

9 – Cardiologia Intervencionista e Hemodinâmica

TL Oral 24084

Perfil de agregação plaquetária e preditores de hiporresponsividade ao Clopidogrel em pacientes encaminhados para angioplastia coronariana eletiva

Fabricio Braga S, Gustavo L G A Junior, J Kezen C Jorge, Milena R S E Faria, A Godomiczer, R Hugo Costa L, B Hellmuth, S Salles Xavier, Augusto C A Neno Casa de Saúde São José Rio de Janeiro RJ BRASIL e Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamentos: A angioplastia coronariana eletiva com stents (ATCES) corresponde a maior parte dos procedimentos precutâneos realizados. A dupla terapia antiagregante plaquetária (DTAP) eficaz é fundamental nesses paciente para evitar complicações trombóticas pós ATCES.

Objetivo: Avaliar a prevalência de Antiagregação sub-ótima (APSO) ao Clopidogrel em pacientes encaminhados para ATCES em uso de DTAP.

Materiais e Métodos: Estudo Transversal de centro único. Foram incluídos pacientes submetidos a ATCES pré-tratados com AAS (200mg) e Clopidogrel (75mg), preenchendo os seguintes critérios: ATCES realizada no mesmo dia da internação; uso de Clopidogrel e AAS há mais de 4 dias. AAP foi medida utilizando-se o método de agregometria óptica (Accumetrics®). Foram utilizados os seguintes agonistas: para medida do efeito terapêutico do Clopidogrel: ADP 5µmoles/ml; para medida do efeito terapêutico do AAS: Ácido Aracônico 0,5mcg/ml. Foi considerado APSO uma valor de ADP5>30%.

Resultado: Foram analisados 205 pacientes (69,8% homens; 66,3±11 anos). O valor médio AP ao Clopidogrel foi 37±16,4%. APSO foi identificada em 63,9% dos pacientes. Na análise multivariada glicemia de admissão (OR=1,014 IC95% 1,002 a 1,027); uso de estatina OR= 0,448 IC95% 0,219 a 0,917) e o valor de AP medida com Ácido Aracônico (OR=1,053 IC95% 1,003 a 1,106), foram preditores de APSO. De acordo com protocolo institucional, na vigência de ADP5>30% uma nova dose de ataque de 300mg de Clopidogrel era administrada. Em virtude disso, menos de 24h, a APSO era 42,4% (-21,5%, p<0,0001).

Conclusão: A prevalência de APSO em pacientes submetidos a ATCES é muito alta. A redução significativa de sua ocorrência em poucas de internação, levanta fortes suspeitas da presença de má adesão terapêutica

Concorre ao Prêmio de Melhor Tema Livre do 28º Congresso

TL Oral 23240

Fatores preditores e prognostico da elevação sérica dos marcadores de necrose miocárdica após intervenção coronária percutânea: análise de 5000 pacientes consecutivos tratados por intervenção coronariana

José A Boechat, Julio C M Andrea, Leandro A Côrtes, Helio R Figueira Hospital Cardiotrauma RJ RJ e Clínica São Vicente RJ RJ BRASIL

Fundamentos: a elevação sérica dos marcadores de necrose miocárdica após angioplastia tem sido associados a aumento da mortalidade precoce e tardia, principalmente naqueles com grandes infartos periprocedimento.

Objetivo: avaliar a frequência, fatores preditores e prognostico da elevação enzimática pós angioplastia.

Materiais e métodos: de Jan/96 a Fev/11, 5021 pacientes consecutivos foram tratados por ICP. Infarto pós procedimento (elevação de troponina ou de CKMB acima de 2 vezes o valor superior) em 2,6%. Maior mortalidade em 30 dias, porem sem significado estatístico (3,8 vs 1,9%; p=0,1).

Resultados: Na análise univariada foram preditores de elevação enzimática pós ICP: implante de múltiplos stents (OR 1,7; IC 95% 1,2 –2,5; p=0.001), stents > 20 mm (OR 2,2; IC 95% 1,5 –3,2; p<0,001), lesões tipo B2/C (OR 2,3; IC 95% 1,4 –3,9; p<0,001), infarto sem q (OR 1,5; IC 95% 0,98 –2,3; p=0.04), lesões calcificadas (OR 1,8; IC 95% 1,2 –2,6; p=0.002), ulceradas (OR 1,4; IC 95% 0,9 –1,9; p=0.03), bifurcadas (OR 1,7; IC 95% 1,1 –2,8; p=0.01) e pontes de safena (OR 2,2; IC 95% 1,2 –4,0; p=0.01). Na análise multivariada os preditores independentes foram: stents > 20 mm (OR 1,8; IC 95% 1,1 –2,8; p=0,01), lesões calcificadas (OR 1,5; IC 95% 1,0 –2,3; p=0.02), bifurcação (OR 1,6; IC 95% 1,0 –2,7; p=0.04) e pontes de safena (OR 2,3; IC 95% 1,0 –5,4; p=0.03). Seguimento médio de 6,5 anos evidenciando eventos maiores tardios (ECM - 23,6 vs 17,4%; p=0,06), sem diferença na ocorrência de infarto + óbito (9,1 vs 7,7%; p=0,3), com maior necessidade de reintervenção (17,3 vs 10,7%; p=0,02).

