

XXVII

CONGRESSO DA
SOCIEDADE BRASILEIRA
DE CARDIOLOGIA DO
ESPÍRITO SANTO - SBC-ES



20 a 22

de Agosto de 2015

Hotel Eco da Floresta • Pedra Azul, Domingos Martins



SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA
DO ESPÍRITO SANTO

Hotel Eco da Floresta
Pedra Azul, Domingos Martins/ES



Índice

Mensagem da Diretoria	2
Diretoria SBC/ES	3
Galeria dos Ex-Presidentes da SBC-ES	4
Informações Gerais	5
Comissão Científica do Congresso	6
Comissão Julgadora dos Temas Livres	6
Premiação dos Melhores Temas Livres	6
Convidados Nacionais	7
Convidados Estaduais	7
Expositores	8
Programação Social	8
Simpósios Satélite	9
Programação Científica	10
Temas Livres	16



Mensagem da Diretoria

Prezados(as) colegas;

É com muita alegria que nos reunimos para mais um grande evento de nossa sociedade, o XXVII Congresso da Sociedade Brasileira de Cardiologia do Espírito Santo.

Mesmo atravessando momentos difíceis em nosso país, não podemos deixar de investir em educação médica, em qualidade e no aprimoramento científico, para que possamos nos valorizar e praticar medicina de alto nível e em prol do paciente. Por isso temos o grande prazer em recebê-los neste grande evento, para compartilhar ideias, conhecimentos e vivências. É também uma oportunidade de reencontrar grandes amigos e confraternizar. Vamos curtir o clima agradável das montanhas com nossos familiares e amigos. Na parte científica, procuramos elaborar uma programação que abordasse temas relevantes à prática clínica, ressaltando recentes avanços de nossa especialidade. Nomes importantes da cardiologia nacional estarão presentes, tornando nosso evento ainda melhor.

Agradecemos desde já a todos aqueles que tornaram possível este evento, especialmente a todas as empresas patrocinadoras. É importante que reconheçamos nossos parceiros, pois eles ajudam a tornar nossa especialidade mais forte e representativa.

O congresso é de todos e importante para a cardiologia de nosso estado. Esperamos que aproveitem ao máximo e se divirtam. Bem vindos e bom congresso !

Dr. Márcio Augusto Silva

Presidente da SBC-ES - Biênio 2014/2015

Dr^a. Fátima Cristina M. Pedroti

Diretora Científica da SBC-ES - Biênio 2014/2015



Diretoria - Biênio 2014 - 2015

Dr. Marcio Augusto Silva
Presidente

Dra. Andressa Mussi Soares
Vice-presidente

Dra. Fátima Cristina Pedroti
Diretor Científico

Dr. Bruno Molin Machado
Diretor Administrativo

Dra. Flávia Pezzim
Diretor Financeiro

Dr. Rodolpho Jacques de Melo Farinazzo
Diretor de Comunicação

Dr. Antônio Carlos Avanza Jr.
Diretor de Promoção de Saúde Cardiovascular - SBC/FUNCOR

Dr. Fabricio Otavio Gaburro
Diretor de Qualidade Assistencial



Galeria dos Ex-Presidentes da SBC-ES

- Dr. José Carone Netto
1964 - 1968
- Dr. Victor Murad
1972 - 1993
- Dr. Felipe Granja Moysés
1993 - 1995
- Dr. Jorge França
1995 - 1997
- Dr. Pedro Paulo Araujo Herkenhoff
1997 - 1999
- Dr. Adriano Carlos de S. Oliveira
1999 - 2001
- Dr. Pedro Paulo Araujo Herkenhoff
2002-2003
- Dr. Helio Monteiro de Moraes
2004-2005
- Dr. Aloir Queiroz de Araújo
2006-2007
- Dr. José Aid Soares Sad
2008-2009
- Dr. Ricardo Ryoshim Kuniyoshi
2010-2011
- Dr. Antônio Carlos Avanza Jr.
2012-2013

A Sociedade de Cardiologia do Espírito Santo agradece a todos os ex-presidentes pelos inestimáveis serviços prestados ao desenvolvimento da cardiologia capixaba.
Nossa homenagem, gratidão e reconhecimento!



Informações Gerais

- LOCAL:

Centro de Convenções do Hotel Eco da Floresta

Rod. BR 262, Km 96 - Aracê , em Pedra Azul
Domingos Martins/Espírito Santo, CEP: 29278-000.
Tel.: 27 3248-1196
Fax: 27 3248-1198

- DATA:

20 a 22 de agosto de 2015 (quinta-feira a Sábado)

- ORGANIZAÇÃO:

Sociedade Brasileira de Cardiologia do Espírito Santo

Rua Capitão Domingos Correa da Rocha, 80
Sala 617 - Ed Master Place – Santa Lúcia – Vitória-ES
Tel – 27 3315-4422 – 3315-4423
sbces@sbces.org.br

- CENTRAL DE INSCRIÇÕES:

Tel – 27 3315-4422 – 3315-4423
sbces@sbces.org.br

- MONTADORA OFICIAL:

Proven Eventos

Rua Beresford Martins Moreira, 153 Lj 01 e 02
CEP: 29020-260 - Tel: 27 3222-8792
proven@proven.com.br

- AGÊNCIA DE VIAGENS:

Imagem Turismo e Eventos

Tel.:(27) 3315-3264
Celular: (27) 99116-6266
imagemturismo1@gmail.com
luciagabeira@hotmail.com



Comissão Científica do Congresso

Dra. Andressa Mussi Soares
Dr. Antônio Carlos Avanza Jr.
Dr. Bruno Molin Machado
Dr. Fabricio Otavio Gaburro
Dra. Fátima Cristina Pedroti
Dra. Flávia Pezzim
Dr. José Airton de Arruda
Dr. Juliano Dalapiculla Gama
Dr. Luiz Fernando Machado Barbosa
Dr. Marcio Augusto Silva
Dr. Marcio Leite Rodrigues
Dr. Pedro Paulo Araujo Hekenhoff
Dr. Roberto Barbosa
Dr. Rodolpho Jacques de Melo Farinazzo
Dr. Sergio Lucio Caus

Comissão Julgadora dos Temas Livres

Dr. Andrei Sposito (SP)
Dr. Alexandre de Matos Soeiro (SP)
Dr. Fabio Fernandes (SP)
Dr. Luís Henrique W. Gowdak (SP)
Dr. Luiz Pereira de Magalhães (BA)
Dr. Roberto Esporcatte (RJ)
Dr. Silvio Henrique Barberato (PR)

Premiação de Melhores Temas Livres

- **Prêmio SOCOR** – Melhor Tema Livre Oral
- **Prêmio CENTROCOR** – Melhor Tema Livre Pôster
- **Prêmio CARDIOMED** – Melhor Tema Livre Relato de Caso



Convidados Nacionais

Dr. Adalberto Lorga Filho (S. J. Rio Preto/SP)
Dr. Álvaro Avezum (São Paulo/SP)
Dr. Claudio Tinoco Mesquita (Rio de Janeiro/RJ)
Dr. Daniel Munhoz (Campinas/SP)
Dr. Fausto Feres (São Paulo/SP)
Dr. Felix Ramires (São Paulo/SP)

Dr. Henrique Ribeiro (São Paulo/SP)
Dr. Luís Henrique Wolff Gowdak (São Paulo/SP)
Dr. Murilo Antunes (São Paulo/SP)
Dr. Paulo de Lara Lavitola (São Paulo/SP)
Dr. Raul Arrieta (São Paulo/SP)
Dr. Roberto Esporcatte (Rio de Janeiro/RJ)

Convidados Estaduais

Dra. Alessandra de Magalhães Cardoso
Dra. Aline Martins Vieira
Dra. Andressa Mussi Soares
Dr. Albermar Roberts Harrigan
Dr. Alberto de Paula Nogueira Junior
Dr. Alvaro Avezum
Dr. Antenório Aiolfi
Dr. Antônio Araujo de Castro
Dr. Antônio Carlos Avanza Jr.
Dr. Assad Miguel Sassine
Dr. Bruno Moulin Machado
Dr. Carlos Alberto Sancio Junior
Dr. Eduardo Alberto de Castro Roque
Dr. EricK Sessa Merçon
Dr. Fabrício Otavio Gaburro Teixeira
Dr. Fabrício Sarmiento Vassalo
Dra. Flavia Pezzin
Dr. Gil Gonçalves Azeredo
Dr. Hélio Monteiro de Moraes
Dr. João Eduardo Tinoco de Paula
Dr. Jorge Elias Neto
Dr. Jorge Wilian Gadioli

Dr. José Aid Soares Sad
Dr. José Airton de Arruda
Dr. José Geraldo Mill
Dr. Juliano Dallapicula Gama
Dra. Liliam Claudia Souza Angelo
Dr. Luiz Fernando Machado Barbosa
Dr. Marcio Augusto Silva
Dr. Marcos Vescovi Jr.
Dr. Melchior Luiz Lima
Dra. Mônica de Mônico Magalhães
Dr. Paulo José Ferreira Soares
Dr. Paulo Roberto Angelete Alvarez Bernardes
Dr. Pedro Paulo Araujo Herkenhoff
Dr. Renato Giestas Serpa
Dr. Renato Guilherme Pimentel
Dr. Ricardo R. Kuniyoshi
Dr. Roberto Ramos Barbosa
Dr. Rodolpho Jacques de Melo Farinazzo
Dra. Rovana Silva Agrizzi
Dr. Sergio Lucio Caus
Dra. Simone Prezotti
Dra. Tatiane Mascarenhas Santiago Emerick



Empresas Expositoras

- ASTRAZENECA
- BAYER
- BIOLAB
- BOEHRINGER
- CLINICAS DE MEDICINA NUCLEAR
- EMILCARDIO
- INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO ES
- INTERCATH MERIDIONAL

Programação Social

QUINTA-FEIRA - 20 DE AGOSTO DE 2015

- Programação Infantil durante o dia todo
- Noite do Cinema para crianças

SEXTA-FEIRA - 21 DE AGOSTO DE 2015

- Programação Infantil durante o dia todo
- Festa do Pijama
- Passeios: Cavalgada Ecológica Fjorland / Sítio dos Morangos / Monarca Defumados
(Os passeios dependem das condições meteorológicas do dia)

SÁBADO - 22 DE AGOSTO DE 2015

- Jantar de encerramento
- Programação Infantil durante o dia todo
- Noite da Discoteca e Fantasia
(As crianças que forem participar deverão levar suas fantasias)
- Passeios: Fazenda Carnieli e Sítio Lourenção



Simpósios Satélite

DIA 21/08/2015 (SEXTA-FEIRA)

12:00 - 13:00: Simpósio Satélite: Clínicas de Medicina Nuclear

CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO MIOCÁRDICA: "Estado da Arte e seu Papel na Nova Era"
(CPM no diagnóstico, prognóstico, estratificação e conduta terapêutica na DAC)

Palestrante: Prof. Dr. Claudio Tinoco Mesquita (RJ)

18:00 - 19:00: Simpósio Satélite: Intercath Meridional

- Tratamento percutâneo da Insuficiência Mitral: "MitraClip em debate"

Palestrante: Dr. Henrique Ribeiro (SP)

- Tomografia de Coerência Ótica (OCT) nas SCA - aspectos práticos.

Palestrante: Dr. José Airton Arruda (ES)

- Casos clínicos complexos - O clínico opina!

Palestrante: Dr. Bruno Moulin Machado (ES)

DIA 22/08/2015 (SÁBADO)

12:00-13:00: Simpósio Satélite: Instituto de Cardiologia do ES

2015: A Cardiologia Intervencionista em 4 Tópicos

12h às 12h 30min

1. Angioplastia de Tronco de Coronária Esquerda: Quebrando tabus

2. Stents Absorvíveis: Do sonho a realidade

3. Podemos reduzir o tempo da dupla antiagregação plaquetária após angioplastia?

Palestrante: Dr. Fausto Feres (SP)

12h 30min às 12h 50min

4. Cardiopatias Congênitas e Estruturais:

Simplificando a abordagem rumo a excelência.

Palestrante: Dr. Raul Arrieta (SP)

12h 50min às 13h: Debate



Programação Científica

QUINTA-FEIRA - DIA 20 DE AGOSTO DE 2015

13:30 - 18:00: CURSO: INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E MIOCARDIOPATIAS

Moderadores:

Dr. Jorge Wilian Gadioli (ES)

Dr. Álvaro Avezum (SP)

13:30-13:50: Tratamento não medicamentoso da IC: o que muda o prognóstico?

