

Cardiologia Invasiva

REVISTA BRASILEIRA DE

Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista

ISSN 0104-1843

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista - ANO 23 - Nº 2 - SUPLEMENTO 1 - JULHO 2015



CONGRESSO
SBHCI
2015

De 24 a 26 de junho
Brasília, DF

www.rbc.org.br

PO 13

ANGIOPLASTIA E EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA SACULAR EM TRONCO DE CORONÁRIA ESQUERDA DESPROTEGIDO

MATHEUS SIGILIANO CARNEIRO; JULIO TINOCO NUNES; LENANDER FERNANDES DE TOLEDO; RAPHAEL LYRA QUINTAES SOARES; SERGIO RODRIGUES MARRANHA; CELME DA SILVA CAETANO JÚNIOR; LUIS ROBERTO VELLOSO; DÁRIO ANTUNES SANTUCHI FILHO; MARCO ANTÔNIO TEIXEIRA; ANTÔNIO CARLOS
HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAI

Introdução: Aneurismas de artéria coronária são entidades incomuns, com potenciais complicações, incluindo ruptura e isquemia por eventos tromboembólicos. Tratamentos percutâneos utilizando stents revestidos ou embolização por coil tem sido apresentados. No entanto, apenas alguns relatos de embolização de aneurismas de artérias coronárias com coil “stent-assistida” já foram descritos. **Caso clínico:** Homem, 85 anos, hipertenso e dislipidêmico, cintilografia miocárdica de junho de 2012 com isquemia discreta infero-apical, em tratamento clínico otimizado, assintomático. Em abril de 2014 apresentou quadro de angina típica de caráter progressivo (alto risco), motivando propedêutica invasiva. CATE revelou doença aterosclerótica multarterial e lesão grave no tronco do tronco de coronária esquerda (TCE). Função ventricular esquerda preservada. Por tratar-se de paciente de baixo peso e alto risco cirúrgico cardiovascular, optado por tratamento percutâneo. Realizada ATC com implante de stents farmacológicos no corpo do TCE (desprotegido) e em ACDA (1/3 médio) com alta hospitalar assintomático. Em setembro de 2014 é readmitido com SCASSST e CATE mostra TCE com lesão de 60% ostial, stent no corpo com perda luminal leve e aneurisma sacular junto à borda proximal do stent. Realizada nova ATC com implante de segundo stent farmacológico envolvendo o óstio do TCE. A persistência de fluxo no interior do aneurisma e risco de formação de microêmbolos, motivou sua exclusão. Embolização com coil pela técnica balão-assistida. Ultrassom intravascular de controle mostrou boa aposição das hastes do stent e ótima liberação do coil, sem sua exposição na luz do TCE. Paciente recebeu alta assintomático, com tratamento clínico otimizado. **Conclusão:** Nenhum consenso foi estabelecido sobre o tratamento ideal para aneurismas de artéria coronária, porém a embolização com coil “stent-assistida” apresentada revelou ser uma alternativa eficaz para esse tipo de acometimento coronariano.

PO 14

ANGIOPLASTIA PRIMÁRIA NOS FINAIS DE SEMANA: RESULTADOS NO MUNDO REAL.

ANA MARIA KREPSKY; SANDRO CADAVAL GONÇALVES; LUIZ CARLOS BERGOLI; RODRIGO WAINSTEIN; BRUNO DA SILVA MATTE; MÁRCIO MOSSMANN; MARIANA VARGAS FURTADO; BRUNO FUHR; RAFAELA WOLFF; MARCO WAINSTEIN
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Introdução: Estudos sugerem que pacientes (pcts) com infarto agudo do miocárdio submetidos a angioplastia primária (ACTPp) fora do expediente (noite e finais de semana) têm maior tempo porta-balão e maior mortalidade. Nosso objetivo é comparar os resultados da ACTPp realizada nos finais de semana (FS) com a realizada nos dias de semana(S). **Métodos:** Foram incluídos pctes encaminhados para ACTPp em um hospital terciário, com funcionamento da hemodinâmica nos FS em regime de sobreaviso telefônico para equipe médica, de enfermagem e de radiologia. Foram avaliados tempo porta-balão, volume de contraste, tempo de escopia, fluxo final na artéria culpada conforme escore de TIMI e eventos cardiovasculares em 30 dias. Também foram analisadas as características demográficas da coorte. **Resultados:** De janeiro de 2011 até dezembro de 2014 foram incluídos 274 pctes (35% FS e 65% S), com idade média em anos de 58,7 FS X 61,2 S (p=NS). As diferenças encontradas entre os grupos com relação a sexo masculino, hipertensão arterial, diabetes, uso prévio de AAS, Killip 3 ou 4, via de acesso arterial e nefropatia pelo contraste não foram estatisticamente significativas. O tempo porta-balão em minutos (min) foi 82±31 FS X 64±25 S (p=0,001). O tempo de escopia em min foi de 14,7±9,7 FS X 18,8±12,1 S (p=0,002) e o volume de contraste em ml foi de 184,3 ±64,5 FS X 222,1 ±110 S (p =0,003). A média do fluxo final conforme escore de TIMI foi 2,86±0,5 FS X 2,68 ±0,8 S (p=0,04). O número de eventos cardiovasculares foi de 19(30,2%) FS X 44(69,8%) S (p=NS). **Conclusão:** As ACTPp nos FS tiveram um tempo de escopia menor, utilizaram menos volume de contraste e obtiveram um escore de fluxo mais elevado. Houve um aumento no tempo porta-balão nos FS, mas ainda abaixo dos 90 min preconizados, provavelmente devido ao deslocamento da equipe. Não observamos diferenças significativas entre o número de eventos, mas, sabendo do grande impacto desse marcador, devemos buscar sempre mais agilidade.

