

239

Padrões Morfológicos, Funcionais e Estruturais da Cardiomiopatia Hipertrofica pela Ressonância Magnética Cardíaca

A T F BARRETO, A C S SOUSA, J L M OLIVEIRA, F M S SOUTO, S M ANDRADE, G B TORRES, F S DÓRIA, L D MELO, J A S B FILHO e L F G GONÇALVES

Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, BRASIL - Hospital São Lucas, Aracaju, SE, BRASIL.

Introdução: A ressonância magnética cardiovascular (RMC) desempenha papel fundamental no diagnóstico da cardiomiopatia hipertrofica (CMH) e na identificação dos padrões e extensão da hipertrofia que podem não ser bem visualizados pela ecoDopplercardiografia convencional sobretudo na forma apical, além de detectar e caracterizar a fibrose miocárdica, característica comum dessa doença. **Métodos:** Trata-se de estudo observacional transversal cujo objetivo é demonstrar em nosso meio, as características demográficas, fenotípicas e funcionais de portadores de CMH, mediante RMC, entre abril de 2009 e dezembro de 2012. **Resultados:** Foram avaliados 85 pacientes com idade média de 57,2 ± 15,8 anos, sendo 62,8% homens. Os padrões de CMH foram: 81,7% clássica (septal) e 18,3% apical. Houve ainda 14% com diagnóstico de hipertrofia ventricular esquerda sem critérios para CMH, sendo excluídos da análise. A média da espessura máxima da parede do ventrículo esquerdo (VE) foi 17,8mm 6,4, sendo 11,6% maior que 25mm. A tabela 1 relaciona os achados morfológicos e funcionais destes pacientes, de acordo com a apresentação fenotípica, além da presença de isquemia miocárdica e de fibrose. **Conclusão:** A forma septal também foi a mais prevalente em nossa amostra. Foi significativa a presença de fibrose, sobretudo nos portadores da forma clássica. A ocorrência de isquemia foi comum, com tendência de maior frequência, na forma apical

Tabela 1	Fibrose	Isquemia*	Espessura máxima	Diâmetro diastólico VE	Massa VE	Fração de ejeção VE	Obstrução via de saída VE
CMH total	74,3%	54%	19±5	51,7±7	144±41	70±6	33%
clássica	85,1%	42,5%	20±4	51,7±7	143±43	70±7	37%
apical	53,3%	75%	14±5	51,8±7	149±38	70,1±4	16%
p	0,02	0,1	0,01	0,9	0,7	0,9	0,3

*Avaliada em 65% da amostra

240

Prevalência de Hipertensão Verdaderamente Resistente ao Tratamento Medicamentoso em Ambulatório Especializado

ALINNE MACAMBIRA, HENRIQUE CÉSAR DE ALMEIDA MAIA, CRISTINA CHAVES DOS SANTOS DE GUERRA, CARLA SEPTÍMIO, CAMILA LARA BARCELOS, RENATO DAVID DA SILVA, RUI TER CARLOS ARANTES FILHO, JOSE SOBRAL NETO, JAIRO MACEDO DA ROCHA e AYRTON KLIER PERES

Hospital de Base, Brasília, DF, BRASIL - Ritmocardio, Brasília, DF, BRASIL.

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica resistente (HASR) é definida como aquela que se mantém elevada apesar do uso de três anti-hipertensivos. Pacientes, não adequadamente tratados, estão associados a complicações por lesão de órgãos como cérebro, rins, olhos e o próprio coração. Estas complicações representam a principal causa de morte e morbidade na população. Dentre os hipertensos, cerca de 10% são aqueles com HASR. A etiologia da HASR é multifatorial, e o tratamento objetiva a identificação e reversão de fatores que contribuem para a resistência. **Métodos:** Trata-se de avaliação longitudinal de pacientes atendidos no ambulatório de HASR no Hospital de Base do Distrito Federal entre março e dezembro de 2012. Foram encaminhados ao ambulatório por cardiologistas com diagnóstico de HASR e candidatos à participação do estudo DESIRE – Denervação Simpática Renal. Os pacientes foram submetidos à avaliação clínica e laboratorial para diagnóstico de causas secundárias de hipertensão, bem como orientados quanto ao uso das medicações e o tratamento não farmacológico segundo as diretrizes da SBC. **Resultados:** Durante os 10 meses de avaliação foram realizados 593 consultas médicas em 232 pacientes. Dentre estes, 199 pacientes não foram considerados aptos ao estudo por não terem se enquadrado no diagnóstico de HASR ao tratamento medicamentoso. Em 188 pacientes obteve-se controle dos níveis pressóricos por adequação do esquema terapêutico ou adoção das medidas propostas pelo consenso da SBC. Em 7 pacientes obteve-se controle da PA por uso de baixas doses de espironolactona, com diagnóstico provável de hiperaldosteronismo primário (ainda em avaliação laboratorial). Três pacientes apresentavam estenose de artéria renal que não havia sido diagnosticada previamente e 1 paciente teve diagnóstico de apneia do sono obstrutiva grave. Dos 232 pacientes apenas 33 pacientes (14%) foram considerados como HASR e encaminhados como candidatos a denervação renal (Estudo DESIRE). **Conclusão:** Em nossa amostra, a hipertensão realmente refratária ao tratamento medicamentoso é incomum, sendo esse diagnóstico, na maior parte dos pacientes, inadequado por uso irregular do tratamento anti-hipertensivo ou por hipertensão arterial secundária não diagnosticada.

