

## 26 – Marca-passo, Desfibriladores e Ressincronizadores

**Avaliação da função renal após terapia de ressincronização cardíaca**

Carolina Pelzer Sussenbach, Eduardo B Oliveira, Rafael M Moraes, Edimar D A de Lima, Guilherme F Gazzoni, Renata Fortes Etchepare, Pablo C Soliz, Andrés di L Ferrari, Marco A Goldani, Ricardo M Pianta, Carlos Kalil Hospital São Lucas / PUCRS Porto Alegre RS BRASIL

**Introdução:** A terapia de ressincronização cardíaca (TRC) tem demonstrado melhorar significativamente o prognóstico e a qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca (IC) severa. Sabe-se que a perda de função renal é fator de risco para morbimortalidade e que a mesma ocorre em proporção significativa desses pacientes.

**Objetivo:** Verificar se existe modificação na função renal após TRC em pacientes com IC moderada a severa.

**Metodologia:** Estudo de coorte retrospectiva, incluindo os dados de pacientes que submeteram-se a TRC de julho de 2004 a maio de 2010. Avaliação da associação independente da melhora da taxa de filtração glomerular (TFG) calculada pela fórmula CKD EPI pré operatória e 6 meses após a TRC.

**Resultados:** Foram incluídos 67 pacientes, com idade média de 68 anos, 48% eram homens, FE média: 30,4%, 75,8% hipertensos, 44,3% portadores de fibrilação atrial, 19% diabéticos, 34,9% com história de infarto do miocárdio prévio, 83,4% classe funcional NYHA III/IV, 87,8% com bloqueio de ramo esquerdo e 70% apresentavam insuficiência renal crônica no pré-operatório (considerado quando o valor da TFG <60mL/min/1,73m<sup>2</sup>). A média da creatinina prévia à TRC foi de 1,47 e o seu valor pós TRC foi de 1,35 com um valor de p< 0,001, IC 95% 0,011 – 0,236. Teste t para amostra pareada da TFG pré e pós-procedimento: população geral p=0,144; na população com TFG prévea entre 30 – 60 mL/min/1,73m<sup>2</sup> p=0,045 e na população com TFG < 30 mL/min/1,73m<sup>2</sup> apresentou p<0,001. Teste de qui-quadrado ou exato de fisher para variáveis categóricas, TFG inicial <60mL/min/1,73m<sup>2</sup>, pós procedimento 21% passaram a apresentar TFG >60mL/min/1,73m<sup>2</sup> e quando TFG inicial <30mL/min/1,73m<sup>2</sup>; 70% evoluíram para TFG >30 mL/min/1,73m<sup>2</sup> p<0,001.

**Conclusão:** A TRC melhora a TFG nos pacientes com IRC moderada a severa. A TRC não apresentou impacto na função renal nos pacientes com TFG inicial >60ml/min/1,73m<sup>2</sup>.

**Disfunção sinusal em portador da síndrome de Holt Oram**

Rafael Diamante, Luis Gustavo Belo de Moraes, Fernando Senn, Iara Atié Malan, Tatiana Wanderley Rodrigues, Jacob Atie Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro RJ BRASIL.

**Introdução:** A síndrome de Holt Oram é uma doença genética Autossômica Dominante com expressão fenotípica de alterações músculo esqueléticas de membros superiores e cardíacas (estruturais e/ou arritmica).

**Métodos:** Relatar um caso de um paciente jovem de 16 anos portador de Sd. de Holt Oram e disfunção sinusal sintomática, que apresentou síncope em ortostatismo, recorrente e sem pródromos (3 episódios), nos últimos 6 meses. Ao exame, apresentava hipoplasia da cintura escapular, sindactilia, hipoplasia assimétrica do rádio bilateral (D<E) e sistema cardiovascular estruturalmente normal. O ECG demonstrou ritmo de escape junctional 45bpm e eventuais capturas sinusais; ECO TT dentro dos limites da normalidade; Holter 24h com ritmo preponderante junctional, oscilando (31 à 133bpm), alternando ritmo sinusal com pausas sinusais de até 6,9s (noturnas) e instabilidade atrial (FA e Flutter não sustentados) com condução AV preservada, não relatou sintomas durante o exame. No TE houve elevação da frequência sinusal até151bpm (74% da prevista) e 11METs. Ante o exposto, foi feito o diagnóstico de Sd. bradi-taqui com síncope por disfunção sinusal, indicação de implante de marca-passo cardíaco definitivo DDDR. O procedimento foi realizado a direita devido ao menor acometimento muscular, contudo houve dificuldade no acesso venoso central por punção da veias axilar e subclávia direitas, pela técnica convencional. Utilizado alternativamente a punção perpendicular para veia subclávia direita. Os eletrodos foram posicionados nas regiões clássicas sem dificuldades.

**Resultados:** O seguimento de 6 meses não apresentou novos episódios sincopais e a análise do holter, do MCP, mostrou eventos sustentados de flutter e fibrilação atriais de alta resposta ventricular. Optou-se por prescrever sotalol 160mg/dia e não anticoagulação devido o índice CHADS2 ser de zero.

**Conclusões:** A disfunção sinusal e alterações vasculares estão presentes neste caso de síndrome de Holt Oram. O tratamento com MCP resolveu os sintomas sincopais, e cabe ressaltar a dificuldade no acesso vascular.