

951

RELATO DE CASO: MIGRAÇÃO DE FILTRO DE VEIA CAVA INFERIOR CAUSANDO CHOQUE OBSTRUTIVO

LUANA ANDRADE QUINTANILHA BARBOSA¹, LUANA ANDRADE QUINTANILHA BARBOSA¹, PRISCILA FONTES GUERRA¹, MIGUEL BARRELLA NETO¹, ANA AMARAL FERREIRA DUTRA¹, RODRIGO FREIRE MOUSINHO¹

(1) HOSPITAL PRÓ-CARDÍACO

INTRODUÇÃO: O tromboembolismo venoso é uma importante causa de morbimortalidade, sendo a embolia pulmonar sua complicação mais letal. A anticoagulação é o pilar do tratamento, porém, na presença de contraindicações ou recorrência de embolia na vigência da mesma, recomenda-se o implante de Filtro de Veia Cava inferior (FVCI), dispositivo reconhecidamente seguro e eficaz, com baixa taxa de complicações. **CASO CLÍNICO:** Paciente feminina, 87 anos, foi atendida por taquidispnéia e queda da saturação de O₂ (86%). Portadora de DPOC grave, em uso de O₂ domiciliar; fibrilação atrial permanente, em uso de varfarina; AVE isquêmica com transformação hemorrágica há 7 anos; trombose venosa profunda de membros inferiores e implante de FVCI nesta ocasião. À admissão, foi adaptada a ventilação não invasiva por pressão positiva, com melhora da hipoxemia e do esforço respiratório. Ecocardiograma transtorácico (ECOTT) evidenciou deslocamento do FVCI para o átrio direito e, poucas horas após chegada ao hospital, evoluiu com parada cardiorrespiratória em assistolia, obtendo retorno da circulação espontânea em 10 minutos de ressuscitação cardiopulmonar. Novo ECOTT demonstrou dilatação de ventrículo direito e aumento súbito na pressão da artéria pulmonar, compatível com cor pulmonale agudo. Indicada cirurgia de emergência, no entanto, a paciente evoluiu com nova PCR em assistolia, dessa vez, refratária às medidas de ressuscitação. **CONCLUSÃO:** O deslocamento do FVCI é uma complicação rara, com incidência de cerca de 3 a 12%, e a migração para o coração, ainda menos frequente, varia entre 0,1 e 1,2%. Algumas razões foram descritas, incluindo problemas técnicos relacionados ao implante, falha do equipamento, mega cava e trombos empurrando o filtro proximalmente. Ao atingir as cavidades cardíacas direitas pode causar choque obstrutivo e morte.

952

RUPTURA DE PSEUDOANEURISMA DE VENTRÍCULO ESQUERDO MINUTOS APÓS O DIAGNÓSTICO FEITO PELO ECOCARDIOGRAMA TRANS-TORÁCICO: IMAGENS PRÉ E PÓS-RUPUTRA

LUCAS ANTONIO OLIVEIRA FARIA¹, JESSICA CECILIO¹, EDUARDO HENRIQUE COSTA VITOR¹, PAULO CÉSAR SANTOS¹, JOÃO LUCAS O'CONNELL¹

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA (UFU)

Introdução: A ruptura da parede livre do ventrículo esquerdo (VE), como consequência do infarto agudo do miocárdio (IAM), é causa de morte súbita, com poucas possibilidades de sobrevivência. Ocasionalmente, a presença de aderências do pericárdio podem conter a rotura cardíaca, levando à formação de um pseudo-aneurisma. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, de 65 anos, que apresentou quadro de Infarto Agudo do Miocárdio de parede inferolateral, não trombolisado, tendo evoluído Killip I. Feito cineangiogramografia 5 dias após o evento inicial, com presença de padrão obstrutivo triarterial com estenoses importantes e proximais em artéria descendente anterior e circunflexa e oclusão total da coronária direita. A ventriculografia evidenciou grande extensão de área acinética em parede inferior e imagem sugestiva de "aneurisma" de parede inferior. Foi optado por alta hospitalar e proposta realização de cirurgia de revascularização do miocárdio e aneurismectomia de VE ambulatorialmente. Paciente realizou ecocardiograma transtorácico ambulatorial que identificou a presença de pseudo-aneurisma de parede inferior de VE. Indicado re-internação imediata e programação de abordagem cirúrgica precoce. Entretanto, ao sair da sala de ecocardiografia, paciente apresentou quadro de morte súbita, não revertida após inúmeras manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP). Durante RCP, foi feito novo ecocardiograma que confirmou imagem sugestiva de derrame pericárdico importante com tamponamento cardíaco. Não houve recuperação do ritmo cardíaco mesmo após a realização da punção de Marfan. **Discussão e Conclusão:** O pseudo-aneurisma pós-IAM é formado por uma ruptura da parede ventricular, que é contida por aderências do pericárdio visceral. A parede do falso aneurisma é frágil, pois é formada apenas por camadas de tecido fibroso e pericárdio, associados ou não a trombos. Os pseudo-aneurismas são raros e afetam mais comumente a parede inferior. Diferentemente dos aneurismas verdadeiros, os "pseudo" possuem tendência elevada para rotura, devendo ser operados precocemente após o seu diagnóstico. A suspeita clínica necessita confirmação por métodos de imagem. A ventriculografia pode sugerir o diagnóstico. O ecodopplercardiograma é um excelente método diagnóstico, com boa sensibilidade, especificidade e baixo custo, devendo sempre ser realizado antes da alta hospitalar do paciente com suspeita de complicação mecânica pós-infarto.

