

## 13 – Doença Reumática e Valvar

**Infarto Embólico do Miocárdio em Paciente com Endocardite Infecciosa**  
Aline P Sterque, Cristina R L Wiesberg, Júlio C D Nigro, Thais C R Porto, Dulce R R P Lessi, Guilherme Laval, Humberto Villacorta J  
Instituto Estadual Aloysio de Castro, Unid. Card Intensiva 6 Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Introdução:** A embolização séptica como causa de infarto agudo do miocárdio é complicação rara na evolução clínica da endocardite infecciosa (EI). Apresentamos um caso em paciente jovem, com diagnóstico inicial de EI em tratamento, que evoluiu com dor precordial e supradesnivelamento de segmento ST.

**Relato do Caso:** MLS, negro, 32 anos, esteve internado há 4 meses com quadro de insuficiência renal crônica agudizada. Realizou hemodiálise (HD) durante a internação seguido de programa de terapia de substituição renal em caráter crônico. Durante as sessões de HD, realizadas ainda por cateter venoso profundo, passou a apresentar febre, tendo sido diagnosticada EI de válvula aórtica nativa. Após curso de antibioticoterapia prolongada e detecção de insuficiência aórtica grave foi submetido a troca valvar aórtica em 17/12/09, com implante de prótese biológica. Várias tentativas durante internação de realização de fistulas arteriovenosas sem sucesso. Durante permanência hospitalar, apresentou novo quadro de EI em prótese biológica aórtica com isolamento de *Staphylococcus* spp (coagulase negativa) em hemocultura e ponta de cateter de diálise, além de ecocardiograma transesofágico que evidenciava imagem sugestiva de vegetação móvel em face ventricular do anel protético. Iniciado então novo esquema de antibiótico. Em 25/01/10, após 8 dias de início do tratamento, apresentou quadro de forte dor precordial com ECG que evidenciava corrente de lesão subepicárdica em parede anterior extensa. Submetido a cineangiogramografia que evidenciou calibrosa artéria descendente anterior, ocluída em terço médio e presença de extensa falha de enchimento compatível com material embólico, sem aterosclerose detectável nos demais segmentos. Evoluiu com instabilidade clínica, com insuficiência ventricular esquerda de difícil compensação e febre mantida. No dia 27/01/10 apresentou novo quadro de dor precordial e nova alteração eletrocardiográfica (novo supradesnível do segmento ST em parede anterior), com evolução para taquicardia ventricular e óbito no dia 30/01/10.

**Evolução em longo prazo da valvoplastia mitral com balão único. Sobrevida e sobrevida livre de eventos**

Ricardo Trajano Sandoval Peixoto, Edison C S Peixoto, Ivana P Borges, Rodrigo T S Peixoto, Paulo S Oliveira, Mario Salles Netto, Aristarco Gonçalves de Siqueira Filho  
Cinecor Hospital Evangélico Rio de Janeiro RJ BRASIL e Universidade Federal do Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Fundamento** - A técnica do balão único (BU) para valvoplastia mitral por balão (VMB) é a de menor custo.

**Objetivo** - Analisar a evolução (evol) e determinar as variáveis para sobrevida (S) e S livre de eventos maiores (EM) na evol em longo prazo (ELP) da técnica do BU.

**Delineamento** - Estudo prospectivo.

**Pacientes** - De 07/1987 a 12/2008, realizamos 524 procedimentos (proc), 404 (77,1%) com BU Balt, 256 com ELP. O diâmetro foi de 25 mm em 5 proc e de 30 mm em 251 e a área de dilatação de  $7,02 \pm 0,30$  cm<sup>2</sup>. A ELP foi de  $54,6 \pm 32,8$  meses.

**Métodos** - EM foram óbito (Ob), nova VMB ou cirurgia valvar mitral (CVM). Utilizou-se os testes: Qui quadrado, t de Student, curvas de Kaplan-Meier e análise multivariada (Multi) de Cox.

**Resultados** - Idade média  $38,0 \pm 12,6$  anos, sexo feminino (SF) 222 (86,7%) pacientes (p), ritmo sinusal 215 (84,0%), eco score (EE)  $7,2 \pm 1,5$  (4 a 14) pontos, área valvar mitral (AVM) pre-VMB  $0,93 \pm 0,21$  cm<sup>2</sup>. A AVM pre e pós-VMB (Gorlin) foi  $0,90 \pm 0,20$  e  $2,02 \pm 0,37$  cm<sup>2</sup> ( $p < 0,001$ ) e sucesso AVM  $\geq 1,5$  cm<sup>2</sup> em 241 (94,1%) proc. Três (1,2%) p começaram a evol com insuficiência mitral (IM) grave. No final da evol 119 (46,5%) p estavam em classe funcional (CF) I, 70 (27,3%) em CF II, 53 (20,7%) em CF III, 3 (1,2%) em CF IV e 11 Ob (4,3%) e 17 (8,2%) p com IM grave. Doze (4,7%) p foram submetidos à nova VMB e 27 (10,5%) à cirurgia valvar mitral (CVM). Previram independentemente S: EE  $\leq 8$  ( $p < 0,001$ , HR=0,116), idade  $\leq 50$  anos ( $p = 0,011$ , HR 0,203) e ausência de CVM na evol ( $p = 0,004$ , HR 0,170) e S livre de EM: ausência de comissurotomia prévia ( $p < 0,002$ , HR 0,318), SF ( $p = 0,036$ , HR 0,466) e AVM pós VMB  $\geq 1,50$  cm<sup>2</sup> ( $p < 0,001$ , HR 0,466).