Palestrante: Dr. Luiz Fernando Machado Barbosa (ES)

10 minutos de discussão

14:00 - 14:20: Novos métodos complementares no diagnóstico da IC

Palestrante: Dr. Murilo Antunes (SP)

10 minutos de discussão

14:30 - 14:50: Tratamento da IC Sistólica: o que há de novo?

Palestrante: Dr. Felix Ramires (SP)

10 minutos de discussão

15:00 - 15:20: Insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada: como tratar?

Palestrante: Dr. Murilo Antunes (SP)

10 minutos de discussão

15:30 - 16:00: Intervalo

16:00 - 16:20: Miocardites: como diagnosticar e tratar?

Palestrante: Dr. Felix Ramires (SP)

10 minutos de discussão

16:30 - 16:50: Miocardiopatia Hipertrófica: como estratificar o paciente de risco?

Palestrante: Dr. Murilo Antunes (SP)

10 minutos de discussão

17:00 - 17:20: Terapia de Ressincronização Ventricular: quando indicar e o que esperar?

Palestrante: Dr. Ricardo R. Kuniyoshi (ES)

10 minutos de discussão



Programação Científica

17:30 - 17:50: Dispositivos de assistência Ventricular: Uma realidade distante?

Palestrante: Dr. Assad Miguel Sassine (ES)

10 minutos de discussão

20:00: SOLENIDADE DE ABERTURA: CONFERENCIA DE ABERTURA:

"Espiritualidade em Saúde e Doença Cardiovascular"

Palestrante: Dr. Álvaro Avezum (SP)

SEXTA-FEIRA - DIA 21 DE AGOSTO DE 2015

08:30 - 10:30: Respostas Rápidas

Presidente: Dra. Liliam Claudia Souza Angelo (ES)

Moderador: Dra. Mônica de Mônico Magalhães (ES)

08:30 - 08:40: Hipertensão Arterial resistente ou má aderência ao tratamento: como diferenciar no consultório?

Palestrante: Dr. Antônio Carlos Avanza Jr. (ES)

10 minutos de discussão

08:50 - 09:00: Dupla antiagregação plaquetária após Stent farmacológico: por quanto tempo?

Palestrante: Dr. João Eduardo Tinoco de Paula (ES)

10 minutos de discussão

09:10 - 09:20: Dor torácica provavelmente anginosa na emergência: qual o método usar?

Palestrante: Dr. Marcos Vescovi Jr. (ES)

10 minutos de discussão

09:30 - 09:40: Intolerância as estatinas: quais as alternativas atuais?

Palestrante: Dr. Daniel Munhoz (SP)

10 minutos de discussão

09:50 - 10:00: Quando tratar extrassístoles ventriculares?

Palestrante: Dr. Adalberto Lorga Filho (SP)

10 minutos de discussão



Programação Científica

10:10 - 10:20: Quais os cuidados ao prescrever antidepressivos ao cardiopata?

Palestrante: Dr. Pedro Paulo Araújo Herkenhoff (ES)

10 minutos de discussão

10:30 - 11:00: Intervalo / Visita aos Stands

Sessão Temas Livres Pôsters

Moderadores:

Dra. Tatiane Mascarenhas Santiago Emerick (ES)

Dr. Roberto Ramos Barbosa (ES)

Dra. Andressa Mussi Soares (ES)

Dr. Juliano Dallapicula Gama (ES)

11:00 - 11:30: Conferência: "Estratificação de risco cardiovascular em cirurgia não cardíaca"

Moderador: Dr. José Aid Soares Sad (ES)

Palestrante: Dr. Luís Henrique W. Gowdak (SP)

11:30 - 12:00: Conferência: "Prevenção de AVC na Fibrilação Atrial"

Moderador: Dr. Fabricio Sarmiento Vassalo (ES)

Palestrante: Dr. Adalberto Lorga Filho (SP)

12:00 - 13:00: Simpósio Satélite - Clinicas de Medicina Nuclear

14:00 - 15:00: Sessão Tema Livre Oral

Moderadores:

Dr. José Geraldo Mill (ES)

Dr. Márcio Augusto Silva (ES)

15:00 - 16:30: Mesa Redonda: Risco cardiovascular

Moderador: Dr. Luís Henrique W. Gowdak (SP)

Moderador: Dr. Renato Guilherme Pimentel Tovar (ES)

15:00 - 15:15: Qual o melhor escore a ser utilizado?

Palestrante: Dr. Eduardo Alberto de Castro Roque (ES)

15:15 - 15:30: Como tratar o paciente dislipidêmico de baixo risco?

Palestrante: Dr. Daniel Munhoz (SP)



Programação Científica

15:30 - 15:45: Como o cardiologista deve tratar o paciente diabético?

Palestrante: Dr. Albermar Roberts Harrigan (ES)

15:45 - 16:00: Tratar a Apnéia do sono muda o risco cardiovascular?

Palestrante: Dra. Simone Prezotti (ES)

16:00 - 16:30: Discussão

16:30 - 17:00: Intervalo / Visita aos Stands

Sessão Temas Livres - Pôsteres Relatos de Casos

Moderadores:

Dr. Rodolpho Jacques de Melo Farinazzo (ES)

Dra. Rovana Silva Agrizzi (ES)

17:00 - 18:00: Painel: Cardiogeriatría

Moderadores:

Dr. Sergio Lucio Caus (ES)

Dr. Antonio Araujo de Castro (ES)

17:00 - 17:15: Hipertensão arterial no idoso: qual o melhor esquema terapêutico?

Palestrante: Dr. Antonio Carlos Avanza Jr. (ES)

5 minutos de discussão

17:20 - 17:35: Dificuldades no uso de antiplaquetários e anticoagulantes

Palestrante: Dr. Daniel Munhoz (SP)

5 minutos de discussão

17:40 - 17:55: Como abordar a disautonomia nesta faixa etária?

Palestrante: Dr. Jorge Elias Neto (ES)

5 minutos de discussão

18:00 - 19:00: Simpósio Satélite - Intercath Meridional



Programação Científica

SÁBADO - DIA 22 DE AGOSTO DE 2015

08:30 - 10:00: PAINEL: VALVOPATIAS

Moderadores:

Dr. Hélio Monteiro de Moraes (ES)

Dr. Paulo José Ferreira Soares (ES)

Dr. Carlos Alberto Sancio Junior (ES)

08:30 - 08:45: Impacto das novas diretrizes da ecocardiografia na indicação cirúrgicas das valvopatias

Palestrante: Dr. Paulo Roberto Angelete Alvarez Bernardes (ES)

08:45 - 09:00: Estenose aórtica com indicação de intervenção: Qual é a melhor opção?

Palestrante: Dr. Paulo de Lara Lavitola (SP)

09:00 - 09:15: Alternativas para o tratamento das disfunções de prótese valvares

Palestrante: Dr. Henrique Ribeiro (SP)

09:15 - 09:30: Insuficiência mitral: definindo gravidade e momento da intervenção

Palestrante: Dr. Paulo de Lara Lavitola (SP)

09:30 - 10:00: Discussão

10:00 - 10:30: Intervalo / Visita aos Stands

Sessão Temas Livres Pôsters

Moderadores:

Dr. Erick Sessa Merçon (ES)

Dr. Gil Gonçalves Azeredo (ES)

Dra. Alessandra de Magalhães Cardoso (ES)

Dr. Alberto de Paula Nogueira Junior (ES)

10:30 - 11:30: Sessão Temas Livres Orais

Moderadores:

Dr. Antenorio Aiolfi (ES)

Dra. Aline Martins Vieira (ES)



Programação Científica

11:30 - 12:00: Conferência: "Revascularização miocárdica no paciente com fração de ejeção baixa: Qual é o melhor método?"

Moderador: Dr. Fabricio Otavio Gaburro Teixeira (ES)

Palestrante: Dr. Roberto Esporcatte (RJ)

12:00 - 13:00: Simpósio Satélite – Instituto de Cardiologia do ES

14:00-16:00: Mesa Redonda: DAC Crônica

Moderador: Dr. Bruno Moulin Machado (ES)

Moderadora: Dra. Flavia Pezzin (ES)

14:00 - 14:15: Quando e como devemos pesquisar isquemia miocárdica em pacientes com DAC estável?

Palestrante: Dr. Luis Henrique W. Gowdak (SP)

14:20 - 14:35: Quando indicar FFR ou IVUS?

Palestrante: Dr. José Airton de Arruda (ES)

14:40 - 15:55: O que consideramos terapia farmacológica otimizada?

Palestrante: Dr. Roberto Esporcatte (RJ)

15:00 - 15:15: Quando indicar intervenção cirúrgica?

Palestrante: Dr. Melchior Luiz Lima (ES)

15:20 - 15:35: Ainda há espaço para intervenção percutânea?

Palestrante: Dr. Renato Giestas Serpa (ES)

15:40 - 16:10: Discussão

16:30 - 17:30: Assembléia SBCEs



Temas Livres

Dia: 21/08/2015 - Sexta-feira

Horário: 10:30 - 11:00

Local: Salão do Centro Convenções do Hotel Eco da Floresta

Apresentação: Pôster Eletrônico

41608

Uso de Dispositivo de Assistência Ventricular Percutânea (Impella®) na ablação por cateter de taquicardia ventricular hemodinamicamente instável.

MARCIO AUGUSTO SILVA, DIEGO VENÂNCIO,
JORGE ELIAS NETO e RICARDO RYOSHIM KUNIYOSHI

*Vitória Apart Hospital, Serra, ES, BRASIL - Clínica do Ritmo,
Vitoria, ES, BRASIL.*

A ablação por cateter de taquicardia ventricular sustentada (TVS) pode ser o único recurso para tratar pacientes cardiopatas graves, que se apresentam em “tempestade elétrica”, com múltiplas terapias do Cardioversor-Desfibrilador Implantável (CDI). Entretanto, nestas situações, o procedimento pode falhar, devido à instabilidade hemodinâmica provocada pela TVS, que impede seu mapeamento e ablação. Neste relato, descrevemos caso de paciente do sexo masculino, 67 anos, portador de cardiopatia isquêmica grave, que apresentava TVS recorrente, mal tolerada, refratária ao tratamento clínico otimizado e amiodarona em altas doses. Vinha apresentando terapias (choques e ATPs) sucessivos do CDI, com várias internações em UTI e consequente piora da classe funcional. Após serem afastadas causas reversíveis, foi submetido a tentativa de ablação por cateter, sem sucesso – impossibilidade de mapeamento devido à instabilidade hemodinâmica (TVS sem pulso) e persistência de TVS após ablação extensa do substrato, guiada por Mapeamento Eletroanatômico (MEA). Nova sessão de ablação foi realizada, utilizando suporte circulatório através de Dispositivo de Assistência Ventricular Percutânea (DAVP) – Impella®. Este dispositivo, introduzido por artéria femoral esquerda e posicionado entre a aorta e o ventrículo esquerdo, forneceu fluxo de 4 a 4,5 l/min e permitiu débito sistêmico adequado durante o mapeamento da TVS. O posicionamento do DAVP foi guiado por ecocardiograma transesofágico. A ablação, guiada por MEA, foi realizada por via endocárdica e epicárdica e pôde interromper a arritmia clínica. Atividade cerebral foi monitorada por BIS® (“Noninvasive

Bispectral Electroencephalogram”), servindo de parâmetro indireto da perfusão cerebral. Não houveram complicações. Em 4 meses de seguimento, nenhuma TVS ou terapia do CDI foram registradas. Trata-se do primeiro caso do estado de uso do DAVP para procedimentos de eletrofisiologia.

41609

Análise das complicações neonatais e maternas na gravidez de mulheres portadoras de cardiopatias atendidas em um hospital escola de Vitória – ES

AFONSO DALMAZIO SOUZA MARIO, FERNANDO AUGUSTO
ROZARIO GARCIA, RENAN BARRETO DA SILVA CAMINHA,
ROBERTO RAMOS BARBOSA, RENATO GIESTAS SERPA,
LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA
e OSMAR ARAUJO CALIL

EMESCAM, Vitória, ES, BRASIL.

Introdução: A gestação, ao modificar a fisiologia materna, promove alterações no corpo da mulher e por vezes, esses fenômenos podem agravar quadros mórbidos prévios como as cardiopatias. A doença cardíaca permanece como a principal causa não obstétrica de mortalidade materna no ciclo gravídico puerperal, além de predispor o neonato à complicações. Objetivo: Analisar as complicações neonatais e maternas na gravidez de mulheres com cardiopatias. Métodos: Pesquisa aplicada, exploratória, quantitativa, sendo realizado estudo de série de casos, com coleta de dados retrospectiva por meio de prontuários. A amostra foi composta por gestantes cardiopatas atendidas no ambulatório de Obstetrícia e Cardiologia de um hospital escola de janeiro de 2005 até janeiro de 2014. Foram analisadas a incidência de complicações na gravidez, em relação à mãe e ao neonato. Resultados: No total foram acompanhadas 15 gestantes. Não ocorreram mortes maternas ou neonatais. O pré-natal de todas as gestantes iniciou no primeiro trimestre e todas as gestações foram a termo.

