

CARDIOLOGIA

eP2035

Influência da obesidade sobre a expressão fenotípica e o curso clínico da cardiomiopatia hipertrófica

Henrique Iahnke Garbin; Haline Sfoggia De Souza; Pietro Raphaelli Manfroi; Rodrigo Pinheiro Amantéa; Fernando Luis Scolari; Beatriz Piva e Mattos
HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução. A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é a doença genética cardiovascular mais prevalente, caracterizada por grande diversidade fenotípica atribuída à interação de genes modificantes e fatores ambientais. Processos extrínsecos, como a obesidade, poderiam, por seus efeitos metabólicos e hemodinâmicos, influenciar a apresentação clínica da doença. **Objetivo:** Avaliar a influência da obesidade sobre a expressão fenotípica e o curso clínico da CMH. **Métodos:** Foi avaliada retrospectivamente uma coorte de pacientes ambulatoriais com CMH, diagnosticada ao ecocardiograma e/ou ressonância magnética (RM) pela presença de hipertrofia assimétrica do ventrículo esquerdo (VE) com espessura parietal máxima >15mm na ausência de outras causas. Índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m² foi adotado como critério para obesidade. Foram aplicados os testes t de Student, Mann-Whitney, qui-quadrado e regressão de Poisson, $P < 0,05$. **Resultados:** Foram avaliados 108 pacientes consecutivos, idade 64 ± 13 anos, 63(58%) sexo feminino, seguidos por $7,7 \pm 4$ anos. Classe funcional NYHA III/IV foi mais frequente nos 47(44%) indivíduos com $IMC \geq 30$ kg/m² em relação aos 61(56%) com $IMC < 30$ kg/m² [11(23%) vs. 5(8%), $P = 0,027$]. Associação com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus não diferiu entre os grupos. Não houve diferença quanto às medidas ecocardiográficas na apresentação entre obesos e não obesos. Maior diâmetro do átrio esquerdo (AE) (49 ± 6 vs. 45 ± 7 mm, $P = 0,001$), diâmetro sistólico final do VE (30 ± 6 vs. 27 ± 4 mm, $P = 0,026$) e parede posterior do VE (12 ± 2 vs. 11 ± 2 mm, $P = 0,027$) foram evidenciados nos indivíduos com $IMC \geq 30$ kg/m² ao término do seguimento. Nos 46(43%) pacientes que realizaram RM, realce tardio foi mais frequente naqueles com $IMC \geq 30$ Kg/m² [12(26%) vs. 5(11%), $P = 0,018$]. Ao longo do período de seguimento, maior progressão de classe funcional foi observada entre obesos em relação a não obesos [9(20%) vs. 7(12%), $P = 0,036$], mas a mortalidade não diferiu entre os grupos [8(17%) vs. 5(8%), $P = 0,162$]. Em análise univariada, obesidade associou-se à classe funcional III/IV HR=2,855 (IC 95% 1,065 - 7,656, $P = 0,037$), diâmetro do AE HR=1,083 (IC 95% 1,029 - 1,140, $P = 0,002$) e realce tardio HR=2,618 (IC95% 1,099 - 6,238, $P = 0,030$). **Conclusão:** Maior comprometimento da capacidade funcional e progressão a insuficiência cardíaca III/IV foi evidenciada na CMH associada à obesidade. Esses pacientes apresentaram maior remodelamento do AE e realce tardio como expressão de fibrose miocárdica à RM.

eP2066

Aneurisma de tronco de coronária esquerda: seguimento de 10 anos de paciente em tratamento clínico

Nathalia Soares Meier; Ana Maria Krepsky; Bruno da Silva Matte; Jhonata Luiz Lino de Aquino; Gilberto Paz da Silva Correa; Gustavo Neves Araújo; Alexandre do Canto Zago
HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: O aneurisma de tronco de coronária esquerda (aTCE) é um achado angiográfico raro e possui alta morbimortalidade. Devido a isso, a abordagem terapêutica é um desafio. Este trabalho relata o seguimento de 10 anos de um paciente, cuja a *coronariográfica* apresentou um aTCE. **Relato do Caso:** Paciente masculino, 63 anos, hipertenso e tabagista, iniciou atendimento ambulatorial com angina estável classe II, segundo Canadian Cardiovascular Society. Sem outras patologias documentadas. A coronariográfica demonstrava: tronco de coronária esquerda com estenose de 30% no segmento médio e um aneurisma, medindo 9,67mm x 11,1mm, iniciando no segmento distal comprometendo os óstios das coronárias descendente anterior esquerda (DAE) e circunflexa (Cx). A DAE apresentava estenose de 40% em segmento médio. O segundo ramo marginal apresentava estenose de 70% segmento proximal. A coronária direita (CD) estava ocluída no terço médio com circulação colateral. Optou-se por manejo clínico da doença arterial coronariana (DAC), com ácido acetilsalicílico, sinvastatina, atenolol e isossorbida. Um ano após foi avaliada a necessidade de abordagem cirúrgica ou percutânea. Porém, tendo em vista o difícil acesso cirúrgico ao aneurisma, a impossibilidade de tratamento percutâneo devido a sua origem na bifurcação do tronco, escore de Syntax elevado, alto risco dos procedimentos e função ventricular preservada, optou-se por tratamento clínico. Atualmente paciente segue em acompanhamento ambulatorial, com classe funcional I, mantendo bom controle dos fatores de risco. **Conclusão:** Aneurisma de coronária atinge cerca de 3% dos pacientes com DAC, acomete, em ordem decrescente de frequência, a CD, a DAE e Cx, sendo o acometimento do tronco da coronária muito raro. A maioria apresenta fatores de risco cardiovasculares e sintomas anginosos. Dentre suas causas estão vasculites autoimunes, infecções, trauma, malformações congênitas e, em 50% dos casos, aterosclerose. Embora na maioria dos casos relatados a cirurgia de revascularização do miocárdio tenha sido indicada, o tratamento ideal segue sendo controverso, devido à ausência de ensaios clínicos.

