

## 12 – Cardiopatia da Mulher

**Resultados imediatos e evolução intra-hospitalar na intervenção coronária percutânea em homens e mulheres. Fatores de risco para óbito**  
Guilherme Augusto Xavier de Brito, Edison C S Peixoto, Rodrigo T S Peixoto, Ricardo T S Peixoto, Paulo S Oliveira, Marta M Labrunie, Mario Salles Netto, Ronaldo A Villela, Pierre Labrunie, Mauricio B F Rachid, Ivana P Borges Cinecor Hospital Evangélico Rio de Janeiro RJ BRASIL e Universidade Federal Fluminense Niterói RJ BRASIL

**Fundamento:** O sexo feminino (SF) apresenta maior mortalidade que o masculino (SM) na intervenção coronária percutânea (ICP).

**Objetivo:** Avaliar as diferenças entre os sexos no procedimento (proc) e na evolução intra-hospitalar (EIH) e determinar fatores de risco (FR) para óbito (OB) no grupo total (GT).

**Delimitação:** Análise retrospectiva do banco de dados de ICP, elaborado prospectivamente.

**Pacientes:** Foram realizados 5902 proc e estudados 5809 proc de ICP com EIH, realizados de 1995 a 2007, 3912 (67,3%) do SM e 1897 (32,7%) do SF.  
**Métodos:** Utilizou-se os testes: Qui quadrado e t de Student para a comparação dos grupos e regressão logística múltipla para determinar FR.

**Resultados:** O SM e SF apresentavam: idade de 59,6±10,9 e 63,3±10,9 anos (p<0,0001), quadro clínico: angina estável em 1456 (37,2%) e 704 (37,1%), angina instável em 1646 (42,1%) e 920 (48,5%), infarto agudo do miocárdio (IAM) em 330 (8,4%) e 155 (8,2%) e estavam assintomáticos 480 (12,3%) e 118 (6,2%), (p<0,0001), doença uniarterial em 1982 (50,7%) e 1065 (56,1%), biarterial em 1288 (33,9%) e 602 (31,7%), triarterial 623 (15,9) e 225 (11,9%) e tronco de coronária esquerda em 19 (0,5%) e 5 (0,3%), (p=0,0001), com predomínio de função ventricular esquerda normal no SF (p=0,0127). No GT e comparativamente no SM e SF obteve-se sucesso de: 91,5%, 90,9% e 92,7% (p=0,0232), oclusão aguda (OclAg) no proc ou EIH: 2,4%, 2,2% e 2,6% (p=0,4321) e óbito (OB): 1,2%, 1,0% e 1,6% (p=0,0368). Foram FR para OB: idade ≥80 anos (p=0,0302; OR=3,5112), OclAg (p<0,0001; OR=96,1538), quadro clínico de IAM pré-proc (p<0,0001; OR=8,3963) e SF (p=0,0243; OR=2,2527).

**Conclusões:** O SF era mais velho, sintomático e uniarterial e com maior sucesso no proc e maior mortalidade e os FR para OB foram: idade ≥80 anos, OclAg, quadro clínico de IAM pré-proc e SF.

**Gestante com estenose subaórtica grave em membrana, complicada com endocardite infecciosa**

Renato Faria Ribeiro Neto, Roberto Castro Meirelles A, Maria Luiza Meurer A, Pedro Paulo Nogueiras Sampaio, L Sergio P Erthal D Espirito S, Alfredo M Sebastiao Hospital dos Servidores do Estado Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Introdução:** Estenose subaórtica em membrana é um raro tipo de anormalidade cardíaca, representada por uma membrana aderida ao septo interventricular, podendo circundar por completo o trato de saída do ventrículo esquerdo (VE). De comportamento variável, pode ser recorrente a despeito de tratamento cirúrgico. Sua clínica é de estenose aórtica, e a relação com endocardite infecciosa está bem documentada. Pode sofrer grande impacto pelas alterações fisiológicas cardiocirculatórias na gestação.