Cardiopatias maternas analisadas:	
Persistência do canal arterial não corrigida	1
Persistência do canal arterial corrigida	1
Estenose mitral associado à dupla lesão aórtica	1
Insuficiência aórtica associado à insuficiência mitral (IM)	1
Prótese mecânica mitral e aórtica	1
Estenose pulmonar	1
Comunicação interventricular corrigida associada à IM isolada	1
Prolapso valvar mitral (PVM)	4
Síndrome de marfan (PVM associado à IM)	1
Síndrome de marfan (prótese mecânica aórtica, PVM e IM)	1



Temas Livres

Das 15 gestantes acompanhadas, 10 não tiveram complicações durante a gestação. Complicações maternas registradas: um caso de trombose venosa profunda, um caso com oligodramnio, descolamento prematuro placenta e diabetes gestacional, um caso de arritmia e um caso de pré-eclâmpsia. Com relação aos neonatos: um possuía baixo peso, quatro peso insuficiente e nove peso adequado. Três recém nascidos precisaram de internação na unidade de terapia intensiva neonatal, sendo que um apresentou história materna de estenose mitral e dois de insuficiência mitral. Conclusão: A realização do pré-natal foi eficaz para redução de eventos cardiovasculares na gravidez, diminuindo a mortalidade e morbidade materno-fetal. Mesmo a gestação para pacientes portadoras de cardiopatias sendo um evento com potencial para descompensação hemodinâmica, o acompanhamento especializado previne eventos graves.

TL_41611

Causas incomuns de bloqueio atrioventricular total.

JORGE ELIAS NETO, MARCIO AUGUSTO SILVA,
ERICK SESSA MERÇON e RICARDO RYOSHIM KUNIYOSHI

*Centrocor, Vitória, ES, BRASIL - Clínica do Ritmo, Vitória, ES,
BRASIL - Vitória Apart Hospital, Serra, ES, BRASIL.*

Intoxicação por drogas, doença coronária e processos degenerativos são as causas mais comuns de bloqueio atrioventricular total (BAVT). Entretanto, causas mais raras podem estar presentes e interferir diretamente no tratamento e indicação de implante de marca-passo (MP) definitivo. Objetivo: Relatar dois casos incomuns de BAVT para os quais a definição etiológica foi fundamental para definir a proposta terapêutica mais apropriada.

Caso 1 – Paciente masculino, 45 anos, com história de cansaço há 2 semanas e palpitação bradicárdica. Eletrocardiograma de 12 derivações (ECG) com BAV avançado. O teste ergométrico demonstrou BAVT com QRS largo. Ecocardiograma e cineangiogramas normais. História de dores articulares há meses. Provas inflamatórias alteradas. Ressonância magnética (RM) e cintilografia óssea demonstrando sacroileíte importante. Pesquisa positiva para Espondilíte Anquilosante (HLA B27 alterado). Submetido à pulsoterapia com normalização da condução AV. Permanece assintomático, com BAV de 1º grau com seguimento clínico de 3 anos. Caso 2 – Paciente masculino, 39 anos, com história de cansaço progressivo há 3 meses.

Internado em insuficiência cardíaca e com sintomas de tontura e mal estar. O ECG mostrava BAVT. Ecocardiograma com presença de dilatação das 4 câmaras, hipocontratilidade difusa do ventrículo esquerdo (VE) e FE=34%. A RM mostrou câmaras direitas (VD) e dilatação moderada a importante do VE com disfunção sistólica moderada. Aspecto infiltrativo com realce tardio comprometendo todo VD em vários segmentos do VE (mesocárdio e sub-epicárdio). A tomografia de tórax mostrou múltiplos linfonodos e nódulos peri-linfáticos e mediastinais, espessamento intersticial peri-bronquico compatível com o diagnóstico de Sarcoidose. O paciente foi encaminhado para implante de cardioversor-desfibrilador implantável (CDI) e realizou pulsoterapia com melhora significativa da função ventricular e das alterações pulmonares. Meses após o implante do CDI apresentou síncope por Taquicardia Ventricular, revertida pelo CDI (choque apropriado). Conclusão: A identificação da etiologia do BAVT nestes pacientes possibilitou traçar a estratégia mais adequada de tratamento, de acordo com a patologia de base.

TL_41754

Infarto agudo do miocárdio com oclusão simultânea de duas artérias coronárias.

ROVENNA CASAGRANDE, CARINA L. MATTOS,
EDUARDO M. G. OLIVEIRA e FLÁVIA PEZZIN

Hospital Evangélico de Vila Velha, Vila Velha, ES, BRASIL.

Introdução: As doenças cardiovasculares possuem grande importância nos indicadores de morbi-mortalidade no Brasil, sendo a primeira causa de mortalidade proporcional a doença isquêmica do coração. Apesar dessa elevada incidência, o comprometimento miocárdico simultâneo devido a oclusão de dois vasos no Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST) é pouco descrito na literatura e com relativamente poucos relatos de casos expostos.

Objetivo: Descrever o caso de um paciente com IAMCSST com dois vasos culpados.

Resumo: Paciente de 59 anos, hipertenso, ex-tabagista, internado devido a quadro de dor precordial em aperto, de início súbito, em repouso, de forte intensidade iniciada no dia 30/03/2015 às 05h30min. Exame físico: Aparelho cardiovascular= RCR 2t BNF sem sopros, FC= 90 bpm, PA= 130/80 mmhg,



Temas Livres

Aparelho respiratório= MVF sem RA, eupneico em ar ambiente. Eletrocardiograma inicial com Supra Desnivelamento do segmento ST de parede inferior e anterior (Supra de ST típico em duas paredes concomitantes). Cineangiogramia evidenciando oclusão total no terço proximal de CD, com trombo intra-luminal e oclusão total no terço médio logo após a origem do primeiro ramo diagonal de DA. Realizada angioplastia primária para CD (2 stents convencionais) e para DA (com balão, leito distal de muito fino calibre) com sucesso. Durante a internação programada angioplastia estagiada. Realizada, em segundo tempo, angioplastia com implante de 1 stent convencional com sucesso para o ramo VP da artéria coronária direita no dia 08/04/2015. Teve boa evolução com monitorização da função renal após procedimento. No dia 10/04/2015 recebeu Alta Hospitalar com encaminhamento para o Ambulatório de Cardiologia.

Discussão: O IAM apesar de ser uma enfermidade de alta letalidade, principalmente em se tratando de um infarto extenso, como o paciente em foco, que particularmente apresentou dois vasos culpados, o seu manejo conta com opções terapêuticas, com eficácia tempo-dependente.

TL_41801

Variabilidade da frequência cardíaca de amputados transfemorais.

THANYZE A. V. ZOCCOLI, CAMILA C ALMEIDA,
BRUNA S. SOUSA, DANIELLA C. ORNELAS,
JULIANA M. SIQUEIRA e VERA R. F. S. MARÃES

Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Introdução: O sistema nervoso autônomo (SNA) possui grande influência sobre o controle do sistema cardiovascular, onde a partir de informações aferentes formulam-se respostas simpáticas e parassimpáticas capazes de modificar a frequência cardíaca (FC). As alterações na FC são definidas como variabilidade da frequência cardíaca (VFC) e são respostas esperadas que indicam a capacidade do coração em adaptar-se aos diversos estímulos intrínsecos e extrínsecos [1]. Objetivo: Comparar o controle autônomo de indivíduos amputados transfemorais na condição de repouso de pé e durante o teste de caminhada de seis minutos (TC6M) por meio da análise linear e não linear da variabilidade da frequência cardíaca (VFC). Material e métodos: Foram estudados 7 voluntários, os

quais os dados relativos a VFC foram coletados e armazenados utilizando um monitor cardíaco (POLAR-S800) durante as posições supina, sentada e ortostática por 10 minutos cada. Os índices rMSSD e pNN50 foram utilizados como representantes parassimpáticos no domínio do tempo e os índices BF (Baixa frequência), AF (Alta frequência) e BF/AF (Relação baixa/ alta frequência) no domínio da frequência, indicadores do sistema simpático, parassimpático e do balanço simpato-vagal respectivamente. Além disso, os índices SD1 e SD2 foram utilizados como representantes parassimpático instantâneo e de longo prazo, respectivamente e os índices $\alpha 1$ e $\alpha 2$, indicadores de normalidade do sistema cardiovascular, também instantâneo e de longo prazo e ainda o valor da entropia aproximada (ApEn) indicador do nível de desorganização do sistema. Para a análise estatística foi utilizado o teste Mann U para variáveis não paramétricas no programa SPSS (SPSS (Statistical Package for Social Sciences, Chicago, IL, USA) versão 18 e os dados coletados foram analisados utilizando o programa Kubius (Kubios HRV 2.1 release). Resultados: Não foram observadas diferenças significativas no domínio do tempo e frequência para as condições de repouso e exercício e na maioria dos índices relativos à análise não linear. Entretanto, a atividade parassimpática a longo prazo (SD2) parece ser menor na condição de exercício, em conjunto com uma menor desorganização do sistema (ApEn). Conclusão: Como não foram observadas diferenças na modulação simpática, é possível dizer que o ajuste autônomo é majoritariamente em virtude da retirada da modulação parassimpática e pode não decorrer do aumento da atividade simpática nesses indivíduos.

TL_41828

Estratégias de prevenção de nefropatia relacionada ao uso de contraste em pacientes submetidos a cinerorangiografia.

CAROLINA FREITAS BORLOT, FERNANDA BENTO DE OLIVEIRA,
ANDRE SOUZA BRANDÃO, LARISSA SOUZA LOPES COSTA,
VIVIANE DE ARAUJO COUTINHO, BIANCA DADALTO,
ANTENÓRIO AIOLFI, PATRICIA FERREIRA DOS SANTOS,
MARCOS VIANNA VESCOVI JUNIOR, EDUARDO ROQUE
e FATIMA CRISTINA MONTEIRO PEDROTI

Hospital Metropolitano, Serra, ES, Brasil.

CENÁRIO: A ocorrência de lesão renal aguda implica em piora importante do prognóstico em pacientes submetidos a exames



Temas Livres

contrastados.

Objetivo: Avaliar a eficácia de protocolo de prevenção para nefropatia por contraste em diminuir a ocorrência de lesão renal aguda e necessidade de hemodiálise.

Métodos: Estudo coorte, com dados coletados no banco de dados da instituição, onde avaliamos a eficácia de protocolo de prevenção para nefropatia por contraste em diminuir a ocorrência de lesão renal aguda e necessidade de hemodiálise. O protocolo avalia o risco de lesão renal aguda e preconiza a infusão de solução de 150ml de bicarbonato de sódio a 8,4% diluídos em 850ml de água destilada nos pacientes de risco intermediário ou maior. Usa-se 3ml/kg 1 hora, da solução bicarbonatada, antes do procedimento e manutenção 1ml/kg/h até o término da infusão. Nós avaliamos 416 pacientes entre junho 2011 e dezembro de 2013. Os pacientes foram classificados como risco baixo (206), intermediário (117), alto (52) e muito alto (41) de desenvolver lesão renal aguda. Os dados analisados são de exames para diagnóstico e terapêuticos. Foi analisado a creatinina no dia do procedimento e 48h depois.

Resultados: A incidência de lesão renal aguda era esperada em 69 pacientes e ocorreu em 14 pacientes ($p < 0,0001$) e necessidade de hemodiálise esperava-se em 9 pacientes e ocorreu em 2 casos ($p < 0,0001$).

Conclusão: O protocolo de prevenção de nefropatia com solução usando bicarbonato de sódio a 8,4% foi efetivo em reduzir a ocorrência esperada de lesão renal aguda e hemodiálise.

TL_41829

Perfil epidemiológico de pacientes atendidos em uma unidade de dor torácica usando diferentes escores de risco.

BIANCA DADALTO, FERNANDA BENTO DE OLIVEIRA,
CAROLINA FREITAS BORLOT, ELIANE MARIA, ANDRE SOUZA
BRANDÃO, LARISSA SOUZA LOPES COSTA, VIVIANE DE
ARAUJO COUTINHO, ANTENÓRIO AIOLFI, MARCOS VIANNA
VESCOVI JUNIOR, EDUARDO ROQUE e FATIMA CRISTINA
MONTEIRO PEDROTI

Hospital Metropolitan, Serra, ES, Brasil.

Objetivo: Descrever as características de pacientes em que foi aberto protocolo de dor torácica, identificando-se suas características básicas e a mortalidade em 30 dias.

