: BAV Total | Cardiomiopatias Hereditarias | Marcapasso / Estimulação Cardiaca

S2M34

596 - TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR REGULAR MALIGNA REFRATÁRIA A TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO DE ETIOLOGIA ISQUÊMICA, TRATADO COM SUCESSO COM ANGIOPLASTIA CORONÁRIA PERCUTÂNEA.

MITERMAYER REIS BRITO; YANE CRISTINE PEREIRA ANDRADE; CARLOS EDUARDO DE SOUZA MIRANDA; DANIEL SOARES SOUSA.

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Fundamento: As taquicardias supraventriculares regulares (TPSVR) são na sua grande maioria tratadas com sucesso por ablação por cateter por radiofrequência (ACRF), tratamento medicamentoso (TM)e/ou cardioversão elétrica (CVE). De acordo com o nosso conhecimento, não há relato na literatura de TPSVR não responsiva a TM e CVE de etiologia isquêmica.
Relato de Caso: Pte de 73 anos, sexo masculino, internado a nível hospitalar em caráter de urgência para tratamento de dores abdominais fortes a nível do flanco direito e mesogástrio cujos exames laboratoriais, imagem (TC Abdome) e US abdominal confirmaram diagnóstico de de colelitíase biliar. O exame físico apresentava dados vitais normais, ECG, Ecocardiograma, RX tórax normais. Era portador de hipertensão arterial, coronariopatia crônica estável (ATC c/ stent em artéria coronária descendente anterior há 10 anos) e fazia uso de clopidogrel 75 mg/dia, nebivolol 5 mg/dia, rosuvastatina10mg e amlodipina 5 mg/dia. O pte foi submetida a CVL para retirada da vesícula biliar com anestesia geral com sucesso. No pós operatório- D1 apresentou TPSVR, dor precordial e alterações isquêmicas no ECG, de curta duração e conversão a RS espontaneamente. Foi evidenciado índices hematimétricos abaixo dos normais e foi submetido a revisão laparoscópica, sem sangramentos maiores. Na UTI, evoluiu c/ TPSVR ora degenerando em FA, com predomínio de TPSV R- com características de TRNAV e alterações isquêmicas do segmento ST/T (ECG anexo). A evolução clínica foi de instabilidade hemodinâmica, sendo necessário tentativas de cardioversão elétrica, administração venosa de altas doses de amiodarona e de adenosina, sem conversão a RS. Houve piora do quadro clínico e hemodinâmico, sendo necessário altas doses de dobutamina e encaminhado em caráter de urgência para realização de angioplastia coronária, cuja cinecoronariografia mostrava lesão subtotal de artéria coronária CX e lesão moderada de tronco de DA. O tratamento percutâneo da lesão coronária c/ ATC/Stent da CX c/ sucesso resultou imediata conversão da TPSVR a RS e estabilidade do quadro clínico.
Conclusão: 1- TPSVR de causa isquêmica é rara e não descrita na literatura. 2- O tratamento c/ ATC/Stent com sucesso foi decisivo no prognóstico e evolução clínica do pte. 3- A coronária CX doente foi a provável causa de isquemia do Nó AV, com possibilidades de dupla via nodal pré-existente?

Palavras-chaves: Taquicardia Supra ventricukar Maligna| Isquemia Miocardica| Angioplastia Coronaria

S2M35

607 - RASTREIO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL SUBCLÍNICA ENTRE OS PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA DIALÍTICA USANDO UM NOVO DISPOSITIVO PORTÁTIL

ADSON PATRIK VIEIRA CARVALHO[1]; GABRIEL ASSIS LOPES DO CARMO[2]; CASSIA APARECIDA SILVA[3]; LILIA PIRES DE FREITAS DO CARMO[2]; LUISA CAMPOS CALDEIRA BRANT[2]; LUCAS PEREZ[2]; ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO[2].

1. SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 3. HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: a doença renal crônica (DRC) é considerada um problema de saúde pública em todo o mundo. A hemodiálise é a principal modalidade de terapia de substituição renal com elevadas taxas de incidência e prevalência. Pacientes em hemodiálise possuem elevada morbidade e mortalidade cardiovascular, com aumento na prevalência de arritmias ventriculares, morte súbita cardíaca e fibrilação atrial. A presença de fibrilação atrial (FA) é fator de risco independente de morte e eventos tromboembólicos nos pacientes dialíticos, porém o manejo adequado desses pacientes permanece incerto. Para o correto entendimento e manejo apropriado da FA em pacientes portadores de DRC dialítica, é importante conhecer sua real prevalência. O uso de um dispositivo portátil seria pioneiro nesse grupo de pacientes e, provavelmente, mais eficaz que os métodos tradicionais, uma vez que pode ser utilizado a qualquer momento durante a hemodiálise, de forma fácil e ágil por qualquer profissional treinado. O objetivo deste estudo é estimar a prevalência de FA subclínica entre os pacientes portadores de DRC em hemodiálise usando um dispositivo portátil.
Métodos: pacientes em hemodiálise de um hospital terciário (Belo Horizonte, Minas Gerais) foram submetidos ao rastreio de FA durante as sessões de hemodiálise usando o dispositivo portátil MyDiagnostick® (Applied Biomedical Systems, Maastricht, Holanda). Fatores clínicos, eletrocardiográficos e alterações intradialíticas foram coletados para avaliar possíveis associações.
Resultados: 388 pacientes foram avaliados, com 40,7% dos indivíduos do sexo feminino, idade média 56,8 anos (± 14,7) e tempo de hemodiálise de 27 (IIQ10,57) meses. O rastreio foi positivo em 16 (4,1%) pacientes. FA foi confirmada por eletrocardiograma em 7 (1,8%). Sexo masculino, idade elevada, eletrocardiograma basal alterado, potássio sérico aumentado, pressão arterial sistólica reduzida no início da diálise e angina estável foram associados ao rastreio positivo. O dispositivo apresentou especificidade de 91,74%(IC 95% 86,65% a 96,91%) e sensibilidade de 100%(IC 95% 100% a 100%), com valor preditivo negativo de 100%(IC 95% 100% a 100%) para o rastreio de FA. A razão de verossimilhança positiva foi 12,1(IC 95% 6,5 a 22,6).
Conclusão: O uso de um dispositivo portátil como método de rastreio mostrou-se prático, de fácil manejo, com alta sensibilidade e excelente valor preditivo negativo. Novos estudos são necessários para avaliar as implicações prognósticas desses resultados.
Palavras-chaves: Fibrilação atrial subclínica | Hemodiálise | Dispositivo portátil.

S1M35

625 - CÂNCER DE PRÓSTATA E ALTO RISCO CARDIOVASCULAR: O DESAFIO DA TERAPIA HORMONAL

DOUGLAS VINÍCIUS DE OLIVEIRA SANTOS[1]; ANA PAULA DE OLIVEIRA SANTOS XAVIER LEBET[1]; BARBARA ISADORA VALLE MUSSI CRUZ[2]; PATRÍCIA TAVARES FELIPE[2]; ANDREIA BIOLO[3].

1. CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CARDIO-ONCOLOGIA DA SBC/INC/INCA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL MATER DEI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 3. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Introdução: O câncer de próstata é uma das neoplasias mais comuns no gênero masculino, e apesar de ser a segunda causa de morte por câncer em homens, a maioria morrerá de outras causas, principalmente de doenças cardiovasculares (DCV). Isso se deve a fatores de risco em comum e à interação entre DCV e terapias oncológicas. Os agonistas (AGnRH) e antagonistas (AnGnRH) dos receptores de GnRH são a primeira linha de tratamento para tumores de próstata sensíveis à castração, enquanto os inibidores dos receptores de andrógenos (IRA) são indicados para os resistentes à castração e/ou metastáticos. Todos, em maior ou menor grau, têm potencial de cardiotoxicidade e descontrole endócrino-metabólico (EM), sobretudo quando usados simultaneamente.
Descrição do caso: Homem, 79 anos, encaminhado à cardio-oncologia devido a alto risco cardiovascular e recidiva de doença oncológica prostática (linfonodal e óssea) com proposta de terapia hormonal prolongada. História de enfisema pulmonar, diabetes mellitus tipo 2 insulino-requerente, doença arterial coronariana multivascular, doença arterial obstrutiva periférica, aneurisma aórtico infrarrenal, passado de embolia pulmonar, ex-etilismo e ex-tabagismo. Diagnóstico de adenocarcinoma de próstata pT3aN0M0, Gleason 8 (4+4), tratado com prostatectomia radical e adjuvância com goserrelina (AGnRH) por 6 meses e radioterapia, finalizado em 09/2014. Progrediu com recidiva bioquímica em 2018 e dado seus inúmeros fatores de risco CV e EM foi optado por terapia com degarelix (AnGnRH) até 04/2021. Apresentou recidiva óssea e linfonodal em 2022, complicada com hidronefrose à direita por compressão ureteral; reiniciado degarelix, iniciado apalutamida (IRA) e implantado duplo J. Manifestou hipotensão postural e descontrole glicêmico com uso da apalutamida. Após discussão multidisciplinar, optado pela suspensão da apalutamida, manutenção do degarelix, vigilância oncológica ativa e intensificação de controle das comorbidades. Evoluiu com melhora completa dos sintomas adversos, sendo mantido seguimento clínico regular, sem novos eventos CV ou EM.
Conclusão: O caso demonstra a importância da assistência cardio-oncológica na condução dos pacientes com DCV e câncer de próstata, tendo em vista a priorização da menor morbimortalidade. A escolha pelo degarelix, de menor impacto cardiovascular, bem como suspensão do apalutamida e intensificação do controle das doenças de base e oncológica são exemplos de condutas alinhadas a esse propósito.
Palavras-chaves: Câncer de próstata | Antineoplásicos Hormonais | Cardio-oncologia

S3M14

735 - MANIFESTAÇÕES CARDIOVASCULARES DA DOENÇA DE GRAVES E CONSEQUENTE ALTERAÇÃO DA PERFORMANCE EM ATLETA DE FUTEBOL PROFISSIONAL: RELATO DE CASO.

ANDREZZA DE OLIVEIRA MENDES[1]; ANA CAROLINA CARNEIRO BATISTA DE OLIVEIRA[2]; CLARA CHAGAS BARBOSA SANTOS[2]; DANIELLA GOMES CRUZ[2]; MARCELA VITORETTI HUDSON[2]; MARIA CLARA NONATO SOARES GOMES[2].

1. HOSPITAL FELICIOROCHO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A doença de Graves (DG) é uma doença auto-imune na qual a presença de anticorpos anti-receptores de TSH (TRAb) leva ao aumento da síntese e liberação de grande quantidade de hormônios tireoidianos, resultando em tireotoxicose. Cursando, assim, com sintomas típicos de hipertireoidismo (labilidade emocional, fadiga, tremor, palpitações) e manifestações extratireóideas, incluindo oftalmopatia, mixedema e acropaquia Nessa casuística, objetiva-se relatar o caso de uma atleta profissional de futebol com queixa de dificuldade de ganho de massa muscular.
Relato De Caso: Paciente L.R.D.S, sexo feminino, 23 anos, meio-campista, comparece durante avaliação realizada em pré-temporada, relatando dificuldade de ganho de massa muscular. Em consonância, apresentando episódios de taquicardia com 200 batimentos por minuto durante treinamento esportivo. Seguindo a avaliação, foi realizado ultrassom da tireoide com doppler colorido, no qual, evidenciou tireoide com alteração textural. Nesse âmbito, ao prosseguir investigação laboratorial, foi obtido valores de TSH inferior a 0,008mUI/L e T4 livre: 4,06ng/dl, além da cintilografia de tireoide que confirmou o quadro. Assim, foi iniciado o tratamento com tapazol 10 mg, objetivando melhorar a performance para o esporte, no entanto, a paciente cursou, dois meses depois, com taquicardia e dispneia aos esforços. Dessarte, foi iniciado, também, propanolol 40 + 20mg e aumentado a dose do tapazol para 20mg. Por conseguinte, a paciente 4 meses após, obteve eletrocardiograma sem alterações, revisão laboratorial dos hormônios tireoidianos dentro da normalidade, além da normalização da frequência cardíaca controlada por GPS durante o treino.
Conclusão: Os hormônios tireoidianos têm ação cardio-estimuladora, provocando aumento da frequência cardíaca, pressão arterial sistólica (1/3 dos casos) e da massa e contração ventricular esquerda. O excesso de hormônios tireoidianos pode levar ao desenvolvimento de complicações graves como insuficiência cardíaca congestiva, cardiomiopatia e arritmias, principalmente fibrilação atrial (10-30%). Esses efeitos no atleta podem ser responsáveis pela diminuição do rendimento, redução do ganho de massa muscular e maior risco de um desfecho cardiovascular desfavorável.
Palavras-chaves: Hipertireoidismo | Alterações cardiovasculares | Desempenho físico

S2M11

635 - COMUNICAÇÃO INTERATRIAL COMO COMPLICAÇÃO DE VALVE-IN-VALVE MITRAL: FECHAR OU NÃO?

PAULA RABELO; NATALIA DOS SANTOS OLIVEIRA; TAMARA KATINA; FERNANDO CARVALHO NEUENSCHWANDER; RICARDO WANG; EDMUNDO CLARINDO OLIVEIRA.

INSTITUTO ORIZONTI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: O valve-in-valve mitral tem sido adotado como uma alternativa mais segura, efetiva e menos invasiva de tratamento para a disfunção de bioprótese em indivíduos idosos e/ou de alto risco cirúrgico. O procedimento usualmente é realizado via transeptal, femoral, a via de preferência na atualidade, pelo menor número de complicações e melhores desfechos. Dentre as complicações temos a perfuração miocárdica, tamponamento, comunicação interatrial, obstrução de via de saída, acidente vascular cerebral isquêmico e ataque isquêmico transitório. Nós trouxemos um caso de comunicação interatrial com necessidade de fechamento pós valve-in-valve mitral.
Relato de caso: Paciente 82 anos, feminino, histórico de troca valvar mitral por doença reumática, interna para Valve-in-Valve Mitral por estenose de bioprótese. Procedimento guiado por Ecocardiograma transesofágico realizado com sucesso, via transeptal, femoral. Após o procedimento verificou-se prótese bem implantada, gradiente médio de 2mmHg, sem obstrução de via de saída. Observou-se comunicação interatrial de 16mm e hipertensão pulmonar de 57mmHg. Optou-se por acompanhar a paciente e repetir ecocardiograma transtorácico de rotina. Após 10 dias foi definido que a comunicação interatrial ia ser fechada de forma percutânea: apresentava hipertensão pulmonar de 64mmHg, disfunção ventricular direita e shunt bidirecional. Ecocardiograma intraoperatório, transesofágico, guiou o procedimento e documentou oclusão completa do defeito do septo interatrial.
Discussão: O sucesso da troca aórtica transcateter fez com que a possibilidade para o manejo de patologias mitral e tricúspide fosse estudada e tem sido empregada como uma opção terapêutica para pacientes idosos e/ou de alto risco cirúrgico com disfunção de bioprótese. O procedimento usualmente é realizado via transeptal femoral pelo menor número de complicações e melhores desfechos. Dentre as complicações temos a perfuração miocárdica, tamponamento, comunicação interatrial com necessidade de fechamento, obstrução de via de saída, acidente vascular cerebral e ataque isquêmico transitório. A punção transeptal guiada pela ecocardiografia transesofágica constitui etapa fundamental da técnica percutânea e requer expertise. O defeito do septo interatrial pós procedimento não é fechado de rotina. Na presença de grande shunt E-D, shunt bidirecional ou hipertensão pulmonar com disfunção ventricular direita o defeito do septo deve ser fechado com dispositivo de forma percutânea.
Palavras-chaves: valve in valve | comunicação interatrial | complicação

S1M26

704 - RELATO DE CASO: SÍNDROME DE HEYDE

JESSICA ELIZABETH MUÑOZ GONZALEZ; JULIANO MOREIRA REIS FILHO; GUSTAVO EUGÊNIO MARTINS MARINHO; EDGAR ALEXANDER MACIAS RIVADENEIRA; NELLY YOLANDA QUIROGA ORTIZ; MICHELLE ALEJANDRA JIMÉNEZ LOAIZA.

HOSPITAL REGIONAL DO SUL DE MINAS, VARGINHA - MG - BRASIL.