Conclusão: infarto periprocedimento ocorre < 3% das ICP, não estando associado a aumento significativo da mortalidade em 30 dias, com maior chance no tratamento de lesões longas, calcificadas, bifurcadas e em pontes de safena. A longo prazo não observamos aumento do desfecho infarto/óbito, com tendência a maior incidência de ECM, com mais reintervenções.

23837

Administração de protamina para retirada precoce de introdutores femurais após angioplastia primária e de resgate

Bernardo Kremer Diniz Gonçalves, Edison Carvalho Sandoval Peixoto, Angelo Leone Tedeschi, Marcello Augustus de Sena, Rodrigo Trajano Sandoval Peixoto

Procordis Niterói RJ e Universidade Federal Fluminense Niterói RJ BRASIL

Introdução: A imediata retirada dos introdutores femorais após angioplastia coronária reduz complicações nos locais de punções (PC). A pronta de reversão da anticoagulação com o uso de protamina (PT) pode ser uma importante opção terapêutica. Esta abordagem raramente é usada na angioplastia primária ou de resgate (APR) por causa do possível aumento do risco de trombose de stent (TS).

Métodos: Analisamos, retrospectivamente, a incidência de trombozes agudas (TA) e sub-agudas de stent (TSA) em 449 PC com IAM, que foram submetidos a APR e receberam PT após o procedimento (G1) e 240 PC que não receberam PT após APR (G2). Foram comparados as características clínicas, angiográficas e da intervenção dos dois grupos.

Resultados: Nenhum dos pc nos 2 grupos tiveram TA mas TSA ocorreu em 4 PC no G1 e 2 PC no G2 (p = 0,65). Não foram encontradas diferenças entre os 2 grupos no diâmetro (3,15 ± 0,58 mm vs 3,17 ± 0,65 mm), comprimento dos stents (23,22 ± 10,44 mm vs 22,33 ± 8,84), presença de trombos (73,1% vs 72% p = 0,83), média do diâmetro das bainhas (6,02F ± 0,52 vs 6,12F ± 0,41), uso de IIb/IIIa (85,4% vs 86,4% p=0,73), sexo masculino (70,4% vs 68,6% p = 0,61), dislipidemia (54,4% vs 52,7% p=0,59), HAS (69,4% vs 65,1% p=0,59). Os PC do G2 apresentaram incidência significativamente maior de diabetes mellitus (35,7% vs 23, 5% p<0,001), choque (26% vs 8, 6% p<0,001) e mortalidade hospitalar (14,1% vs 2, 9% p<0,001). Nenhum paciente do G1 apresentou reação adversa grave à PT

Conclusões: Este trabalho sugere que a reversão da anticoagulação com PT após APR não predispõe a TA ou TSA. Esse resultado permite o uso de PT para uma retirada precoce e segura dos introdutores femorais, minimizando as chances de complicações no local da punção, especialmente durante a terapia antiplaquetária tripla, como nas APR.

24102

Uso de protamina para retirada precoce dos introdutores femurais após angioplastia coronária

Bernardo Kremer Diniz Gonçalves, Edison Carvalho Sandoval Peixoto, Marcello Augustus de Sena, Rodrigo Trajano Sandoval Peixoto, Angelo Leone Tedeschi

Procordis Niterói RJ e Universidade Federal Fluminense Niterói RJ BRASIL

Introdução: A reversão da anticoagulação pela protamina (PT) após o implante de stent (IS) pode ser uma opção terapêutica. Pois poderia auxiliar no tratamento de complicações da angioplastia, como a ruptura ou perfuração coronária e permitir a retirada precoce dos introdutores, evitando complicações de punção e reduzindo o desconforto dos pacientes (PC). Esta abordagem raramente é usada após o IC devido o possível aumento do risco de trombose de stent (TS).

Métodos: Analisamos, retrospectivamente, a incidência de trombose aguda (TA) e trombose subaguda de stent (TSA) em 5374 PC consecutivos, submetidos à ISC divididos em 2 grupos os que receberam PT após o procedimento (G1) com 4126 PC e os que não receberam o PT após o ISC (G2) com 1248 PC. Comparados quanto as características clínicas e da intervenção.

Resultados: Um PC no G1 apresentou TA e nenhum no G2 (p = 0,52), TSA ocorreu em 15 PC do G1 (0,36%) e 8 PC no G2 (0,64%) (p = 0,18). Não foram encontradas diferenças significativas no diâmetro (G1 3,07 ± 0,54 mm vs G2 3,08 ± 0,55 mm), comprimento do stent (G1 24,40 ± 12,50 mm vs G2 25,56 ± 11, 85), *overlapping* (G1 vs 17,0% p G2 17,9% = 0,56) French da bainha (G1 6,07F ± 0,40 vs G2 6,07F ± 0,46), sexo masculino (64,5% G1 vs 64,4% p = 0,92), dislipidemia (G1 vs 65,6% p = 63,5 G2 0,18), HAS (G1 vs 79,9% p G2 78,28% p = 0,19).