953

COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR E INSUFICIÊNCIA MITRAL POR FERIMENTO DE ARMA BRANCA COM DIAGNÓSTICO TARDIO

LUCAS BERWANGER SIMON¹, SILVANA AGNOLLETO BERWANGER², DANTE THOME DA CRUZ², RICARDO GHISLENI², ANIBAL PEREIRAABELIN¹

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA- UFSM, (2) HOSPITAL DE CARIDADE DE IJUI- HC1

Introdução: Os traumatismos torácicos abertos são originados mais frequentemente devido a ferimentos por arma branca, ocorrendo comprometimento cardíaco em cerca de 5% dos casos. Apesar dos ventrículos predominarem como locais mais acometidos, qualquer estrutura cardíaca pode ser lesada. Além da elevada mortalidade associada a essas lesões, a combinação de defeito do septo interventricular (CIV) e insuficiência mitral severa é rara e pode representar um desafio diagnóstico. **Relatamos o caso de um paciente com CIV e insuficiência mitral decorrentes de tentativa de suicídio com arma branca, com diagnóstico tardio.** **Relato de caso:** Paciente masculino, 44 anos, previamente hígido, desferiu golpe com arma branca no hemitórax anterior esquerdo após discussão com a esposa. Atendido no serviço de emergência, apresentava sinais vitais estáveis e hemotórax à esquerda, tratado com drenagem torácica com sucesso, recebendo alta assintomático. Retornou para atendimento 15 dias após o evento inicial com quadro de insuficiência cardíaca classe funcional IV e sopro holossistólico no hemitórax esquerdo, junto à borda esternal. O ecocardiograma evidenciou CIV muscular e perfuração do folheto anterior da válvula mitral, com insuficiência valvar severa. Submetido a correção cirúrgica das lesões com sucesso, recebeu alta da unidade de terapia intensiva cardiológica no terceiro dia pós-operatório e alta hospitalar no sétimo dia, sem sinais de insuficiência cardíaca. **Conclusão:** A ocorrência de CIV combinada com insuficiência mitral após ferimento de arma branca é rara, com aproximadamente uma dezena de casos relatados na literatura mundial. Apesar de incomum, lesões cardíacas não diagnosticadas no atendimento inicial devem ser suspeitadas em pacientes que evoluam com sopro cardíaco, insuficiência cardíaca ou instabilidade hemodinâmica.

954

FLUXO REVERSO DE SANGUE DO ÁTRIO ESQUERDO AO SISTEMA CAVA SUPERIOR VIA SEIO VENOSO COMO COMPLICAÇÃO TARDIA DE CORREÇÃO CIRÚRGICA DE DRENAGEM VENOSA PULMONAR ANÔMALA PARCIAL

LUCAS MOLINARI VELOSO DA SILVEIRA¹, LUCAS MOLINARI VELOSO DA SILVEIRA¹, ANA PAULA TAGLIARI², BRUNO DA SILVA MATTE², MURILO FOPPA²

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - PORTO ALEGRE/RS, BRASIL, (2) HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - PORTO ALEGRE/RS, BRASIL

Introdução: Drenagem Venosa Pulmonar Anômala Parcial (DVPAP) é uma anomalia congênita de baixa prevalência caracterizada pela drenagem de uma ou mais veias pulmonares para o átrio direito ou uma das veias sistêmicas. Pacientes com estapatologia em geral apresentam dispnéia progressiva, necessitando correção cirúrgica das anormalidades. **Objetivo:** Este caso visa demonstrar uma complicação tardia incomum da correção cirúrgica de DVPAP, a qual pode ser causadora de descompensação clínica e piora funcional dos pacientes. **Caso Clínico:** Paciente do sexo feminino portadora de DVPAP com fluxo sanguíneo pulmonar direito drenando para o seio coronário, o qual também recebia a drenagem de uma veia cava superior esquerda, corrigida inicialmente aos 6 anos (descrição externa constando apenas de fechamento de comunicação interatrial - CIA, sem menção à DVPAP) e posteriormente aos 39 anos para correção definitiva da DVPAP pela técnica de destelhamento do átrio esquerdo, oclusão do óstio do seio coronário e consequente redirecionamento do fluxo sanguíneo pulmonar direito ao átrio esquerdo. Apresentou-se aos 51 anos com re-aparecimento de dispnéia de evolução progressiva há cerca de 5 anos. Cateterismo cardíaco direito (CAT-D), evidenciou shunt esquerda-direita (Qp/Qs 2,3), sugerindo possível recidiva de CIA. Porém, ecocardiograma transesofágico não evidenciou shunt intracavitário à manobra de microbolhas. Tendo em vista a incompatibilidade de resultados e a impossibilidade de realização de ressonância magnética cardíaca por ser portadora de marcapasso definitivo, optou-se por novo CAT-D com injeção de contraste em veia basilica esquerda. A venografia demonstrou persistência de veia cava superior esquerda (SatO₂ 97,7%) com conexão ao seio coronariano, observando-se fluxo reverso partindo do átrio esquerdo ao seio coronário e, posteriormente a cava superior esquerda e veias hemiaxiais. Este fato deve-se, possivelmente, a elevada pressão em átrio esquerdo, impedindo a drenagem das veias pulmonares, por meio do seio coronário, até este. **Conclusão:** As principais complicações pós-operatórias da correção da DVPAP são as estenoses da veia cava e das veias pulmonares ou a presença de shunt residual. Este caso demonstrou uma complicação tardia não usual desta cirurgia, a qual pode ser confundida com a presença de shunts residuais.