Introdução: A síndrome de Heyde foi descrita pela primeira vez em 1958 por Edward Heyde, considerada como a associação entre estenose valvar aórtica e sangramento gastrointestinal recorrente por angiodisplasia. Exige suspeição alta e exame clinico detalhado para uma boa abordagem. Além disso, a morbilidade e mortalidade de pacientes com estenose aórtica e síndrome de Heyde são piores do que aqueles com estenose aórtica isolada. Esta síndrome afeta entre 1 e 3% dos pacientes com estenose aórtica moderada a grave.
Relato de caso: Paciente SMB do sexo feminino, 59 anos, foi levada a consulta de risco cirúrgico para laparotomia exploradora com intenção de investigação de sangramento recorrente gastrointestinal. Diagnóstico prévio de câncer de colo útero tratado em remissão. Colonoscopia com sinais de rectiteactínica e angiodisplasia, que foram cauterizadas mas com recorrência de sangramento. Passado de implante de prótese aórtica biológica 2013, sem acompanhamento. Tomografia do abdome sem outros achados relevantes. A paciente veio à consulta em cadeira de rodas, hipocorada, com hb inferior a 6mg/dl apática e hipotensa. Ao exame clinico chamou a atenção sopro sugestivo de estenose aórtica, motivo pelo qual foi feito ecografia que demonstrou prótese estenótica com área valvar 0,4cm2 e gradiente valvar 54mmHg. Sem alterações em plaquetas, RNI ou tTPA. Não foi possível investigação específica para doença de Von Willebrand. Pela suspeição alta, paciente foi encaminhada para troca valvar aórtica. Evoluiu com estabilidade e melhora do sangramento gastrointestinal após 10 dias do procedimento.
Conclusões: Na presença de angiodisplasia, sangramento digestivo e valvopatia aórtica moderada e grave, deve ser considerado a síndrome de Heyde dentro dos diagnósticos diferenciais, sendo uma síndrome subdiagnosticada e de mau prognostico, para a qual o médico deve estar alerta, pois a resolução definitiva é a cirúrgica.

Palavras-chaves: Heyde | angiodisplasia | valvopatia

S2M44

740 - ENDOCARDITE FÚNGICA POR ASPERGILLUS EM VALVA NATIVA

BÁRBARA CAROLINA SILVA ALMEIDA[1]; GABRIELA ZAMUNARO LOPES RUIZ[2]; MATHEUS FERBER2; DAVSON JOSÉ BERGAMASCHI SOUZA[2]; BRUNO REZENDE PASSOS[2]; GABRIEL ASSIS LOPES DO CARMO[2].

1. HOSPITAL EVANGÉLICO DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: Endocardite fúngica é uma condição rara e de elevada mortalidade. A etiologia mais frequente é por Candidaalbicans, seguida por Aspergillusfumigatus. No entanto, casos de endocardite de valva nativa por Aspergillus são muito raros e poucos casos foram descritos na literatura.
Caso clinico: MAMP, sexo feminino, 78 anos. Após baixa acuidade visual súbita, procurou atendimento oftalmológico em 16/09/2021. Após tratamento para toxoplasmose, sem melhora do quadro, retorna após três semanas. Ao exame oftalmológico evidenciou-se quadro de inflamação ocular com hipópio (1mm), vitreíte e lesão brancacenta em olho direito. Interrogada infecção fúngica e iniciado tratamento com fluconazol 150 mg BID em 07/10/21 com proposta de biópsia ocular e investigação de foco endógeno primário. Ecocardiograma transtorácico com imagem sugestiva de vegetação em valva mitral. Encaminhada a Unidade Coronariana 08/10 após o exame, troca do antifúngico para Anfoterifina B, associado meropenem e vancomicina.
Previamente hipertensa, com internação hospitalar em maio de 2021 devido a volvo de ceco no interior do estado. Realizada em 07/05/2021 abordagem cirúrgica aberta com apendicectomia e colectomia direita com anastomose látero-lateral ileocolônica. Internação prolongada, por cerca de 30 dias, com relato inespecífico de diversas intercorrências clínicas e diversos ciclos de antimicrobianos.
Realização de EcoTE em 09/10 com vegetação de 15 x 13mm, perfuração valvar com insuficiência mitral grave. Submetida à troca valvar mitral no dia 10 de outubro. Apresentou baixo débito em POI, com dobutamina suspensa em 12/10. Alta do CTI no 3° DPO. Hemoculturas negativas. Intercorreu com choque séptico e insuficiência respiratória, foco pulmonar, evoluindo com disfunção orgânica múltipla e choque refratário, com óbito em 27/10. Cultura da valvar mitral com crescimento abundante de Aspergillusfumigatus.
Conclusão: Endocardite de valva nativa por Aspergillus é rara e de alta mortalidade. O diagnóstico pode ser desafiador pela porcentagem baixa de hemoculturas positivas. No nosso caso, a cultura da valvar foi essencial para definição da etiologia.

Palavras-chaves: Cirurgia cardíaca | Endocardite fúngica | Aspergillus

S2M46

649 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS EM MUNICÍPIOS COM RECURSOS ESCASSOS: PROJETO CONTROLOFHYPERTENSIONAND DIABETES IN MINAS GERAIS (CHARMING)

MILENA SORIANO MARCOLINO[1]; POLIANNA DELFINO-PEREIRA[1]; CHRISTIANE CORRÊA RODRIGUES CIMINI[2]; SUELI FERREIRA DA FONSECA[2]; DAISY MOTTA SANTOS[3]; REGINA MARCIA FARIA DE MOURA[3]; THIAGO BARBABELA DE CASTRO SOARES[3]; LUCAS TAVARES NOGUEIRA[2]; ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO[1]; JAMES BATCHELOR[4].

1. FACULDADE DE MEDICINA E CENTRO DE TELESSAÚDE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI, TEÓFILO OTONI - MG - BRASIL; 3. CENTRO DE TELESSAÚDE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE DE SOUTHAMPTON, SOUTHAMPTON - INGLATERRA.

Introdução A ação tempestiva e adequada no cuidado em relação à hipertensão arterial sistêmica (HAS) e ao diabetes mellitus (DM) reduz a morbimortalidade associada à doença cardiovascular. Neste cenário, o objetivo deste Projeto ControlofHypertensionand Diabetes in Minas Gerais (CHARMING) é avaliar o impacto da implementação de estratégia multidimensional integrada na atenção primária para o manejo de pacientes com HAS e DM. O presente estudo tem como objetivo descrever o perfil dos pacientes com HAS e DM na avaliação da linha de base do Projeto CHARMING.
Métodos: Estudo transversal, que incluiu pacientes ≥ 18 anos com diagnóstico de HAS ou DM, em acompanhamento nas unidades básicas de saúde (UBS) de Carlos Chagas, Poté, Malacacheta, Novo Cruzeiro, Caraí. Os indivíduos foram recrutados em feiras de saúde, visitas domiciliares ou consultas nas UBS. Foram considerados níveis pressóricos descontrolados se pressão arterial sistólica ≥ 140mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg.
Resultados: De 7.947 pacientes incluídos no estudo, 95,9% tinham HAS e 25,6% DM. A mediana de idade foi de 65 (55-74) anos e 65,1% eram do sexo feminino. Nos pacientes com HAS, a PAS mediana foi 138 (123-153) mmHg, a PAD mediana 83 (74-92) mmHg e 48,8% apresentavam níveis pressóricos descontrolados. O índice de massa corporal (IMC) mediano observado foi 25,3 (21,1-29,3) kg/m2 e o perímetro da cintura mediano 90 (79,5-100,0) cm. Apenas 63 pacientes (0,8%) praticavam exercício físico regular, 252 (3,2%) ingeriam bebida alcoólica diariamente e 660 (8,3%) fumavam.
Discussão: Este estudo, realizado em região de baixa renda, confirmou alta proporção de pacientes com níveis pressóricos descontrolados. Assim, a estratégia multidimensional integrada em um ambiente de poucos recursos parece viável, com ótimas perspectivas para o controle da HAS e DM, além da adoção de hábitos mais saudáveis, com a prática de atividade física, alimentação saudável; abstinência do etilismo e do tabagismo. Ao final do estudo de implementação (passo subsequente), desejamos implementar um modelo sustentável para o gerenciamento da HAS e DM, que possa inserido no sistema público de saúde brasileiro, reduzindo a carga presente e futura destas condições no país.
Conclusões: O presente estudo, em grande amostra de pacientes com HAS e DM na atenção primária, apontou 48,8% de pacientes com níveis pressóricos descontrolados, além de baixa proporção de pacientes com prática regular de exercícios físicos.
Palavras-chaves: Hipertensão arterial sistêmica | Diabetes mellitus | Atenção primária à saúde

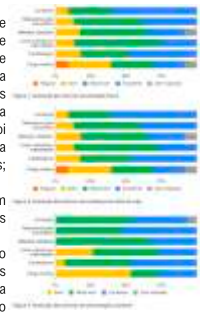
S4M31

765 - AVALIAÇÃO DE OFICINAS DE ATIVIDADE FÍSICA, ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA PARA A MELHORA DO CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES

MILENA SORIANO MARCOLINO[1]; THIAGO BARBABELA DE CASTRO SOARES[1]; DAISY MOTTA SANTOS[2]; REGINA MARCIA FARIA DE MOURA[2]; REGINALDO GONÇALVES[3]; SUELI FERREIRA DA FONSECA[4]; PRISCILA LENITA CANDIDA DOS SANTOS[2]; MARIA CECÍLIA RAMOS DE CARVALHO[2]; JANAINA MOUTINHO COSTA[2]; GABRIELLE MARTINS PERES[1].

1. FACULDADE DE MEDICINA E CENTRO DE TELESSAÚDE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. CENTRO DE TELESSAÚDE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 3. FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA UFMG E CENTRO DE TELESSAÚDE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: O Projeto Charming objetiva melhorar o controle da hipertensão arterial edo diabetes na atenção primária de municipios com baixo índice de desenvolvimento humano. Foram promovidas oficinas de conscientização profissional e planejamento do cuidado para abordagem não-farmacológica destas condições, com discussões sobre atividade física, alimentação adequada e hábitos de vida saudáveis. O objetivo deste trabalho é descrever a experiência de implementação das oficinas e a posterior avaliação anônima realizada pelos seus participantes.
Métodos: As oficinas sobre atividade física, alimentação saudável e mudança de hábitos de vida foram ministradas por uma equipe multiprofissional, em três semanas consecutivas nos municípios de Carlos Chagas, Caraí, Poté, Malacacheta e Novo Cruzeiro, com carga horária total de 20h. Cada encontro foi elaborado por metodologias ativas, almejando a construção coletiva de planos de ação para implementação de metas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Foi solicitado aos participantes feedback anônimo padronizado para avaliação do conteúdo; relevância para prática; métodos utilizados; local, estrutura e organização; facilitadores e carga horária.



Resultados: As oficinas foram implementadas com sucesso, com participação ativa de 144 profissionais da atenção primária. As figuras 1-3 representam as respostas ao questionário de satisfação.
Discussão: As oficinas realizadas foram embasadas na aproximação com as equipes de atenção primária e promoção de atividades práticas, a fim de permitir a continuidade das ações futuramente na comunidade. Ademais, o juízo de valor positivo pode ser creditado pelas respostas obtidas na avaliação dos participantes, traduzido especialmente na ausência do critério "ruim" no aspecto geral e pelo predomínio dos quesitos "muito bom" e "excelente".
Conclusão: O modelo de oficinas implementado pode ser replicável em outros contextos. A avaliação das oficinas pelos participantes é uma ferramenta essencial à manutenção e aperfeiçoamento da organização de eventos de promoção da educação permanente e continuada de equipes da atenção primária.
Palavras-chaves: Hipertensão arterial sistêmica | Diabetesmellitus | Atenção primária à saúde

S2M53

617 - RELATO DE CASO: PACIENTE COM ENDOCARDITE TROMBÓTICA NÃO BACTERIANA (ETNB) RELACIONADA A DOENÇA ONCOLÓGICA

FELIPE MACHADO MILAGRES[1]; EMÍLIA ISABEL DA SILVA[2]; MILTON HENRIQUES GUIMARÃES JÚNIOR[2]; MARLON BATISTA GOMES[2]; ANDREIA BIOLO[3].

1. CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CARDIOLOGIA DA SBC/INC/INCA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. HOSPITAL MÁRCIO CUNHA, IPATINGA - MG - BRASIL; 3. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Introdução: A ETNB é uma condição caracterizada por vegetações valvares estéreis compostas por plaquetas e fibrina, susceptíveis à embolização sistêmica e é uma importante e frequentemente subdiagnosticada causa de AVE embólico associado ao câncer de origem indeterminada. O câncer é uma das principais causas e deve ser excluído em casos de ETNB sem etiologia clara. As malignidades mais frequentemente associadas à ETNB são adenocarcinomas liberadores de mucina do pulmão, ovário, sistema biliar, pâncreas, mama e estômago. A ENTB carrega um alto risco de tromboembolismo arterial e é uma importante causa subdiagnosticada de AVC embólico associado. O diagnóstico precoce através de técnicas não invasivas como a ecocardiografia tem melhorado o prognóstico de muitos pacientes.
Descrição do caso: Paciente feminina, 48 anos, portadora de ansiedade e com história de internações por eventos tromboembólicos, dentre eles tromboembolismo pulmonar recorrente e AVEi, com múltiplos focos de infarto cerebral à TC de Crânio, sugestiva de etiologia cardioembólica. A propedêutica inicial descartou as hipóteses de doenças reumatológicas e trombofilias. O ETE (ecocardiograma transesofágico) não mostrava vegetações intra-cardíacas, exibia VE com função sistólica preservada e derrame pericárdico moderado. TC de Tórax mostrava linfonodomegalias mediastinais suspeitas de acometimento neoplásico secundário. Foi submetida a biopsia linfonodal que evidenciou neoplasia de origem do trato genitourinário. Durante nova internação por piora clínica e neurológica foi realizado ETT que revelou imagem de vegetação aderida à face atrial da valva mitral, medindo aproximadamente 1,1 x 1,1cm, além de regurgitação mitral moderada e função sistólica biventricular preservada. Após afastado diagnóstico de Endocardite Infecciosa por ausência de critérios, incluindo duas amostras de hemoculturas negativas, sorologias negativas Coxiela e Bartonella, firmou-se o diagnóstico de ETNB relacionada à doença oncológica, diretamente relacionada aos eventos tromboembólicos previamente apresentado.
Conclusão: Pacientes com ETNB tem mau prognóstico, particularmente os portadores de câncer de pulmão ou doença metastática. Mais estudos são necessários dadas as altas morbidade e mortalidade relacionadas, já que grande parte do conhecimento sobre a patologia advém de estudos de necrópsia, os quais tem pouca aplicabilidade clínica.

S1M45

706 - CONTROLE DE FATORES METABÓLICOS E OCORRÊNCIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EM PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA CRÔNICA MULTIARTERIAL E DIABETES MELLITUS TIPO 2

VITOR COUTINHO ANDRADE; PAULO CURY REZENDE; WHADYHUEB; ARTHUR CICUPIRA RODRIGUES DE ASSIS; ROSA MARIA RAHMI GARCIA; MATHEUS DE OLIVEIRA LATERZA RIBEIRO; MARCELA FRANCISCA DA SILVA BATISTA; PAULO ROGÉRIO SOARES; JOSÉ ANTONIO FANCHINI RAMIRES; ROBERTO KALIL FILHO.

INSTITUTO DO CORAÇÃO DA FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: O controle de fatores metabólicos em pacientes com doença coronariana crônica (DAC) pode estar relacionado a redução de eventos cardiovasculares, mas ainda há escassez de estudos que abordaram essa questão em portadores de DAC e diabetes mellitus tipo 2 (DM-2). Objetivamos avaliar a associação do controle dos fatores metabólicos com a ocorrência de eventos cardiovasculares.
MÉTODOS: Avaliamos dados de bancos específicos de pacientes com DAC confirmada por cineangiocoronariografia e DM-2. Os níveis de LDL-colesterol (LDL-C), triglicérides e hemoglobina glicosilada (HbA1C) foram mensurados a cada 12 meses. Excluímos pacientes não diabéticos, fração de ejeção (FE) 0,35, creatinina 2,0mg/dl, ou dosagem das variáveis inferior a duas mensurações. Foi definido como controle metabólico adequado pacientes que apresentassem, em média ao longo do tempo, níveis de LDL-C < 100mg/dl; Triglicérides < 150mg/dl; HbA1C < 7,5%. A população foi estratificada em quatro grupos, de acordo com o número de fatores controlados: grupo A (3 fatores controlados), grupo B (2 fatores controlados), grupo C (1 fator controlado), grupo D (nenhum fator controlado). Consideramos como desfecho primário o primeiro desfecho combinado de morte, infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico ou intervenções coronarianas (angioplastia ou cirurgia) não planejadas.
RESULTADOS: Avaliamos 718 pacientes (Idade 61,3 ± 8,5; 64,6% sexo masculino) com seguimento médio de 8 ± 3,4 anos. O número de pacientes em cada grupo (A, B, C e D) foi, respectivamente, 199 (27,8%), 260 (36,2%), 175 (24,3%) e 84 (11,7%) e apresentavam-se equilibrados em relação a variáveis relacionadas ao desfecho primário. O controle dos três fatores metabólicos foi relacionado a uma redução de 18% no desfecho primário (HR 0,82, [0,73-0,92], p<0,001). Após ajuste multivariado para os fatores idade, sexo, FE, tabagismo, números de vasos acometidos e tratamento inicial da DAC, observou-se redução de 29% no desfecho primário (HR 0,71, [0,62-0,82], p<0,001).
DISCUSSÃO: O controle de fatores metabólicos pode estar associado a redução significativa da ocorrência de eventos cardiovasculares em pacientes com DAC e DM-2. Esse achado reforça a necessidade de um adequado tratamento e estabilidade destes fatores nesta população.
CONCLUSÃO: Neste estudo, o controle de fatores metabólicos foi associado a ocorrência de menores taxas de eventos cardiovasculares em pacientes com DAC multiarterial e DM-2 em seguimento de longo prazo.
Palavras-chaves: Doença Coronariana Crônica | DiabetesMellitus | Controle Metabólico

S3M16

665 - HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UMA ILPI

ELVIO MARQUES DA SILVA.