O G2 apresentou uma incidência maior de DM (41,4% vs 27,3% p < 0,001), DM insulino dependente (23,7% vs 0,75%, p < 0,001), choque (6,25% vs 2,19% p < 0,001), uso de IIb/IIIa (32,2% vs 21,3% p < 0,001), presença de trombo (20,2% vs 13, 6% p < 0,001) apresentação em IAM (19,4% vs 11,0% p < 0,001), disfunção do VE grave (10,6% vs 5,9% p < 0,001) e óbito hospitalar (4,7% vs 0,77% p < 0,001) Antiplaquetários após a alta hospitalar foram semelhantes: AAS G1 99,1% vs 98,9% no G2 (p=0,33); Clopidogrel G1 98,4% vs 98,1% no G2 (p=0,24)

Conclusões: A reversão imediata da anticoagulação pela PT após o ISC em nosso estudo foi segura e não predispôs a TA ou TSA.

Preditores de eventos cardíacos adversos tardios nos pacientes tratados com stents farmacológicos: análise de 832 pacientes seguidos por mais de 4 anos
José A Boechat, Julio C M Andrea, Leandro A Côrtes, Helio R Figueira
Hospital Cardiotrauma RJ RJ BRASIL e Clínica São Vicente RJ RJ BRASIL

Fundamentos: apesar da comprovada eficácia dos stents farmacológicos (SF) reduzindo a necessidade de reintervenção nos ensaios clínicos randomizados, permanece a preocupação com a segurança tardia dos dispositivos, principalmente nas situações clínicas cotidianas.

Objetivo: avaliar a evolução tardia dos pacientes tratados com SF, analisando a frequência e fatores preditores de eventos cardíacos adversos (ECM) em população não selecionada.

Materiais e métodos: de Jun/02 a Fev/11, 832 pacientes tratados exclusivamente com stents farmacológicos foram seguidos pelo período médio de 4,3±2,2 anos. Idade média de 62,6±11,6 anos, sexo masculino 67,2%, vasos <2,75 mm 39,4%, stents >20mm 68%, diabetes 41,9%, insuficiência renal 6%, doença multiarterial 60,1%, disfunção moderada/severa VE 16,1% e indicação off label 84,1%. Tratamento de lesões calcificadas em 28,1%, bifurcadas em 15,3% e tratamento de reestenose de stent em 13,9%. Intervenção nas síndromes coronarianas agudas em 51,7%.

Resultados: ocorrência de ECM cumulativos em 11,8% (infarto, angioplastia, cirurgia e óbito cardíaco ou não), sendo nova angioplastia em 7%, infarto tardio 1,4%, cirurgia 2,2% e óbito 4,1%. Foram avaliadas 80 variáveis clínicas e angiográficas, sendo preditoras de ECM: cirurgia previa de revascularização do miocárdio (OR 1,9; IC 95% 1,1–3,1; p=0.009), implante de stent eluído em sirolimus (OR 1,6; IC 95% 1,0–2,5; p=0.02), angina instável (OR 1,9; IC 95% 1,2–2,9; p=0.001), diabetes tipo 1 (OR 1,9; IC 95% 1,0–3,6; p=0.03) e intervenção em ponte de safena (OR 4,7; IC 95% 2,1–10,6; p=0.001). Na análise multivariada as variáveis que permaneceram associadas a ECM foram angina instável (OR 1,9; IC 95% 1,2–3,0; p=0.003) e intervenção em pontes de safena (OR 4,7; IC 95% 1,7–12,9; p=0.002).

Conclusão: o implante de SF em situações de elevada complexidade clínica e angiográfica esta associado a reduzida ocorrência de eventos cardíacos adversos no seguimento superior a 4 anos, sendo fatores de risco o tratamento das síndromes coronarianas agudas e dos enxertos de safena.

Correlação do implante percutâneo da válvula aórtica no trato de saída do ventrículo esquerdo e marca-passo definitivo.

Rodrigo Verney Castello Branco, Guilherme Laval, Constantino Gonzalez Salgado, Andre Luiz Silveira Sousa, João Alexandre Rezende Assad, Carlos Henrique Eiras Falcão, Andre Luiz da Fonseca Feijó, Nelson Durval Ferreira Gomes de Mattos, Luiz Antonio Ferreira Carvalho
Hospital Pró-Cardíaco Rio de Janeiro RJ BRASIL.

Introdução: Alto grau de bloqueio atrioventricular e implante de marca-passo é uma complicação freqüente após o implante percutâneo da válvula aórtica.

Objetivo: Identificar como fator predisponente de implante de marca-passo definitivo o posicionamento da prótese valvar aórtica no trato de saída do ventrículo esquerdo.