241

Relevância das Medidas da Pressão Arterial Antes do Ato Miccional Matinal e do Período da Tarde em Protocolo de Monitorização Residencial da Pressão Arterial

ANTONIO EDUARDO MONTEIRO DE ALMEIDA, MIGUEL GUS, JORGE REINE GARCIA AREVALO, JOÃO AGNALDO DO NASCIMENTO, KARLYSE CLAUDINO BELLI, FLAVIO DANNI FUCHS, JORGE PINTO RIBEIRO e RICARDO STAIN

Cardio Lógica Métodos Gráficos, João Pessoa, PB, BRASIL - Hospital de Clínicas de Porto Alegre – UFRGS, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Justificativa: A acurácia da monitorização residencial da pressão arterial (MRPA), considerando as medidas da pressão arterial (PA) antes do ato miccional matinal e do período da tarde durante atividades laborativas, ainda não está bem estabelecida. **Objetivo:** Comparar 2 protocolos de MRPA tendo como padrão-ouro a monitorização ambulatorial da pressão arterial de 24 horas - período de vigília (MAPA-vigília), para uma otimização no diagnóstico hipertensão arterial (HAS), assim como a associação destes com marcadores prognósticos. **Métodos:** Estudo transversal diagnóstico que contou com 158 participantes (84 mulheres). Eles realizaram MRPA 3 dias: medidas antes do ato miccional matinal e medidas da tarde (MRPA AM+MT); medidas após ato miccional matinal e noite (MRPA PM+MN); MRPA protocolo de 5 dias. Realizaram ecocardiograma (hipertrofia - HVE) e dosada microalbumina urinária (MAU). Randomizados para duas seqüências de investigação: MAPA 24 h e posterior MRPA 3 dias ou 5 dias. Após, havia inversão da seqüência para cada indivíduo. **Resultados:** As médias PAS MAPA-vigília, MRPA 3 dias, AM+MT, PM+MN e MRPA 5 dias foram de 128 mmHg, 126 mmHg, 127 mmHg, 124mmHg e 126 mmHg, respectivamente (p=0,001). A PAD foi, respectivamente, 79 mmHg, 78 mmHg, 79 mmHg, 76 mmHg e 78 mmHg (p=0,001). A concordância Kappa para diagnóstico de HAS entre MAPA-vigília e MRPA 3 dias, AM+MT, PM+MN e MRPA 5 dias foi de 0,660; 0,638; 0,348 e 0,387. Os testes diagnósticos comparando AM+MT vs PM+MN foram: 82,6% x 71% (Sens), 85% x 74% (Espec), 69 x 40 (VPP), 92 x 91 (VPN) e 5,44 x 2,73 (Razão verossimilhança pos). A tabela mostra as comparações entre os diagnósticos nos diferentes protocolos:

Diagnóstico	Medidas	MRPA 3 d	AM+MT	PM+MN	MRPA 5 d
HVE	Kappa	0,636	0,641	0,299	0,298
	Corr IC	0,778	0,782	0,474	0,459
MAU	Kappa	0,352	0,342	0,159	0,207
	Corr IC	0,526	0,511	0,276	0,346

Conclusões: Considerando a MAPA-vigília como padrão-ouro para o diagnóstico de HAS, o protocolo de MRPA 3 dias AM+MT parece melhor refletir a PA usual, assim como determina uma melhor correlação com o prognóstico avaliado através da HVE e pela MAU.

242

Prevalência de Aterosclerose Subclínica e Reclassificação de Risco Cardiovascular pela Medida da Espessura Íntimo-Medial Carotídea em Pacientes Hipertensos Ambulatoriais

FRANCISCO DAS CHAGAS MONTEIRO JUNIOR, CACIONOR PEREIRA DA CUNHA JÚNIOR, PEDRO ANTONIO MUNIZ FERREIRA, JOSÉ ALDEMIR TEIXEIRA NUNES, RONALD LOPES BRITO, JOYCE SANTOS LAGES, JOSE BONIFACIO BARBOSA, NATALIA RIBEIRO MANDARINO, NATALINO SALGADO FILHO e VALTER CORREIA DE LIMA

Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, BRASIL - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Embora a medida da espessura íntimo-medial carotídea (EIMC) seja considerada um marcador direto de aterosclerose subclínica, com importante valor adicional na estratificação de risco cardiovascular, a mesma não tem sido preconizada para uso rotineiro em indivíduos hipertensos. **Objetivo:** O presente estudo se propôs a investigar a prevalência de aterosclerose subclínica, avaliada pela medida da EIMC, e o impacto desta na reclassificação de risco do paciente hipertenso. **Delineamento:** Transversal. **Pacientes:** O estudo incluiu 94 hipertensos sem doença aterosclerótica manifesta, com média de idade de 56,99 ± 11,89 anos, sendo 68,1% do sexo feminino. **Métodos:** Os pacientes foram submetidos a exame clínico, dosagens bioquímicas e medida da EIMC por ultrassonografia de alta resolução. **Resultados:** Apesar de a maioria dos indivíduos ter sido estratificada como de risco baixo (63,5%) e intermediário (23%), segundo o score de Framingham (EF), observou-se expressiva prevalência de espessamento carotídeo na amostra (75,3%), inclusive nos subgrupos de risco baixo (61%) e intermediário (93,8%). A EIMC concorreu para a reclassificação de risco em 70,31% dos pacientes em geral, sendo que 61% dos de risco baixo passaram para o intermediário e 93,8% dos de risco intermediário, para o alto. **Conclusão:** Nestes indivíduos hipertensos ambulatoriais, predominantemente de meia idade e do sexo feminino, a medida da EIMC demonstrou elevada prevalência de aterosclerose subclínica bem como concorreu para a reclassificação de risco em expressiva proporção dos casos.