PO 15

ATERECTOMIA ROTACIONAL EM ARTÉRIAS COM CALCIFICAÇÃO EXTREMA OU FALHA EM DILATAÇÃO PRÉVIA: ASPECTOS TÉCNICOS E EVOLUÇÃO TARDIA APÓS INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA.

PEDRO H M CRAVEIRO MELO; CRISTIANO GUEDES BEZERRA; BRENO A. A. FALCÃO; WELINGSON V. N. GUIMARÃES; FÁBIO AUGUSTO PINTON; JOSÉ MARIANI JÚNIOR; MARCO ANTÔNIO PERIN; EXPEDITO EUSTÁQUIO RIBEIRO DA SILVA; PEDRO ALVES LEMOS
INSTITUTO DO CORAÇÃO - INCOR- HC-FMUSP

Introdução: A aterectomia rotacional (AR), com incorporação de novas estratégias ablativas, tem sido proposta para o preparo de lesões calcificadas antes do implante de stents. Entretanto, pouco se conhece sobre a adoção dessas novas estratégias na prática contemporânea e sobre a evolução tardia dos pacientes submetidos a esse tratamento. **Métodos:** Realizou-se estudo retrospectivo e unicêntrico, incluindo todos os pacientes submetidos a AR como parte do tratamento de lesões coronárias de novo, no período de julho de 2012 a novembro de 2014. Avaliou-se aspectos técnicos da aterectomia e a evolução tardia dos pacientes quanto a ocorrência de eventos cardiovasculares maiores, definidos como óbito, infarto do miocárdio com onda q, acidente vascular cerebral e nova revascularização do vaso-alvo. **Resultados:** 29 pacientes, com idade média de 69,5±7,6, foram submetidos a aterectomia. A média da relação oliva/vaso foi de 0,54±0,07, a velocidade de rotação inicial adotada foi de 161.000±13.928 e a taxa de utilização de cutting balloon pós aterectomia foi de 45,1%. Sucesso angiográfico foi obtido em todos os procedimentos. Não ocorreram óbitos intra-hospitalares. Na evolução tardia, com mediana do tempo de seguimento de 13,2 meses (IQ: 4,0-17,4), ocorreram 3 eventos: 1 óbito de causa não cardíaca e 2 novas revascularizações do vaso-alvo. **Conclusão:** A aterectomia rotacional contemporânea pré-angioplastia de lesões coronárias de novo incorpora estratégias menos agressivas de ablação, com elevada taxa de sucesso imediato e baixa ocorrência de eventos cardiovasculares maiores na evolução tardia.

PO 16

AVLIAÇÃO DIAGNÓSTICA INVASIVA DE LESÕES SEQUENCIAIS MODERADAS E PONTE MIOCÁRDICA

CRISTIANO GUEDES BEZERRA, RAFAEL CAVALCANTE E SILVA, RICARDO CAVALCANTE E SILVA; RYAN DE A. A. FALCÃO; HUMBERTO F.G. FREITAS; LUIZ G. C. VELLOSO; FÁBIO SÂNDOLI DE BRITO JR
HOSPITAL SÃO CAMILO - SÃO PAULO - SP - BRASIL

Homem de 51 anos, diabético, apresentando desconforto precordial relacionada aos esforços há 1 ano, com piora há 4 meses com terapia anti-anginosa otimizada. A coronariografia revelou lesões intermediárias na artéria descendente anterior (DA): 60% terço proximal (lesão 1) e 60% terço médio (lesão 2), além de ponte miocárdica no terço médio-distal. Optado por avaliar as lesões em DA com reserva de fluxo fracionada (FFR) e ultrassom intracoronário (USIC). Avaliação diagnóstica invasiva: Posicionada corda de FFR no terço distal da artéria DA e após indução de hiperemia máxima com adenosina sistêmica (dose de 140mcg/kg/min), iniciado o recuo da corda: a) FFR na DA distal = 0,69; b) FFR lesão 2 (após as duas lesões e proximal à ponte miocárdica) = 0,73; c) FFR lesão 1 (entre as lesões) = 0,80; d) FFR Tronco da Coronária Esquerda (TCE) = 0,95. Portanto, o Delta-FFR pela lesão 2 = 0,07 e o Delta-FFR pela lesão 1 = 0,15. Complementada avaliação através do USIC: DA terço médio – lesão 2: área luminal mínima (ALM) = 3,16. Carga de placa (CP) = 42% (remodelamento negativo); DA proximal–lesão 1: ALM 2,88 CP 75%; TCE com ALM 7,37, CP 68%. **Intervenção:** Optado por angioplastia da lesão proximal de DA englobando o TCE e óstio de DA devido a excessiva carga de placa nesses segmentos e risco de dissecação de borda proximal do stent. A lesão 2 no terço médio de DA não foi abordada por ser funcionalmente não significativa (Delta-FFR 0,07), sendo a imagem angiográfica atribuída à remodelamento negativo ao USIC. Realizado implante direto de stent farmacológico 3,5 x 34mm no TCE-DA, pós-dilatação com balão 4,0x20mm e kissing balloon final entre DA e circunflexa. FFR da artéria DA após angioplastia com corda posicionada distalmente à ponte miocárdica foi 0,81 que confirmou a não significância da lesão 2, sendo, portanto, encerrado o procedimento. **Evolução:** O Paciente apresentou melhora dos sintomas e sente-se bem após seguimento de 09 meses.