Método/Resultados: No período de set de 2009 a janeiro de 2011, 28 pacientes (média de idade de 83,0 + 8,0 anos) foram submetidos ao implante de percutâneo da válvula aórtica. Quatro pacientes apresentavam marca-passo definitivo. O implante da prótese é analisado a partir da visualização do fundo do seio não coronariano até a ponta da prótese no trato de saída do ventrículo esquerdo. Após a realização do implante percutâneo da válvula aórtica, 7 (29,2%) pacientes evoluíram com bloqueio átrio-ventricular total (BAVT), sendo submetidos ao implante de marca-passo definitivo. A média da profundidade de implante da prótese valvar aórtica nos pacientes submetidos ao implante de marca-passo definitivo foi de 6,5±2,9mm e 7,1±4,0mm nos pacientes sem marca-passo definitivo (p=0,8). O implante de marca-passo teve que ser realizado com maior freqüência em pacientes com achados patológicos no eletrocardiograma pré-procedimento, tais como bloqueio AV 1º e bloqueio do ramo direito associado ou não a hemibloqueio anterior esquerdo. Analisando este sub-grupo, observamos um aumento de 59,8% na profundidade do implante da válvula aórtica em relação ao grupo sem marca-passo (4 pacientes com media de profundidade de 6,5mm e 2 pacientes com media de profundidade de 2,6mm respectivamente) (p=0,06). Sexo, idade, tipo de prótese, EuroScore, as dimensões da válvula não tinha influência significativa.

Conclusões: Devemos estar atentos ao implante da válvula no trato de saída do ventrículo esquerdo, quando esses pacientes apresentarem alteração eletrocardiográfica prévia.

Vantagens da utilização do material de punção radial em intervenções coronarianas através da punção braquial à direita - experiência inicial do Hospital Central do Exército

Marcio Andrade de Oliveira, José Antonio Pereira Gomes
Policlínica Militar de Niterói RJ e Hospital Central do Exército RJ BRASIL

Introdução: Desde a realização da primeira angioplastia coronariana realizada por Gruntzig em 1977, o acesso vascular é um aspecto muito importante na intervenção coronariana. Com o advento da técnica de punção femoral passamos a ter o acesso femoral e a opção segura do introdutor femoral colocado na artéria braquial dissecada. Em seguida, os acessos radial e ulnar foram um grande avanço, por diminuírem as complicações hemorrágicas. O acesso braquial por punção passou a ser um desafio, devido a um alto índice de complicações vasculares e de neuropatia periférica por lesão do nervo mediano.

Métodos: Entre maio de 2006 à janeiro de 2010; 100 pacientes com idades de 52 à 80 anos; 80 do sexo feminino e 20 do masculino foram submetidos a angioplastia coronariana com implante de stent por punção braquial direita à 1cm acima da prega do cotovelo, utilizando agulha, guia e introdutor radial 6F, sendo fixados com fio de sutura nylon 3.0, visando evitar a saída inadvertida, durante o procedimento. Os introdutores foram retirados após o procedimento, colocando-se curativos compressivos retirados 12h após. Os pacientes foram acompanhados, mensalmente, no ambulatório durante 1 ano.

Resultados: Nenhum paciente apresentou complicações maiores tais como: oclusão arterial aguda, síndrome compartimental, pseudo-aneurisma, neuropatia periférica no membro superior direito, claudicação intermitente do membro superior direito. Dois pacientes (2%) apresentaram hematoma moderado, regredindo 10 dias após. Uma paciente (1%) apresentou fistula arteriovenosa corrigida cirurgicamente com anestesia local.

Conclusão: O acesso da artéria braquial direita por punção percutânea, para realização de angioplastia coronariana, usando material próprio de punção radial é um procedimento seguro, de fácil acesso, ocasionando trauma local mínimo, pelas características do mesmo, (agulha fina, guia fino e introdutor radial). Proporciona acesso mais rápido que a dissecação, representando alternativa, quando há impossibilidade de acesso radial, ulnar ou femoral, além de menor trauma vascular na punção e na colocação do introdutor. Na série apresentada não houve complicações significativas.

Implante percutâneo de prótese valvar aórtica - evolução hospitalar

Medeiros, Cesar R, Rati, Miguel A N, Mattos, Claudia, Silva, Leonardo J D, Pontes, Alvaro C P S, Grube, Eberhard, Luiz Guilherme de Miranda
Hospital Copa D'Or Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamentos: A estenose valvar aórtica tem altas morbidade e mortalidade e acomete, frequentemente, indivíduos idosos e com comorbidades que os tornam candidatos de alto risco para a troca valvar cirúrgica. O implante percutâneo valvar aórtico (IPVA) mostra-se uma alternativa segura e eficaz nos pacientes com alto risco cirúrgico.

Objetivo: Reportar as condições clínicas e a evolução hospitalar dos 3 primeiros pacientes (pts) submetidos ao IPVA em nossa instituição.

Métodos: Entre janeiro e março de 2011, 3 pts com estenose valvar aórtica grave sintomáticos e com elevado risco cirúrgico definidos por observação clínica e pelo Euroscore foram submetidos ao IPVA por acesso femoral. Foram avaliados os dados clínicos pré-procedimento e a evolução hospitalar.