CLINICA DO CORAÇÃO ITAUNA, ITAUNA - MG - BRASIL.

Introdução: Em idosos a frequência de hipertensão arterial é extremamente elevada, e um dos maiores fatores de riso para morte cardiovascular. Este trabalho tem por objetivo descrever as características da doença hipertensão arterial entre idosos em uma ILPI.
Metodologia: Foram selecionados os hipertensos através de exame clínico e prontuário em uma ILPI no interior de Minas através de estudo observacional em uma amostra de cento e oito internos residentes na mesma. Observados suas características, medicamentos em uso, exame clínico.
Resultados e Discussão: Dos cento e oito internos, cincoenta e três eram hipertensos ou 49 por cento da amostra; o idoso mais longevo hipertenso tinha 103 anos; 56 por cento usavam apenas monotrrapia; os inibidores da angiotensina foram as drogas mais usadas em 40 por cento seguida pelos diuréticos tiazidicos com 35 por cento e antagonistas da aldosterona por 10 por cento. Fator relevante neste estudo foi a porcentagem de 75 por cento dos idosos hipertensos com a pressão arterial controlada. As comorbidades entre os idos mais frequentes são as doenças do sistema nervoso, diabetes e hipotireoidismo.
Conclusões: Neste estudo a hipertensão arterial em idosos desta ILPI na sua maioria se encontra controlada, e com monotrrapia, sendo a droga mais usada o inibidor da angiotensina, sendo está moléstia extremamente frequente entre os idosos.

Palavras-chaves: Hipertensão arterial, Comorbidades,Medicanentos| Idoso, Conclusões, Resultados, Caracteristicas | ILPI, estudo, introdução, resultados, conclusões, ris

S2M51

601 - PREDIÇÃO DE RISCO EM PACIENTES COM ESTENOSE MITRAL REUMÁTICA: VALOR DO STRAIN ATRIAL ESQUERDO

FERNANDA DE AZEVEDO FIGUEIREDO[1]; MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES[1]; WILLIAM ANTÔNIO DE MAGALHÃES ESTEVES[1]; CESAR AUGUSTO TACONELI[2]; ALEXANDRE NEGRÃO PANTALEÃO[1]; ANTONIO MARCONDES MUTARELLI[1]; MATHEUS ASSUNÇÃO RABELLO DE OLIVEIRA[1]; SILVIO MENDES DE MAGALHÃES[1]; LUZ MARINA TACURI CHAVEZ1[1] JESSICA CRISTINA VILAÇA[1].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A estenose mitral reumática (EM) está associada à disfunção do átrio esquerdo (AE), que ocorre tanto pela sobrecarga de pressão imposta a esta câmara, quanto por inflamação da musculatura atrial secundária à cardite reumática. O ecocardiograma bidimensional com mensuração do strain pela técnica de speckle-tracking (2DST) é capaz de detectar precocemente a disfunção do AE, melhorando a estratificação de risco nos pacientes com EM. O presente estudo teve como objetivo avaliar o papel da função do AE em predizer eventos adversos na EM.
MÉTODOS: Pacientes com EM foram prospectivamente recrutados de 2011 a 2021. A função do AE foi avaliada pelo 2DST durante a fase de reservatório (LASr). O desfecho primário foi o desenvolvimento de fibrilação atrial (FA) e o secundário foi combinado por morte ou necessidade de troca valvar. Uma avaliação por inteligência artificial (machinelearning) baseada no método de árvore de decisão, foi usada para definir os preditores de desfechos.
RESULTADOS: 503 pacientes com área valvar de 1,1 ± 0,4 cm2, idade de 46,4 ± 12,5 anos, 421 (84%) do sexo feminino foram incluídos. Os valores do LASr em ritmo sinusal (RS, n=275), FA de início recente (n=62) e FA permanente (n=166) foram 15,7%, 11,4% e 7,2%, respectivamente. Nos pacientes em RS, LASr foi o preditor mais importante da ocorrência de FA, com um valor de corte de 17,9%. Durante um seguimento médio de 3,8 anos, 125 pacientes (25%) necessitaram de troca valvar mitral e 32 (6,3%) morreram. Na análise por árvore de decisão, idade, LASr, gravidade da regurgitação tricúspide (IT), complacência atrioventricular (Cn) e intervenção valvar foram os principais preditores de desfechos adversos. A idade foi a primeira variável discriminatória e LASr foi a segunda, com um valor de corte de 12,8% para pacientes < 49 anos.
DISCUSSÃO: O presente estudo mostrou que LASr é capaz de identificar pacientes com alto risco de desenvolvimento de FA os quais podem se beneficiar de anticoagulação precoce. Além disso, a análise por árvore de decisão, mostrou que LASr desempenha importante papel em predizer eventos adversos em pacientes < 49 anos.
CONCLUSÃO: Em uma coorte de pacientes com EM, LASr foi importante preditor de eventos cardiovasculares.
Palavras-chaves: Strain atrial esquerdo | Estenose mitral reumática | Fibrilação atrial

S4M42

632 - HIPOPLASIA DE FOLHETO POSTERIOR MITRAL: ACHADO OCASIONAL EM ADULTO

PAULA RABELO; NATALIA DOS SANTOS OLIVEIRA; TAMARA KATINA; RICARDO WANG; FERNANDO CARVALHO NEUENSCHWANDER.

INSTITUTO ORIZONTI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: Má formações congênitas da valva mitral são raras e se apresentam em um grande espectro de anormalidades morfológicas. Na maior parte dos casos estão associadas a outras anormalidades cardíacas. A regurgitação mitral congênita é classificada de acordo com 4 componentes anatômicos: folhetos, comissura, cordas tendíneas e músculo papilar. Dentre as anormalidades dos folhetos estão incluídas a agenesia ou hipoplasia de um dos folhetos, cleft e tecido acessório valvular.
A aplasia do folheto posterior mitral é uma condição geralmente incompatível com a vida intra útero. Já a hipoplasia importante do folheto posterior mitral usualmente é diagnosticada em crianças com regurgitação mitral sintomática e pode aparecer como um achado em pacientes adultos assintomáticos. Nós trouxemos um caso raro de hipoplasia importante do folheto posterior mitral associado a estenose aórtica.
Relato de caso: Paciente 68 anos, sexo masculino, jogador de futebol amador, interna para troca valvar aórtica por estenose aórtica importante, achado ocasional em exame de rotina. Ao realizar ecocardiograma transtorácico, com limitação técnica, acreditou-se que as cúspides da valva mitral eram normais e o paciente apresentava regurgitação mitral leve. Porém, em exame intra-operatório de troca valvar aórtica, ecocardiograma transesofágico, foi detectado folheto posterior da valva mitral com hipoplasia importante e folheto anterior alongado com aspecto semelhante a uma vela de barco no 2D, corroborado pelo 3D. A regurgitação mitral era leve. A função ventricular esquerda era normal. Paciente foi orientado a realizar acompanhamento anual da valva mitral.
Discussão: A valva mitral geralmente possui 2 cúspides, anterior e posterior. Sua área varia em torno de 4 a 6cm². O folheto anterior corresponde a 2/3 da sua área de superfície. Existem várias causas de regurgitação mitral, desde primária à secundária, sendo a hipoplasia do folheto posterior uma causa extremamente rara. A aplasia da cúspide posterior é geralmente fatal para o feto intra útero. Já a hipoplasia da cúspide posterior pode estar presente em crianças com regurgitação mitral sintomática e, em pouquíssimos casos, evidenciada em adultos assintomáticos. Nestes casos essa anormalidade pode ser tolerada se a regurgitação mitral se desenvolver de forma gradual até a dilatação do anel valvar, fazendo com que o folheto posterior não tenha um impacto significativo na performance da valva.
Palavras-chaves: folheto posterior | valvamitral | hipoplasia

S3M25

664 - INTERVENÇÕES DIGITAIS PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E AS DESIGUALDADES: ANÁLISE PRELIMINAR DO ESTUDO EGRESSOS-IC

EDMAR GERALDO RIBEIRO1; ARTHUR PEREIRA BARBOSA DE FARIA1; BÁRBARA VILAÇA TEMPONI1; RAFAEL FERREIRA PEREIRA1; LILIAN CRISTINA REZENDE1; JÚLIA BICAS BUBACK1; TULIO BATISTA FRANCO2; DEBORAH CARVALHO MALTA1; LUISA CAMPOS CALDEIRA BRANT1.

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITEROI - RJ - BRASIL.

Introdução: A Insuficiência Cardíaca (IC) é a principal causa de internação cardiovascular no Brasil. As intervenções digitais em saúde foram introduzidas recentemente na cardiologia e prometem melhorar a qualidade e a experiência dos cuidados cardiovasculares, permitindo que os pacientes tenham um papel mais ativo no gerenciamento do autocuidado. Entretanto, tanto o baixo letramento em saúde quanto o baixo nível socioeconômico são potenciais barreiras para a implantação das intervenções digitais em larga escala em países de baixa e média renda, como o Brasil.
Objetivo: Analisar as características sociodemográficas de pacientes egressos de internação hospitalar por IC e comparar as diferenças nessas características entre aqueles que preenchiam os critérios de elegibilidade, porém recusaram ou aceitaram participar do estudo.
Método: Trata-se de análise de dados basais de estudo clínico randomizado com pacientes egressos de internação hospitalar por IC em Belo Horizonte. Dos 225 pacientes que preenchiam os critérios de elegibilidade, 98 se recusaram a participar do estudo e 127 pacientes foram randomizados. Para a presente análise, foram avaliadas as seguintes variáveis: sexo, idade, raça/cor, estado civil, residência e escolaridade que foram comparadas pelo teste qui-quadrado O valor-p <0,05 foi considerado estatisticamente significativo para avaliar diferença entre os grupos estudados (recusaram vs. aceitaram).
Resultados: A mostra do perfil sociodemográfico dos indivíduos incluídos no estudo revela que a maioria era do sexo masculino, idosos (idade média de 64±11 anos), pretos ou pardos, casados/união estável, residentes da capital vs. região metropolitana, e portadores de baixa renda e baixa escolaridade, revelando um perfil de alta vulnerabilidade social. Porém, ao comparar o grupo que recusou participar com o grupo que aceitou, os indivíduos idosos (<0,001), com menor escolaridade (<0,001) e que residiam fora da capital (p=0,01) se recusaram com maior frequência a participar do estudo.
Conclusões: As intervenções digitais podem ser estratégias a serem utilizadas para promever melhores cuidados e educação em saúde, porém deve-se levar em consideração que os grupos mais vulneráveis da população podem não ser contemplados por essas iniciativas, potencialmente resultando em aumento das inequidades em saúde.

Palavras-chaves: Insuficiência cardíaca | Intervençãodigital | Desigualdades

S3M31

769 - PREVALÊNCIA DOS SINAIS DE ALERTA ('RED FLAGS") EM UMA SÉRIE DE 15 PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM AMILOIDOSE CARDÍACA EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA

ESTÊVÃO LANNA FIGUEIREDO; FERNANDO CARVALHO NEUENSCHWANDER; GUALTER BOAVENTURA CANÇADO.

INSTITUTO ORIZONTI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A amiloidose cardíaca (AC), outrora considerada doença rara, tem sido cada vez mais frequentemente diagnosticada, especialmente em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEP). Muito disso se deve ao melhor conhecimento dos sintomas e sinais clínicos de alerta, bem como ao progresso nas técnicas de imagem cardiovascular, com alterações muito sugestivas de AC. Visto que tratamentos modificadores do curso natural da doença já estão disponíveis, a precocidade no diagnóstico é imperativa. Em conjunto, pistas clínicas e de imagem, conhecidas como "red flags" devem, sempre, levantar a suspeita de AC e guiar os médicos para seu pronto diagnóstico.
Material e métodos: Série consecutiva de 15 pacientes diagnosticados com AC em um serviço terciário privado de referência em Belo Horizonte - MG.
Resultados: De maio/2018 a maio/2023 15 pacientes tiveram o diagnóstico de AC em nosso serviço. Destes, 5 (33,3%) eram mulheres. A idade média foi de 77,7 anos. 3 pacientes eram da forma de cadeias leves (AL), 2 apresentaram variantes hereditárias da transtirretina reversa (ATTRv) e10 (66,6%) eram portadores da forma selvagem ("wildtype") da amiloidose por transtirretina reversa (ATTRwt). A média entre a primeira manifestação clínica potencialmente atribuída à AC e seu diagnóstico foi de 4,3 anos. Dentre as "red flags" tradicionalmente presentes na AC, a síndrome do túnel do carpo bilateral ocorreu em 10 (66,6%) pacientes; sintomas de disautonomia e/ou hipotensão arterial em 12 (80%); síndrome do cólon irritável em 7 (46,6%); estenose da coluna lombar em 11 (73,3%). Hipertrofia ventricular esquerda esteve presente em todos os pacientes (100%) ao ecocardiograma, mas em apenas 3 (20%) dos eletrocardiogramas; enquanto a baixa voltagem do QRS foi vista em 8 (53,3%); distúrbios de condução em 7 (46,6%). "Apical sparing" ao strain sistólico foi observado em 12 (80%); grau 3 de Perugini à cintilografia miocárdica com pirofosfato em 10 (66,6%) e em apenas um paciente a cintilo teve grau 0. A média da fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE) ao ecocardiograma foi de 53,2%, mas 6 (40%) já foram diagnosticados com FEVE leve ou moderadamente reduzida. Um paciente com ATTRv chegou a receber a terapia alvo (tafamidis), mas faleceu.
Conclusão: As "red flags" são muito prevalentes nos pacientes com AC, em suas várias formas, como na nossa série. Cabe aos cardiologistas estar atentos a elas para diagnosticar e tratar estes pacientes.

Palavras-chaves: Amiloidosecardíaca | redflags | icfep

S3M32

588 - RELATO DE CASO DE CARDIOTOXICIDADE POR EVEROLIMUS

ALEX JÚNIOR DE ARAÚJO1; TÂNIA FÉLIX LORENZATO FONSECA PEIXOTO2.

1. CURSO DE PÓS - GRADUAÇÃO EM CARDIO - ONCOLOGIA DA SBC/INC/INCA, RIO JANEIRO, RJ, BRASIL., BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

INTRODUÇÃO O everolimus, quimioterápico inibidor da rapamicina mamífero (mTOR), tem como efeitos adversos a estomatite, hiperglicemia, hiperlipidemia, mielossupressão e pneumonite. A cardiotoxicidade direta por everolimus ainda é pouco descrita na literatura.
DESCRIÇÃO DO CASO Mulher, 71 anos, tabagista, hipertensa em uso de anlodipino, no contexto de astenia e perda ponderal realizou tomografia que evidenciou lesões pulmonares. ECO TT da ocasião com FEVE 72%, disfunção diastólica grau I, valvopatias leves, PSAP 25 mmHg. Meses após diagnosticou-se tumor carcinóide atípico primário do pulmão com metástases hepáticas. No final de 2021 iniciou tratamento com everolimus. Após 6 meses a paciente internou com dispnéia, tosse e hipoxemia. À admissão NT Pro BNP acima de 30000, angiotomografia de tórax descartou TEP e evidenciou derrame pleural bilateral, congestão e consolidação pulmonar. Iniciado antibiótico, tratamento clínico de insuficiência cardíaca (IC) e suspenso o everolimus. ECO TT do dia seguinte demonstrou FEVE 29% e descartou Takotsubo. No CATE encontrou-se aterosclerose leve e moderada. Visualizado em RM cardíaca FEVE 28%, caracterização tecidual normal em T1 e T2 globais e ausência de fibrose. A equipe assistente suspeitou de IC induzida por everolimus, otimizou o tratamento e manteve suspenso o quimioterápico. Após boa evolução clínica recebeu alta com betabloqueador, IECA, antagonista mineralocorticoide, iSGLT2 e diurético de alça.
Cerca de 1 mês após a alta, diagnosticou-se DM2 e dislipidemia e ECO TT demonstrou melhora da FEVE para 41%. Iniciado metformina, rosuvastatina e reiniciado everolimus. Após 3 meses ECO TT demonstrou FEVE 48%. No início de 2023 o everolimus foi suspenso por progressão neoplásica refratária ao tratamento. Paciente segue em acompanhamento com a cardio-oncologia e cuidados paliativos.
DISCUSSÃO Nayernama A. et al publicou em 2016 uma revisão de segurança do sistema de eventos adversos da FDA com 148 casos de associação do everolimus com disfunção cardíaca em que o tempo médio de início da IC foi de 3 meses e sua resolução ocorreu em 49% dos pacientes. No caso acima a IC ocorreu 6 meses após uso do everolimus e houve melhora clínica e da FEVE após a suspensão do quimioterápico e tratamento da IC. A plausibilidade biológica para essa possível cardiotoxicidade pode ser explicada pela desregulação da via PI3K-AKT-mTOR que atua na regulação de processos celulares (proliferação, sobrevivência celular e angiogênese).