eP2108

Padrão temporal da relação neutrófilos/linfócitos em pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do Segmento ST submetidos à intervenção coronariana percutânea primária

Rodrigo Pinheiro Amantéa; Guilherme Pinheiro Machado; Gustavo N. Araújo; Christian K. Carpes; Matheus Niches; Julia F. Fracasso; Julia L Custódio; Felipe Pereira Lima Marques; Rodrigo V. Wainstein; Marco V. Wainstein
HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

A relação elevada entre neutrófilos e linfócitos (NLR) é um marcador indireto de inflamação e está associada a desfechos clínicos adversos em curto e longo prazo em pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST). O objetivo deste estudo foi avaliar as tendências temporais de NLR em pacientes com IAMCSST submetidos a coronária percutânea (ICP) primária. Pacientes com IAMCSST submetidos a ICP primária foram estudados e os NRL analisados em relação aos desfechos primários de mortalidade intra-hospitalar e os desfechos secundários de eventos cardiovasculares adversos maiores intra-hospitalares (MACE) - composto de morte, novo infarto agudo do miocárdio, trombose de stent e acidente vascular cerebral - em 30 dias e a longo prazo. Foram incluídos 550 pacientes com idade média de $60,3 (\pm 12,1)$ anos, sendo 63,5% do sexo masculino.

Pacientes sem eventos adversos têm uma diminuição consistente dos níveis de NLR, atingindo um platô em 30 dias. Os pacientes que apresentam desfechos clínicos piores têm um aumento agudo, atingindo seu pico em até 48h após a ICPp seguida por uma redução, alcançando valores “normais” aos 6 meses após o procedimento. Este estudo descreve importantes tendências e padrões de NLR em pacientes com IAMCSST submetidos à ICPp. A NLR foi maior nos pacientes que evoluíram com piora clínica, com pico agudo 48h após a ICPp seguido de lenta diminuição até 6 meses após o procedimento. Esses resultados fornecem uma base importante para futuras pesquisas e podem auxiliar na avaliação da resposta clínica.

eP2109

Infarto do miocárdio com supradesnivelamento do Segmento ST devido a embolização multiarterial coronariana tratada com sucesso com tromboaspiração

Rodrigo P. Amantéa; Gustavo N. Araújo; Felipe Fuchs; Felipe Marques; Julia F. Fracasso; Julia L. Custódio; Christian K. Carpes; Matheus Niches; Guilherme P. Machado; Marco V. Wainstein

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Paciente do sexo masculino, 51 anos, tabagista ativo com histórico de infecção por HIV em tratamento regular, foi internado na emergência quatro horas após o início da dor torácica. O exame clínico mostrava ritmo cardíaco irregular, estertores pulmonares e perfusão periférica prejudicada. A pressão arterial era de 77/55 mmHg e a frequência cardíaca era de 115 bpm. O ECG era compatível com infarto do miocárdio com elevação do segmento ST anterior e inferior (Figura 1). Bolus de ácido acetilsalicílico e clopidogrel foram prescritos e o paciente foi transferido para o laboratório de cateterismo para cateterismo cardíaco de emergência. A angiografia coronariana mostrou oclusão aguda da artéria descendente anterior (ADA), primeira septal, segunda diagonal, circunflexa e segunda artéria marginal (Figura 2A-B). A angioplastia com balão foi tentada na ADA sem sucesso. A tromboaspiração de resgate com o cateter Capture® resultou na restauração do fluxo coronariano TIMI 3. A tromboaspiração foi então realizada em coronárias diagonais, circunflexas e marginais, obtendo-se também fluxo TIMI 3 (Figura 3A-C). O paciente melhorou progressivamente do choque cardiogênico após o procedimento. O ecocardiograma transtorácico imediato demonstrou átrio aumentado (60 mm), fração de ejeção de 20% e estenose mitral reumática grave com válvula calcificada e área de 1,1cm². O choque cardiogênico foi resolvido em dois dias. Este caso é ilustrativo em vários aspectos. Em primeiro lugar, é uma causa incomum de IAMCSST (embolização coronariana) que apresenta envolvimento multiarterial. Nesses casos, a apresentação clínica pode ser devastadora, considerando a vasta área do miocárdio em risco. Em segundo lugar, o tratamento eficaz com tromboaspiração de resgate. As diretrizes atuais fornecem uma recomendação de grau III para a tromboaspiração de rotina, embora casos selecionados, como o nosso, mereçam uma interpretação individualizada. Por fim, o diagnóstico de estenose mitral grave, até então desconhecida pelo paciente, levando ao aumento atrial, fibrilação atrial e formação de trombo com embolização coronariana. Apesar de uma prevalência progressivamente menor mesmo em países em desenvolvimento, a cardiopatia reumática ainda deve ser considerada em pacientes com cardiopatia, especialmente pacientes não idosos com fibrilação atrial.

