

**015**

**URÁCIA DIAGNÓSTICA DA TOMOGRAFIA CORONARIANA COM PERFUSÃO EM LESÕES CORONARIANAS MODERADAS APÓS CINECORONARIOGRAFIA ELETIVA**

GUSTAVO NEVES DE ARAUJO2, GUSTAVO NEVES DE ARAUJO, FELIPE TORRES3, DIEGO EIFER3, GUILHERME PINHEIRO MACHADO1, STEFANI MARIANI1, RODRIGO WAINSTEIN2, FELIPE HOMEM VALLE2, CARISI ANNE POLANCZYK2, MARCO WAINSTEIN2

(1) FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, BRASIL, (2) SERVIÇO DE CARDIOLOGIA, HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, BRASIL, (3) SERVIÇO DE RADIOLOGIA, HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, BRASIL

**INTRODUÇÃO** A angiogramia computadorizada coronariana (ATC) fornece dados sobre a anatomia e a perfusão coronariana e pode ser útil no contexto da doença coronariana (DAC) isquêmica. O manejo de lesões coronárias angiograficamente moderadas é desafiador e a avaliação da reserva de fluxo fracionada coronária (FFR) é recomendada para avaliar se essas lesões são funcionalmente significativas. Uma vez que a FFR é um teste invasivo, a validação de ferramentas não invasivas para avaliar o significado funcional de lesões coronárias angiograficamente moderadas é de extrema importância. Nosso objetivo foi avaliar a acurácia diagnóstica da imagem de perfusão miocárdica de CCTA (CCTA-IPM) em pacientes com lesões coronárias angiograficamente moderadas submetidas à FFR. **MÉTODOS** Neste estudo prospectivo realizado em um único centro, pacientes com DAC estável e pelo menos uma lesão coronariana angiograficamente moderada (50 a <70%, por estimativa visual) que foram agendados para uma futura avaliação da FFR coronária foram selecionados para um CCTA-IPM (Multislice 64 canais) antes da avaliação coronária FFR. Foram excluídos os pacientes que apresentavam síndrome coronariana aguda, contraindicação ao uso de adenosina ou contraste iodado, insuficiência renal crônica (clearance de creatinina <30ml / min) e obstruções coronarianas graves (≥70%). **RESULTADOS** Vinte e oito pacientes (idade média 60 ± 9 anos, 54% mulheres) com 33 obstruções coronárias intermediárias foram incluídos. Dez pacientes (30%) apresentaram obstruções coronarianas funcionalmente significativas, caracterizadas pela FFR <0,8. A sensibilidade, especificidade e acurácia do CCTA-IPM para obstruções coronárias funcionalmente significativas foram de 30%, 100% e 78,8%, respectivamente. O valor preditivo positivo de CCTA-IPM (VPP) foi de 100%, enquanto o valor preditivo negativo (VPN) foi de 76,7%. O coeficiente de correlação Kappa entre os testes foi de 0,48 (p = 0,005). **CONCLUSÕES** Neste estudo, a acurácia do CCTA-IPM na avaliação de lesões coronarianas intermediárias foi de 78,8%. O VPP de um CCTA-IPM anormal nessa população foi de 100%. Caso nossos achados sejam replicados em estudos maiores, o CCTA-IPM pode potencialmente se tornar uma ferramenta útil na avaliação de pacientes com obstruções coronarianas intermediárias.

**016**

**EFEITO DO TICAGRELOR E DO CLOPIDOGREL NA MICROCIRCULAÇÃO CORONÁRIA EM PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO TRATADOS COM TERAPIA FIBRINOLÍTICA.**

MARCO ANTONIO SCANAVINI FILHO1, OTAVIO BERWANGER2, WILSON MATHIAS JUNIOR1, MIGUEL OSMAN AGUIAR1, HSU CHIANG1, FABIO DE LUCA3, DELCÍO UEZATO JUNIOR1, LUCIANO MOREIRA BARACIOLI1, FELIPE GALLEGO LIMA1, FERNANDO REIS MENEZES1, TALIA FALCAO DALCOQUIO1, ROBERTO KALLIL FILHO1, JOSE ANTONIO FRANCHINI RAMIRES1, JOSE CARLOS NICOLAU1

(1) INSTITUTO DO CORAÇÃO - INCOR / HCFMUSP, (2) HOSPITAL DO CORAÇÃO / HCOR, (3) HOSPITAL GERAL DO GRAJAU / UNIVERSIDADE DE MEDICINA DE SANTO AMARO