Métodos: Avaliamos 1090 pacientes em que foi aberto protocolo de dor torácica de abril à dezembro de 2014. Analisamos características basais, antecedentes pessoais, modalidade de apresentação da SCA, medicamentos de uso prévio, TIMI risk e Grace Risk. Os pacientes foram divididos em grupos conforme a avaliação inicial em baixo risco de morte (BR-598 pacientes), risco intermediário (RI-208 pacientes) e alto risco (AR-284 pacientes).

Resultados: A idade foi significativamente diferente nos 3 grupos, BR($41,9 \pm 13,8$), RI($53,8 \pm 13,6$) e AR($58,8 \pm 16,4$). O percentual de pacientes do sexo masculino foi respectivamente 48%(BR) 52%(RI) e 53% (AR). A prevalência de HAS foi 30,6%(BR) 72%(RI) e 80%(AR). A Prevalência de DM foi 45,1%(RI) e 27%(AR). A prevalência de dislipidemia foi 14%(BR), 66,3%(RI) e 61,6%(AR). A prevalência de tabagismo foi 5,8%(BR), 12,5%(RI) e 12,3%(AR). A prevalência de sedentarismo foi 39,2%(BR), 70,2%(RI) e 69,3%(AR). O percentual de pacientes em uso de AAS na apresentação foi 10%(BR), 31,7%(RI) e 41%(AR). Os pacientes do grupo BR foram classificados de acordo com TIMI (90,7% baixo risco(br), 8% risco intermediário(ri) e 1,3% alto risco(ar)), no grupo RI (35%(br), 61,5%(ri) e 2,5%(ar)) e no grupo AR (17%(br), 38%(ri) e 43%(ar)). Quando classificados com Grace o grupo BR (95,8% baixo risco morte em 30 dias e 4,2% como risco intermediário). No grupo Intermediário risco (85% com baixo risco e 15% com risco intermediário) e no grupo de Alto risco (baixo risco 39,6%, intermediário 37,4% e alto risco 23%). A mortalidade em 30 dias foi 0,8% no grupo de baixo risco, 2,4% no grupo de risco intermediário e 5,2% no grupo de alto risco.

Conclusão: Por meio deste registro apresentamos uma descrição de pacientes que foram estratificados por dor torácica, avaliando características demográficas com diferentes métodos de estratificação de risco pelos escores mais usados atualmente. A mortalidade encontrada encontra-se dentro da esperada pelos registros Internacionais.

TL_41835

Perfil clínico-epidemiológico e desfechos adversos de pacientes acompanhados em uma Clínica de Insuficiência Cardíaca de Vitória-ES

CAMILA CARONE RAMOS NASCIMENTO, ROBERTO RAMOS
BARBOSA, OSMAR ARAUJO CALIL, TIAGO DE MELO JACQUES,
RENATO GIESTAS SERPA, ANDRESSA CORTELETTI
e LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA



Temas Livres

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia, Vitória, ES, BRASIL - Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, ES, BRASIL.

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é considerada, atualmente, um problema epidêmico em progressão. O surgimento de unidades clínicas, com equipes multidisciplinares especializadas no tratamento da IC, vem proporcionando melhores índices de adesão e resultados clínicos relevantes. O objetivo do presente estudo é analisar a atual situação dos pacientes inseridos em uma clínica de insuficiência cardíaca (CIC) de um Hospital-Escola de Vitória-ES. **Métodos:** Estudo retrospectivo descritivo que incluiu pacientes com IC com fração de ejeção reduzida acompanhados na Clínica de IC de um hospital-escola entre 2009 e 2015. Foram analisados os dados clínicos, ecocardiográficos e desfechos adversos no seguimento tardio. As variáveis categóricas foram descritas como frequência absoluta e percentual, e as contínuas, como média e desvio-padrão. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. **Resultados:** Foram incluídos 64 pacientes, com tempo médio de seguimento na CIC de $34,2 \pm 10$ meses, média de idade de $63,4 \pm 18$ anos, sendo 38 (59,4%) do sexo masculino. Encontrou-se na amostra prevalência de hipertensão de 78%, diabetes mellitus 37,5%, dislipidemia 48,4%, tabagismo atual 10,9%, doença renal crônica 9,4%, fibrilação atrial 28,1%, com média de peso de $68,8 \pm 15,3$ Kg, altura $1,58 \pm 0,10$ m e IMC $27,6 \pm 3,4$ Kg/m². Na última consulta, observou-se taxa de uso de betabloqueador de 96,9%, inibidor da ECA ou bloqueador do receptor de angiotensina 98,4% e espirolactona 81,2%. O número de pacientes em classe funcional I ou II foi de 20 (31,2%) na primeira consulta e de 47 (73,4%) na última consulta ($p=0,01$). A fração de ejeção média foi $37,4 \pm 10\%$ na primeira consulta e $41,4 \pm 11\%$ na última consulta ($p=0,02$). Sofreram hospitalizações no período 29 pacientes (45,3%), infarto do miocárdio 15 pacientes (23,4%), acidente vascular encefálico 6 pacientes (9,4%), e a mortalidade total foi de 6,2% (4 pacientes). **Conclusões:** A população portadora de IC possui elevado perfil de risco e alta taxa de eventos adversos, necessitando de rigorosa adesão aos tratamentos existentes. Apesar da alta prevalência de comorbidades, a amostra estudada apresentou melhora de classe funcional e de fração de ejeção ao longo do seguimento. O acompanhamento prolongado e assíduo na CIC pode promover otimização terapêutica e atenção multiprofissional, com melhora de sintomas e incremento prognóstico.

Dia: 21/08/2015 – Sexta-feira

Horário: 14:00 - 15:00

Local: Auditório do Centro de Convenções do Hotel Eco da Floresta

Apresentação: Oral

TL_41720

Comparação do tempo de fluoroscopia durante cateterismo cardíaco pelas vias radial e femoral.

ROBERTO RAMOS BARBOSA, FELIPE BORTOL CESAR, VINICIUS FRAGA MAURO, RENATO GIESTAS SERPA, DENIS MOULIN DOS REIS BAYERL, WALKIMAR URURAY GLORIA VELOSO, ROBERTO DE ALMEIDA CESAR e PEDRO ABILIO RIBEIRO RESECK

*Hospital Evangélico de Vila Velha, Vila Velha, ES, BRASIL
Instituto de Cardiologia do Espírito Santo, Vitória, ES, BRASIL.*

Introdução: O uso da via radial em intervenções cardíacas associa-se à redução das complicações vasculares, porém requer maior curva de aprendizado e pode aumentar a exposição do paciente e da equipe à radiação ionizante. Este estudo teve como objetivo avaliar o tempo de fluoroscopia, como variável substituta para a exposição à radiação, durante cateterismo cardíaco diagnóstico pelas vias radial e femoral.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional que incluiu pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco entre julho de 2013 e outubro de 2014. Foram comparados os Grupos Radial e Femoral quanto ao tempo total do procedimento, tempo de fluoroscopia, relação tempo de fluoroscopia/tempo do procedimento e complicações vasculares. Foram utilizados o teste qui quadrado de Pearson, teste exato de Fisher e teste t de Student, sendo considerados estatisticamente significativos valores de $p < 0,05$

Resultados: Foram incluídos 1.915 procedimentos consecutivos, sendo 11,2% realizados por via radial e 88,8% realizados por via femoral. Observou-se predomínio do sexo masculino no Grupo Radial (80% vs. 54,1%; $p < 0,01$), mas a média de idades ($61,6 \pm 9,7$ vs. $62,4 \pm 11,6$; $p = 0,13$), o tempo do procedimento ($8,7 \pm 3,8$ vs. $8,1 \pm 4,1$ minutos; $p = 0,91$), o tempo de fluoroscopia ($4,8 \pm 2,7$ vs. $4,1 \pm 2,6$ minutos; $p = 0,89$), a relação tempo de fluoroscopia/tempo do procedimento ($0,56 \pm 0,24$ vs. $0,49 \pm 0,32$; $p = 0,89$) e as complicações maiores (0,0% vs. 0,3%; $p = 0,55$) foram semelhantes entre os grupos.



Temas Livres

Conclusões: O tempo total de execução do procedimento, o tempo de fluoroscopia utilizado e a relação tempo de fluoroscopia/tempo do procedimento foram semelhantes entre os grupos Radial e Femoral. A utilização da via radial para procedimentos diagnósticos em Cardiologia Intervencionista pode ser feita com um tempo de procedimento aceitável por operadores experientes, sem aumentar a exposição radiológica do paciente e da equipe, e com baixa incidência de complicações.

TL_41827

Impacto da prova isquêmica em pacientes de risco baixo a moderado e taxa de readmissão em 30 dias em unidade de dor torácica.

FERNANDA BENTO DE OLIVEIRA, CAROLINA FREITAS BORLOT,
ANDRE SOUZA BRANDÃO, BIANCA DADALTO, VIVIANE DE
ARAUJO COUTINHO, LARISSA SOUZA LOPES COSTA,
ANTENÓRIO AIOLFI, MARCOS VIANNA VESCOVI JUNIOR,
EDUARDO ROQUE e FATIMA CRISTINA MONTEIRO PEDROTI

Hospital Metropolitano, Serra, ES, Brasil.

Objetivo: Avaliar o impacto da realização de prova funcional na ocorrência de readmissões em 30 dias por dor torácica em pacientes avaliados como baixo ou intermediário risco de morte.

Métodos: Avaliamos 506 pacientes em que foi aberto protocolo de dor torácica de abril à dezembro de 2014. Os dados foram coletados em software desenvolvido na instituição e os pacientes foram contactados em 30 dias após o atendimento. Analisamos características basais, antecedentes pessoais, modalidade de apresentação da SCA, alterações eletrocardiográficas. Os pacientes de alto risco, com dor definitivamente não anginosa e os casos em que o protocolo foi cancelado foram excluídos. Os pacientes foram divididos em dois grupos – entre aqueles que realizaram prova isquêmica antes da alta hospitalar e aqueles em que receberam alta para avaliação funcional posterior.

Resultados: Em 98 pacientes foi realizado avaliação isquêmica antes da alta hospitalar e 408 pacientes receberam alta com orientação para avaliação posterior. No grupo que fez prova isquêmica ainda na internação havia um percentual maior de pacientes com hipertensão arterial (53% x 35% - p <0,001), dislipidemia (43% x 26,7% - p <0,05) e doença do refluxo gastro

esofágico (27% x 10,7% - p 0,04). Os pacientes que fizeram algum avaliao de isquemia retornaram ao pronto Socorro em função de dor torácica em apenas 4% dos casos e os pacientes que receberam alta para reavaliação posterior retornaram em 29,4%.

Conclusão: Por meio deste registro encontramos um aumento importante da taxa de readmissões precoces no departamento de emergência para os pacientes que recebem alta sem avaliação funcional. Esta elevada taxa de readmissão implica em elevados custos e sobrecarga de serviços de urgência.

TL_41830

Potencial diminuição de proteína C-reativa em pacientes com síndrome coronariana aguda em uso de ticagrelor - Registro BRASIED.

EDUARDO ROQUE, BIANCA DADALTO, ALEXANDRE DE MATOS
SOEIRO, MUCIO TAVARES DE OLIVEIRA JUNIOR, FERNANDA
BENTO DE OLIVEIRA, ANDRE SOUZA BRANDÃO, ELIANE
MARIA, CAROLINA FREITAS BORLOT, MARCOS VIANNA
VESCOVI JUNIOR, ANTENÓRIO AIOLFI e FATIMA CRISTINA
MONTEIRO PEDROTI

*Hospital Metropolitano, Serra, ES, Brasil
INCOR, São Paulo, SP, Brasil.*

Objetivo: Analisar se ticagrelor poderia reduzir proteína C-reativa (CRP) em comparação com o clopidogrel em pacientes com síndromes coronárias agudas submetidos a intervenção coronária percutânea.

Métodos: Trata-se de um estudo observacional e prospectivo com 340 pacientes (139 no grupo ticagrelor e 201 no grupo clopidogrel) com síndromes coronárias agudas submetidos à intervenção coronariana percutânea. Analisamos os eventos entre março de 2011 e novembro de 2014. Os critérios de exclusão foram uso de anticoagulação oral. Os seguintes dados foram obtidos: idade, sexo, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, fumo, dislipidemia, a depuração de creatinina, fração de ejeção do ventrículo esquerdo, tipo de stent (com eluição de fármaco ou bare-metal), Killip classificação hemodinamicamente, risco de sangramento (Crusade e Acuity), GRACE e TIMI risk. Proteína C Reativa (PCR) quantitativa foi obtida no momento da internação, com 3 e 12 meses após o evento. O endpoint primário foi os níveis de PCR em 3 e 12 meses, comparando ticagrelor contra grupo clopidogrel. O objectivo secundário foi



Temas Livres

combinado eventos (morte, angina instável não-fatal ou infarto do miocárdio, morte, hemorragia e acidente vascular cerebral). A análise univariada entre os grupos foi feita por Anova e Q-quadrado e foi considerado significativo quando $p < 0,05$. Longo prazo de seguimento de 12 meses foi feita em todos os pacientes.

