

363

Valor clínico da ascite na endomiocardiofibrose

Antonio C P Barretto, Charles Mady, Barbara M Ianni, Edmundo Arteaga, José A F Ramires

Instituto do Coração(InCor)-HCFMUSP – São Paulo-SP

Objetivo: A endomiocardiofibrose (EMF) é lembrada, entre os diagnósticos diferenciáveis, nos pacientes que apresentam ascite. Procuramos neste trabalho avaliar as características clínicas dos pacientes com ascite e (EMF) e o que os diferencia dos que não apresentam ascite.

Material e Métodos: Analisamos 160 pacientes (pts) com (EMF), com idade média de 34 anos, sendo 112 mulheres, estudados em nossa Instituição nestes últimos 20 anos. O diagnóstico foi confirmado pelos achados da ventriculografia ou de necropsia. Em todos graduou-se a intensidade da obliteração (extensão da fibrose). A maioria era sintomático em CF III/IV (134-83,7%). 81 (50,6%) tinham comprometimento biventricular (bi), 28 (17,5%) de ventrículo direito (VD) e 51 (31,8%) de ventrículo esquerdo (VE). Neste período de seguimento 56 morreram.

Resultados: 67 (41,8%) (pts) apresentaram ascite, dentre estes, a maioria tinha comprometimento de VD – 59 (88%). Na comparação entre os (pts) com e sem ascite, os com ascite apresentaram maior mortalidade (49,2% vs 24,7%), edema foi achado mais freqüente (95% vs 43%), a hepatomegalia foi maior (5,8 cm vs 4,1 cm), a pressão média de AD (19,3 vs 12 mmHg) e a pressão diastólica final de VD (18,7 vs 12,9 mmHg) foram maiores, tinham mais tempo de história (5,1 vs 3,9 anos) e apresentavam mais freqüentemente fibrilação atrial (44,7% vs 30,1%).

Conclusões: Ascite é encontrada em menos de 50% dos casos de EMF, esta associada ao comprometimento mais acentuado do VD, a maior tempo de evolução da doença e sua presença indica um pior prognóstico aos portadores de endomiocardiofibrose.

364

Síndrome pós-pericardiotomia: comportamento dos marcadores séricos de injúria tecidual e de resposta inflamatória

Ilmar Köhler, Paulo Saraiva, Aline Friedrichs, Marcelo Pimentel, Anelise Wallau, Andreia Nunes, Larissa Centeno, Orlando Wender, Alcides Zago

Hospital de Clínicas e Fac. Farmácia/Bioquímica – UFRGS – P. Alegre (RS)

Fundamento: A Síndrome Pós-Pericardiotomia (SPP) ocorre entre a 1ª e 2ª semana de pós operatório (PO) de cirurgia cardíaca, aparentemente como resposta imunoinflamatória ao trauma transoperatório.

Objetivo: Avaliar o comportamento do marcador de injúria tecidual, Troponina I (cTnI), e de resposta inflamatória Proteína C reativa (PCR) e Fator de necrose tumoral alfa (TNF α), no desenvolvimento da SPP.

Delimitação: Estudo de coorte.

Material e Métodos: 75 pacientes (pts.) adultos submetidos a cirurgia cardíaca, avaliados em 4 fases: a) D1: dia anterior à cirurgia; b) D2: 3º dia PO; c) D3: entre 7º e 10º dia PO e d) D4: 30º dia PO, quando foram dosados os marcadores séricos, cujas medianas e percentis 25-75 foram calculados e comparados entre os 2 grupos. Foram classificados 12 pts, como SPP + por terem apresentado dor torácica, febre (>37,5°C) e atrito pericárdico e/ou pleuropericárdico após o 7º dia PO, enquanto 63 pts. não apresentavam nenhuma dessas evidências (SPP -).

Resultados:

Variáveis	cTnI (ng/ml)		TNF α (pg/ml)		PCR (mg/ml)	
	mediana(p25-p75)		mediana(p25-p75)		mediana(p25-p75)	
Per.Av.	SPP+	SPP-	SPP+	SPP-	SPP+	SPP-
D1	4,2 (2,3-14,8)*	8,0 (1,2-25,4)	2,9 (1,0-4,5)*	1,3 (1,0-4,1)	2,3 (0,5-12,5)§	1,2 (0,5-7,3)
D2	5,7 (2,6-15,7)*	3,0 (1,5-9,4)	2,3 (0,7-5,5)*	1,3 (1,0-5,2)	9,4 (7,0-13,4)§	14,3 (8,1-25,3)
D3	6,1 (1,4-9,9)*	3,6 (1,0-8,6)	3,4 (0,6-6,3)*	1,1 (1,0-4,6)	5,2 (1,0-6,9)§	5,2 (3,4-12,3)
D4	5,9 (4,6-9,8)*	4,0 (0,5-13,2)	1,2 (1,2-6,5)*	1,3 (1,0-4,2)	0,5 (0,5-1,4)§	0,8 (0,5-2,4)

Teste U de Mann-Whitney : § * § P>0,05

Conclusões: 1) Os marcadores cTnI, PCR e TNF α não demonstraram diferenças significativas entre os pacientes com SPP+ e os do grupo controle.