**Introdução:** Cerca de 40% dos pacientes com infarto do miocárdio com supradesnível do segmento ST (IAMCSST) submetidos a tratamento fibrinolítico com sucesso (definido como fluxo TIMI 3 à coronariografia), apresentam algum grau de comprometimento a nível da microcirculação coronária (MC); Sabe-se que o clopidogrel melhora o fluxo da MC; levando-se em consideração que o ticagrelor é significativamente superior ao clopidogrel em termos de eventos isquêmicos, o objetivo do presente estudo é comparar o efeito do ticagrelor com o clopidogrel na MC. **Métodos:** Foram incluídos 48 pacientes consecutivos do TREAT, estudo randomizado, multicêntrico, que comparou de forma aberta ticagrelor vs clopidogrel em pacientes com IAMCSST submetidos a tratamento fibrinolítico. Todos os pacientes foram submetidos a coronariografia (CATE), que foi realizado em 4 (± 2) dias a partir do início dos sintomas, sendo incluídos no presente estudo todos os pacientes com obstrução residual na coronária culpada <50% e fluxo TIMI-3. No dia 2 (± 2) após o CATE, os pacientes foram submetidos à avaliação da perfusão da MC por meio do Escore Indexado de Perfusão Miocárdica (EIPM) obtido pela Ecocardiografia com Contraste Miocárdico (ECM). Avaliou-se o EIPM Global (analisando todos os 17 segmentos) e o EIPM Regional (analisando apenas os segmentos relacionados à artéria culpada). Os principais desfechos secundários foram a análise do Escore Indexado de Contratilidade Miocárdica (EICM) Global e Regional. Entre outras análises, a agregabilidade plaquetária (AP) com ADP foi avaliada pelo Multiplate Analyzer® imediatamente antes do ECM. **Resultados:** 24 pts foram randomizados para ticagrelor e 24 para clopidogrel. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos em relação ao EIPM global (1,428 ± 0,26 vs 1,389 ± 0,23, respectivamente; p = 0,583) ou EIPM regional (1,712 ± 0,42 vs 1,626 ± 0,43, respectivamente; p = 0,493). Da mesma forma, não foram observadas diferenças significativas em termos de EICM global (1,686 ± 0,39 vs 1,502 ± 0,27, respectivamente; p = 0,067) ou EICM regional (2,114 ± 0,58 vs 1,817 ± 0,50, respectivamente; p = 0,066). Como esperado, AP (18,17 ± 9,73 vs 26,17 ± 12,52, respectivamente; p = 0,017) foi significativamente menor no grupo ticagrelor. **Conclusão:** Apesar da menor AP observada com o ticagrelor, em comparação com o clopidogrel, não foram observadas diferenças significativas entre os dois fármacos em relação ao fluxo da MC ou da contratilidade do VE.

**017**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL REFRACTÁRIA**

BERNARDO CHIEDIER1, ARTHUR FERNANDES CORTEZ1, ALINE DE HOLLANDA CAVALCANTI1, JOÃO CARLOS MORENO DE AZEVEDO1, BRUNO DUSSON1 MOREIRA DOS SANTOS1, ELIZABETH SILAID MUXFELDT1

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO

**Fundamentos:** A Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) está fortemente associada à hipertensão arterial resistente (HAR) e alto risco cardiovascular (CV). Recentemente descrita, a hipertensão arterial refratária (HARef) definida com a pressão arterial (PA) não controlada apesar do uso de 5 ou mais anti-hipertensivos, incluindo a espironolactona é considerada um fenótipo extremo da HAR. Na literatura ainda não há estudos que mostrem a associação entre AOS e a hipertensão refratária **Objetivo:** Investigar a prevalência de AOS e o padrão da polissonografia (PSG) em hipertensos refratários de uma grande coorte de hipertensos resistentes. **Métodos:** Estudo seccional envolvendo 418 pacientes com HAR (30,9% do sexo masculino com idade média de 62,5 ± 9,9 anos) que foram submetidos à PSG de noite inteira. A presença de AOS foi definida por um índice de apneia-hipopneia (IAH) > 5 por hora e AOS moderada-grave por IAH ≥ 15/hora. HARef foi definida com a MAPA não controlada em uso de 5 ou mais anti-hipertensivos incluindo a espironolactona. A análise estatística incluiu a análise bivariada comparando hipertensos resistentes e refratários, utilizando os testes de Mann-Whitney e do qui-quadrado. **Resultados:** Um total de 88 pacientes (21,1%) teve diagnóstico de HARef. Comparados aos resistentes, os hipertensos refratários são mais jovens, com maior prevalência de tabagismo (18,2% vs 9,7%, p=0,04) e de doenças CV prévias (50,0% vs 34,8%, p=0,013), em especial o acidente vascular encefálico (21,6% vs 10,3%, p=0,007). Não houve diferenças em relação às medidas antropométricas A prevalência de AOS (80,7% vs 82,7%, p=0,64) e de AOS moderada/grave (51,1% vs 57,0%, p=0,34) foi semelhante nos dois grupos assim como o IAH (15 [6-35] vs 17 [7-38], p=0,46). Os refratários apresentaram uma melhor eficiência do sono (78% vs 71%, p<0,001), com maior tempo total se sono (315 min vs 281 min, p<0,001) e menor latência para o sono (11 min vs 17 min, p=0,03). Não houve diferença em relação ao sono REM, à saturação de oxigênio e nem quanto ao índice de microdespertares e movimento periódico de membros. **Conclusões:** Hipertensos resistentes e refratários têm prevalência de AOS, embora os refratários pareçam ter um melhor padrão de sono, possivelmente por serem mais jovens e fazerem uso de espironolactona.