Palavras-chaves: Cardiotoxicidade | Everolimus | Insuficiência cardíaca

S3M34

600 - DISFUNÇÃO VENTRICULAR EM PACIENTE EM USO DE ANTRACICLINAS, UM OLHAR COMPLEMENTAR.

ANA PAULA DE OLIVEIRA SANTOS XAVIER LEBET[1]; DOUGLAS VINÍCIUS DE OLIVEIRA SANTOS[1]; FELIPE MACHADO MILAGRES[2].

1. CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM CARDIO-ONCOLOGIA DA SBC/INC/INCA, RIO DE JANEIRO, BRASIL, RIO DE JANEIOR - RJ - BRASIL; 2. CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM CARDIO-ONCOLOGIA DA SBC/INC/INCA, RIO DE JANEIRO, BRASIL, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução: Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) é uma neoplasia maligna de células progenitoras linfóides resultando em aumento das células imaturas não funcionantes. O tratamento se baseia na combinação de drogas quimioterápicas, incluindo as antraciclinas. Estes potentes agentes podem levar a cardiotoxicidade como ocorrido no relato de caso.
Descrição do caso: Feminino, 53 anos, astenia progressiva, perda ponderal de 10kg, Hemoglobina 6,9mg/dl, Hematócito 19,5% e Glóbulos brancos 45.200, com 35.708 blastos. Antecedentes: Pré diabetes. Exame físico evidenciava mucosas hipocoradas 2+/4+. Punção de medula óssea: infiltração por blastos de células B. Eletrocardiograma e Ecocardiograma (ECO) sem alterações. Durante o protocolo CALBG 8811, apresentou dispnéia aos moderados esforços, crepitações bibasais, tosse noturna e edema de membros inferiores (+/4+). Novo ECO mostrou redução da Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE) de 0,67 para 0,55 e alteração da velocidade de deslocamento do anel mitral septal de 0,09 para 0,05cm/s e lateral de 0,12 para 0,07cm/s; relação E/e' de 8,47 para 15,16 e relação E/A de 1,2 para 0,98. Elevação de Peptídeo Natriurético do tipo B e Troponina T negativa. Diante do diagnóstico clínico de insuficiência cardíaca com FEVE preservada, foi iniciado tratamento com Ramipril 10mg, Bisoprolol 5mg, Espironolactona 25mg e Furosemida 40 mg. Paciente apresentou melhora dos sintomas mantendo o tratamento oncológico. Exames após 3 meses mostraram da FEVE de 0,64 e normalização dos parâmetros da função diastólica.
Conclusão: Cardiotoxicidade com uso das antraciclinas é bastante variável, a depender da dose cumulativa e da presença de fatores de risco, sendo encontrada incidência de insuficiência cardíaca de 2.2% em geral. Enquanto alterações precoces na função sistólica têm sido extensamente reportadas e sua definição incluída nas diretrizes, poucos estudos têm avaliado o efeito das antraciclinas na função diastólica e sua relação com disfunção sistólica, deixando uma lacuna na avaliação cardiológica destes pacientes quando apresentam sintomas desproporcionais à disfunção sistólica. Disfunção diastólica tem sido documentada em uma parcela considerável desta população, podendo preceder a disfunção sistólica, levantando a possibilidade de que esta poderia ser um marcador precoce de cardiotoxicidade e que, talvez, seja capaz de identificar pacientes em risco de desenvolver insuficiência cardíaca, mesmo com FEVE relativamente preservada.

Palavras-chaves: Cardiotoxicidade | Antraciclinas | Disfunção Ventricular

S4M13

699 - RELATO DE RARO CASO CLÍNICO DE MULHER JOVEM, EM PUERPÉRIO, PÓS PARTO CESÁREA, DIAGNÓSTICO DE CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO.

HENRIQUE PATRUS MUNDIM PENA[1]; FÁBIO MOTA PINHEIRO[2]; LAVÍNIA VASCONCELLOS PATRUS PENA[1]; THAÍS LINS DE SOUZA BARROS[2]; GABRIEL PRADO LEAO TEIXEIRA[2]; MÁRCIO VINÍCIUS LINS DE BARROS[2].

1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS - FELUMA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. REDE MATER DEI DE SAÚDE, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: Cardiomiopatia de Takotsubo é caracterizada por uma disfunção ventricular aguda, identificada por um padrão típico de balonamento apical. A fisiopatologia relaciona-se a sobrecarga de catecolamina em situações de estresse intenso, emocional ou físico. Epidemiologia indica maior incidência em mulheres, especialmente na pós menopausa e idade entre 60-70 anos. Descrevemos um raro caso de Cardiopatia de Takotsubo, acometendo mulher adulta jovem, puérpera, em pós-parto cesariana.
Relato de Caso: Paciente 36 anos, puérpera, atendida no 4º dia pós cesárea, apresentando, desde o 1º dia pós operatório, com sintomas progressivos de dispneia a mínimos esforços, ortopneia e dispneia paroxística noturna. Exame físico mostrava sinais de congestão sistêmica: ingurgitamento de veias jugulares, hepatomegalia dolorosa e edema de membros inferiores. Bulhas rítmicas sem sopros ou B3. Hipótese diagnóstica inicial de insuficiência cardíaca por miocardiopatia periparto. Tratamento anti-congestivo inicial com furosemida endovenosa e oxigenioterapia. Ecocardiograma evidenciou hipocinesia dos segmentos médio-apical das paredes antero-lateral, ântero-septal, anterior, inferior-lateral e do ápex, com normocinesia dos demais segmentos. Fração de ejeção estimada em 44% (método de Simpson). Ressonância magnética do coração confirmou as alterações de contratilidade visualizadas ao Ecocardiograma e acrescentou ausência de realce tardio, mas com Mapa T1 com valores elevados (>1000ms). Diagnóstico confirmado de Cardiomiopatia de Takotsubo. Evolução clínica com compensação da insuficiência cardíaca, passando de classe funcional III para II. Seguimento ambulatorial após 01 mês, paciente em classe funcional I. Ecocardiograma-controle mostrou contratilidade em normocinesia, Fração de Ejeção VE de 63%.
Conclusão: As miocardiopatias e doenças cardiovasculares agudas associadas a gravidez devem ser prontamente reconhecidas e diferenciadas. A apresentação clínica destas geralmente é similar, na forma sindrômica de insuficiência cardíaca. A entidade mais comumente associada à gravidez e ao puerpério é a miocardiopatia periparto. Entretanto, este caso clínico ilustra bem que, apesar de rara no puerpério e pós-parto, a Cardiomiopatia de Takostubo deve constar no exercício do diagnóstico diferencial, reconhecendo-se as particularidades de sua apresentação clínica e confirmando-se o diagnóstico pela sua peculiar e característica imagem da disfunção segmentar da contratilidade ventricular.
Palavras-chaves: Cardiomiopatia Takotsubo | Cardiomiopatia na Gravidez e Puerpério | Insuficiência Cardíaca

S4M15

709 - CARDIOPROTEÇÃO: UMA REALIDADE A SER EXPLORADA

VANESSA COSTA GOMES; PATRÍCIA TAVARES FELIPE; LUCIANA PEIXOTO DOS ANJOS; LUÍSA FREIRE PEDERNEIRAS BARBOSA; BARBARA ISADORA VALLE MUSSI CRUZ.

HOSPITAL MATER DEI, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

O câncer de mama é uma importante causa de morte em mulheres, o que estimula cada vez mais estudos sobre seu manejo e tratamento. Uma classe de medicamentos bastante utilizada no tratamento são as antraciclinas, que podem gerar danos cardíacos agudos e tardios. Para tentar prevenir a toxicidade cardíaca acumulada da doxorrubicina – uma antraciclina – pode ser utilizado o Dexrazoxano. Esse medicamento é indicado em pacientes com câncer em fase avançada ou câncer metastático após tratamento anterior com doxorrubicina/epirrubicina com dose cumulativa maior ou igual a 300 mg/m².
O objetivo desse trabalho é relatar um caso que contempla uma das indicações do cardioprotetor, que atualmente é subutilizado.
Paciente feminina, 48 anos, com diagnóstico de câncer de mama luminal B, receptor hormonal positivo, HER2 negativo, com histórico de tratamento prévio em abril de 2017 com Adriamicina e Ciclofosfamida, 4 ciclos (dose cumulada de 240mg/m²) e 6 ciclos de Paclitaxel. Submetida a mastectomia, esvaziamento axilar à direita e adjuvância com radioterapia e Tamoxifeno. Evoluiu com progressão da doença em maio de 2022 com metástases pleural, óssea e hepáticas, modificado tratamento para Letrozol, Goserrelina, Ácidozoledrônico e Ribociclibe. Manteve-se sem resposta terapêutica, foi indicado novo ciclo com Adriamicina, Paclitaxel e Ácido zoledrônico, iniciado em 17/01/2023. Paciente permaneceu sem queixas cardiovasculares, função ventricular preservada (FEVE ao ecocardiograma de 68%), mas com alterações de biomarcadores, troponina de 80pg/ml (VR:< 9pg/ml) – cardiotoxicidade leve assintomática - sendo então indicado o uso de Dexrazoxano concomitante a antraciclina.
O Dexrazoxano vem se mostrando eficaz e seguro na prevenção de cardiotoxicidade associada aos antraciclicos. Uma meta-análise publicada em 2019, evidenciou que a medicação reduz o risco de eventos cardíacos e insuficiência cardíaca, com risco relativo de 0,36 e 0,19, respectivamente. Sendo assim, atualmente existe opção terapêutica já incorporada no rol da ANS para proteção cardíaca, com desfechos favoráveis para este cenário, porém pouco difundida e utilizada.
Palavras-chaves: câncer de mama | cardioprotetor | Dexrazoxano

S3M51

589 - AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE E RELAÇÃO COM O DESEMPENHO NO TESTE DE CAMINHADA DE SEIS MINUTOS EM PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR

CAROLINE MELLO SILVEIRA; ANA JULIA GARCIA DE ALMEIDA; CLESNAN MENDES-RODRIGUES; ERICA CAROLINA CAMPOS.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA - MG - BRASIL.

Introdução: Fragilidade é uma síndrome multidimensional associada ao declínio da função com perda de massa muscular, menor velocidade de caminhada e baixo nível de atividade física, e que possui associação com doenças cardiovasculares (DCV). A Clinical FrailtyScale (CFS) é baseada no estado funcional e considera sem fragilidade, pré-frágeis - 4, frágeis e moderada a gravemente frágeis. A limitação na mobilidade tem sido reconhecida como componente chave na avaliação da fragilidade e considerando que a massa e a força muscular são determinantes, existe então, associações entre testes funcionais e avaliação da vulnerabilidade e o impacto de um programa de exercícios na melhora desses índices.
Objetivo: avaliar a fragilidade em pacientes com DCV e o desempenho no teste de caminhada de seis minutos (TC6) em participantes do programa de reabilitação cardiovascular ambulatorial (RCV).
Métodos: Estudo retrospectivo, transversal, de pacientes acima de 60 anos participantes da RCV no período de abril de 2021 até abril de 2023. Dados do TC6 e estimativa da capacidade cardiorrespiratória (ACR) e escala CFS foram obtidos pré e pós RCV, expressos em média±desvio padrão. Resultados: Dez prontuários foram avaliados: idade média de 68,3±6,07 anos, 3 homens e 7 mulheres. A CFS pré e pós reabilitação foi respectivamente de 4,7±0,94 e 3,5±1,50. As distâncias do TC6 pré e pós RCV foram de 290,1±92,93 e 381,7±118,49 m, respectivamente. A velocidade média do TC6 pré e pós RCV foi de 48,35±15,48 e 63,61±19,75 m/min, respectivamente. Os pacientes apresentam escala CFS entre vulnerável (4), levemente frágil (5) e moderadamente frágil (6), com melhora após RCV para vulnerável (4), regular (3) e ativo (2). Houve incremento na distância percorrida e na velocidade média de execução do TC6, o que refletiu também na melhora da ACR estimada de muito baixa à boa após RCV.
Discussão: a redução da velocidade de marcha e a diminuição do nível de atividade física estão entre as primeiras manifestações clínicas da fragilidade e se associam com a capacidade de exercício, sendo esse um dos preditores de mortalidade em indivíduos saudáveis e com DCV. O exercício é estratégia importante por promover adaptações sistêmicas benéficas que contribuem para melhora funcional.
Conclusão: Quanto maior a fragilidade, menor foi o desempenho e a velocidade nos TC6 e, o programa de exercícios supervisionados promoveu o incremento na capacidade funcional tornando-os mais ativos.

Palavras-chaves: fragilidade | teste de caminhada | reabilitação

S3M52

592 - EFEITO IMEDIATO DO EXERCÍCIO RESISTIDO NA MORFOLOGIA DA ONDA DE PULSO AÓRTICA EM INDIVÍDUOS SAUDAVEIS E INDIVÍDUOS PÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL CRÔNICO

ANNA BALSAMÃO VAZ[1]; DANIELLA MOURA DARIO[2]; BRENNO BELCHIOR CORDEIRO DA SILVA[3]; JANAINE CUNHA POLESE[2].

1. FACULDADE CIÊNCIAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. FACULDADE CIENCIAS MEDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença de origem cardiovascular que apresenta diversos fatores de risco, sendo um deles a rigidez arterial. Na literatura, sabe-se que o efeito de exercícios resistidos a longo prazo são preconizados como terapia para promover saúde vascular. No entanto, são escassos os estudos que avaliam o efeito imediatamente após o exercício resistido na saúde das artérias que comparam esse efeito entre indivíduos saudáveis e indivíduos pós AVC crônico
Objetivo: Comparar morfologia da onda de pulso aórtica imediatamente pós protocolo de exercício resistido em indivíduos saudáveis e indivíduos pós AVC crônico.
Método: Trata-se de um estudo transversal, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, com indivíduos saudáveis (grupo controle) e indivíduos pós AVC crônicos (grupo experimental) pareados por idade, sexo e nível de atividade física. Foram realizadas avaliações pré e pós protocolo resistido e analisado variáveis relacionadas aos indicadores de rigidez arterial, por meio do equipamento Mobil-O-Graph®. As avaliações foram feitas no pré (repouso) e imediatamente após o protocolo resistido em ambos os grupos. Para definir a carga para o protocolo resistido, foi realizado teste de 1 repetição máxima (RM) no banco extensor e o peso utilizado foi 75% de 1RM sendo realizadas 10 repetições para cada lado, sendo realizado de forma bilateral.
Resultados: Foram incluídos 29 indivíduos pós AVC com média de 57±17 anos e 27 indivíduos saudáveis com média de idade 50±20 anos. Quando realizado a comparação das diferenças entre pré e pós exercício, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis de 1) pressão central: pressão arterial sistólica (f-0,21;p=0,64), pressão pulso central(f-2,45;p=0,12); 2) variáveis de pressão periférica: pressão arterial média (f-0,009;p=0,92; 3) índices hemodinâmicos: frequência cardíaca (f-0,44;p=0,50) e débito cardíaco (f- 0,96;p=0,33); e 4) índices de rigidez arterial: velocidade de onda de pulso aórtica (f-1,84;p=0,18), AiX@75 (f-0,11;p=0,73).
Conclusão: Observou-se que indivíduos pós AVC crônico apresentam o mesmo comportamento da morfologia da onda de pulso aórtica quando comparados a indivíduos saudáveis após protocolo de exercício resistido.