Resultados: Tivemos 2 pts do sexo feminino, a idade média foi de 86 anos (85 a 88 anos) e todos os pts estavam previamente internados por apresentarem sintomas em repouso. O gradiente transvalvar aórtico médio de pico, medido por cateterismo foi de 77mmHg (60 a 100mmHg) e a área valvar aórtica média foi de 0,53 mm². Apenas 1 pt não apresentava coronariopatia concomitante, sendo que 2 já tinham intervenção coronariana percutânea e 1 desses também era revascularizado cirurgicamente. A função ventricular esquerda era normal em 1 pt, moderadamente deprimida em 1 e gravemente deprimida no outro, o qual também era portador de marca-passo. Os 2 pts com disfunção de VE apresentavam insuficiência mitral grave. Diabetes estava presente em 1 pt. Não havia insuficiência renal, DPOC ou vasculopatia periférica significativa nos pts incluídos. O Euroscore logístico médio foi de 18,9% (10,7 a 30,4%). Não houve morte ou AVC em nosso grupo. Sangramento na incisão inguinal requereu hemotransfusão em 2 pts. Insuficiência aórtica discreta a moderada periprotética foi observada em 1 pt, BAVT com necessidade de marca-passo definitivo em 1 pt. O gradiente transprotético aórtico médio foi de 9mmHg e a área valvar de 1,5 mm² pós-procedimento. O tempo médio de internação após o IPVA foi de 11,3 dias (7 a 20 dias).

Conclusão: O IPVA é um procedimento seguro e eficaz nos pts com alto risco cirúrgico; sua evolução a longo prazo e aplicação em pts de menor risco devem ser objetos de estudos futuros.

Implante de válvula aórtica percutânea: Resultados analisados pelos critérios Valve Academic Research Consortium

André L S Sousa, André L F Feijó, Nelson D F G Mattos, Constantino G Salgado, R Verney C Branco, João A R Assad, C H E Falcão, Francisco E S Fagundes, A Siciliano C, Arnaldo Rabischoffsky, Luiz A F Carvalho
Hospital Pró-Cardíaco Rio de Janeiro RJ BRASIL

Introdução: A proposta da *Valve Academic Research Consortium* (VARC) de padronizar definições de desfechos clínicos possibilita facilitar a interpretação de ensaios clínicos e registros; e futuramente estabelecer critérios de qualidade assistencial para o implante de válvula aórtica percutânea (IVAP). Analisamos nossos resultados sob os critérios VARC.

Métodos: Entre julho/2009 e janeiro/2011 realizamos uma série de IVAP com Medtronic-CoreValves para o tratamento da estenose aórtica sintomática de alto risco cirúrgico. Descrevemos resultados do sucesso do implante do dispositivo, a segurança em 30 dias e a eficácia em 1 ano utilizando os critérios VARC.

Resultados: Vinte e seis pacientes (55,6% homens, 82,9±8,1 anos) com estenose aórtica grave (área valvar aórtica [AVA]=0,7±0,2 cm²) e sintomas de insuficiência cardíaca (classe NYHA= 3,3±0,5) exibiam STS score de 21,5±14,1%. O IVAP foi realizado por acesso femoral em todos (96,2% arteriotomia). Houve sucesso do dispositivo em 92,3% dos casos (insucessos: regurgitação aórtica grau 3 e segunda válvula implantada). Desfecho combinado de segurança em 30 dias (3,8% de eventos adversos combinados): mortalidade ausente, AVC ausente, sangramento ameaçador a vida ausente (maior=19,2%), nefropatia por contraste estágio 3 ausente (estágio 1=19,2%), IAM ausente, complicação vascular maior ausente, re-intervenção em 1 caso (segunda válvula). Ao ECO houve variações antes e após o IVAP na AVA (0,7±0,2cm² para 1,8±0,4cm²; p<0,001) e no gradiente VE-Ao médio (52,1±16,7mmHg para 6,7±5,6mmHg; p<0,001). No seguimento 1,4±0,5 anos a mortalidade foi de 11,5%. O seguimento de 1 ano se completará em 15 casos, o que permitirá resultados parciais sobre o desfecho combinado de eficácia.

Conclusões: Com a utilização dos critérios VARC para segurança em 30 dias obtivemos muito baixa taxa de eventos adversos. Resultados de eficácia de 1 ano serão apresentados.

Resultados imediatos e evolução intra-hospitalar após intervenção percutânea de artéria renal

Carlos Renato Pinto de Oliveira, Edison Carvalho Sandoval Peixoto, Angelo Leone Tedeschi, Rodrigo Trajano Sandoval Peixoto, Bernardo Kremer Diniz Gonçalves, Ricardo Trajano Sandoval Peixoto, Marcello Augustus de Sena
Hospital Procordis Niterói RJ e Universidade Federal Fluminense Niterói RJ BRASIL

Fundamento: Na intervenção percutânea de artéria renal (IPAR) o stent (st) é obrigatório na lesão de óstio, mas o balão é preferencial na displasia fibromuscular.