**Conclusões** - A VMB com BU teve resultados semelhantes às outras técnicas. Previram S e/ou S livre de EM: EE  $\leq 8$ , idade  $\leq 50$  anos, ausência de CVM na evol, ausência de comissurotomia prévia, SF e AVM pós VMB  $\geq 1,50$  cm<sup>2</sup>.

**Evolução em longo prazo da valvoplastia mitral com a técnica de Inoue versus a do balão único**

Ivana Picone Borges, Edison C S Peixoto, Rodrigo T S Peixoto, Ricardo T S Peixoto, Paulo S Oliveira, Mario Salles Netto, Pierre Labrunie, Ronaldo A Villela  
Cinecor Hospital Evangélico Rio de Janeiro RJ BRASIL e Universidade Federal Fluminense Niterói RJ BRASIL

**Fundamento** - O balão de Inoue (BI) é mundialmente utilizado. A técnica do balão único (BU) obtém resultados semelhantes com custo menor.

**Objetivo** - Estudar a evolução (evol) em longo prazo (LP) das 2 técnicas e determinar variáveis independentes para sobrevida (S) e S livre de eventos maiores (SLEM).

**Delineamento** - Estudo prospectivo não randomizado.

**Pacientes** - De 525 procedimentos (proc) realizados, estudamos 311 proc realizados entre 04/1990 e 12/2009, e seguidos em LP por  $51 \pm 33$  meses, 256 com BU Balt (GBU) com evol de  $55 \pm 33$  meses e 55 com BI (GBI) com evol de  $33 \pm 27$  meses ( $p < 0,0001$ ).

**Métodos** - Foram utilizados testes do: Qui-quadrado ou exato de Fischer, t de Student, curvas de Kaplan-Meier e análise multivariada de Cox.

**Resultados:** No GBI e GBU encontrou-se: sexo feminino 41 (74,5%) e 222 (86,6%), ( $p = 0,0233$ ) e idade, fibrilação atrial, área valvar mitral (AVM) pré-VMB e score ecocardiográfico (EE) foram semelhantes, sendo a AVM pós-VMB respectivamente de  $2,05 \pm 0,53$  (1,00 to 3,30) e  $2,02 \pm 0,37$  (1,10 a 3,30) cm<sup>2</sup> ( $p = 0,9509$ ) e no final da evol AVM de  $1,70 \pm 0,41$  e  $1,54 \pm 0,51$  cm<sup>2</sup> ( $p = 0,0883$ ), nova insuficiência mitral grave 5 (12,8%) e 17 (8,2%), ( $p = 0,3592$ ), nova VMB 1 (1,8%) e 12 (4,7%), ( $p = 0,4772$ ), cirurgia valvar mitral (CVM) 3 (5,5%) e 27 (10,5%), ( $p = 0,3634$ ), óbitos 2 (3,6%) e 11 (4,3%), ( $p = 1,000$ ) e EM 5 (9,1%) e 45 (17,6%), ( $p = 0,1762$ ). A técnica do BI versus a do BU não predisseram S ou SLEM. Variáveis que predisseram independentemente S foram: idade  $< 50$  anos ( $p = 0,016$ , HR=0,233), EE  $\leq 8$  ( $p < 0,001$ , HR=0,105), área efetiva de dilatação (AED), ( $p < 0,001$ , HR 16,838) e CVM na evol ( $p = 0,001$ , HR=0,152) e SLEM: comissurotomia prévia ( $p = 0,012$ , HR=0,390) e AVM pós VMB  $\geq 1,50$  cm<sup>2</sup> ( $p < 0,001$ , HR=7,969).

**Conclusões:** A evol em LP foi semelhante no GBI e no GBU. Predisseram independentemente S e/ou SLEM: idade  $< 50$  anos, EE  $\leq 8$  pontos, AED, AVM pós VMB  $\geq 1,50$  cm<sup>2</sup> e ausência de comissurotomia prévia e de CVM na evol.