Resultados: Foram observadas diferenças significativas na depuração de creatinina ($89,6 \text{ ml / min} \times 79,5 \text{ ml / min}$, $p = 0,01$) e os níveis de LDL-colesterol ($98 \text{ mg / dl} \times 91 \text{ mg / dl}$, $p = 0,02$), respectivamente entre ticagrelor e grupos clopidogrel. Foi observada diferença significativa entre os grupos ticagrelor clopidogrel e nos níveis de PCR aos 3 meses ($6,1 \text{ mg / dl} \times 11,4 \text{ mg / dl}$, $p < 0,005$) e 12 meses ($3,5 \text{ mg / dl} \times 11,1 \text{ mg / dl}$, $p < 0,005$), respectivamente. Não foi observada diferença significativa em eventos combinados ($10,1\% \times 15,9\%$, $p = 0,13$).

Conclusões: Em pacientes com síndromes coronárias agudas submetidos a intervenção coronária percutânea o uso de ticagrelor mostraram redução significativa de PCR em 3 e 12 meses após o evento em comparação com o clopidogrel. Esta redução da inflamação pode ser um marcador relacionado com a ação do ticagrelor.

TL_41836

Registro de cinecoronariografia de urgência na síndrome coronária aguda de alto risco: dados clínicos e mortalidade de 2010 a 2012

ROBERTO RAMOS BARBOSA, FELIPE BORTOL CESAR,
RENATO GIESTAS SERPA, VINICIUS FRAGA MAURO,
DENIS MOULIN DOS REIS BAYERL, WALKIMAR URURAY
GLORIA VELOSO, ROBERTO DE ALMEIDA CESAR
e PEDRO ABILIO RIBEIRO RESECK

*Hospital Evangélico de Vila Velha, Vila Velha, ES, BRASIL
Instituto de Cardiologia do Espírito Santo, Vitória, ES, BRASIL.*

Introdução: O infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST (IAMCSST) e as síndromes coronárias agudas sem supradesnivelamento de ST (SCASSST) representam importante causa de mortalidade, e a realização de cinecoronariografia tão precoce quanto possível é determinante para a estratégia terapêutica e uma melhor evolução clínica. O objetivo deste estudo foi avaliar dados clínicos e de mortalidade de pacientes com SCA de alto risco.

Métodos: Registro unicêntrico de pacientes admitidos com

IAMCSST e SCASSST submetidos a cinecoronariografia de urgência entre 2010 e 2012 acompanhados da admissão até a alta hospitalar. A mortalidade hospitalar foi avaliada comparativamente entre os anos de 2010, 2011 e 2012. As variáveis categóricas foram descritas como frequência absoluta e percentual, e as contínuas, como média e desvio-padrão. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Resultados: Foram incluídos 385 pacientes consecutivos, com média de idade de $59,9 \pm 10,8$ anos, sendo 263 (68,3%) do sexo masculino. Observou-se prevalência de hipertensão de 71,7%, diabetes 25,4%, dislipidemia 32,2%, tabagismo 34,5%, intervenção coronária percutânea (ICP) prévia 8,8%, cirurgia de revascularização miocárdica (CRM) prévia 2,3% e doença renal crônica 11,7%. Casos de IAMCSST compuseram 82,6% da amostra, sendo o restante de SCASSST (IAM sem supradesnivelamento de ST 11,4% e angina instável 6,0%). Apresentaram-se em classe Killip ≥ 2 66 pacientes (17,2%). Foram submetidos a ICP 351 pacientes (91,2%), sendo implantados 437 stents (1,24 stents por paciente), com taxa de sucesso do procedimento de 92,0%. Nos casos de IAMCSST, o tempo porta-balão médio foi 112 minutos e o tempo médio de isquemia foi 488 minutos. O tempo médio de hospitalização foi de 8,5 dias. A mortalidade para os anos de 2010, 2011 e 2012 foi, respectivamente, 18,3%, 12,8% e 12,6% ($p = 0,28$).

Conclusões: Pacientes com SCA e critérios de gravidade à apresentação clínica apresentam perfil clínico de alto risco e frequentemente necessitam de revascularização miocárdica precoce. Observou-se evolutiva tendência de redução da mortalidade hospitalar na SCA de alto risco entre os anos de 2010 e 2012 num centro de referência regional.

Dia: 21/08/2015 - Sexta-feira

Hora: 16:30 - 17:00

Local: Salão do Centro Convenções do Hotel Eco da Floresta

Apresentação: Pôster Eletrônico

TL_41821

Calcificação arterial idiopática em neonato com hidropsia fetal – diagnóstico e condução terapêutica

ANDRESSA M SOARES, PAULO J F SOARES,
RENATA B PACIFICO e PATRÍCIA L MOTA



Temas Livres

Hospital Evangélico, Cachoeiro de Itapemirim, ES, BRASIL.

Introdução: A calcificação arterial idiopática (CAI) é uma doença rara, autossômica recessiva, ainda de etiologia desconhecida e geralmente fatal. É caracterizada pela extensa e difusa calcificação e estenose de médias e grandes artérias, por depósito de cálcio na camada elástica interna, levando a insuficiência cardíaca e hipertensão arterial refratária.

Descrição do caso: Gestante com 35 semanas, encaminhada para serviço de referência com diagnóstico de hidropsia fetal e miocardite. Realizado parto cesárea com presença de polidramio. Recém-nascido (RN) com Apgar 2/5, reanimado em sala de parto. Peso de nascimento= 3.840g, sexo masculino. Neonato em anasarca, abdômen globoso, hepatoesplenomegalia, bulhas hipofonéticas, cardiomegalia ao raio X de tórax e hipotensão arterial. Apresentava anemia ao nascer (hematócrito- 22%) e Coombs direto negativo. Realizado ecocardiograma que demonstrou derrame pericárdico importante, disfunção ventricular esquerda e hipercogenicidade das paredes das artérias (aorta, vasos da base, coronárias, tronco e artérias pulmonares) sendo feita hipótese diagnóstica de CAI, que foi posteriormente confirmado pela angiotomografia que demonstrou acometimento arterial difuso (aorta, artérias ilíacas, renais, femurais, artéria pulmonar etc). RN foi submetido a pericardiocentese com melhora do quadro hemodinâmico. Apresentava pro-BNP muito elevado e lactato sérico aumentado. Iniciado tratamento com pamidronato de sódio no quarto dia de vida por 3 dias. Houve melhora progressiva sendo possível extubação aos 10 dias de vida e desmame de drogas vasoativas. Apresentou hipertensão arterial sistêmica com melhora com amlodipina. Recebeu novos ciclos do pamidronato de sódio aos 2,4 e 6 meses de vida e atualmente encontra-se estável em acompanhamento ambulatorial, com bom ganho pondero-estatural em programação de novos ciclos da medicação. O ecocardiograma mostra melhora da função ventricular esquerda e angiotomografia significativa diminuição da intensidade da calcificação arterial.

Comentários: A CAI apesar de rara e com alta morbimortalidade deve ser sempre investigada em fetos ou RN's com hipercogenicidade parietal arterial e hidropsia. Neste relato de caso, a suspeita ecocardiográfica precoce em conjunto com a terapia de suporte e específica (pamidronato de sódio) parecem ter sido os fatores diferenciais na evolução inicial deste paciente que deverá manter seu seguimento seriado.

TL_41826

Dissecção e ruptura de raiz aórtica após trauma torácico em adolescente com síndrome de Marfan – relato de caso.

ANDRESSA M SOARES, PAULO J F SOARES, ALESSANDRO G
ALTOE e LUIZ D F TORRES

Hospital Evangelico , Cachoeiro de Itapemirim, ES, BRASIL.

Introdução: A síndrome de Marfan é uma desordem genética que afeta o tecido conectivo, comprometendo os sistemas esquelético, ocular e cardiovascular. Tem uma prevalência de 1:3000 indivíduos e seu prognóstico é determinado pela dilatação da aorta e risco de dissecção e morte.

Descrição do caso: Adolescente de 19 anos, sexo masculino, morador de zona rural, apresentou-se em um pronto-atendimento em choque e com sinais clínicos de tamponamento cardíaco, com relato de trauma torácico por um bezerro há um mês. Desde o trauma vinha referindo precordialgia e procurado a emergência de sua cidade algumas vezes. O paciente não tinha até então, qualquer suspeita familiar ou médica de síndrome de Marfan, apesar das características fenotípicas. Veio transferido para serviço de referência no dia da descompensação hemodinâmica onde foi realizado ecocardiograma que demonstrou dilatação de raiz aórtica com ruptura e hemopericárdio sendo submetido à cirurgia cardíaca de urgência. O ecocardiograma transesofágico (ETE) durante o procedimento demonstrou aneurisma de raiz aórtica e de região sinotubular com 5,8 cm de diâmetro, dissecção próxima ao seio de valsalva direito, hematoma intrapericárdico com sinais de restrição. Realizado interposição de tubo aórtico valvado e implante de prótese biológica aórtica com tempo de circulação extracorpórea prolongada. Evoluiu com sangramento mediastinal de difícil controle e hemopneumotórax no pós-operatório. Apresentou hemocultura positiva necessitando antibioticoterapia prolongada. ETE pós-operatório demonstrou tubo valvado e prótese biológica aórtica bem posicionados e sem disfunção hemodinâmica. O paciente evoluiu bem recebendo alta hospitalar para acompanhamento multidisciplinar e investigação familiar.

Considerações: Trata-se de um caso de síndrome de Marfan com dissecção e ruptura da raiz aórtica onde o diagnóstico clínico e ecocardiográfico do tamponamento cardíaco e abordagem cirúrgica sequencial interrompeu a evolução para um desfecho fatal, possibilitando um melhor prognóstico ao



Temas Livres

paciente. Dissecção e ruptura de aorta devem ser lembradas e investigadas em pacientes com precordialgia e descompensação hemodinâmica, principalmente naqueles com alterações fenotípicas.

TL_41853

Síndrome de Takotsubo - série de casos

ROBERTO RAMOS BARBOSA, RENATO GIESTAS SERPA,
VINICIUS FRAGA MAURO, MÁRYA DUARTE PAGOTTI, FELIPE
BORTOL CESAR, DENIS MOULIN DOS REIS BAYERL, WALKIMAR
URURAY GLORIA VELOSO, ROBERTO DE ALMEIDA CESAR
e PEDRO ABILIO RIBEIRO RESECK

Hospital Evangélico de Vila Velha, Vila Velha, ES, BRASIL

- Instituto de Cardiologia do Espírito Santo, Vitória, ES, BRASIL.
Introdução: A síndrome de Takotsubo tem incidência aproximada de 0,5 a 1% dos casos suspeitos de infarto agudo do miocárdio, geralmente acometendo mulheres acima dos 50 anos. Sua etiologia parece residir na liberação catecolaminérgica decorrente de um estresse físico ou emocional, capaz de causar lesão miocárdica aguda e um aspecto típico de balonamento apical do ventrículo esquerdo. O objetivo deste estudo é relatar uma série de casos de síndrome de Takotsubo. Métodos: Análise de uma série de três casos internados por SCA entre 2013 e 2015, nos quais a cinecoronariografia evidenciou ausência de lesões ateroscleróticas coronárias obstrutivas ou placas instáveis, com critérios diagnósticos de síndrome de Takotsubo após a visualização de aspecto de balonamento apical à ventriculografia esquerda. Resultados: Dos três pacientes analisados, um era do sexo masculino dois do sexo feminino, com idades de 62, 68 e 81 anos. Dois casos foram compatíveis com IAM com supradesnivelamento de ST em classe Killip I e um caso com IAM sem supradesnivelamento de ST admitido em classe Killip II. Nenhum dos casos levantou fortemente a suspeita clínica da síndrome de Takotsubo antes da realização do cateterismo cardíaco, até que este revelou, em todos os casos, artérias coronárias sem lesões obstrutivas graves ou placas ateroscleróticas instáveis, e, à ventriculografia na fase aguda, disfunção ventricular esquerda com acinesia ou hipocinesia das porções apicais e hipercontratilidade dos segmentos basais. Empregou-se tratamento clínico com uso de betabloqueador, aspirina, clopidogrel, iECA ou BRA, heparina e estatina nos três casos. Observou-se, através de ecocardiogra-

fia, reversão da função sistólica ventricular esquerda à normalidade em até 30 dias do evento nos três casos. Conclusões: A alteração ventricular na síndrome de Takotsubo tende a regredir em poucas semanas, porém alguns pacientes podem apresentar quadro de choque e evolução desfavorável. A estimulação simpática exagerada tem sido proposta como fator central na fisiopatologia, e a presença de um estresse desencadeante é um dos critérios diagnósticos. Alterações eletrocardiográficas incluem elevação do segmento ST na fase aguda mais proeminente em V4-V6 do que em V1-V3, ondas T negativas proeminentes de V1-V6 e prolongamento do intervalo Q-Tc. O manejo ideal dos casos de síndrome de Takotsubo é incerto, em parte pela limitada experiência clínica. Observa-se evolução clínica satisfatória na maioria dos casos.