Objetivo: Avaliar resultados e evolução intra-hospitalar (IH) da IPAR.

Delineamento: Análise retrospectiva do banco de dados.

Pacientes: Estudou-se 106 procedimentos (p), Grupo Antigo (GA), com 25 p, de 1981 a 1992 e o Grupo Novo (GN), de 1993 a 2010, com 81 p. Utilizou-se st na maioria dos casos no GN.

Métodos: No GA, não estava disponível o st. Foram utilizados os testes: Qui-quadrado, t de Student e regressão logística múltipla (RLM).

Resultados: Encontrou-se no GA e GN: idade 45,8±17,4 e 67,2±14,3 anos (p<0,0001); sexo feminino 13 (52,0%) e 44 (54,3%), (p=0,8387), etiologia aterosclerótica predominante 16 (64,0%) e 69 (84,2), (p=0,1131), doença unilateral 20 (80,0%) e 55 (67,9%), (p=0,3622), lesão ostial 4 (16,0%) e 48 (59,3%), (p=0,0001), sucesso técnico (ST) 21 (84,0%) e 80 (98,8%), (p=0,0106) e boa resposta da PA 20 (80,0%) e 70 (86,4%), (p=0,5232). No GA, utilizou-se balão em 24 (96,0%) p e no GN, balão em 14 (17,3%) e st em 66 (81,5%) e em 1 p de cada grupo não foi utilizado balão ou st (p<0,0001). Pré-p a PA sistólica (PAS) era nos GA e GN: 184±33 e 172±35mmHg (p=0,1398) e a PA diastólica (PAD): 111±18 e 96±20mmHg (p=0,0003) e pós-p a PAS foi de 147±28 e 142±23mmHg (p=0,4948) e a PAD era 92±16 e 82±11mmHg (p=0,0009). Em 2 p com insuficiência renal aguda (IRA), a função renal foi normalizada após a IPAR. Não houve óbito no p e 1 óbito IH no GN por doença coronária. Predisseram melhor resultado técnico: GN (p=0,022), etiologia (p=0,038) e uso de st (p<0,001). Na RLM nenhuma variável predisse melhor resultado.

Conclusões: O GA era mais jovem. No GN havia mais lesão ostial, menor PAD pré e pós-IPAR e maior ST, com uso de st. Houve significativa queda da PA pós-p. A IRA foi revertida em 2 p.

Implante percutâneo valvar aórtico em pacientes com alteração da válvula mitral: Avaliação clínica dos seis meses iniciais.

Rodrigo Verney Castello Branco, André Luiz da Fonseca Feijó, Constantino Gonzalez Salgado, Carlos Henrique Eiras Falcão, André Luiz Silveira Sousa, João Alexandre Rezende Assad, Guilherme Laval, Nelson Durval Ferreira Gomes de Mattos, Luiz Antonio Ferreira Carvalho
Hospital Pró-Cardíaco Rio de Janeiro RJ BRASIL

Introdução: Os pacientes idosos, sintomáticos com estenose aórtica grave, (AS) são caracterizados por uma maior mortalidade peri-operatória quanto submetidos a cirurgia de troca valvar aórtica convencional, principalmente quando associado a outras co-morbidades

Objetivo: Analisar os primeiros seis meses de evolução dos pacientes submetidos a implante percutâneo da válvula aórtica associado a alterações da válvula mitral.

Método: Estudo prospectivo. No período de 7/2009 a 9/2010, 18 pacientes, com média de idade= 83,4 anos+9,8, sendo 55,6% do sexo feminino, com Euroscore de 24,8+13,3, foram submetidos a implante percutâneo valvar aórtico. O resultado clínico foi avaliado com 1º e 6º mês após implante. O acompanhamento foi feito por contato telefônico com o médico assistente.

Resultado: Dos 18 pacientes submetidos a implante percutâneo valvar aórtico, 5 (27,8%) apresentavam alteração da válvula mitral (3 pacientes com estenose mitral e 2 pacientes com prótese mitral). A Classe funcional (NYHA) pré-procedimento do grupo sem alteração da válvula mitral foi em média de 3,1+0,3 e do grupo com comprometimento foi de 3,3+0,4 (p=0,49). A avaliação feita no primeiro mês mostrou classe funcional no grupo sem alteração da válvula mitral de 1,2+0,6 e no segundo grupo de 1,4+0,5 (p=0,30), sendo observado no 6º mês 1,3+0,5 e 1,4+0,5 (0,45), respectivamente. Um óbito foi registrado no 3º mês de evolução no grupo sem patologia mitral.

Conclusão: Os pacientes submetidos ao implante percutâneo valvar aórtico além de apresentarem melhora da classe funcional em ambos os grupos, não tiveram diferença na evolução clínica quando associado a patologia da válvula mitral.