**018**

**RELAÇÃO DO EDEMA MIOCÁRDICO COM BIOMARCADORES DE NECROSE APÓS PROCEDIMENTOS DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA AVALIADO PELA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CARDÍACA**

FERNANDO FAGLIONI RIBAS1, PAULO CURY REZENDE1, GUSTAVO ANDRÉ BOEING BOROS1, ANDERSON ROBERTO DALLAZEN1, CESAR HIGA NOMURA1, GOMES EDUARDO ROCHITTE1, ALEXANDRE VOLNEY VILLA1, EDUARDO GOMES LIMA1, GUILHERME FERNANDES DE CARVALHO1, WHADY HUEB1, JOSE ANTONIO FRANCHINI RAMIRES1, ROBERTO KALLIL FILHO1

(1) INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR), HOSPITAL DAS CLINICAS HCFMUSP, FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SP, BR

**Introdução:** Evidências sugerem que o edema miocárdico (EM) observado a ressonância magnética representa uma forma de injúria cardíaca. Entretanto, ainda são escassos os estudos que avaliaram o seu surgimento após procedimentos de revascularização miocárdica. **Métodos:** Pacientes portadores de doença coronariana multiarterial com indicação de revascularização miocárdica foram incluídos. Foram mensuradas troponina I de alta sensibilidade (c-TnI) e CK-MB seriadas. Foram realizadas ressonâncias magnéticas cardíacas (RMC) antes e após os procedimentos, e identificado EM e realce tardio (RT). Comparou-se a relação entre biomarcadores e EM, com e sem RT. **Resultados:** De 204 pacientes, 14 foram excluídos, sendo 190 avaliados neste estudo. Da amostra, 148 (78%) pacientes não apresentavam EM (Grupo 1), e 42 pacientes (22%) apresentavam EM (Grupo 2). Os valores do pico de liberação de c-TnI foram 1,57 (0,41-3,20) ng/mL e 8,79 (4,68-19,42) ng/mL, (p<0,0001) e de CK-MB foram 12,02 (3,72-21,26) ng/mL e 38,88 (21,67-59,73) ng/mL (p<0,0001), respectivamente nos Grupos 1 e 2. Após estratificação pela presença de novo RT, 142 pacientes (75%) não apresentavam EM ou RT (Grupo A), 10 (5%) apresentavam EM, sem RT (Grupo B), 6 (3%) apresentavam apenas RT (Grupo C), e 32 (17%) apresentavam EM e RT (Grupo D). Os valores do pico de liberação de c-TnI foram: 1,51 (0,40-3,10) ng/mL, 5,82 (4,68-7,86) ng/mL, 5,19 (2,47-14,21) ng/mL, e 9,84 (5,01-25,33) ng/mL (p<0,0001), respectivamente nos Grupos A, B, C e D (figura). Os valores do pico de liberação de CK-MB foram 12,01 (3,72-21,02) ng/mL, 26,77 (14,49-56,28) ng/mL, 18,48 (10,97-37,64) ng/mL, e 41,84 (24,93-67,69) ng/mL (p<0,0001). Na comparação entre os grupos A e B, a liberação de c-TnI (1,51 x 5,82 ng/mL, p<0,0001), e CK-MB (12,01 x 26,77 ng/mL, p=0,009) foram estatisticamente diferentes. **Conclusões:** Neste estudo, o surgimento do edema miocárdico após procedimentos de revascularização foi associado a maior liberação de biomarcadores de necrose, indicando a possível relação entre o edema e a injúria miocárdica.