**Objetivo:** Demonstrar que, apesar de alto risco cardiológico, é possível conduzir gestação a termo com sucesso.

**Relato de Caso:** Paciente feminina, 32 anos, negra, natural do Rio de Janeiro. Sabidamente cardiopata desde os 8 anos de idade, obesa (IMC=45), e sem outras comorbidades. Em 2006 diagnosticada presença de membrana subaórtica ou anel fibroso, com gradiente VE/AO médio de 83mmHg e máximo de 136mmHg, válvula aórtica tricúspide e sem restrição à abertura, hipertrofia ventricular esquerda e função sistólica do VE preservada. Em 2008, chega ao nosso serviço gestante, gesta IV para II, 2 transvaginais, 1 aborto espontâneo e 1 induzido. Com idade gestacional (IG) de 16/17 semanas, foi internada com queixa de dispnéia e febre. Ecocardiograma trans-esofágico (ETE) mantinha presença da membrana subaórtica, porém agora com grande vegetação aderida à face aórtica do folheto não coronariano da válvula aórtica, e também à membrana subaórtica. Gradiente VE/AO máximo era de 134mmHg e médio de 88mmHg. Hemoculturas com crescimento de Streptococcus viridans. Iniciado tratamento para endocardite infecciosa com Penicilina cristalina. ETE 40 dias após já mostrava desaparecimento das vegetações, e redução do gradiente VE/AO máximo a 128mmHg. Recebeu alta hospitalar com grande melhora clínica. Foi re-internada para parto cesário a termo, com IG de 37/38 semanas, sem intercorrências.

**Conclusões:** Mulheres em fase reprodutiva e de alto risco cardiológico para gestação devem ser informadas sobre tal. Porém é possível, mesmo assim, a obtenção de gestação normal e de recém-nato saudável, a termo.

**Cardiomiopatia hipertrófica assimétrica sintomática em gestante**

Renato Faria Ribeiro Neto, Roberto Castro Meirelles A, Maria Luiza Meurer A, L Sergio P Erthal D Espirito S, Pedro Paulo Nogueiras S, Alfredo M Sebastiao Hospital dos Servidores do Estado Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Introdução:** Há um heterogêneo grupo de mulheres em idade fértil portadoras de doença cardiovascular, congênita ou adquirida. As alterações fisiológicas hemodinâmicas da gestação devem ser entendidas, pois têm grande impacto sobre a alteração estrutural cardíaca. A cardiomiopatia hipertrófica (CMPH) é uma doença genética cardíaca, relativamente comum, de comportamento e prognóstico variáveis, que dependem da localização e grau da hipertrofia. Morte súbita é um risco presente em jovens, e pode ser o primeiro sinal clínico da doença. Ao Ecocardiograma (ECO) apresenta-se como hipertrofia ventricular inapropriada, cavidade não dilatada, e muitas vezes com comprometimento assimétrico do septo ventricular, obstrução dinâmica do trato de saída do ventrículo esquerdo (VE), e disfunção diastólica. O risco de complicações maternas e fetais em mulheres portadoras de CMPH é difícil de ser determinado, mas é conhecidamente maior nas pacientes sintomáticas (CMPH obstrutiva).

**Objetivo:** Demonstrar que, apesar de alto risco cardiológico, é possível conduzir gestação a termo com sucesso.

**Relato de Caso:** Paciente feminina, 18 anos, parda, natural do Rio de Janeiro. Chegou em nosso serviço primigesta, já com diagnóstico prévio de CMPH, mas sem acompanhamento regular. Início de sintomas, como síncope e dispnéia aos esforços, aos 15 anos. ECO mostrava SIV=2,5cm, PPVE=0,8cm, relação SIV/PPVE=3,1, AE=4,6cm, área AE=31cm<sup>2</sup>, hipertrofia do VE poupando parede posterior ou infero lateral, disfunção diastólica grau 2, gradiente VE/AO máximo de 26-30mmHg, com velocidade de fluxo máxima de 2,74m/s, e PSAP de cerca de 38-40mmHg. Durante a gestação houve leve piora do padrão habitual de dispnéia, e paciente foi mantida em uso de Succinato de Metoprolol. Boa evolução durante toda gestação. Foi internada com idade gestacional de 38/39 semanas para parto via vaginal, a termo, sem intercorrências. Recém-nato saudável, 2760g, Apgar 9/10.

**Conclusão:** Mulheres em fase reprodutiva, de alto risco cardiológico para gestação e com possibilidade de transmissão genética à prole devem ser informadas sobre tal. Porém é possível, mesmo assim, a obtenção de gestação normal e recém-nato saudável, a termo.