Plaquetopenia após o implante de válvula aórtica percutânea

André L S Sousa, André L F Feijó, Nelson D F G Mattos, Flavia Candolo, Francisco E S Fagundes, João A R Assad, R Verney C Branco, Guilherme Lavall, C H E Falcão, L Antonio F Carvalho, Evandro T Mesquita
Hospital Pró-Cardíaco Rio de Janeiro RJ BRASIL e Universidade Federal Fluminense Niterói RJ BRASIL

Fundamentos: O implante de válvula aórtica percutânea (IVAP) evolui com plaquetopenia transitória, o que predispõe sangramento. Avaliamos também a possibilidade de trombocitopenia induzida por heparina (HIT) e ocorrência paradoxal de eventos isquêmicos.

Métodos: Entre julho/2009 e janeiro/2011 realizamos uma série 26 casos de IVAP com Medtronic-CoreValves para o tratamento da estenose aórtica sintomática de alto risco cirúrgico. Seguimos protocolo com início de AAS e clopidogrel antes do procedimento. Selecionamos os casos com dosagens diárias de plaquetas até pelo menos o quinto dia e aplicamos o escore 4Ts para identificar HIT (probabilidade: ate 3 pontos=baixa, 4 a 6 pontos=intermediária, 7 ou 8 pontos= alta). Correlacionamos o nadir da plaquetopenia com a queda da hemoglobina (teste Pearson).

Resultados: Quatorze pacientes (64,3% mulheres, 81,9±8,9 anos) com estenose aórtica grave (área valvar aórtica [AVA]=0,7±0,2 cm²) e sintomas de insuficiência cardíaca (classe NYHA= 3,3±0,5) exibiam STS score de 22,8±16,5%. A creatinina inicial era 1,2±0,6mg/dl, hemoglobina 11,4±1,8mg/dl. IVAP foi realizado por acesso femoral por arteriotomia, com sucesso em 93% dos casos (1 insucesso por regurgitação aórtica grau 3). Não houve caso de sangramento ameaçar a vida. As plaquetas variaram de 213±60 x103/ml para 133± 43x103/ml após IVAP (40±10%), como o nadir entre o dia 2 e 5 pós IVAP. Não houve caso de trombose arterial ou venosa. Pelo escore 4Ts a pontuação obtida foi = < 3 pontos em todos os casos (baixa probabilidade). A variação da hemoglobina (Hgb) antes e após foi de 2,8±1,5mg/dl. Houve correlação entre o menor valor de plaquetas e a variação de Hgb antes e após IVAP (r= -0,47; p<0,0001). No seguimento de 1,4±0,5 anos de toda a coorte (26 casos) observamos 2 casos de morte por AVC hemorrágico (1 caso com uso de cumarínico e 1 caso com coagulação vascular disseminada).

Conclusões: O mecanismo da plaquetopenia após IVAP sugere não ser relacionada a HIT, mas pode ser fator de risco para complicações hemorrágicas.

Resultados do seguimento de dois anos de pacientes submetidos ao implante de stent farmacológico

André L F Feijó, André L S Sousa, Guilherme Lavall, Constantino G Salgado, Rodrigo V C Branco, Nelson D F G Mattos, Carlos H E Falcão, João Alexandre Rezende Assad, Luiz A F Carvalho
Hospital Pró-Cardíaco Rio de Janeiro RJ BRASIL

Introdução: A utilização dos stents farmacológicos (SF) nos mais variados cenários clínicos e lesões de maior complexidade é uma realidade.

Objetivos: Monitorar a efetividade e a segurança dos SF na intervenção coronária percutânea (ICP).

Delineamento: Registro prospectivo.

Métodos: Entre março/2008 a fevereiro/09 foram incluídos 394 pacientes (pt) tratados apenas com SF eluído em paclitaxel. A média de idade foi 66,0±10,8 anos; 74,1% masculinos; 28,1% diabéticos; 53% síndrome coronária aguda; 58,3% multarteriais e 13,4% lesões reestenóticas. O total de 687 lesões receberam 693 SF. A média de 1,75 SF/pt, com 2,79±0,43mm de diâmetro e 21,5±7,61 mm de extensão dos SF. Os pt têm seguimento em um e seis meses, assim como em um e dois anos para aferição dos eventos cardíacos maiores (ECM).

Resultados: Obeve-se sucesso em 99,7% dos procedimentos com 0,5%(3) de falha no implante dos SF; complicações vasculares maiores de 1,7% e 1,2% de menores; 0,7% de nefropatia por contraste, infarto (IAM) em 2% e mortalidade hospitalar 0,5%. O tempo médio de internação foi 3,0±2,9 dias. Nas trombozes de stent observamos: aguda (0%); subaguda (0,5%), tardia (0%) e muito tardia (0%). Os ECM acumulados em 30 dias, 6 meses e 1 ano foi de 2,0%: 3 óbitos (0,7%); IAM (0%), 5 ICP na lesão alvo (1,2%). Em dois anos a ocorrência de ECM está restrita até o momento na metade do grupo a revascularização da lesão alvo (0,7%).