TL_41876

Situs inversus totalis e a coexistência de doença valvar cardíaca

CARINA L MATTOS, ROVENNA CASAGRANDE,
DIOGO O BARRETO e FLÁVIA PEZZIN

Hospital Evangélico de Vila Velha, Vila Velha, ES, BRASIL.

Introdução: O Situs Inversus Totalis (SIT) é uma síndrome muito rara, que ocorre em cerca de 0,01% dos nascidos vivos, e é uma herança transmitida por genes autossômicos recessivos, sem predileção por sexo. O termo Situs significa posição ou localização. SIT refere -se à inversão em espelho da localização dos órgãos tanto torácicos como abdominais. Sabe-se que essa síndrome está associada a um largo espectro de alterações, como: doença cardíaca congênita, discinesia ciliar primária e síndrome de asplenia/poliesplenia. A incidência de cardiopatia congênita associada a SIT varia de 3 a 5% e não apresenta repercussões clínicas, exceto quando há malformação cardíaca associada, sendo freqüentemente um achado diagnóstico. O presente relato tem por intenção descrever o caso de paciente com SIT que apresentou dupla lesão mitral (insuficiência mitral importante e estenose mitral importante) associado a aumento atrial.

Descrição do caso: D.B.T., 53 anos, feminino, internou no Hospital Evangélico de Vila Velha devido a queixas de dispnéia progressiva associada a dor precordial atípica e dispnéia paroxística noturna iniciados há 4 meses. Ao exame físico: corada, hidratada, acianótica, anictérica, afebril, ritmo cardíaco irregular, em 2 tempos, bulhas normofonéticas, com sopro pan-



Temas Livres

sisto-diastólico ++/6+, murmúrio vesicular fisiológico, com crepitações em bases pulmonares, abdome flácido e indolor, membros inferiores com edema ++/4+ e sem sinais de trombose. ELETROCARDIOGRAMA: fibrilação atrial. Diminuição da onda R de V1 a V6. RAIOS X TÓRAX: dextrocardia, bolha gástrica a direita, sinais de aumento atrial esquerdo. ECOCARDIOGRAMA: Ventrículo esquerdo com disfunção sistólica global moderada. Ventrículo direito aparentemente normal. Valva mitral com aspecto reumático apresenta dupla disfunção de grau moderado para importante. Dextrocardia.

CINEANGIOCORONARIOGRAFIA: sem lesões obstrutivas.

Conclusão: A presença de SIT está pouco associada a alterações estruturais valvares, porém cabe relatar o caso de paciente com essa síndrome apresentando também dupla lesão mitral importante de provável seqüela reumática. O tratamento realizado foi intervencionista com cirurgia de troca valvar. Portanto, o presente trabalho tem por objetivo relatar a raridade dessas duas patologias em um mesmo paciente, visto que poucos dados com essa associação foram publicados.

Dia: 22/08/2015 - Sábado

Horário: 10:00 - 10:30

Local: Auditório do Centro de Convenções do Hotel Eco da Floresta

Apresentação: Oral

41724

Análise de Eficácia e Segurança da Anticoagulação Oral com Varfarina em Ambulatório Especializado.

AFONSO DALMAZIO SOUZA MARIO, PAÛLA LAURENZA SILVA RESENDE, NICHOLAS LOUREIRO DE SÁ, RÔMULO AMORIM DE OLIVEIRA, ANDRESSA CORTELETTI, TIAGO DE MELO JACQUES, RENATO GIESTAS SERPA, OSMAR ARAUJO CALIL, ROBERTO RAMOS BARBOSA e LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia, Vitória, ES, BRASIL - Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, ES, BRASIL.

Introdução: A varfarina é o anticoagulante mais utilizado na prática médica brasileira devido a sua comprovada eficácia e seu acesso facilitado no Sistema Único de Saúde, tornando possível a prevenção primária e secundária de tromboembolis-

mo. Entretanto, a terapia anticoagulante carrega riscos de sangramento, e o uso da varfarina requer acompanhamento rigoroso e educação continuada. O objetivo deste trabalho é avaliar o controle da anticoagulação com varfarina em pacientes do mundo real, através da faixa terapêutica do Índice Normalizado Internacional (INR), da incidência de fenômenos tromboembólicos e de eventos hemorrágicos maiores.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa aplicada, descritiva e quantitativa, realizada em estudo prospectivo no serviço ambulatorial de anticoagulação de um Hospital Escola de Vitória – ES. Pacientes foram assistidos em intervalo máximo de 30 dias e receberam orientações sobre o tratamento, conforme rotina do serviço. Dados foram coletados através de questionário, acompanhamento clínico e de exames laboratoriais de pacientes atendidos de janeiro a junho de 2015.

Resultados: Foram incluídos consecutivamente 30 pacientes do ambulatório que estavam em uso de varfarina, com média de idade de 61,7 ±11,8 anos, sendo 17 (56,7%) do sexo masculino. A indicação da anticoagulação era fibrilação/flutter atrial em 20 (66,7%), prótese valvar mecânica em 6 (20,0%), tromboembolismo venoso em 3 (10,0%) e trombo intracardíaco em 1 (3,3%) paciente. Foram coletados 271 exames de INR, dos quais 152 (56,1%) estavam dentro das metas recomendadas. No período de seguimento, não foram detectados episódios tromboembólicos e ocorreu um episódio (3,3%) de sangramento maior (hematoma subdural agudo espontâneo).

Conclusão: O controle da anticoagulação oral com varfarina continua a ser um desafio no Brasil e no mundo. Dados recentes mostram que a média de controle do INR na América do Sul é de 44%, na América do Norte de 54% e na Europa Ocidental de 67%. Mesmo com baixa incidência de eventos tromboembólicos e hemorrágicos na amostra estudada, concluímos que ainda é necessário evoluir para alcançar metas comparáveis a países desenvolvidos. O conhecimento acerca do perfil dos pacientes atendidos pode auxiliar em melhores desempenhos de controle do INR.

TL_41831

Perfil de Portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 em Risco para Aterosclerose

ULLY SUZANO DE BRAGANÇA, MARCELLA CALAZANS REBLIN DE OLIVEIRA, PATRCIA CORRENTE MACIEL, LETÍCIA LANNA DE BRITO E SILVA, LARA COSSETTI ANTONIAZZI, ELIZABETH SANTOS MADEIRA e SHEILLA DINIZ SILVEIRA BICUDO



Temas Livres

Faculdade Brasileira - MULTIVIX, Vitória, ES, BRASIL.

Introdução: O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica causada por defeitos na secreção ou ação da insulina. Caracteriza-se por alguns sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e alterações visuais, sendo a hiperglicemia sua característica de maior relevância. O DM tipo 2 é um dos grandes fatores de risco para doenças cardiovasculares e, dentre elas, a aterosclerose apresenta-se 2 a 4 vezes mais incidente nesta população, se comparada a adultos sem diabetes. Diante dessa realidade, em que há evidente associação entre o Diabetes Mellitus tipo 2 e a aterosclerose, o objetivo deste trabalho foi descrever o perfil de portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 em risco para Aterosclerose. **Método:** Estudo do tipo descritivo quantitativo desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Vitória-ES, cuja população foram portadores de DM tipo 2. Os dados foram colhidos por meio da revisão de fichas disponíveis no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia) e foram analisadas tabelas de frequência. Este estudo foi aprovado pelo CEP da Faculdade MULTIVIX sob o número 20/14. **Resultados:** Identificados 92 pacientes portadores de DM tipo 2, sendo 68,47% do sexo feminino, 63,04% com idade igual ou superior a 60 anos, 75% acima do peso, 53,26% sedentários, 79,34% hipertensos, 5,43% tabagistas. **Conclusão:** No perfil destacou-se a participação das mulheres, devido provavelmente à maior procura do sexo feminino por cuidados em saúde e o elevado percentual de indivíduos acima do peso e sedentários, reafirmando a necessidade de ações de controle desses fatores de risco modificáveis, uma vez que dieta saudável e exercício físico regular são essenciais para prevenção de doenças cardiovasculares em pacientes diabéticos. O conhecimento da realidade dos pacientes diabéticos da UBS possibilita à equipe de saúde elaborar estratégia de intervenção diferenciada, considerando a especificidade desse grupo populacional, podendo, assim, contribuir para a melhoria da sua condição de saúde.

TL_41855

Intervenção coronária percutânea no mundo atual: dados clínicos e angiográficos de uma população consecutiva no Espírito Santo

ROBERTO RAMOS BARBOSA, RENATO GIESTAS SERPA,
FELIPE BORTOL CESAR, VINICIUS FRAGA MAURO,

DENIS MOULIN DOS REIS BAYERL, WALKIMAR URURAY
GLORIA VELOSO, ROBERTO DE ALMEIDA CESAR e
PEDRO ABILIO RIBEIRO RESECK

*Hospital Evangélico de Vila Velha, Vila Velha, ES, BRASIL
Instituto de Cardiologia do Espírito Santo, Vitória, ES, BRASIL.*

INTRODUÇÃO: A intervenção coronária percutânea (ICP) é uma ferramenta amplamente empregada no tratamento da doença arterial coronária (DAC) no mundo atual, com resultados terapêuticos comprovados e dispositivos e técnicas com avanço crescente. O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil clínico e angiográfico de pacientes consecutivamente submetidos a ICP num serviço de referência do estado do Espírito Santo. **MÉTODOS:** Análise prospectiva descritiva unicêntrica de pacientes portadores de DAC aguda ou crônica submetidos a ICP entre 02/03/15 e 10/06/15. As características clínicas e angiográficas foram descritas em um banco de dados e posteriormente submetidas a análise estatística. **RESULTADOS:** Foram incluídos 205 pacientes, que totalizaram 245 procedimentos de ICP (40 pacientes realizaram segunda etapa de ICP), média de idade 63,4 anos, 65,8% do sexo masculino, 25,3% diabéticos, 26,8% dislipidêmicos, 71,7% hipertensos, 23,4% tabagistas, 8,3% portadores de doença renal crônica. 57,1% preencheram diagnóstico de DAC crônica, e 42,9% de DAC aguda, sendo que 27,8% foram admitidos com infarto do miocárdio com supradesnívelamento de ST (IAMCSST), e destes, 7,0% foram a óbito durante a hospitalização. Nenhum óbito foi observado entre os pacientes com DAC crônica. Sangramento grave pós-ICP ocorreu em 1,6% dos procedimentos, e houve necessidade de hemotransfusão pós-ICP em 1,2%. Localização em bifurcação ocorreu em 13,1% das lesões coronárias tratadas, e 2,0% das lesões-alvo eram reestenoses de stents previamente implantados. Realizou-se pré-dilatação em 49,4% das lesões, pós-dilatação em 19,6%, e foram implantados 332 stents (média de 1,35 stent por procedimento e 1,62 stent por paciente), sendo 15,5% de stents farmacológicos. As lesões coronárias foram classificadas conforme a ACC/AHA em A (3,8%), B1 (22,0%), B2 (31,8%) e C (42,3%), e conforme a SCAI em I (31,5%), II (42,7%), III (1,6%) e IV (24,2%). **CONCLUSÕES:** O avanço técnico e científico na cardiologia intervencionista permite a abordagem percutânea da DAC de maneira cada vez mais ampla e segura, respeitando-se as limitações do método terapêutico ainda existentes. Nesta casuística, observou-se alta prevalência de fatores de risco cardiovascular e razoável



Temas Livres

complexidade das lesões coronárias tratadas, além de baixa incidência de complicações, sendo que os óbitos ocorridos foram em pacientes com IAMCSST.

TL_41867

Nódulos de ASCHOFF em átrios de pacientes com cardiopatia reumática crônica.

