

## 6 - CARDIOMIOPATIAS

### Cintilografia com 67-gálio em pacientes com suspeita clínica de miocardite: análise imuno-histológica da biópsia endomiocárdica apresenta melhor correlação do que os Critérios de Dallas

Claudio Tinoco Mesquita; Patricia L Corrêa; Renata CM Félix; Jader C Azevedo; Gustavo Barbirato; Cristina Takya; Marcelo Montero; Hans F Dohmann Hospital Pró-Cardíaco, PROCEP

**Fundamentos:** Em pacientes com suspeita de miocardite, a cintilografia com 67-Gálio frequentemente encontra sinais de inflamação cardíaca que não se confirmam pela avaliação histológica da biópsia endomiocárdica (BEM). A cintilografia com 67-Gálio, técnica amplamente disponível no Brasil, ainda não foi adequadamente correlacionada com os achados das técnicas imuno-histológicas, mais sensíveis que análise histológica isolada.

**Objetivo:** Correlacionar a cintilografia com 67-Gálio em pacientes com suspeita de miocardite com achados histológicos (Critérios de Dallas) e imuno-histológicos na BEM.

**Métodos:** Sete pacientes (6 homens) com suspeita clínica de miocardite foram submetidos à BEM e cintilografia com 67-Gálio. Os achados cintilográficos foram correlacionados com os achados das BEM.

**Resultados:** A idade média do grupo analisado foi de 33 +/- 22 anos. A fração de ejeção do ventrículo esquerdo média mensurada pela ressonância magnética foi de 39% +/- 15%. A Cintilografia com 67-Gálio foi positiva em todos os 7 pacientes que foram submetidos à biópsia. A análise histológica pelos critérios de Dallas demonstrou miocardite em 3 pacientes (42%). A análise imuno-histológica demonstrou sinais de miocardite em 6 pacientes (84%). Um único paciente com 67-Gálio positivo não apresentou sinais de miocardite à biópsia. A biópsia demonstrou sarcoidose miocárdica em um dos pacientes com 67-Gálio positivo. A sensibilidade da Cintilografia com 67-Gálio pelo critério imuno-histoquímico foi de 93% (IC 95%: 56% a 99%) e o valor preditivo positivo foi de 81% (IC95%: 47% a 96%). **Conclusão:** A cintilografia com 67-Gálio frequentemente demonstra inflamação em pacientes com suspeita clínica de miocardite submetidos à biópsia endomiocárdica. Os critérios de Dallas apresentam uma pobre correlação com os achados cintilográficos. Entretanto, a análise imuno-histológica demonstra excelente correlação com achados cintilográficos, configurando uma alta sensibilidade para a Cintilografia com 67-Gálio.

### O valor do doppler tecidual (DTI) no diagnóstico diferencial da hipertrofia do atleta e da cardiomiopatia hipertrófica

Elizabeth A. Simões; Nascimento, CAS; Vieira, F; Holanda, M; Horcades, R; Romano, C; Camarozano, A; Benchimol, P; Weitzel, L; Cordovil, I Instituto Nacional de Cardiologia INC

**Fundamento:** O valor do Doppler Tecidual (DTI) no diagnóstico diferencial da Hipertrofia do Atleta e da Cardiomiopatia Hipertrófica, já foi descrito por vários autores (de Maron et al JACC 1986; 7: 190-203 a D'Andrea et al, Echocardiography 23,2-2006:149-56) demonstrando a velocidade E' do anel mitral grande sensibilidade e correlação com a "vitalidade" dos miócitos em vários grupos (Nagueh et al 2003;108: 395-8 Circulation a Nascimento e col. 04: 2006 supl.Rev.Bras.Ecoc.).

**Materiais e métodos:** Estudamos 129 indivíduos casos, 30 normais de um grupo controle, 49 Atletas de alta performance (selecionados por histórico esportivo, classe I de Weber pela Ergoespirometria, Ecocardiografia e ECGAR), 40 pt hipertensos (avaliados por MAPA, ECG, Bioquímica, R-X e Fundo de Olho) e 10 pt portadores de Cardiomiopatia Hipertrófica (CMH) do INC.