eP2145

Remodelamento ventricular esquerdo na evolução a longo prazo da cardiomiopatia hipertrófica

Haline Sfoggia de Souza; Henrique Iahnke Garbin; Pietro Raffaelli Manfro; Rodrigo Pinheiro Amantéa; Fernando Luis Scolari; Beatriz Piva e Mattos

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução. A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) caracteriza-se por hipertrofia ventricular esquerda com cavidade normal ou reduzida e função sistólica preservada. Modificação gradual da geometria do ventrículo esquerdo (VE) é observada evolutivamente nessa doença e pode anteceder a progressão a formas terminais com redução da fração de ejeção (FE). **Objetivo:** Analisar o remodelamento ventricular esquerdo na evolução a longo prazo da CMH. **Método:** Foi avaliada retrospectivamente uma coorte ambulatorial de pacientes com CMH seguida por 7,7±4,4 anos. O diagnóstico foi estabelecido por ecocardiograma e/ou ressonância magnética (RM) pela presença de hipertrofia assimétrica do VE com espessura parietal máxima (EPM) ≥ 15mm na ausência de dilatação da câmara e outras causas. Foram adotados como critérios de remodelamento o aumento do diâmetro diastólico final do VE (DDVE) ≥ 2mm e/ou redução da EPMVE ≥ 2mm. Foram aplicados os testes t pareado, qui-quadrado e modelos lineares generalizados, para P<0,05. **Resultados:** Foram incluídos 97 pacientes com idade 65±12 anos, 92 (95%) ≥ 40 anos e 58 (60%) do sexo feminino. Remodelamento do VE foi observado em 46 (47%) pacientes: 23 (50%) aumentaram o DDVE de 43±7 para 50±7mm, P=0,001, 11 (24%) reduziram a EPMVE de 21±4 para 17±4mm P=0,001 e 12 (26%) modificaram ambas as medidas, DDVE de 42±4 para 49±6mm, P=0,001 e EPMVE de 22±5 para 16±4mm, P=0,001. Os pacientes com remodelamento do VE evidenciaram índice de massa corporal (IMC) mais elevado (30,5±6 vs 27±5kg/m², P=0,009), maior incidência de fibrilação atrial [20 (43%) vs 10 (20%), P=0,011], progressão a insuficiência cardíaca III/IV [14 (30%) vs 6 (12%) P=0,043] e redução da FE (65±8 vs 70±7%, P=0,003) durante o seguimento. Nos pacientes com remodelamento do VE, a RM, realizada em 40 (41%) indivíduos, demonstrou maior ocorrência de realce tardio [10 (25%) vs 4 (10%), P=0,026]. EPMVE inicial > 18mm apresentou associação com remodelamento do VE (HR=1,704, IC 1,12 – 2,59, P=0,013). **Conclusão:** Remodelamento do VE foi evidenciado na evolução a longo prazo de uma coorte de CMH com faixa etária predominante > 40 anos. Houve associação com IMC mais elevado, progressão a insuficiência cardíaca III/IV, fibrilação atrial, fibrose miocárdica detectada por realce tardio e decréscimo da FE sem comprometimento da função sistólica. EPMVE > 18mm na apresentação foi identificada como preditor de remodelamento.

eP2225

Associação entre N-Acetilcisteína e Deferoxamina na prevenção da disfunção cardíaca: metabolismo do cálcio

Mariana Breidenbach; Amanda Phaelante Pinto; Alessandra Gonçalves Machado; Juliana de Oliveira Rangel; Daniel Sturza Caetano; Andréia Biolo; Nadine Clausell; Santiago Alonso Tobar; Luís Eduardo Paim Rhode; Michael Andrades

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: O processo inflamatório e o aumento de espécies reativas de oxigênio interferem na viabilidade das células, metabolismo energético e manejo de cálcio no coração depois de um infarto agudo do miocárdio (IAM). O uso de moléculas, como a N-acetilcisteína (NAC), ou quelantes de ferro, como a deferoxamina (DFX), poderiam prevenir o efeito pró-oxidante e melhorar a