Palavras-chaves: Acidente vascular cerebral | rigidezarterial | exercício físico

S3M53

627 - COMPARAÇÃO ENTRE A EFICÁCIA DO TESTE DE CAMINHADA DE SEIS MINUTOS E INCREMENTAL SHUTTLE WALK TEST NA AVALIAÇÃO FUNCIONAL, DE FUNÇÃO SISTÓLICA E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CARDIOMIOPATIA CHAGÁSICA

LUCAS FROIS FERNANDES DE OLIVEIRA[1]; PEDRO HENRIQUE SCHEIDT FIGUEIREDO[1]; SANNY CRISTINA DE CASTRO FARIA[2]; WHESLEYTANOR SILVA[3]; MATHEUS RIBEIRO ÁVILA[3]; IGOR LUCAS GERALDO IZALINO DE ALMEIDA[2]; VITTOR DE MOURA COLICCHIO[1]; CHEYENNE ALVES FONSECA[1]; KEITYLAMARY SOUZA SILVA[1]; HENRIQUE SILVEIRA COSTA[1].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI, DIAMANTINA - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, DIAMANTINA - MG - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHA E MUCURI, DIAMANTINA - MG - BRASIL.

Introdução: Pacientes com cardiomiopatia chagásica (CCh) tendem a apresentar redução progressiva da capacidade funcional. Entretanto, a realização do Teste de Esforço Cardiopulmonar não faz parte da rotina clínica em regiões endêmicas, geralmente com poucos recursos financeiros. Os testes de campo são alternativas viáveis, pouco onerosas e podem auxiliar na triagem dos pacientes. Os dois mais utilizados em pacientes com CCh são o Teste de Caminhada de Seis Minutos (TC6') e Incremental Shuttle Walk Test (ISWT), sendo necessário comparar a eficácia de ambos na avaliação funcional, de função sistólica e qualidade de vida dessa população.
Objetivo: Comparar a eficácia da distância percorrida ao TC6' e ISWT na avaliação funcional, de função sistólica e qualidade de vida dos pacientes com CCh. Métodos: Cinquenta pacientes com CCh (50±10 anos, NYHA **I-III**) foram avaliados pela ecocardiografia, TC6', ISWT, Teste de Esforço Cardiopulmonar e qualidade de vida pelo Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. O desfecho primário foi o pico do consumo de oxigênio (VO2pico). Os desfechos secundários foram a curva ventilatória do dióxido de carbono (VE/VCO2 slope), fração de ejeção de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) e qualidade de vida (escore).
Resultados: A distância percorrida no TC6' (521±101 metros) correlacionou-se com VO2pico (r=0,544, p<0,001) e VE/VCO2 slope (r= -0,353, p=0,012), sem correlação com FEVE (r=0,216, p=0,137) e qualidade de vida (r=0,079, p= -0,254). A distância percorrida no TC6' explicou 31% das variações no VO2pico, sendo que o aumento de 23 metros na distância caminhada sugere o aumento de 1mL.kg.min no VO2pico. Não houve diferença na distância no TC6' entre pacientes com e sem disfunção sistólica (p=0,085). Já a distância percorrida ao ISWT (471±251 metros) correlacionou-se com VO2pico (=0,636, p<0,001), VE/VCO2 slope (r= -0,399, p=0,004), FEVE (r=0,356, p=0,012) e qualidade de vida (r= -0,423, p=0,002). A distância percorrida no ISWT explicou 32% das variações no VO2pico e o aumento de 55 metros na distância caminhada representa o aumento de 1mL.kg.min no VO2pico. Além disso, a distância ao ISWT foi diferente entre os pacientes com e sem disfunção sistólica (p=0,006).
Conclusão: Ambos os testes de campo refletem a capacidade funcional dos pacientes com cardiomiopatia chagásica. Entretanto, a distância percorrida no ISWT pode fornecer informações adicionais pela relação com função cardíaca e qualidade de vida.

Palavras-chaves: doença de Chagas | cardiomiopatia chagásica | capacidade funcional

S3M54

634 - DIFERENÇAS NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES COM CARDIOMIOPATIA CHAGÁSICA ENTRE CIDADES DE GRANDE, MÉDIO E PEQUENO PORTE LOCALIZADAS NO ESTADO DE MINAS GERAIS

MATHEUS RIBEIRO ÁVILA[1]; PEDRO HENRIQUE SCHEIDT FIGUEIREDO[1]; LUCAS FROIS FERNANDES DE OLIVEIRA[1]; SANNY CRISTINA DE CASTRO FARIA[2]; WHESLEYTANOR SILVA[1]; CHEYENNE ALVES FONSECA[1]; IGOR LUCAS GERALDO IZALINO DE ALMEIDA[3]; VITTOR DE MOURA COLICCHIO[1]; KEITYLAMARY SOUZA SILVA[1]; HENRIQUE SILVEIRA COSTA[1].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DOS JEQUITINHONHA E MUCURI, DIAMANTINA - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, DIAMANTINA - MG - BRASIL.

Introdução: Áreas endêmicas em doença de Chagas geralmente são pequenas, com pouco acesso à serviços de saúde especializados e com baixo Índice de Desenvolvimento Humano. Dessa forma, espera-se que os pacientes dessas regiões apresentem pior qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) quando comparados à capital. Verificar tais inequalidades pode auxiliar na adoção de políticas públicas de saúde dessa população negligenciada, especialmente nos pacientes com cardiomiopatia chagásica (CCh), a forma clínica mais grave da doença.
Objetivo: Comparar a QVRS de pacientes com CCh entre cidades de grande, médio e pequeno porte localizadas em Minas Gerais e identificar os fatores associados aos componentes físico e mental.
Métodos: Trata-se dos dados iniciais de coorte em andamento. Foram avaliados 71 pacientes com CCh (33 mulheres, NYHA I a III) em Belo Horizonte/MG (grande porte, n=34) e em outras quatro cidades localizadas no Vale do Jequitinhonha/MG, sendo uma de médio porte (população superior a 40 mil habitantes, n=8) e três de pequeno porte (população inferior a 40 mil habitantes, n=29). Os pacientes foram avaliados à ecocardiografia, QVRS pelo Short-formof Health Survey, sintomas depressivos pelo Inventário Beck de depressão (IBD) e desempenho funcional pelo Perfil de Atividade Humana.
Resultados: Em comparação com a cidade de grande porte, a amostra das cidades de médio e pequeno porte apresentaram maior idade, menor nível de atividade física, maior fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) e menor diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo (VEd). Não houve diferença no componente físico e mental da QVRS entre as cidades de grande, médio e pequeno porte (p=0,831 e p=0,091, respectivamente). De forma semelhante, também não houve diferença no escore do IBD (p=0,820). Considerando toda a amostra, apenas o desempenho funcional permaneceu associado ao componente físico da QVRS (p=0,021, r2=0,10). O porte da cidade não esteve associado ao componente físico (p=0,376). Quanto ao componente mental da QVRS, apenas o escore do IBD permaneceu como determinante de tal parâmetro no modelo final (p<0,001, r2=0,31). O porte da cidade também não esteve associado ao componente mental (p=0,161).
Conclusão: Não há diferença na QVRS de pacientes com CCh em cidades de pequeno, médio e grande porte. Outros fatores como a capacidade de realizar as atividades funcionais e sintomas depressivos estão associados à QVRS nessa população.

Palavras-chaves: Doença de Chagas | Cardiomiopatia chagásica | Qualidade de vida relacionada à saúde

S3M55

645 - A ASSOCIAÇÃO ENTRE O SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB) E PARÂMETROS FUNCIONAIS, ECOCARDIOGRÁFICOS, SINTOMAS DEPRESSIVOS E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CARDIOMIOPATIA CHAGÁSICA

VITTOR DE MOURA COLICCHIO[1]; HENRIQUE SILVEIRA COSTA[1]; PEDRO HENRIQUE SCHEIDT FIGUEIREDO[1]; SANNY CRISTINA DE CASTRO FARIA[2]; IGOR LUCAS GERALDO IZALINO DE ALMEIDA[3]; KEITYLAMARY SOUZA SILVA[1]; LUCAS FROIS FERNANDES DE OLIVEIRA[1]; MATHEUS RIBEIRO ÁVILA[1]; WHESLEYTANOR SILVA[1]; CHEYENNE ALVES FONSECA[1].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI (UFVJM), DIAMANTINA - MG - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG), BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG), BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: Com o avanço da terapêutica e em decorrência da transição demográfica, a expectativa de vida dos pacientes com doença de Chagas está aumentando. Com isso, algumas situações clínicas presentes no idoso, como a perda de equilíbrio e lentidão na marcha, podem estar presentes nesses pacientes. Em recentes diretrizes de reabilitação de cardiopatas, o Short Physical Performance Battery (SPPB) tem sido citado como uma ferramenta importante na avaliação da capacidade funcional dos pacientes. Trata-se de uma bateria de testes visando a avaliação da força dos membros inferiores, velocidade da marcha e equilíbrio. Em pacientes com cardiomiopatia chagásica (CCh), a forma clínica mais grave e com maior comprometimento funcional da doença de Chagas, o SPPB ainda não foi testado.
Objetivo: Verificar a associação do SPPB com desempenho funcional, força muscular, sintomas depressivos, parâmetros ecocardiográficos e de qualidade de vida.
Métodos: Foram avaliados 38 pacientes com CCh (63,6±10,7 anos, 18 mulheres, NYHA I a II). Os pacientes foram submetidos ao SPPB, ecocardiografia, avaliação da força de preensão palmar pela dinamometria, sintomas depressivos pelo Inventário Beck de Depressão (IBD) e qualidade de vida pelo Short-formof Health Survey (SF-36). Foram classificados com boa capacidade funcional os pacientes com escore no SPPB maior ou igual a 10. Aqueles com escore abaixo desse ponto de corte foram classificados com capacidade funcional ruim a moderada.
Resultados: A capacidade funcional foi classificada ao SPPB como boa em 14 pacientes (37%) e ruim a moderada em 24 pacientes (63%). O escore encontrado no SPPB correlacionou-se com força de preensão palmar (r=0,466, p=0,006), desempenho funcional (r=0,361, p=0,018) e escore encontrado no IBD (r=0,371, p=0,036). Não há correlação entre o escore do SPPB e idade (r= -0,127, p=0,481), fração de ejeção do ventrículo esquerdo (r=0,003, p=0,987), diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo (r=0,125, p=0,488) e nenhum domínio do SF-36 (p>0,05 para todos).
Conclusão: O SPPB tem potencial valor na avaliação funcional do paciente com CCh pela associação com parâmetros físicos e também mentais. Entretanto, não há evidência até o momento que suporte a associação do SPPB com parâmetros ecocardiográficos e de qualidade de vida.
Palavras-chaves: doença de Chagas | cardiomiopatia chagásica | capacidade funcional

S3M56

667 - EFEITO DO EXERCÍCIO FÍSICO SOBRE A CAPACIDADE FUNCIONAL DE PACIENTES COM CIRROSE HEPÁTICA: REVISÃO SISTEMÁTICA COM METANÁLISE

FABIANA COELHO COUTO ROCHA CORRÊA FERRARI[1]; GABRIELA COELHO COUTO ROCHACORRÊA[2]; ELIREZ BEZERRA DA SILVA[1].

1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Introdução: Dentre os diversos comprometimentos decorrentes da CH, a capacidade funcional é um fator que está correlacionado com a mortalidade nessa população, sendo que menores distâncias do teste de caminhada de 6 minutos e do consumo de oxigênio são preditores de mortalidade em pacientes com CH.
Objetivo: Verificar o efeito de exercício físico na capacidade funcional de pessoas com diagnóstico de cirrose hepática (CH).
Método: Metanálise registrada na PROSPERO (CRD42022329871). Foram incluídos estudos experimentais controlados e randomizados de pessoas com CH, em qualquer estágio da doença, acima de 18 anos, de qualquer sexo, que realizaram qualquer tipo de exercício físico em comparação com qualquer outra intervenção ou nenhuma intervenção, obtendo como resultado a capacidade funcional. A busca dos artigos foi realizada em 11 bases. Os descritores considerados para a busca foram exercício físico, capacidade funcional, cirrose hepática e seus sinônimos. A qualidade metodológica e os vieses dos estudos foram avaliados pela escala Jadad e a Escala RoB 2, respectivamente. O Review Manager 5.4 foi utilizado para metanalisar os dados. A capacidade funcional foi considerada variável contínua. A diferença de médias padronizada foi considerada como medida de efeito. O modelo de análise foi de efeito randômico. O nível de confiança adotado foi de 0,05. O nível de evidência do resultado da meta-análise foi avaliado com a ferramenta Grading ofRecommendations Assessment DevelopmentandEvaluation.
Resultados: Os 113 participantes com CH, que pertenciam ao grupo de exercício físico, tiveram uma diferença de média padronizada de capacidade funcional de 0,57 [0,01 a 1,13]; P=0,05, a mais que os 107 participantes que estavam em situação de controle. O nível de evidência da metanálise avaliado pela GRADE foi considerado moderado. Para este ganho de capacidade funcional, pacientes com CH devem praticar exercícios aeróbios, em cicloergômetro ou esteira, de oito a 14 semanas, duas a cinco vezes por semana, em uma intensidade de 60% a 80% do VO2pico, FCmax ou FCreserva, com duração de 30 a 60 minutos e/ou exercício de força muscular com duração de 12 semanas, sendo realizado três vezes por semana, com duração de 60 minutos, com intensidade de 60 a 80% de 1RM e intervalo entre as séries de dois minutos.
Conclusão: O exercício físico causou aumento significativo e de relevância clínica moderada na capacidade funcional de pacientes com diagnóstico de CH.
Palavras-chaves: Atividade Física | Aptidão Física |Teste de Esforço

S4M51

673 - A RELAÇÃO ENTRE A FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA E FUNÇÃO SISTÓLICA EM PACIENTES COM CARDIOMIOPATIA CHAGÁSICA.

KEITYLAMARY SOUZA SILVA[1]; PEDRO HENRIQUE SCHEIDT FIGUEIREDO[1]; SANNY CRISTINA DE CASTRO FARIA[2]; LUCAS FROIS FERNANDES DE OLIVEIRA[1]; WHESLEYTANOR SILVA[1]; MATHEUS RIBEIRO ÁVILA[1]; IGOR LUCAS GERALDO IZALINO DE ALMEIDA[2]; CHEYENNE ALVES FONSECA[1]; VITTOR DE MOURA COLICCHIO[1]; HENRIQUE SILVEIRA COSTA[1].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI, DIAMANTINA - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A doença de Chagas continua sendo um grave problema de saúde pública em áreas endêmicas e a disfunção sistólica é um marcador de sobrevida bem estabelecido. Com a progressão da doença, também é esperada uma redução da força muscular respiratória. Portanto, a força muscular respiratória e a disfunção sistólica podem estar associadas.
Objetivo: Verificar a associação entre a força muscular respiratória e a disfunção sistólica em pacientes com cardiomiopatia chagásica (CCh). Métodos: Cinquenta e sete pacientes com CCh (53,2±9,0 anos, 61,4% mulheres, NYHA I-III) foram recrutados e submetidos a ecocardiografia e avaliação da força muscular respiratória pela manovacuometria. A força muscular inspiratória e expiratória foi definida pela pressão inspiratória máxima (PImáx) e pressão expiratória máxima (PEmáx), respectivamente. A disfunção sistólica foi definida por valores da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) abaixo de 52% (para homens) ou 54% (para mulheres).
Resultados: Trinta e sete pacientes (64,9%) apresentavam disfunção sistólica e 20 (35,1%) pacientes apresentavam função cardíaca preservada. Os pacientes com disfunção sistólica eram mais jovens, com maior porcentagem do sexo masculino, menor índice de massa corporal, pressão arterial sistólica, PImáx e FEVE e maior diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo. Houve correlação significativa entre PImáx e FEVE (r=0,320; p=0,017). Não houve correlação entre PEmáx e FEVE (r=0,239; p=0,079).O grupo com disfunção sistólica apresentou PImáx reduzida quando comparado ao grupo com função cardíaca preservada (66,5±34,5 versus 85,3±29,2, p=0,044). Não houve diferença na PEmáx (89,9±43,9 versus 87,3±22,3, p=0,812). Na curva ROC, a PImáx apresentou acurácia adequada para auxiliar na identificação de pacientes com disfunção sistólica (AUC=0,71). A PEmáx não apresentou acurácia satisfatória. O ponto de corte ótimo da PImáx para auxiliar na identificação de disfunção sistólica em pacientes com CCh foi 62 cmH2O, com valor preditivo positivo de 85%.
Conclusão: A PImáx tem valor potencial para auxiliar na identificação de disfunção sistólica em pacientes com CCh. Esse achado pode ajudar na triagem e na estratificação de risco dos pacientes.
Palavras-chaves: doença de Chagas | cardiomiopatia chagásica | força muscular respiratória.