366

Stent auto-expansível nas patologias da aorta torácica

Wagner M Pereira, José D F Filho, Marcela Sales, Ralf Stuermer, Luiz Portugal, Nicácio Tanaka, Roberto Lobo, Laura Barboza, Fernando Lucchese

Hospital São Francisco de Cardiologia e Transplantes de Porto Alegre

Introdução: O tratamento clínico das dissecções agudas da aorta torácica tipo B tem uma mortalidade hospitalar (30 dias) em torno de 10%, porém, estes pacientes desenvolvem aneurismas comprometendo estruturas adjacentes levando a cirurgia. O tratamento cirúrgico das dissecções crônicas e dos aneurismas tem mortalidade de 26% e grande morbidade. A utilização dos stents é uma nova alternativa neste campo da cirurgia da aorta.

Estudo retrospectivo não randomizado.

Objetivo: Analisar o desempenho dos stents auto-expansíveis na cirurgia das dissecções agudas e crônicas e dos aneurismas da aorta torácica descendente.

Material e métodos: De abril de 1998 a fevereiro de 2000 foram implantados 27 stents endovasculares, 18 dissecções agudas, 7 crônicas e 2 em aneurismas. A idade variou entre 39 e 75 anos (médiana=55,65±10,76 anos) com 65,39% (17/26) do sexo masculino. Os pacientes foram submetidos a esternotomia mediana, circulação extra-corpórea, hipotermia profunda (18-20°C), parada circulatória total e perfusão cerebral retrógrada. A aorta transversa foi incisada e implantado o stent na aorta descendente sob visão direta ou com aortoscopia. Foram analisados os métodos diagnósticos, todos os tempos cirúrgicos, ventilação mecânica, evolução hospitalar, curva de eventos e sobrevida.

Resultados: A mortalidade hospitalar foi de 7,69% (2/26), dois pacientes foram reoperados com 3 e 6 meses de evolução, 1 com dissecção proximal e 1 com aneurisma roto distal ao stent. A mortalidade em 1 ano foi de 4,16% (1/24) e 23 pacientes vem sendo acompanhados com 1 a 20 meses de pós operatório, sendo que 87,5% estão livres de eventos em 670 dias.

Conclusões: A mortalidade hospitalar com o implante dos stents é menor que a do tratamento conservador. A mortalidade tardia (1 ano) e a curva de eventos também é favorável a cirurgia com stents (The International Registry of Acute Aortic Dissection – IRAD). Apesar da amostra ser pequena (n=26) e a análise inicial parece mostrar uma tendência favorável.

367

Doença vascular do enxerto pós-transplante cardíaco: análise retrospectiva de 112 casos.

Ellen Barroso, Richard Dorent, J-J.Ghoussoub, Alain Pavie, Iradj Gandjibachkh.

Service de Chirurgie Cardiovasculaire du Hôpital la Pitié- Salpêtrière, Paris- França.

Objetivos: Avaliar os fatores de risco imunológicos e não-imunológicos da Doença Vascular do Enxerto (DVE) pós-transplante cardíaco e analisar a evolução clínica de um grupo de pacientes seguidos regularmente.

Pacientes e Métodos: Foram estudados 112 pacientes transplantados ortotópicos: 95 homens (85%) e 17 mulheres (15%) com idade média de 44±12 anos, selecionados por critérios angiográficos de DVE divididos em 2 grupos conforme a gravidade das lesões coronárias: Grupo 1 (55 pacientes: lesões não significativas a moderadas), Grupo 2 (57 pacientes: lesões severas e difusão ventricular). Análise retrospectiva dos parâmetros Imunológicos: episódios de rejeição aguda (RA) no primeiro ano de transplante diagnosticados por Biópsia Endomiocárdica (BEM) e Não Imunológicos: Sexo e Idade (receptor e doador), Etiologia isquêmica, Hipertensão Arterial (HAS), Dislipidemia, Diabetes mellitus (DM), Tempo de isquemia do enxerto. A estatística é expressa pelos cálculos das médias e desvio padrão sendo p \leq 0,005 estatisticamente significativo.

Resultados: Receptor: Sexo G1 (9M/46H), G2 (8M/49H) (p<0.73); Idade: G1 (44±12 anos) G2 (45±10 anos) (p<0.28); Doador: Sexo G1 (1M/46H), G2 (11M/45H) (p<0.02); Idade G1 (37±12 anos) G2 (33±12 anos) (p<0.09); Tempo de Transplante G1 (6.8±2.8 anos) G2 (7.8±2.6 anos) (p<0.06). Rejeição Aguda G1 (77%), G2 (92%) (p<0.02); HAS G1 (85%), G2 (86%) (p<0.57); DM G1 (13%) G2 (18%) (p<0.32); Dislipidemia G1 (39%) G2 (61%) (p<0.007); Colesterol G1 (5,98±1,36) G2 (5,74±1,27) (p<0.35). Triglicerídeos G1 (1,37±0,80) G2 (1,97±1,25) (p<0.005); Cardiopatia Isquêmica G1 (30%) G2 (37%) (p<0.37); Tempo de Isquemia G1 (130±57) G2 (135±51) (p<0.62).

Conclusões: Destacamos no desenvolvimento da DVE dentre os fatores Imunológicos o número e a severidade dos episódios de Rejeição Aguda no primeiro ano de transplante e os Não Imunológicos, as Dislipidemias em especial as Hipertrigliceridemias.