MOYSÉS PEDRO AMOURY NADER

*Universidade Federal do E.S., Vitória, ES, BRASIL
Universidade Federal de M.G., Belo Horizonte, MG*

RESUMO:

OBJETIVO: relatar a frequência de doença reumática em atividade no apêndice atrial dos pacientes com diagnóstico pré-operatório de doença crônica e sua correlação com a idade e gênero; identificar se as possíveis complicações intra e pós-operatórias e a localização do acometimento valvar estão relacionados à doença reumática em atividade. **MÉTODO:** estudo observacional prospectivo realizado no período de janeiro de 2012 a janeiro de 2014, em 72 pacientes com diagnóstico pré-operatório clínico, laboratorial e de imagem de cardiopatia reumática crônica. A idade variou entre 25 e 77 anos (média 47,24 anos), sendo que 40 pacientes eram do gênero feminino e 32 do gênero masculino. Foram incluídos pacientes com doença uni ou multivalvar, independentemente se primeira cirurgia ou reoperação, idade ou gênero. Durante a operação para tratamento da doença valvar foram realizadas biópsias atriais para a pesquisa de nódulos de Aschoff. A obtenção dos espécimes foi feita mediante excisão de fragmentos atriais após pericardiotomia e avaliação da anatomia cardíaca. As amostras foram acondicionadas em formaldeído e encaminhadas para estudo histopatológico. **RESULTADOS:** nódulos de Aschoff foram diagnosticados em sete pacientes (9,72%), sendo que seis (85%) com doença reumática mitral isolada e um (15%) com doença mitroaórtica. Ocorreram quatro óbitos: três nas reoperações e um na primeira operação. Eventos não fatais como sangramento leve, infecção respiratória, fibrilação atrial, distúrbio do equilíbrio hidroeletrólítico, assistência ventilatória prolongada e insuficiência renal foram verificados em dois pacientes. **CONCLUSÕES:** a doença reumática em atividade foi diagnosticada em aproximadamente 10% dos pacientes com diagnóstico pré-operatório de

doença reumática crônica, mais frequente em indivíduos mais jovens e com frequência semelhante nos dois gêneros, assim como não influenciou na incidência de complicações intra e pós-operatórias e não mostrou relação com a localização da doença.

Dia: 22/08/2015 - Sábado

Horário: 10:30 - 11:30

Local: Auditório do Centro de Convenções do Hotel Eco da Floresta

Apresentação: Pôster Eletrônico

TL_40754

Valvuloplastia percutânea por balão. Aumento da sobrevida e redução dos riscos de parto em gestante com estenose mitral grave.

CAROLINA MENEZES UAQUIM, PAULA JANUÁRIA FIGUEREDO BRAGA e ROBERTO MAGNO VIEIRA DE OLIVEIRA

FAMINAS, Belo Horizonte, MG, BRASIL

Introdução: O evento da estenose é comumente associado à descompensações cardíacas mais evidente em pacientes grávidas. Os parâmetros clínicos de gravidade em gestantes portadoras de valvopatias são fatores de grande morbidade. **Descrição do caso:** R.A.B, 27 anos, procedente de Belo Horizonte, avaliada na 34ª semana de gestação – idade gestacional datada pela data da última menstruação- com história obstétrica de quatro gestações sendo todos partos normais, sem nenhum aborto, procurou o IPSEMG da Santa Casa de Misericórdia em 05/02/2015, apresentando queixa de dispneia aos pequenos esforços, ortopneia, precordialgia e edema de membros inferiores há aproximadamente 4 meses. Paciente relata fazer controle por doença reumática desde os 5 anos de idade, em que faz uso de penicilina benzatina de 21 em 21 dias. Portadora de asma crônica, com histórico de internação em novembro de 2014 – com 20 semanas de gestação - devido a quadro de edema agudo pulmonar hipertensivo (EAPH). Nega internações hospitalares ou complicações em demais gestações, tabagista, afirmando parar após quadro de EAPH. Fazia uso de furosemida 40 mg/dia, atenolol 25 mg/dia, brometo de ipratrópio e budesonida. Ao exame físico: bem orientada em tempo e espaço, corada, hidratada, acianótica, eupneica; R-



Temas Livres

itmo regular em 2 tempos, com sopro diastólico +3/+6 e estalido de abertura mitral protomesodiastólico. Pressão arterial (PA) em membro superior direito 100/60 mmHg e PA em membro superior esquerdo 90/60 mmHg. Murmúrios vesiculares positivos sem sibilos e crepitações. Abdome gravídico; Membros inferiores com edema 2+/5+ e pulsos periféricos presentes e simétricos. O eletrocardiograma, ritmo sinusal regular, com sobrecarga atrial esquerda com onda P mitrale. O ecocardiograma (ECO), átrio esquerdo 52 mm, área mitral 0,76 cm². Pressão sistólica em artéria pulmonar (PSAP) 78 mmHg. Hipótese diagnóstica: Suspeitado de estenose mitral. Conduta: A paciente então foi submetida à valvuloplastia percutânea por balão, procedimento realizado com sucesso no dia 20/02/2015 e sem intercorrências. Novo ECO, átrio esquerdo 49 mm. Área valvar estimada em 1,3 cm³. PSAP de 41 mmHg. Conclusões: A descrição do presente caso decorre da relevância da valvuloplastia percutânea por balão no aumento da sobrevida e boa condução da gestação. Comprova-se a possibilidade de tratar a lesão de maneira menos agressiva com resultado satisfatório sem riscos cardiovasculares no parto em paciente com estenose mitral grave.

TL_41585

Cor triatriatum sinistrum em atleta amador

NILSON BOSSLE CONCI, LIVIA DA SILVA CONCI, ISAAC MASSAUD AMIM AMARAL, NATHALIA DA SILVA CONCI, PANDRELI TESTA SANTORIO, KAMILA DA SILVA PERUZINI, GILMAR PERUZINI FILHO, ADEMAR SCHULTZ JUNIOR e BARBARA PEREIRA SILVESTRE

Hospital Apóstolo Pedro, Mimoso do Sul, ES, BRASIL
Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, BRASIL
EMESCAM, Vitória, ES, BRASIL

Cor Triatriatum Sinistrum (CTS) é uma anomalia congênita rara, com incidência de 0,1% das cardiopatias congênitas diagnosticadas clinicamente. Consiste em uma membrana fibromuscular, com um ou mais orifícios, que divide obliquamente o átrio esquerdo em uma câmara proximal, a qual recebe as veias pulmonares, e uma distal, em continuidade com a valva mitral e que contém o apêndice atrial esquerdo. O quadro clínico depende da área total do(s) orifício(s) e da presença e gravidade dos defeitos associados. Apresentamos um caso de um paciente do sexo masculino, 28 anos, sem antecedentes patológicos,

com queixa de palpitações esporádicas em repouso há um mês. Bastante ativo fisicamente, joga futebol cinco vezes por semana, por aproximadamente 90 minutos. Ausência de alterações ao exame físico. O ecodoppler transtorácico (ETT) revelou valva mitral com espessamento leve de seus folhetos, refluxo mitral discreto e dilatação leve do átrio esquerdo, com uma membrana dividindo-o obliquamente. O Doppler colorido demonstrou dois orifícios: o maior de localização mais distal e medial, com diâmetros de 20 mm, 20.9mm e 12mm, medidos nos cortes 4C, 2C e 3C respectivamente; e o menor de localização mais superior e proximal, com diâmetro de 8.5 mm ao corte 2C. O gradiente pressórico máximo medido pelo Doppler pulsado foi de 2.75mmHg, e o gradiente pressórico médio foi 0.71mmHg. A onda E do fluxo mitral apresentava amplitude normal, enquanto a onda A possuía velocidade reduzida, com relação E/A = 2.3. A pressão sistólica da artéria pulmonar foi estimada em 35mmHg. Esses dados indicam CTS não restritivo, com repercussão hemodinâmica pequena. No teste ergométrico, em protocolo de rampa, foi alcançada frequência cardíaca de 169 bpm, com segmento ST ascendente rápido, sem arritmias ou sintomas. Em consulta de revisão, o paciente referiu desaparecimento espontâneo das palpitações, estando atualmente assintomático. Diferente da estenose mitral, o apêndice atrial esquerdo encontra-se distal ao defeito e o fluxo transmembrana ocorre ao longo de todo o ciclo cardíaco e não apenas durante a diástole, o que pode explicar a tolerância ao esforço normal neste paciente, mesmo em frequências cardíacas elevadas. Nosso paciente, que pratica atividade física por prazer ou por espírito esportivo, está, por ora, apenas em acompanhamento clínico.

TL_41645

Síndrome de Wellens

WILZA ABREU DE BRITO, DAIANA MAI FRAGA
e LISANDRO GONCALVES AZEREDO

Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim,
Cachoeiro de Itapemirim, ES, BRASIL

INTRODUÇÃO: A síndrome de Wellens (SW) foi descrita pela primeira vez em 1980 por Gerson como inversão de onda T e foi descrita novamente em 1982 por Dr Zwaan e Wellens como SW. Representa uma síndrome coronariana de alto risco para infarto agudo do miocárdio (IAM) anterior, caracterizada pelo achado



Temas Livres

no eletrocardiograma (ECG) de onda T profundamente invertida ou bifásica nas derivações V2 e V3 em pacientes com relato de dor torácica. Essa alteração no ECG ocorre quando o paciente está sem dor e representa reperfusão miocárdica. Ocorre estenose severa da artéria coronariana descendente anterior (DA) e se não houver intervenção dentro de 1 semana, 75% desses pacientes poderão evoluir com IAM anterior. Os critérios clínicos e eletrocardiográficos para o seu diagnóstico são: 1) onda T bifásica ou profundamente invertida em V2 e V3 ou em V1, V4, V5, V6; 2) enzimas cardíacas normais ou pouco elevadas; 3) segmento ST normal ou pouco elevado (< 1 mm); 4) sem perda de progressão de onda R em derivações precordiais; 5) ausência de onda Q patológica; 6) dor torácica anginosa. Existem duas variantes da SW. O tipo 1 corresponde a 24% dos casos e é caracterizada por onda T bifásica plus- minus em V2 e V3. O tipo 2 corresponde 76% dos casos, com achado de onda T com inversão profunda e simétrica em V2 e V3, podendo também ocorrer em V1 à V4. Nesse trabalho foi relatado o caso de um paciente atendido no ambulatório de cardiologia com história de dor torácica prévia e que apresentou a alteração clássica no ECG. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo masculino, 59 anos, hipertenso, atendido no consultório de cardiologia com relato de episódio de dor precordial típica há 2 dias e que no momento da consulta estava assintomático. Feito ECG, com achado de onda T bifásica tipo plus-minus em V2 e V3 e onda T invertida profundamente em V4, V5 e V6. Devido a essa alteração no ECG e relato de episódio de dor típica foi pensado na hipótese diagnóstica de SW. Foi encaminhado para Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, sendo submetido a cinengiocoronariografia com achado de lesão grave na região proximal da DA e procedido angioplastia com implante de stent nessa artéria. **CONCLUSÃO:** As alterações no ECG da SW possuem alta especificidade para diagnóstico de doença da artéria DA, com grande risco para desenvolvimento de IAM. Assim, esses pacientes devem ser encaminhados com urgência para estudo angiográfico, para confirmação diagnóstica e intervenção precoce.

TL_41667

Acompanhamento cardiológico de gestante portadora da Síndrome de Marfan com tubo valvado metálico aórtico

AFONSO DALMAZIO SOUZA MARIO, RENATO GIESTAS SERPA,
LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA
e OSMAR ARAUJO CALIL

EMESCAM, Vitória, ES, BRASIL

Introdução: A Síndrome de Marfan (SM) é uma doença autossômica dominante ocasionada por mutações no gene da fibrilina-1 que acomete o tecido conectivo. O risco materno aumenta devido às mudanças fisiológicas da gestação e apresenta elevado índice de mortalidade no parto, tornando-se um desafio para obstetras e cardiologistas. A principal causa de morte na SM é a insuficiência aórtica aguda (IAo) e dissecação da aorta. **Objetivo:** relatar o acompanhamento da gravidez e parto de uma paciente com SM e tubo valvado aórtico metálico (TVMA). **Relato de Caso:** T.M.F.B, 29 anos, diagnóstico de SM na infância. Evoluiu com IAo e aneurisma de aorta ascendente em 2011, foi submetida à cirurgia com implantação de TVMA. Grávida em abril de 2014, iniciou no 1º trimestre o pré-natal e encaminhada para a cardiologia com sete semanas de gestação em uso de varfarina. Exame físico: fâcies atípica, aracnodactilia, deformidades ósseas nos tornozelos, pés e cotovelos. Ruído protético valvar presente com sopro sistólico em foco aórtico ++/6+; Eletrocardiograma: Ritmo sinusal e sobrecarga atrial esquerda. O ecodopplercardiograma: Diâmetro da raiz da aorta de 35 mm, tubo valvado e prótese aórtica metálica normofuncionante e fração de ejeção 66%. Paciente foi medicada com enoxaparina no 1º trimestre, com varfarina no 2º trimestre, juntamente com o acompanhamento semanal do INR (Índice Normalizado Internacional). A enoxaparina foi reintroduzida na 35ª semana de gravidez, suspendendo-a 12 horas antes do parto e reintroduzida 6 horas após. O propranolol foi prescrito na 28ª semana e mantido até o puerpério. Na 38ª semana de gestação foi realizado parto cesariana com anestesia geral, realizado profilaxia para endocardite bacteriana, monitor cardíaco no centro cirúrgico e pós operatório na unidade coronariana por 24 horas. Período gestacional e puerpério transcorreram sem eventos hemorrágicos, varfarina reintroduzida no 1º dia pós parto. Lactente atualmente com 5 meses, sem critérios definitivos para SM, mantida em acompanhamento. **Conclusão:** A SM e as complicações pregressas apresentadas pela paciente, tornam a gestação e parto de alto risco, não sendo incomum que a mulher seja desencorajada a engravidar. Foi indicada a realização do parto cesariano com anestesia geral pois a gestante é portadora de SM com TVMA. Nesse caso, o acompanhamento cardiológico, pré-natal e a presença da equipe multidisciplinar mostrou-se fundamental para prevenir a morbi-mortalidade materno-fetal.