S4M52

674 - A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE NO PACIENTE COM CARDIOMIOPATIA CHAGÁSICA: A APLICABILIDADE DO QUESTIONÁRIO MINNESOTA LIVING WITH HEART FAILUREQUESTIONNAIRE

PEDRO HENRIQUE SCHEIDT FIGUEIREDO[1]; WHESLEYTANOR SILVA[1]; SANNY CRISTINA DE CASTRO FARIA[2]; MATHEUS RIBEIRO ÁVILA[1]; IGOR LUCAS GERALDO IZALINO DE ALMEIDA[2]; VITTOR DE MOURA COLICCHIO[1]; LUCAS FROIS FERNANDES DE OLIVEIRA[1]; CHEYENNE ALVES FONSECA1; KEITYLAMARY SOUZA SILVA[1]; HENRIQUE SILVEIRA COSTA[1].

1. UFVJM, DIAMANTINA - MG - BRASIL; 2. UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A doença de Chagas é uma infecção causada pelo protozoário Trypanosoma cruzi, sendo a forma cardíaca, denominada de cardiomiopatia chagásica (CCh), a forma clínica mais grave. A CCh, associada à fatores psicossociais, pode comprometer a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) dos pacientes. Entretanto, os questionários utilizados na avaliação da QVRS desses pacientes são genéricos, não existindo, portanto, um instrumento específico para essa população. Um instrumento utilizado é o Minnesota Living with Heart FailureQuestionnaire (MLwHFQ), questionário específico para avaliar a QVRS de pacientes com insuficiência cardíaca. Apesar da sua utilização, a sua aplicabilidade em pacientes com CCh, independentemente da presença de insuficiência cardíaca, é desconhecida.
Objetivo: Verificar a aplicabilidade do MLwHFQ na avaliação da QVRS de pacientes com Cch.
Métodos: Foram avaliados 35 pacientes com CCh (47±8 anos, NYHA I a III). A maioria dos pacientes era do sexo masculino (65,7%) e com classe funcional preservada (82,8%). Foram aplicados o MLwHFQ e o Short-formof Health Survey (SF-36) para avaliação da QVRS. Também foram verificados os sintomas depressivos pelo Inventário de Depressão de Beck (IBD) e o desempenho funcional pelo Perfil de Atividade Humana (PAH). Todos os pacientes também realizaram a ecocardiografia e Teste de Esforço Cardiopulmonar (TECP).
Resultados: Houve correlação significativa entre o escore do MLwHFQ e quase todos os domínios do SF-36 (com valor de r variando de -0,409 a -0,646), exceto dor. O escore do MLwHFQ também se correlacionou com sexo feminino (r=0,364; p=0,034), classe funcional NYHA (r=0,387; p=0,024), escore do IBD (r=0,748; p<0,001) e escore do PAH (r= - 0,558; p=0,001). Não houve diferença significativa no escore encontrado no MLwHFQ entre as classes da NYHA (p=0,068), assim como entre os pacientes com disfunção sistólica e função cardíaca preservada (p=0,319).
Conclusão: MLwHF correlacionou-se com a maioria dos domínios de QVRS do SF-36, sintomas depressivos e atividade física, no entanto, o questionário parece ser incapaz de discriminar a gravidade da doença.
Palavras-chaves: doença de Chagas | cardiomiopatia chagásica | qualidade de vida relacionada à saúde

S4M53

686 - PREDIÇÃO DO PICO DO CONSUMO DE OXIGÊNIO PELA FORÇA MUSCULAR EXPIRATÓRIA EM PACIENTES COM CARDIOMIOPATIA CHAGÁSICA

IGOR LUCAS GERALDO IZALINO DE ALMEIDA[1]; PEDRO HENRIQUE SCHEIDT FIGUEIREDO[2]; SANNY CRISTINA DE CASTRO FARIA[3]; MATHEUS RIBEIRO ÁVILA[2]; VITTOR DE MOURA COLICCHIO[2]; LUCAS FRÓIS FERNANDES DE OLIVEIRA[2]; KEITYLAMARY SOUZA SILVA[2]; CHEYENNE ALVES FONSECA[2]; WHESLEYTANOR SILVA[2]; HENRIQUE SILVEIRA COSTA[2].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG), BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. UFVJM, DIAMANTINA - MG - BRASIL; 3. UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A doença de Chagas permanece como um problema de saúde pública ainda nos dias atuais. A cardiomiopatia chagásica é a forma clínica mais grave, onde os pacientes normalmente cursam com fadiga e dispneia progressivas. A relação da força muscular inspiratória na capacidade funcional já foi documentada na literatura. Entretanto, o papel dos músculos expiratórios na capacidade de exercício de pacientes com CCh não foi explorado. Por se tratar de uma doença endêmica em regiões com poucos recursos financeiros e tecnológicos, a predição da capacidade de exercício, representada pelo pico do consumo do oxigênio (VO2pico), por ferramentas simples e pouco onerosas pode ter grande relevância clínica.
Objetivo: Verificar a acurácia da força muscular expiratória na predição do VO2pico em pacientes com Cch.
Métodos: Cinquenta e três pacientes com CCh (52±9 anos, NYHA I a III) foram avaliados quanto à força muscular expiratória pela manovacuometria. Os pacientes também foram submetidos à ecocardiografia e Teste de Esforço Cardiopulmonar, padrão-ouro na avaliação do VO2pico. A força muscular expiratória foi definida pela pressão expiratória máxima (PEmáx) avaliada desde a capacidade pulmonar total. A fraqueza muscular expiratória foi definida pela PEmáx inferir a 70% do predito para idade e sexo. Para verificar a predição do VO2pico, foram inseridas na regressão simples multivariada a PEmáx e variáveis de fácil mensuração, como idade, sexo, índice de massa corporal e classe funcional NYHA.
Resultados: A média da PEmáx foi de 90,4±38,4 cmH2O. Quinze pacientes (28%) apresentaram fraqueza muscular expiratória. Houve correlação significativa entre a PEmáx e o VO2pico (r=0,311, p=0,025). No modelo final da regressão linear, a PEmáx, classe funcional NYHA e idade permaneceram como determinantes independentes do VO2pico, explicando 45% dessa variável. O VO2pico pode ser estimado pela fórmula VO2pico = 47,131 + (0,062 * PEmáx) - (4,255 * classe funcional NYHA) – (0,391 * idade).
Conclusão: Na CCh, a PEmáx está associada ao VO2pico, que pode ser estimado por essa variável juntamente com a classe funcional NYHA e idade.

Palavras-chaves: doença de Chagas | cardiomiopatia chagásica | força muscular respiratória

S4M54

695 - CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES AVALIADOS EM UM SERVIÇO PARTICULAR DE FISIOTERAPIA CARDIOVASCULAR NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.

RENATA CRUZEIRO RIBAS; SABRINA COSTA LIMA DE ANDRADE; JESSICA BLANCO LOURES; IGOR LUCAS GERALDO IZALINO DE ALMEIDA.

RC FISIOTERAPIA, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Introdução: A fisioterapia cardiovascular é fundamental no processo de reabilitação e abrange condutas terapêuticas, preventivas e educativas. Contudo, a pandemia de COVID-19 trouxe mudanças no modelo de assistência. Portanto, é de suma importância a caracterização do perfil dos pacientes neste novo cenário, a fim de contribuir para personalização e assertividade de terapêuticas.
Objetivo: Descrever o perfil clínico e epidemiológico de pacientes avaliados na clínica e no domicílio, de um serviço privado de fisioterapia cardiovascular.
Metodologia: Estudo descritivo, realizado por meio de análise de prontuários. Foi utilizada estatística descritiva e frequência para caracterização e análise dos dados.
Resultados: Foram analisados 102 prontuários de avaliações realizadas entre 2020 e fevereiro de 2023. Destas, 64% realizadas na clínica, 35% em domicílio e 1% via teleconsulta. Dentre os avaliados na clínica, 55% do sexo masculino, com idade média 63±13,1 anos. Em domicílio, 61% do sexo masculino, com idade média 73±16,0 anos. Da amostra total, 58% foram encaminhados por médicos parceiros, 36% ingressaram na fisioterapia cardiovascular por demanda espontânea e 6% por outras fontes. No perfil epidemiológico, 28% apresentavam insuficiência cardíaca como diagnóstico principal, 16% após intervenção cirúrgica cardiovascular, 14% em decorrência de complicações da COVID-19 e 12% com doença arterial coronariana. Trinta e três por cento tinham dispositivo cardíaco elétrico implantado, sendo 79% destes CDI. O tempo médio de reabilitação na clínica foi 5±4,9 meses e em domicílio 7±7,3 meses. Do total, 48% receberam alta. Durante o período em reabilitação, apenas 14% dos pacientes cursaram com descompensação do quadro clínico cardíaco.
Conclusão: Apesar do cenário de fechamento de centros de reabilitação e isolamento social, especialmente no primeiro ano da pandemia por COVID-19, houve o predomínio de avaliações realizadas na clínica. A média de idade dos pacientes domiciliares foi maior e a maioria do sexo masculino, em ambos os modelos de assistência. O principal perfil avaliado foi de pacientes com insuficiência cardíaca. O tempo médio de reabilitação realizada na clínica foi menor. Estes achados contribuem para melhor planejamento dos modelos de assistência e gerenciamento dos profissionais envolvidos na reabilitação. Além de reforçar a importância de encaminhamentos médicos aos programas de reabilitação cardiovascular em diferentes diagnósticos.

Palavras-chaves: Reabilitação | Doenças Cardiovasculares | Fisioterapia

S4M55

703 - CARACTERIZAÇÃO DA APTIDÃO CARDIORRESPIRATÓRIA DE ADULTOS OBESOS E COMPARAÇÃO COM OS VALORES DE REFERÊNCIA PARA A POPULAÇÃO SAUDÁVEL

MICHELLE RODRIGUES LAGARES XAVIER PACHECO; PHD, GRAZIELLA FRANÇA BERNARDELLI CIPRIANO; MSC, JULIANA GOULART PRATA OLIVEIRA MILANI; MAURICIO MILANI; PRICILA SOFIA DA ROCHA COSTA; PHD, GERSON CIPRIANO JUNIOR; MARCELA ALVES LOPES; ANA CLARA GONCALVES DA COSTA.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

Introdução: A aptidão cardiorrespiratória (ACR) é um importante componente da aptidão física e está associada a classificação do risco cardiovascular e mortalidade. O teste cardiopulmonar de esforço (TCPE) é considerado o padrão ouro para avaliação da ACR, através da mensuração dos valores de consumo máximo de oxigênio (VO2pico). A maior ACR tem relação direta com a saúde de indivíduos obesos, entretanto não se sabe se os valores de referência de VO2pico existentes na literatura são apropriados para classificação da ACR dessa população.
Objetivos: Caracterizar a aptidão cardiopulmonar de indivíduos obesos da região Centro-Oeste do Brasil em relação ao sexo e comparar os valores obtidos com os valores de referência para a população saudável, classificando os resultados conforme o VO2pico absoluto e relativo.
Método: Estudo observacional retrospectivo que avaliou as variáveis antropométricas e de exames de TCPE de 945 indivíduos obesos da região Centro Oeste do Brasil. O VO2pico atingido foi classificado de acordo com os valores de referência em saudáveis não obesos em relação ao sexo e de acordo com os percentis atingidos dos valores absolutos e relativos. Dados analisados pelos testes de Kolmogorov-Smirnov, Mann Whitney e Qui-Quadrado.
Resultados: Foram observadas diferenças entre os sexos nas variáveis de respostas ao exercício, sendo menores para as mulheres em relação aos homens. A distribuição percentual do VO2pico absoluto de obesos foi muito semelhante ao esperado em saudáveis não obesos. Em contrapartida, a distribuição percentual do VO2pico relativo demonstrou o impacto da obesidade na baixa ACR, sendo que aproximadamente metade da amostra foi classificada abaixo do percentil 5.
Conclusão: Os valores de VO2pico absoluto e relativo de indivíduos obesos provenientes da região Centro Oeste do Brasil no TCPE foram diferentes em relação ao sexo, sendo menores para as mulheres em relação aos homens. A distribuição dos valores de VO2pico absoluto em indivíduos obesos foi muito semelhante ao de indivíduos saudáveis não obesos. Portanto, a avaliação do VO2pico absoluto torna-se a variável preferencial para avaliação da função cardiopulmonar nesta população. Em contrapartida a distribuição dos valores de VO2pico relativo esteve em sua maioria abaixo do percentil 5, sugere-se portanto, que essa variável seja usada para fins de estratificação de risco cardiovascular em indivíduos obesos

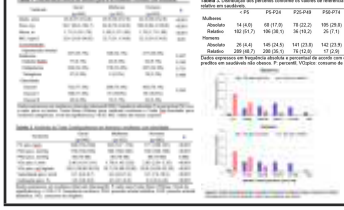


Tabela 3. Distribuição dos percentis conforme os valores de referência do VO2 pico absoluto e relativo em saudáveis.

		< P5	P5-P24	P25-P49	P50-P74	P75-P95	>P96
Mulheres							
	Absoluto	14 (4,0)	68 (17,0)	78 (22,2)	105 (29,9)	71 (20,2)	24 (6,8)
	Relativo	152 (51,7)	106 (36,1)	36 (15,2)	26 (7,1)	3 (0,9)	9 (0)
Homens							
	Absoluto	26 (4,4)	145 (24,5)	141 (23,8)	142 (23,9)	118 (19,9)	21 (3,5)
	Relativo	289 (48,7)	208 (35,1)	76 (12,8)	17 (2,9)	3 (0,5)	9 (0)

Dados expressos em frequência absoluta e percentual de acordo com os percentis dos valores preditos em saudáveis não obesos. P: percentil; VO2pico: consumo de oxigênio pico.

Palavras-chaves: Aptidão cardiorrespiratória | Obesidade | Teste de esforço

S4M56

727 - CRIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE ESPECÍFICO PARA PACIENTES COM CARDIOMIOPATIA CHAGÁSICA: DADOS PRELIMINARES DO PROJETO CABURÉ

WHESLEYTANOR SILVA[1]; PEDRO HENRIQUE SCHEIDT FIGUEIREDO[1]; MATHEUS RIBEIRO ÁVILA[1]; IGOR LUCAS GERALDO IZALINO DE ALMEIDA[2]; LUCIANO FONSECA LEMOS DE OLIVEIRA[2]; LUCAS FRÓIS FERNANDES DE OLIVEIRA[1]; KEITYLAMARY SOUZA SILVA[1]; MAURO FELIPPE FELIX MEDIANO3; HENRIQUE SILVEIRA COSTA[1].

1. UFVJM, DIAMANTINA - MG - BRASIL; 2. UFMG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 3. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Introdução: A doença de Chagas é causada pela infecção pelo protozoário Trypanosoma cruzi, que pode levar a diversos comprometimentos, como a cardiomiopatia chagásica (CCh), a forma clínica mais grave. A CCh, é complexa e envolve diversos fatores biológicos e psicossociais que podem comprometer a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). Entretanto, não há instrumentos específicos para avaliação da QVRS de pacientes com CCh. O PROJETO CABURÉ possui o foco em aspectos clínicos, sociais, históricos e geográficos da doença de Chagas para a criação de um questionário de QVRS específico para os pacientes.
Objetivo: Desenvolver e validar um questionário de QVRS específico para pacientes com Cch.
Métodos: Trata-se de um estudo multicêntrico, de técnicas quantitativas e qualitativas, bem como revisões de literatura. O projeto possui duas partes, uma destinada à criação e outra à verificação da validade. Os dados preliminares a serem apresentados compreendem a parte da criação do instrumento, composto por uma revisão de escopo sobre as Medidas de desfecho reportadas pelos pacientes (PROMs) em CCh, uma revisão sistemática de evidências qualitativas sobre itens que impactam a vida dos pacientes e dados preliminares do estudo qualitativo de campo (4 pacientes, sendo 3 com função sistólica preservada e 1 com comprometimento).
Resultados: Até o momento, dois estudos foram concluídos: 1) Revisão de escopo demonstrando que as PROMs tem apresentado poder de rastrear pior prognóstico, de identificar desfechos importantes (como capacidade funcional e função sistólica), no entanto ainda são pouco utilizadas e não há nenhuma específica para CCh; 2) revisão sistemática de estudos qualitativos demonstrou que há evidência de confiança moderada de que estigma, queixas físicas, absenteísmo do trabalho, aspectos emocionais/mentais e medo do futuro, bem como baixa confiança de que medo do tratamento impactam a QVRS; 3) Dados preliminares do estudo de campo qualitativo sugerem que outros fatores impactam a QVRS dos pacientes, como má qualidade do sono, conflitos familiares e abandono social.
Conclusão: A etapa de criação do conjunto de itens do questionário aponta para um intenso impacto psicossocial da doença na QVRS dos indivíduos. Nos próximos passos formaremos os itens do novo instrumento com base nas informações conseguidas e iniciaremos a análise pelo painel de especialistas, e, posteriormente analisar o impacto clínico de cada item e seu peso na criação do instrumento.