**Conclusão:** A média da massa do VE diferencia o grupo normal dos Atletas, hipertensos e miocardiopatas hipertróficos, a FE não auxilia. A velocidade do E' do anel mitral pelo Doppler Tecidual é de grande acurácia e a relação E'/A' aumenta >3 no atleta e na CMH despenca para <1, estes parâmetros são importantes para o diagnóstico diferencial entre a HVE das duas entidades.

#### Resultados:

	Normais (n=30)	Atletas (n=49)	CMH (n=10)	HAS (n=40)
Massa VE (g)	166 (±28)	261 (±46)	325 (±68)	284 (±56)
F.Ejeção VE (%)	66 (±9)	72 (±5)	76 (±13)	61 (±8)
E'Tecidual (cm/s)	16.2 (±5)	24 (±4)	8.6 (±3)	10.5 (±3.6)
Relação E'/A'	1.5 (±0.3)	3.1 (±0.6)	0.6 (±0.2)	0.9 (±0.3)

p=0.0076 Mann-Whitney Exato

### Taquicardia ventricular idiopática: em busca do "substrato perdido".

João Luiz Fernandes Petriz; Abtibol, R; Casarsa, A; Serra, A; Souza, O; Pereira, L; Mendonca, L; Campos, A; Resende, P Hospital Barra D'Or

**Fundamentos:** A presença de taquicardia ventricular (TV) em pacientes (pcs) com ausência de coronariopatia, ou de alteração estrutural cardíaca documentada pelos métodos de imagem tradicionais, caracteriza a etiologia dita "idiopática". A inusitada documentação de regiões de fibrose ou infarto do miocárdio prévio pela ressonância magnética cardíaca (RMC) representa um recente avanço na busca de definição etiológica nestes pc. (**Kadish A, Heart Rhythm 2005**).

**Objetivo:** Demonstrar os achados obtidos pela RMC em 2 pcs com diagnóstico de TV idiopática que auxiliaram a melhor definição etiológica e a identificação do provável substrato arritmogênico.

**Descrição dos Casos:** Pc 1) MAP, masc, 53 anos, cursando com palpitações e episódios sincopais, sendo documentado TV monomórfica sustentada à admissão hospitalar. Pc 2) L P, masc, 66 anos, hipertenso, com queixas de palpitações e presença de TVNS freqüente ao holter. Nos dois casos não foi documentado histórico prévio de evento coronariano ou doença sistêmica. Exames complementares (Ecocardiograma / Coronariografia) verificaram ausência de anomalia estrutural ou coronariopatia, porém o estudo eletrofisiológico documentou TV monomórfica sustentada em ambos. Tais pacientes foram submetidos à pesquisa de fibrose miocárdica pela RMC, utilizando-se a técnica do realce tardio. Em ambos casos foi verificado presença de fibrose miocárdica focal de padrão mesocárdico no segmento infero-lateral na porção basal compatível com injúria miocárdica prévia de padrão não isquêmica ou inflamatória.

**Conclusão:** A presença de mínima injúria miocárdica por miocardite prévia com curso oligossintomático constitui um possível substrato para a ocorrência de TV dita idiopática. A avaliação pela RMC pode auxiliar na definição etiológica nestes pcs.

### Relato de caso: o impacto do procedimento de Sigwart na cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva com altos gradientes

Marcelo Luiz da Silva Bandeira; João Luis Barbosa; Clarissa Anthunes Thiers; Luiz Gustavo Pignataro Bessa; Leopoldine Cabral; Paulo Sérgio de Oliveira; Rita Villela; Míriam Gaze; Helena F. Martino Instituto Nacional de Cardiologia

A oclusão do ramo septal da artéria descendente anterior por alcoolização transluminal percutânea é uma modalidade terapêutica cujo uso vem crescendo em função da experiência acumulada em alguns laboratórios de hemodinâmica, aliada a indicações cada vez mais criteriosas. O caso relatado a seguir visa descrever o impacto da Ablação Septal por Álcool (ASA) numa paciente portadora de um gradiente incommumente elevado.