Temas Livres

TL_41721

COMPRESSÃO DO TRONCO DE CORONÁRIA ESQUERDA POR ANEURISMA DE ARTÉRIA PULMONAR: SEGUIMENTO CLÍNICO E ANGIOGRÁFICO DE 3 ANOS APÓS ANGIOPLASTIA COM STENT

AFONSO DALMAZIO SOUZA MARIO, RENATO GIESTAS SERPA,
ROBERTO RAMOS BARBOSA e LUIZ FERNANDO MACHADO
BARBOSA

*Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia,
Vitória, ES, BRASIL - Instituto de Cardiologia do Espírito Santo,
Vitória, ES, BRASIL*

Introdução: A hipertensão arterial pulmonar (HAP) é uma doença vascular progressiva definida pela elevação da resistência vascular pulmonar, podendo ser primária ou secundária a doença pulmonar ou cardíaca. A dilatação da vasculatura pulmonar eventualmente resulta em aneurisma do tronco da artéria pulmonar, que pode levar à compressão extrínseca do tronco da coronária esquerda (TCE), sendo esta uma causa rara e potencialmente reversível de angina ou até mesmo de morte súbita.

Relato de caso: Paciente de 53 anos, masculino, hipertenso, iniciou em 2011 quadro de angina típica aos esforços de evolução progressiva, associada a dispnéia aos médios esforços. Ecocardiograma transtorácico (ETT) evidenciou HAP importante (PSAP 43mmHg), aneurisma de artéria pulmonar (tronco 67mm, ramo direito 60mm e esquerdo 40mm), insuficiência pulmonar moderada e aumento moderado de câmaras direitas. Cineangiocoronariografia: estenose de 90% em TCE sugestiva de compressão extrínseca pelo tronco da artéria pulmonar (“dobra” coronária sem aspecto de doença aterosclerótica), confirmada pela angiotomografia. Realizado angioplastia com implante de stent não-farmacológico 6,0x12mm em TCE guiada por ultrassom intracoronário (USIC) com sucesso. Paciente evoluiu com melhora da dor precordial e da dispnéia. Novo ETT em 2012 não revelou alterações significativas da HAP ou do aneurisma. Assintomático, foi submetido a cineangiocoronariografia com USIC protocolar em novembro de 2014 (seguimento de 3 anos), evidenciando stent pérvio, sem hiperplasia neointimal significativa e sem perda luminal, com excelente aposição e cobertura das hastes e área luminal mínima intrastent ao USIC de 23,3 mm².

Discussão: Relatamos um caso de ótima evolução no seguimento tardio de intervenção coronária percutânea (ICP) em TCE,

motivado por compressão extrínseca do TCE por aneurisma de artéria pulmonar num paciente com HAP primária. Na prática intervencionista atual, a ICP em TCE é factível e apresenta segurança comprovada. Entretanto, comorbidades importantes devem ser avaliadas, e a presença de HAP e aneurisma de artéria pulmonar como causa primária da doença obstrutiva coronária configura um caso raro e singular, exigindo decisões terapêuticas e acompanhamento individualizados.

TL_41753

Alteração eletrocardiográfica típica em paciente com miocardiopatia de Takotsubo: um relato de caso.

TASSIA CLARA FERNANDES, CARLOS MARCONI PAZOLINI,
GABRIELA SCHIMITH BATISTA e RODOLPHO JACQUES
DE MELO FARINAZZO

*UFES, Vitória, ES, BRASIL - Hospital Unimed, Vitória, ES,
BRASIL*

Fundamento: A apresentação clínica e eletrocardiográfica da Cardiomiopatia de Takotsubo (CT) são muito semelhantes à de um IAM de parede anterior, o diagnóstico diferencial inicial é importante para a conduta adequada. Foi realizado um estudo publicado no American College of Cardiology comparando ECGs de 342 pacientes com IAM anterior com 33 ECGs de pacientes com CT que demonstrou que a depressão no segmento AVR combinado à ausência de alteração no segmento ST de V1 é um sinal simples, porém, com boa acurácia para diferenciar um quadro de CT de um IAM de parede anterior, independe do local da oclusão da ADA. O diagnóstico diferencial entre TC e a oclusão distal na artéria descendente anterior é especialmente mais difícil, pois a disfunção miocárdica basal anterior é ausente na apresentação das duas doenças.

Relato de caso: Mulher, 61 anos. Queixa de precordialgia irradiando para mandíbula, de forte intensidade, duração prolongada, associada a sudorese fria e palidez, iniciadas em repouso logo após estresse intenso, devido a discussão no local de trabalho. Os marcadores de necrose miocárdica apresentavam-se alterados desde a primeira medida. E o eletrocardiograma apresentava supra de V2, V3, DI e AVL. Infra de AVR. Sem alterações no segmento ST de V1. O ECOTT inicial apresentava contração normal das porções basais de todas as paredes e as porções médias e apicais das paredes encontram-se severamente hipocinéticas, sugerindo cavidade com aspecto de



Temas Livres

Takotsubo. Cavidade de ventrículo esquerdo aumentada e fração de ejeção 32%. Foi realizado cateterismo que não mostrou obstrução coronariana. Nos primeiros dias da internação a paciente evoluiu com Insuficiência Cardíaca Aguda. Sendo necessário uso de Dobutamina e diuréticos. Não tolerou Beta-bloqueadores ou IECA devido à pressão arterial e frequência cardíaca limítrofes. Ao final da primeira semana de internação a paciente apresentava-se com melhora clínica importante e assintomática. Feito novo ECOTT no 8º dia e ainda apresentava disfunção importante, porém melhor em relação ao primeiro ECOTT.

Conclusão: Os quadros de IAM anterior e CT são bem semelhantes, mas com manejo distinto. A adequada avaliação de um ECG e sinais simples de serem reconhecidos podem auxiliar nesses casos.

TL_41769

Pericardite calcificante constrictiva - Relato de caso.

LAURO AUGUSTO CAETANO LEITE, GENOLIVIA VIANA
QUARTO, THALES BARCELOS DE SOUZA e
GLAUCIO ARAUJO HERINGER

Hospital César Leite, Manhuaçu, MG, BRASIL

Introdução: A Pericardite calcificante constrictiva caracteriza-se por processo de calcificação irreversível do pericárdio, sendo o tratamento cirúrgico uma alternativa para o controle dos sintomas, associado ao controle dos sintomas da Insuficiência Cardíaca através do tratamento farmacológico.

Relato de Caso: RCS, 48 anos, sexo masculino, trabalhador rural, proveniente da zona rural de Martins Soares–MG. Relatou início de dispnéia aos moderados esforços há 1 mês, associado a edema progressivo leve em membros inferiores. Houve intensificação do quadro, com surgimento de dispnéia aos pequenos esforços e palpitações após cerca de 3 semanas. Não apresentava comorbidades e uso de medicamentos previamente. Ao exame físico apresentava ritmo cardíaco irregular em 2 tempos com atrito pericárdico protodiastólico, bulhas normofonéticas e sem sopros. Durante propedêutica específica, foi evidenciado calcificação pericárdica importante à radiografia de tórax (Figura 1) e ao ecocardiograma, sinais restritivos significativos. Verificado também quadro de fibrilação atrial e hipertireoidismo clínico. Iniciado tratamento para controle dos sinais de insuficiência cardíaca direita, da taquiarritmia e do

hipertireoidismo. Sendo encaminhado posteriormente para tratamento cirúrgico definitivo.

Conclusão: Esse caso chamou a atenção pela extensão e localização da calcificação, associado a um quadro de taquiarritmia e hipertireoidismo, o que dificultou o seu diagnóstico inicial e manejo clínico. A pericardite constrictiva é decorrente do espessamento do pericárdio, com restrição do enchimento diastólico e evolução para a diminuição do débito cardíaco, que pode acometer todas as câmaras cardíacas. Por se tratar de uma afecção incomum ainda é pouco considerada como diagnóstico diferencial inicial nos quadros de insuficiência cardíaca e arritmias.



TL_41841

Infarto com supradesnivelamento do segmento ST no pós-operatório precoce de revascularização em paciente jovem portador de leucemia mieloide crônica.

ADSON DIAS DE PAULA, DÉBORA PEREIRA GALVÊAS, JOSE
AUGUSTO MURAD e CARLA COELHO SIQUEIRA

UNIMED VITÓRIA, Vitória, ES, Brasil.

Introdução: O diagnóstico do infarto do miocárdio perioperatório de cirurgia de revascularização é difícil já que a elevação das enzimas cardíacas podem ser devidas ao próprio procedimento cirúrgico, e as alterações do eletrocardiograma (ECG) podem refletir manifestações inflamatórias pós-operatórias. A presença de nova onda Q e a elevação da troponina nesse período refletem um pior prognóstico. A patência dos enxertos



Temas Livres

arteriais gira em torno de 99% em estudos de acompanhamento dentro dos primeiros 11 dias de pós-operatório. Casos de oclusão dos enxertos arteriais são infrequentes e podem estar relacionados com o período perioperatório - dificuldades técnicas na anastomose distal; uso perioperatório de anticoagulantes, uso de estatinas, e vasoespasmos – e relacionados ao próprio paciente – estenose proximal, tamanho dos vasos distais e hipercoagulabilidade caso esteja presente. No relato em questão, o paciente era portador de leucemia mieloide crônica (LMC) com trombocitose importante.

Métodos: Coleta de dados e informações do paciente em prontuário médico e entrevista com paciente.

Resultados: Paciente com 37 anos foi encaminhado ao pronto socorro (PS) por apresentar ECG com infradesnível de segmento ST em vigência de dor torácica. Relata dor com 15 dias, em queimação, localizada em hemitórax esquerdo, irradiando para membro superior ipsilateral aos esforços, leve intensidade e duração curta. Realizado marcadores de necrose do miocárdio (MNM), com resultado negativo. Apresentou leucocitose (23000, com 16% bastões) e 780.000 plaquetas. Era hipertenso leve sem acompanhamento, sobrepeso, história familiar positiva para coronariopatia, não fumava e etilismo moderado. Solicitado internação. Paciente relata que nas últimas 24 horas antes da internação foi atendido 2 vezes em PS cardiológico e liberado após ECG normal e MNM negativos. Foi realizado cateterismo que evidenciou lesão em tronco de coronária esquerda (TCE) de 70%. Durante internação foi avaliado pelo Hematologista que após biópsia de medula, fez o diagnóstico de LMC. Optou-se por revascularização (mamária interna esquerda para descendente anterior e mamária interna direita para circunflexa). Após 48 horas do procedimento evoluiu com baixo débito cardíaco, ECG com amputação onda R e supra de parede anterior (V3-V4).

Conclusões: Indicado novo cateterismo, sendo implantado stent farmacológico, após evidência de obstrução em TCE 90% e mamária 100%. Procedimento realizado com sucesso e alta após 39 dias da internação.

Patrocinadores

A Sociedade Brasileira de Cardiologia agradece imensamente o patrocínio e apoio dos laboratórios, clínicas e empresas sem as quais não teria sido possível a realização do XXVII Congresso de Cardiologia do ES.

Diamante



Ouro



Prata



Realização



Apoio

Cardiomed
Centrocór
Libbs Farmacêutica
Multiscan Imagem e Diagnóstico
Socor