Palavras-chaves: doença de Chagas | qualidade de vida relacionada à saúde | criação de questionário

ÍNDICE REMISSIVO
AUTOR | NÚMERO DO TEMA LIVRE

A

ADALBERTO TEIXEIRA DA MATTA FLORA NETO S4M32
ADRIANA FURLETTI MACHADO GUIMARÃES S1M12, S1M13, S1M14, S1M16
ADSON PATRIK VIEIRA CARVALHO S2M35
ALEXANDRE DE MELO FERREIRA S3M43, TL23
ALEXANDRE NEGRÃO PANTALEÃO S2M51, S4M44
ALEX JÚNIOR DE ARAÚJO S3M32, S4M24
ALEX RESENDE ALLIG S4M32
ALICE ASSUMPÇÃO SOARES S1M23
ALINE ENEIDA LIMA TELES S1M33, S2M14, S2M15, S2M42, S3M44, S3M46, S4M23, S4M25, S4M45
ALLAN DE MORAIS BESSA TL21
AMANDA ARAÚJO NONATO S1M36
AMANDA CAMBRAIA FERREIRA S4M12
AMANDA LANNA VASCONCELOS GIRUNDI S1M36
AMANDA MARCOS DE OLIVEIRA S2M52, S2M54, S2M55
ANA CAROLINA CAIXETA BOVENDORP S2M55
ANA CAROLINA CARNEIRO BATISTA DE OLIVEIRA S3M14
ANA CAROLINA SILVA DOS SANTOS S2M16, S3M45, S4M22
ANA CAROLLINA SIMÃO DINIZ S2M12
ANA CLARA GONCALVES DA COSTA S4M55
ANA CLÁUDIA DIAS MALTA S4M35
ANA CRISTINA CARIOCA S2M43, TL14, TL15
ANA JULIA CARVALHO PAULINELLI S3M21
ANA JULIA GARCIA DE ALMEIDA S3M51
ANA LUISA CALIXTO RODRIGUES S2M25
ANA LUIZA CIMINELLI S4M33
ANA LUIZA SCUSSULIM FLORINDO ALCURE DIAS S4M36
ANA PAULA DE OLIVEIRA SANTOS XAVIER LEBET S1M35, S3M34
ANA PAULA PORTO CAMPOS E CAMPOS S1M51
ANA VITORIA CHAGAS LEITE LAMBERTUCCI S1M36
ANDERSON SILVEIRA DUQUE S4M32
ANDREA CUNHA CORTELLAZZI S3M36
ANDRÉ ASSIS LOPES DO CARMO S1M31, S2M23, S2M52, TL12
ANDREA ZAWACKI BEATON TL23
ANDRÉ CHUSTER DE SOUZA S2M23, S2M26, S2M36
ANDRÉ DIAS NASSAR NABACK S1M31, TL24
ANDRE GUALBERTO JAFETH ALVES TL13
ANDREIA BIOLO S1M35, S2M53
ANDRÉ LUSTOSA MASCARENHAS S1M41
ANDRE SILVA RODRIGUES S2M54
ANDREZZA DE OLIVEIRA MENDES S3M14
ANNA BALSAMÃO VAZ S3M52
ANNA CARLA DI NÁPOLI ANDRADE E BRAGA S1M36
ANNA LUIZA FONTES MENDES S4M34
ANTONIO CAETANO DOS SANTOS NETO S1M36
ANTONIO L P RIBEIRO S1M32, S4M33, TL24
ANTONIO LUCIO TEIXEIRA S4M12
ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO S1M31
ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO S2M35, S2M46
ANTONIO MARCONDES MUTARELLI S2M51, S4M12, S4M44
ARISE GARCIA DE SIQUEIRA GALIL S1M41
ARMANDO FAGUNDES MORATO NETO S2M55
ARMANDO MORATO FAGUNDES NETO S1M23
ARTHUR CICUPIRA RODRIGUES DE ASSIS S1M45
ARTHUR MAIA AMARAL S1M32, TL13
ARTHUR PEREIRA BARBOSA DE FARIA S3M25

B

BARBARA ABREU MARINO S1M34
BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO S1M53, S2M16, S4M16, S4M22
BÁRBARA CAROLINA SILVA ALMEIDA S2M43, S2M44, TL14, TL15
BÁRBARA DE OLIVEIRA REZENDE S4M41
BARBARA DINIZ STORINO S2M25
BARBARA ABREU MARINO S1M34
BÁRBARA CAMPOS ABREU MARINO S1M53, S2M16, S4M16, S4M22
BÁRBARA CAROLINA SILVA ALMEIDA S2M43, S2M44, TL14, TL15
BÁRBARA DE OLIVEIRA REZENDE S4M41
BARBARA DINIZ STORINO S2M25
BÁRBARA FERREIRA NASCIMENTO S1M52
BARBARA ISADORA VALLE MUSSI CRUZ S1M35, S4M15
BARBARA NOGUEIRA DOS SANTOS S1M15, S3M41
BÁRBARA VIDIGAL DOS SANTOS S1M21, S3M36
BÁRBARA VILAÇA TEMPONI S3M25
BEATRIZ CASTELLO BRANCO TL12
BEATRIZ COSTA HAIASHI S1M31, S3M43
BEATRIZ MARINO PENA SANTOS TL24
BEATRIZ POLACHINI ASSUNES GONÇALVES S4M33
BERNARDO SANTOS RESENDE S1M54, S1M55
BIANCA GUSMÃO MEIRELLES S3M11
BIANCA ITUASSU MAPA NONATO VICENTE GALLO S2M43, TL14, TL15
BRENNO BELCHIOR CORDEIRO DA SILVA S3M52
BRUNA SILVA PIMENTA MACEDO S3M45
BRUNO CHAVES MONTEIRO S1M41
BRUNO DALA VEDOVA GOMES BEATO S1M22
BRUNO MONTEIRO MACEDO RIBEIRO S2M16, S3M45
BRUNO MONTEIRO MACEDO RIBEIRO S4M22
BRUNO RAMOS NASCIMENTO S1M31, S1M32, S3M43, S4M33, TL13, TL21, TL23, TL24
BRUNO REZENDE PASSOS S2M44
BRUNO RODRIGUES PEREIRA S2M43, TL14, TL15
BRUNO WILNES TL12

C

CAIO RIBEIRO ALVES ANDRADE S4M24
CARLA MOREIRA S1M32
CARLOS AUGUSTO DE PAULA GOMES S4M34, S4M44
CARLOS EDUARDO DE SOUZA MIRANDA S2M12, S2M33, S2M34
CARLOS EDUARDO ORNELAS S1M46, S2M13
CARLOS ROBERTO DE FREITAS S4M41
CAROLINA CATTONI KOH S4M34
CAROLINA FERNANDES OTONI VIEIRA S1M36
CAROLINE DEMACQ TL24
CAROLINE MELLO SILVEIRA S3M51
CASSIA APARECIDA SILVA S2M35, TL13, TL21
CÁSSIO MENEZES NOGUEIRA S1M53
CESAR AUGUSTO TACONELI S2M51
CHEYENNE ALVES FONSECA S3M53, S3M54, S3M55, S4M51, S4M52, S4M53
CHRISTIANE CORRÊA RODRIGUES CIMINI S2M46
CLARA CHAGAS BARBOSA SANTOS S3M14
CLARECI CARDOSO TL21
CLÁUDIA MADEIRA MIRANDA S1M34, S2M24
CLEICIANE RAMOS CAPEL S1M44
CLESNAN MENDES-RODRIGUES S3M51
CRAIG SABLE TL23

D

DAISY MOTTA SANTOS S2M46, S4M31
DANIEL COTA FORMIGA S1M25, S4M26
DANIELLA GOMES CRUZ S3M14
DANIELLA MOURA DARIO S3M52
DANIEL SOARES SOUSA S2M33, S2M34, TL11
DAVSON JOSÉ BERGAMASCHI SOUZA S2M43, S2M44, TL14, TL15
DEBORAH CARVALHO MALTA S3M25, S4M33
DEISY YASMAIRA ANGULO MORA S1M21

ÍNDICE REMISSIVO

AUTOR | NÚMERO DO TEMA LIVRE

DEIWSON FERREIRA MADEIRA S4M41
DIEGO DRUMMOND TANOS LOPES S1M33, S2M14, S2M15, S2M42, S2M45, S3M44, S3M46, S4M21, S4M23, S4M25,
DIEGO NASCIMENTO MORAES S1M32, S1M54, S1M55, S3M12
DJENANE FIGUEIREDO DE REZENDE S2M43, TL14, TL15
DOUGLAS VINÍCIUS DE OLIVEIRA SANTOS S1M35, S3M34

E

EDGAR ALEXANDER MACIAS RIVADENEIRA S1M26
EDIMAR SERAFIM GONÇALVES NETO S1M41
EDMAR GERALDO RIBEIRO S3M25
EDMUNDO CLARINDO OLIVEIRA S2M11
EDUARDO BELISARIO FALCHETTO S2M56
EDUARDO VAZ DE MELLO LOUREIRO S2M56
EGIDE NSHIMIRIMANA S1M52
ELIANE FERREIRA CARVALHO BANHATO S1M41
ELIREZ BEZERRA DA SILVA S3M56
ELVIO MARQUES DA SILVA S3M16
EMÍLIA ISABEL DA SILVA S2M53, S3M33
EMMY OKELLO TL23
ERICA CAROLINA CAMPOS S3M51
ERICA SILVA S1M36, S1M43, S1M46, S2M13
ERICO RIBEIRO NETTO S1M24, S2M21
ERNESTO LENTZ MOTEIRO FILHO S1M34
ERNESTO LIPPI NETO S3M24
ESTÊVÃO LANNA FIGUEIREDO S2M45, S3M31, S4M21, S4M45
EULA GRACIELE AMORIM NEVES S4M34

F

FABIANA COELHO COUTO ROCHA CORRÊA FERRARI S3M56
FÁBIO MOTA PINHEIRO S4M13
FATIMA DERLENE DA ROCHA ARAUJO S2M22
FELIPE MACHADO MILAGRES S2M53, S3M34
FELIPE SAMPAIO LOPES S1M22
FERNANDA DE AZEVEDO FIGUEIREDO S2M51, TL22
FERNANDA DIAS FREIRE S1M33, S1M51, S2M15, S2M42, S4M23, S4M25
FERNANDA DIAS FREIRE S2M14, S2M45, S3M44, S3M46, S4M21, S4M45
FERNANDA MARIA FRANCO CASTRO S2M52, S2M54
FERNANDA OLIVEIRA LOPES S4M16
FERNANDA PRESTES DAMAZIO S4M16
FERNANDA ROQUETTE DE ARAUJO S2M36, S3M12
FERNANDA SOPHYA LEITE CAMBRAIA S4M43, S4M44
FERNANDO AMATA MUDADO S2M25
FERNANDO ANTONIO ROQUETTE REIS FILHO S1M34
FERNANDO CARVALHO NEUENSCHWANDER S2M11, S2M42, S3M31, S4M25, S4M42
FERNANDO CRESPO TORRES S4M43
FERNANDO CUNHA RUFFO S4M34
FERNANDO DE MARTINO S1M52
FERNANDO FREITAS COUTINHO TL22
FERNANDO GUSMAO CAMARA S1M54, S1M55
FLÁVIA BITTAR BRITTO ARANTES S3M35
FLÁVIA SANTOS GUIMARÃES MACHADO S3M41

G

GABRIELA AIRES RIBAS S1M15
GABRIELA APARECIDA DA SILVA TL21
GABRIELA COELHO COUTO ROCHA CORRÊA S3M56
GABRIELA DE CAMPOS VIVEIROS S2M52, S2M54, S2M55
GABRIELA MIANA DE MATTOS PAIXÃO S3M42, S4M24
GABRIEL ASSIS LOPES DO CARMO S2M25, S2M35, S2M43, S2M44, TL14, TL15
GABRIELA VIEIRA MARQUES DA COSTA LEÃO S2M43, TL14, TL15
GABRIELA ZAMUNARO LOPES RUIZ S2M43, S2M44, TL14, TL15
GABRIEL LACERDA MARQUEZ S3M35
GABRIELLA SIMÕES COELHO S1M24, S2M21, S3M11
GABRIELLE MARTINS PERES S4M31
GABRIEL PRADO LEAO TEIXEIRA S4M13
GABRIEL VALDISSER JACULI TEIXEIRA BENTO S3M21, S3M35
GERMANO SCHEER COELHO S1M44
GUALTER BOAVENTURA CANÇADO S3M31, S4M21
GUILHERME RAFAEL SANT'ANNA ATHAYDE S1M54, S1M55
GUSTAVO BRANDÃO DE OLIVEIRA S4M43
GUSTAVO CATIZANI FARIA OLIVEIRA S2M41
GUSTAVO DE ALMEIDA AFONSO S3M11
GUSTAVO DE ARAUJO SILVA TL12
GUSTAVO EUGÊNIO MARTINS MARINHO S1M26
GUSTAVO GALVAO CUNHA TL21
GUSTAVO MICENA DE ARAÚJO S1M33, S3M46
GUSTAVO NAHUEL LEYES ONTIVERO S3M21
GUSTAVO SALES MORETO S1M41

H - I

HAROLDO CHRISTO ALEIXO TL13
HENRIQUE BARROSO MOREIRA TL12
HENRIQUE DE ASSIS FONSECA TONELLI S1M11, S1M12, S1M13, S1M14, S2M22
HENRIQUE LEÃO FAVA S3M43, S4M44
HENRIQUE PATRUS MUNDIM PENA S1M46, S2M32, S4M13
HENRIQUE SILVEIRA COSTA S3M13, S3M53, S3M54, S3M55, S4M51, S4M52, S4M53, S4M56
HUGO ARAÚJO MIRANDA S1M42
HUGO MARIANO DE AZEVEDO FROTA S2M12
HUGO MARIANO DE AZEVEDO FROTA S2M16
IGOR DE SOUZA NETO S1M15, S3M41
IGOR LUCAS GERALDO IZALINO DE ALMEIDA S3M13, S3M53, S3M54, S3M55, S4M51, S4M52, S4M53, S4M54
IGOR LUCAS GERALDO IZALINO DE ALMEIDA S4M56
INGRED HELLEN DE RESENDE ANDRADE S1M46, S2M13, S2M26
ISABELA GALANTINI SILVEIRA S3M15
ISABELA GALIZZI FAE S4M43
ISABELA MARIA GARCIA S3M42
ISABELA SILVA DE ALMEIDA SOUSA S1M25, S1M53, S4M26
ISABELLA MOREIRA GONZALE FONSECA S3M23
ISABEL VIANA PIRES DE ANDRADE CARVALHO S1M43
ISABELY KAROLINE DA SILVA RIBEIRO TL21
ISIS ELOAH MACHADO TL24
ISIS OLIVEIRA RIBEIRO S1M24, S2M21
ISRAEL MOLINA TL24
IZABELA MARIA AZEREDO NASCIMENTO S2M24
IZABELLA SILVA FIGUEIREDO S1M44

J - K

JAMES BATCHELOR S2M46
JANAINA MOUTINHO COSTA S4M31
JANAINE CUNHA POLESE S3M52
JÊNIFER BICALHO DE ASSIS S4M16
JESSICA ABRAMS S3M43
JÉSSICA BICALHO DE ASSIS S4M16
JESSICA BLANCO LOURES S4M54
JESSICA CRISTINA VILAÇA S2M51
JESSICA ELIZABETH MUÑOZ GONZALEZ S1M26
JESSYCA RODRIGUES TAUHATA LEITE S2M56
JOÃO LUCAS O'CONNELL S3M21