Conclusões: A análise inicial deste registro demonstra elevada efetividade e alto grau de segurança, com reduzida necessidade de nova revascularização. Ao final do seguimento de dois anos poderá confirmar a sua eficácia e segurança.

Revascularização miocárdica e obstrução de carótidas: tratamento com stent de carótida no pré-operatório da revascularização miocárdica

Marcio Andrade de Oliveira, José Antonio Pereira Gomes
Policlínica Militar de Niterói RJ e Hospital Central do Exército RJ BRASIL

Introdução: Desde a criação da cirurgia de revascularização miocárdica, questionou-se o momento ideal da endarterectomia carotídea, na presença de lesão obstrutiva severa carotídea. Se antes, durante, ou, após a revascularização miocárdica. A revascularização, concomitante da obstrução coronariana e carotídea, mostrou a menor taxa de morbi-mortalidade. Contudo, tal procedimento aumentou a incidência de complicações neurológicas, quando comparada à endarterectomia de artéria carótida isolada, que apresenta baixo índice de complicações. O advento dos filtros carotídeos tornaram a angioplastia com stent uma opção bastante segura.

Métodos: Foram tratados 10 pacientes com lesões obstrutivas graves em artérias carótidas (7 com lesões em ACIE; 3 com lesões em ACID) que seriam submetidos a cirurgia de revascularização miocárdica: 4 com lesão grave de tronco de ACE; 5 com lesões obstrutivas trivasculares graves ACDA, ACCX e ACD); 1 paciente com estenose aórtica grave e lesão ostial grave em ACDA. Tinham idade de 70 à 84 anos. Seis eram do sexo masculino e 4 do feminino. Foram tratados com stent carotídeo autoexpansível BOSTON® e filtro de proteção EZ. Foram todos pré-tratados com clexane® SC 12 horas antes do procedimento na dose de 1mg/Kg peso SC de 12/12h e foram submetidos a angioplastia com stent 12 h após (HBPM), sendo submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica no dia seguinte pela manhã, não tendo recebido a dose matinal da (HBPM). Após a cirurgia receberam 600mg de clopidogrel, 200mg de AAS, continuando com dose de manutenção de 75mg de clopidogrel, 200mg de AAS.

Resultados: Todos os pacientes evoluíram, sem intercorrências.

Conclusão: A angioplastia com stent de carótida é uma opção segura no pré-operatório da revascularização miocárdica e parece que o calibre das artérias carótidas é um fator favorável, dificultando a trombose de stent. A terapia com (HBPM) diminui esta possibilidade. O uso do clopidogrel na dose de ataque, após a cirurgia de revascularização miocárdica torna este a trombose bastante remota.

Oclusão percutânea do apêndice atrial esquerdo em pacientes portadores de fibrilação atrial permanente: experiência inicial

Edgard F Quintella, Márcio J M Costa, Aline P Sterque, H C Sabino, Zajdenverg, R, Cristian P Y A, Cristina R L W
Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro RJ RJ BRASIL

Fundamentos: A fibrilação atrial (FA) é a arritmia cardíaca mais comum e sua presença aumenta em cinco vezes o risco de evento cardioembólico (ECE). É descrito que 90% dos trombos em pacientes (pts) com FA originam-se no apêndice atrial esquerdo (AAE).

Objetivos: Descrever a experiência inicial com a oclusão percutânea do AAE na prevenção de ECE em pts com FA permanente.

Métodos: Série de casos composta de 5 pts com FA permanente, todos com indicação de uso de anticoagulação oral, sendo 3 pts de difícil manejo da anticoagulação. Os pts foram classificados como de alto risco para ocorrência de eventos embólicos, com escores de CHA2DS2VASC variando de 3 a 8. Foram submetidos à realização de ecocardiograma transesofágico (ETE) para a pesquisa de trombos, medidas do átrio esquerdo (AE), do AAE e colo do AAE e planejamento das medidas das próteses, bem como a pesquisa de trombos intracavitários, considerado critério de exclusão para o procedimento. O dispositivo utilizado foi o Amplatzer Cardiac Plug (ACP), sendo o procedimento feito sob anestesia geral e com auxílio de ETE.

Resultados: O diâmetro médio do átrio esquerdo foi de 5,5±1,2 cm e a fração de ejeção do VE de 56,6±21%. Houve sucesso no implante do dispositivo em todos os pacientes, sem ocorrência de qualquer complicação relacionada ao procedimento ou clínica. Os pacientes receberam alta hospitalar com 48 horas, com a prescrição de clopidogrel e AAS por 30 dias, seguida de AAS por 6 meses, ou conforme doença de base. Foram realizados controles ecocardiográficos, através de ETE em todos os pacientes, com seguimento médio de 4 meses, não sendo detectado em nenhum dos pacientes trombo ou variações na posição do dispositivo, com ausência de fluxo residual em AAE. Nenhum ECE foi observado no seguimento.

Conclusão: Nesta amostra inicial houve sucesso no implante do dispositivo, estando os pts livres de eventos embólicos ou sangramentos durante o seguimento.