I.F.P.L., 41 anos, branca, do lar, portadora de hipertensão arterial em uso de propranolol 360 mg/dia e losartan 75mg/dia, com quadro de 2 anos de evolução de episódios eventuais de síncope associados a angina e dispnéia progressiva aos grandes e médios esforços, sendo internada em 29/01/2007 para avaliação de intervenção percutânea. A mãe da paciente é portadora de CMP hipertrófica. Eco transtorácico feito em 02/02/2007 evidenciava um gradiente no trato de saída de VE (TSVE) máximo de 190 mmHg e médio de 135 mmHg. Submetida a ASA com injeção de 3 ml de álcool absoluto em 13/02/2007 com redução do gradiente pelo CAT de 175 para 55 mmHg e identificação ao eco-per-procedimento de grande refringência septal. Cerca de 3 horas após, apresentou dosagem de CK-Mb de 214 UI/L e troponina I de 18.4 ng/ml. Evoluiu com um período transitório e auto-limitado de bigeminismo ventricular, não apresentando quaisquer outros distúrbios do ritmo ou da condução. Eco - transtorácico pós-ASA evidenciou gradiente máximo de 108 mmHg no TSVE. Recebeu alta assintomática em 23/02/2007 para acompanhamento ambulatorial. Portanto, o caso relatado ilustra a posição de destaque crescente do procedimento de Sigwart frente à miectomia septal transaórtica (operação de Morrow) como modalidade terapêutica alternativa, visto que se apresenta como um recurso menos invasivo e de menor morbimortalidade tanto nos primeiros 30 dias (1.5%) quanto após 30 dias (0.5%) segundo metanálise recente.

**Anomalia de Uhl : uma rara entidade cursando com grave disfunção de ventrículo direito.**

Tarik Arcoverde Ribeiro Costa; Leonardo Siqueira; Luiz Feijó; João Manoel Pedroso; Liana Faustini; Vitor Soares; Jacob Atié  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

**Introdução:** Esta anomalia é caracterizada por um impressionante padrão de Ventrículo direito (VD) imenso com total ou quase total ausência de miocárdio em sua parede livre. Neste relato, é descrito um paciente, com características clínicas, ecocardiográficas e de RNM e TC cardíaca, peculiares desta doença.

**Metodologia:** Relato de caso de paciente com Anomalia de Uhl.

C.R.L., 23 anos, masculino, branco, natural do RJ. Encaminhado ao nosso Serviço em 21/01/2007 com queixa de cansaço aos esforços desde os 16 anos, visando investigação de miocardiopatia de VD. Apresentava-se em bom estado geral, corado, afebril, eupneico. PA 100X60 mmHg, FC 76 bpm. Pulso venoso com onda V gigante, VD palpável, SS 3+/6+ em FT que aumentava com inspiração. MMII sem edemas. Ausência de sinais de congestão sistêmica. Laboratório sem alterações. ECG com ritmo sinusal, BRD, sobrecarga atrial direita. RX de Tórax com aumento de câmaras cardíacas direitas. Ecocardiograma transtorácico com aumento e disfunção de VD, afinamento de sua parede livre, aumento atrial direito e IT grave. Cateterismo cardíaco com VD difusamente aumentado e hipocinético. Optado pela realização de RNM e TC cardíaca, que demonstraram extraordinário afinamento de parede de VD, associado com importante dilatação e ausência quase total do miocárdio, além de AD hipertrofiado e aumentado. Evoluiu com estabilidade hemodinâmica, sem intercorrências. Decidimos pela manutenção do tratamento clínico e posterior avaliação de CDI. As características clínicas e radiológicas deste relato são similares às descritas na literatura. A etiologia mais aceita é de um processo apoptótico miocitário do VD de origem indeterminada, com prognóstico ruim. Não há definições sobre o tratamento ideal.