ÍNDICE REMISSIVO

AUTOR | NÚMERO DO TEMA LIVRE

JOÃO PAULO CARDOSO DA SILVA — S3M44, S3M46, S4M21, S4M23, S4M25, S4M45
JOÃO PAULO FERREIRA CAMPOS — S4M32
JOÃO PEDRO ARRUDA MORAES RASO — S3M22
JOICE RODRIGUES RACHID AMIN — S4M35
JONAS ANDRADE MATHEUS — S1M52
JONATAN ARTHUR LARA MELO — S4M44
JONATAS ARAUJO MERISIO — S1M24, S2M21
JORGE HENRIQUE FARES DEPIERI — S3M22
JOSÉ ANTONIO FANCHINI RAMIRES — S1M45
JOSÉ LUIZ BARROS PENA — S2M52, S2M54, S2M55, S2M56
JOSÉ LUIZ PADILHA DA SILVA — TL23
JOSÉ LUIZ ROSA DE OLIVEIRA — S2M23
JULIA AVANCINI VIGUINI — S1M42
JÚLIA BICAS BUBACK — S3M25
JÚLIA DUARTE RUIZ COSTA — S3M15
JULIA FRAGA CASTRO E OLIVEIRA — S2M32
JULIANA B SOUZA — S4M33
JULIANA CRISTINA DUARTE BRAGA — S3M12
JULIANA VIEIRA QUEIROZ ALMEIDA — S4M35
JULIANO MOREIRA REIS FILHO — S1M26
JULIA TEIXEIRA TUPINAMBÁS — S4M12
JULLIANA SILVA LUIZ — S4M32
KACIANE KRAUSS BRUNO OLIVEIRA — TL13
KATIANE BRITO RAMOS — S4M32
KEITY LAMARY SOUZA SILVA — S3M13, S3M55, S4M51, S4M52, S4M53
KEITY LAMARY SOUZA SILVA — S3M53, S3M54, S4M56
KLEBER NEIVA PIRES — S1M53

L

LALLEINNY FRANTHIESCA DA COSTA ALVES — S1M11, S1M12, S1M13, S1M14, S1M16, S2M22
LARISSA ANDRADE FIGUEIREDO — S2M12
LARISSA DE ALMEIDA SALES — S4M11
LARISSA FONSECA REIS — S3M15
LARISSA MANSUR ALVES PEREIRA — S3M42
LAURA COUTO DE OLIVEIRA AZEVEDO — S3M21, S3M35
LAURA MARIANA APIPE PEREIRA — S3M24
LAVÍNIA VASCONCELLOS PATRUS PENA — S4M13
LAYLA KETHLYN DE OLIVEIRA SANTOS — S1M46, S1M54, S1M55, S2M13, S2M26, S2M36
LEANDRA COVRE BARBOSA — S4M36
LEANDRO BARBOSA FILHO — S3M13
LEANDRO GARAMBONE DE CERQUEIRA LIMA — S2M36
LEONARDO ARRUDA MORAES RASO — S3M22
LETÍCIA AMORIM SOARES — S4M12
LETICIA DE OLIVEIRA SANTIAGO — S2M25
LETICIA GUIMARAES MENDONÇA — S3M21
LETÍCIA IMACULADA DE OLIVEIRA — S3M24
LETÍCIA SANTOS DIAS NORBERTO FERREIRA — S1M46, S2M13, S2M23
LETICIA TORRES LEITE — S1M44
LIESL ZUHLKE — TL23
LILIAN CRISTINA REZENDE — S3M25
LILIANE ALVES MATOS — S1M53
LILIA PIRES DE FREITAS DO CARMO — S2M35
LIVIA MOL FRAGA MELO — S1M23
LOREM STEFANY DA SILVA PEREIRA — S3M11
LORENA GABRIELLE ESTRELLA DE SOUZA TOLEDO — S1M11, S1M12, S1M13, S1M14, S1M16, S2M22
LUANA AGUIAR MELLO — S4M12, TL22
LUANA MARTINS RIBEIRO — S4M35
LUCAS ALVES FIUZA — S4M32
LUCAS BRETAS DE PÁDUA — S4M43
LUCAS DIAMANTE — S1M32, S4M43, TL23
LUCAS DOS SANTOS MELO — S4M44
LUCAS ESPÍNDOLA BORGES — S1M51
LUCAS FERREIRA SILVA — S1M23
LUCAS FROIS FERNANDES DE OLIVEIRA — S3M13, S3M53, S3M54, S3M55, S4M51, S4M52
LUCAS FRÓIS FERNANDES DE OLIVEIRA — S4M53, S4M56
LUCAS LEAL FRAGA — S1M31, S1M32, TL24
LUCAS LODI JUNQUEIRA — S1M54, S1M55
LUCAS PEREZ — S2M35
LUCAS QUEIROZ FERNANDES CAMPOS — S3M23
LUCAS RUBACK — S1M31, S1M32
LUCAS TAVARES NOGUEIRA — S2M46
LUCIANA FERREIRA LEITE — S3M15
LUCIANA HENRIQUE DUARTE — S4M11
LUCIANA PEIXOTO DOS ANJOS — S4M15
LUCIANO FONSECA LEMOS DE OLIVEIRA — S4M56
LUISA CAMPOS CALDEIRA BRANT — S2M35, S3M25, S4M33
LUÍSA FREIRE PEDERNEIRAS BARBOSA — S4M15
LUÍSA PRADO GUIMARÃES — S1M43
LUIZA DE BARROS MENDES PIRES — S1M43
LUIZA HAIKAL DE PAULA — S3M43
LUIZA MARGOTO MARQUES — S1M43
LUIZA MOREIRA GOMES — S2M43, TL14, TL15
LUIZA PEREIRA AFONSO DOS SANTOS — S1M32, TL13
LUIZA SILAME CORTE — S4M44
LUIZA SIQUEIRA BARRETO DE SOUZA — S1M24, S2M21
LUIZA SIQUEIRA VELOSO DE ANDRADE CARVALHO — S1M43
LUIZ CLAUDIO MOREIRA LIMA — S1M34
LUIZ EDUARDO DE GILIO JUNIOR — S1M52
LUIZ GUILHERME AMARAL MORISSON — S4M32
LUIZ GUSTAVO REIS CARVALHO — S1M41
LUZ MARINA TACURI CHAVEZ — S2M51, S3M43, TL13, TL22

M

MAIRA FLAVIA SILVA FERNANDES — S1M34
MANCIO BRANDAO PADILHA TOSTES — S3M11
MARCELA ALVES LOPES — S4M55
MARCELA FRANCISCA DA SILVA BATISTA — S1M45
MARCELA VITORETTI HUDSON — S3M14
MARCELO AUGUSTO DE SOUZA MACIEL — S4M11
MARCELO CARVALHO SIMON — S2M31
MARCELO DREY GONÇALVES — S3M42, S4M24
MÁRCIO VINÍCIUS LINS DE BARROS — S4M13
MARCO PAULO TOMAZ BARBOSA — TL12
MARCOS ANTÔNIO MARINO — S1M53, S2M12, S2M16
MARCOS MARINO — S1M34
MARCOS ROBERTO QUEIROZ FRANÇA — S1M31, TL12
MARCOS ROBERTO QUEIROZ FRANÇA — S2M26
MARCOS VINICIUS ALVES VIEIRA — S2M36, S3M12
MARIA CARMO PEREIRA NUNES — S4M12
MARIA CECÍLIA ALCURE DIAS SCUSSULIM — S4M36
MARIA CECÍLIA RAMOS DE CARVALHO — S4M31
MARIA CLARA NOMAN DE ALENCAR — S3M44, S4M23
MARIA CLARA NONATO SOARES GOMES — S3M14
MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES — S2M51, S3M43, S4M34, S4M43, S4M44, TL12, TL13, TL21, TL22, TL23
MARIA JÚLIA SILVEIRA SOUTO — S1M21
MARIANA REIS DI MAMBRO — S3M42
MARIANE HIGA SHINZATO — S3M36
MARIANNA AMORIM ANTUNES — S2M32
MARINA GOMES DINIZ — S1M32, TL21
MARINA MAYRINK — S1M31
MARINA PEREIRA MAYRINK — TL12
MARLON BATISTA GOMES — S2M53, S3M33

MARSELHA MARQUES BARRAL MONTESSI S4M11
MARYANA NASCIMENTO BRAGA S3M24
MATEUS FONSECA DUMONT S1M51
MATHEUS ASSUNÇÃO RABELLO DE OLIVEIRA S2M51
MATHEUS DE OLIVEIRA FERREIRA S4M12, TL22
MATHEUS DE OLIVEIRA LATERZA RIBEIRO S1M45
MATHEUS FERBER S2M44
MATHEUS HENRIQUE PEREIRA NUNES S3M43
MATHEUS LUCCA ÂNGELO COSTA RODRIGUES TL24
MATHEUS RIBEIRO ÁVILA S3M13, S3M53, S3M54, S3M55, S4M51, S4M52, S4M53, S4M56
MAURICIO MILANI S4M55
MAURO FELIPPE FELIX MEDIANO S4M56
MAURO HENRIQUE AGAPITO DA SILVA S3M43, TL23
MAYARA BARROS SANDY S4M11
MICHELLE ALEJANDRA JIMÉNEZ LOAIZA S1M26
MICHELLE RODRIGUES LAGARES XAVIER PACHECO S4M55
MILENA SORIANO MARCOLINO S2M46, S4M31
MILTON HENRIQUES GUIMARÃES JÚNIOR S2M53, S3M33
MITERMAYER REIS BRITO S2M33, S2M34
MOACYR EDUARDO GENEROSO BRANDAO MURTA S3M45
MOARA BORGES ARAÚJO ARRUDA S3M35
MOISÉS BARBOSA DE ANDRADE S4M34
MORENNO SALOMÃO FREITAS S3M11
MSC, JULIANA GOULART PRATA OLIVEIRA MILANI S4M55
MURILO AMATO DAVID S3M36

N - O

NÁDYA RIBEIRO CORRÊA S1M23
NATALIA DOS SANTOS OLIVEIRA S2M11, S4M42
NELLY YOLANDA QUIROGA ORTIZ S1M26
OSÉIAS DE OLIVEIRA SANTOS S1M42
OTÁVIO DE ALMEIDA MENDES S3M24

P - Q

PABLO LIMA ROCHA S1M44
PABLO PEREL TL24
PATRICIA SABINO VIEIRA DE SÁ S1M44
PATRÍCIA TAVARES FELIPE S1M35, S4M15
PAULA RABELO S2M11, S4M42
PAULO CURY REZENDE S1M45
PAULO HENRIQUE BATISTA AMORIM S3M23
PAULO HENRIQUE MOREIRA MELO TL22
PAULO HENRIQUE SANTIAGO S3M12
PAULO ROGÉRIO SOARES S1M45
PEDRO EMANUEL DE PAULA CARVALHO TL22
PEDRO FONSECA ABDO ROCHA S1M25, S2M16, S4M22, S4M26
PEDRO GUIDO SOARES ANDRADE S3M23
PEDRO HENRIQUE SCHEIDT FIGUEIREDO S3M13, S4M53, S4M56
PEDRO HENRIQUE SCHEIDT FIGUEIREDO S3M53, S3M54, S3M55, S4M51, S4M52
PEDRO LUCAS RODRIGUES S1M24, S2M21, S3M11
PEDRO MARQUES DE OLIVEIRA TRISTAO S2M31
PEDRO MARTINS OLIVEIRA S1M41
PEDRO NILO MAGALHÃES DUMONT S2M54
PEDRO ROUSSEFF S2M12
PHD, GERSON CIPRIANO JUNIOR S4M55
PHD, GRAZIELLA FRANÇA BERNARDELLI CIPRIANO S4M55
POLIANNA DELFINO-PEREIRA S2M46
PRICILA SOFIA DA ROCHA COSTA S4M55
PRISCILA DO VAL GONZAGA S1M24, S2M21
PRISCILA LENITA CANDIDA DOS SANTOS S4M31
PRISCILA NASSER DE CARVALHO KROLL S3M36

R

RAFAELA CLARA RESENDE DA SILVA S3M23
RAFAEL DE CASTRO HENDGES S1M21
RAFAEL FERREIRA PEREIRA S3M25
RAFAEL ZICA DE SOUZA LINO S4M33
RALDNER BORGES E REGES S1M11, S1M12, S1M13, S1M14, S1M16
RAUL VANZELLA DE LUCENA S4M44
RAYSSA MARCELLA VIEIRA FERREIRA S1M33, S1M51, S2M14, S2M15, S2M41, S2M42, S2M45, S3M44, S3M46, S4M21, S4M23, S4M25, S4M45
REGINALDO GONÇALVES S4M31
REGINA MARCIA FARIA DE MOURA S2M46, S4M31
REGINA SAFAR AZIZ ANTÔNIO S4M12
RENATA CRUZEIRO RIBAS S4M54
RENATA VITORIANO CORRADI GOMES S1M42
RENATO TALES GOMES S1M52
REYNALDO CASTRO MIRANDA S1M31, TL12
RHUAN BRAGA OLIVEIRA S4M43
RICARDO WANG S2M11, S4M42
RIVADAVIA FERNANDES DA SILVA NETO S1M24, S2M21
ROBERTA DE OLIVEIRA BOTELHO S3M24
ROBERTA LEÃO BASSI S1M11, S1M12, S1M13, S1M14, S1M16, S2M22
ROBERTO KALIL FILHO S1M45
ROBERTO LUIZ MARINO S1M34
ROBERTO TADEU MAGRO KROLL S3M36
RODRIGO DE CASTRO BERNARDES S1M34
RONALDO DUARTE ARAÚJO ABREU S3M22
RONI ARLEY SILVA DUQUE S4M43
ROSA MARIA RAHMI GARCIA S1M45

S

SABRINA COSTA LIMA DE ANDRADE S4M54
SANNY CRISTINA DE CASTRO FARIA S3M13, S3M53, S3M54, S3M55, S4M51, S4M52, S4M53
SANZIO DUPIM SOARES S3M35
SARHA APARECIDA DOS SANTOS S1M41
SILVANA DE ARAÚJO SILVA S4M34
SILVIO MENDES DE MAGALHÃES S2M51
SOLAYNE CRISTINA DE RESENDE SILVA S1M15, S3M41
SONIELLE DE JESUS OLIVEIRA ALBERTINO S4M11
SUELI FERREIRA DA FONSECA S2M46, S4M31

T - U

TAMARA KATINA S2M11, S2M45, S4M42
TÂNIA FÉLIX LORENZATO FONSECA PEIXOTO S2M54, S3M32
TARCILA PAOLI MARQUES MOREIRA S2M52
TATIANE PIRES DA SILVA S2M55
TATIANE PIRES DA SILVA S2M56
TERESA CRISTINA DE ABREU FERRARI S4M43
THAIANE RUBIOLI COSTA S2M32
THAIANY GOULART SOUZA-SILVA S4M34
THAÍS APARECIDA REIS LAGE S4M12
THAIS FORTUNATO MAGALHAES DE SOUZA S4M35
THAÍS LINS DE SOUZA BARROS S4M13
THALES MOURA DE BATTISTI S3M23
THALES PESSOA CHRISTO ALEIXO TL13
THAYNARA BIANCA CORDEIRO LOPES S4M14, S4M24
THIAGO BARBABELA DE CASTRO SOARES S2M46, S4M31
THIAGO MENDONÇA NUNES DE PAULA S3M45
TOBIAS KENNEDY GONÇALVES DE MATOS TL22
TOMÁS ZENÓBIO CRUZ S3M22
TULIO BATISTA FRANCO S3M25

ÍNDICE REMISSIVO

AUTOR | NÚMERO DO TEMA LIVRE

V - X

VANESSA COSTA GOMES	S2M26, S4M15
VICENTE REZENDE SILVA	S4M24
VICTORIA COELHO MATHIS	S2M32
VINICIUS RANGEL	S2M36, S2M52, S2M56, S3M12
VINICIUS RANGEL	S2M41, S2M54
VINICIUS SARMENTO VALÉRIO	S1M25, S4M26
VITOR COUTINHO ANDRADE	S1M45
VITORIA CREPALDI COSTA	S4M35
VITÓRIA DE JESUS CARVALHO	S1M41
VITTOR DE MOURA COLICCHIO	S3M13, S3M53, S3M54, S3M55, S4M51, S4M52, S4M53

W - Y - X - Z

WALDEREZ ORNELAS DUTRA	S4M34
WANESSA TORRES BERNARDES	S2M25
WANESSA VINHAL	TL21
WHADY HUEB	S1M45
WHESLEY TANOR SILVA	S3M13, S3M53, S3M54, S3M55, S4M51, S4M52, S4M53, S4M56
WILLIAM ANTÔNIO DE MAGALHÃES ESTEVES	S2M14, S2M15, S2M51, TL22
YANE CRISTINE PEREIRA ANDRADE	S2M33, S2M34
YURI ROCHA TEIXEIRA	S4M22
YZAMARA DUTRA GUERRIERI	S4M41
ZEFERINO CAMPOS DELL"ORTO	S4M41
ZILDA MARIA ALVES MEIRA	S1M11, S1M16