

149

Efeito da administração prolongada de dipiridamol sobre os distúrbios de perfusão miocárdica em modelo experimental de cardiomiopatia chagásica crônica

DENISE M TANAKA, EDUARDO E V CARVALHO, LUCIANO F L OLIVEIRA, MINNA M DIAS, GABRIELA G OLIVEIRA, ANTONIO C L B FILHO, FERNANDO F F RIBEIRO, JORGE M CABEZA, MARIA L HIGUCHI, EDECIO C NETO, JOSE A M NETO e MARCUS V SIMÕES

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, Ribeirão Preto, SP, BRASIL.

Introdução: Distúrbios de perfusão miocárdica são frequentes na cardiomiopatia chagásica crônica (CCC) e podem estar envolvidos na fisiopatogênese da disfunção sistólica ventricular esquerda (DSVE). **Objetivo:** Avaliar os efeitos do uso prolongado do dipiridamol (vasodilatador da microcirculação coronária, DIPI) sobre a perfusão miocárdica, função sistólica do ventrículo esquerdo e alterações histopatológicas (fibrose e inflamação) em modelo experimental de CCC. **Métodos:** Investigamos 4 grupos de hamsters fêmeas: infectadas com T cruzi e tratadas com DIPI (CH+DIPI, n=15); infectadas e tratadas com placebo (CH+PLB, n=15); animais não infectados e tratados com DIPI (CO+DIPI, n=10) e tratados com placebo (CO+PLB, n=11). No basal (6 meses de infecção) e após 4 semanas de DIPI (4mg/Kg ip, 2x/dia) ou placebo, os animais foram submetidos a ecocardiograma, para avaliar a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), e à cintilografia de perfusão miocárdica por SPECT-Sestamibi-Tc99m, para avaliar a área dos defeitos de perfusão (DP). **Resultados:** A tabela resume os resultados. No basal os animais chagásicos apresentaram maior área de DP do que os controles, mas semelhante FEVE. Após DIPI, encontrou-se redução significativa dos DP somente no grupo CH+DIPI (p=0,004), enquanto ambos os grupos chagásicos apresentaram redução da FEVE (p<0,002). Na histopatologia, foi encontrada maior extensão de inflamação (núcleos/mm2) nos grupos CH+DIPI (97,3±109,3) e CH+PLB (1207,1±123,6) quando comparados aos grupos CO+DIPI (415,0±27,4) e CO+PLB (256,5±19,6), p<0,05. A fibrose (%) foi maior nos grupos CH+DIPI (4,7±0,4) e CH+PLB (5,4±0,2) quando comparados com o grupo CO+PLB (3,3±0,3), p<0,05. **Conclusão:** O uso prolongado de DIPI associou-se à significativa melhora dos distúrbios de perfusão miocárdica, mas não impediu a progressão da DSVE, sugerindo que alterações da perfusão miocárdica microvascular não sejam um mecanismo fisiopatogênico independente na CCC.

Grupos	%DP		%FEVE	
	Basal	Pós	Basal	Pós
CO+PLB	3,5±0,8	5,5±0,9	65,1±3,1	60±2,8
CO+DIPI	3,7±0,8	2,8±1	63±1,8	59,3±2,9
CH+PLB	12,9±3,5	11,1±2,7	69,3±1,4	54,4±2,5*
CH+DIPI	20,9±4,2	6,6±1,8*	65,3±2,5	53,7±1,9*

*p<0,05 vs. basal

150

Determinação do risco de morte súbita na cardiomiopatia hipertrófica – comparação de critérios para indicação de cardiodesfibrilador implantável

BEATRIZ PIVA E MATTOS, FERNANDO LUÍS SCOLARI, RAFAEL CACERES, VALÉRIA FREITAS e MARCO ANTONIO RODRIGUES TORRES

Serviço de Cardiologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL - Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RN, BRASIL.

Fundamento: A determinação do risco de morte súbita (MS) na cardiomiopatia hipertrófica (CMH) estabelecida em sistematizações anteriores, de base observacional, apresentaria limitação para discriminar indivíduos de maior e menor gravidade. O modelo recentemente proposto, 2014 ESC HCM Risk-SCD, propiciaria uma estimativa do risco absoluto de MS em cinco anos, fundamentada em cálculo estatístico que inclui as variáveis clínicas: idade, história familiar de MS, síncope, gradiente na via-de-saída do ventrículo esquerdo (VE), espessura máxima do VE, diâmetro do átrio esquerdo e taquicardia ventricular não-sustentada. Baixo risco: <4% - indicação de cardiodesfibrilador implantável (CDI) classe III, risco intermediário: ≥4-<6% - IIb e alto risco: ≥6% - IIa. **Objetivo:** Avaliar o impacto do modelo 2014 ESC Risk-SCD na determinação do risco de MS e implante de CDI em prevenção primária na CMH. **Métodos:** Foram analisados, retrospectivamente, 85 pacientes consecutivos de uma coorte não-referenciada de CMH entre 2007–2015. A determinação do risco de MS através da diretriz 2011 ACCF/AHA foi confrontada com o modelo 2014 ESC HCM Risk-SCD. Foram utilizados os testes qui-quadrado McNemar para discordância e Kappa para concordância, P<0,05. **Resultados:** Os pacientes, idade média 59 ± 13 anos, 59% sexo feminino, foram seguidos por 64 ± 32 meses. Quinze (18%) pacientes com indicação classe IIa na diretriz 2011 implantaram CDI no período de observação, dos quais apenas um (7%) evidenciou intervenção apropriada por taquicardia ventricular/fibrilação ventricular. Pelo novo modelo, 11 (13%) pacientes apresentaram indicação classe IIa de CDI, 7 (8%) classe IIb e 66 (78%) classe III. Em comparação com a diretriz 2011, houve redução das indicações de CDI para prevenção primária de 34 (41%) casos para 11 (13%), (P=0,0001), 25 (29%) perderam indicação e dois (2%) passaram a ter. Três (4%) migraram da classe IIa para IIb, 22 (26%) de IIa para III, dois (2%) de IIb para IIa, um (1%) de III para IIb (p<0,0001), com baixa concordância entre a sistematização anterior e o novo modelo (Kappa=0,333, P<0,0001). Dos cinco (6%) óbitos por MS, apenas um apresentaria indicação classe IIa para CDI na diretriz 2011 e nenhum pelo novo modelo. **Conclusão:** Baixa concordância foi identificada entre a diretriz 2011 ACCF/AHA e o 2014 ESC HCM Risk-SCD. O novo modelo reduziu as indicações de CDI na população estudada, mas deixaria desprotegida a totalidade de pacientes que sofreram MS.

151

Comparação do valor prognóstico da cintilografia miocárdica de perfusão realizada em gama-câmara CZT e em gama-câmara com cristal de NaI

THAIS RIBEIRO PECLAT DA SILVA, THIAGO BRILHANTE REIS, ANA CAROLINA DO AMARAL HENRIQUE DE SOUZA, FELIPE MARTINS NEVES, LETICIA BENADUCCI GLERIAN, VICTOR FREITAS DE SOUZA, DANIELLE FERNANDES AGOSTINHO, GABRIEL CORDEIRO CAMARGO e RONALDO DE SOUZA LEOA LIMA

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Clínica de Diagnóstico por Imagem, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamentos: Estudos recentes têm mostrado que cintilografia de perfusão miocárdica (CMP) em gama-câmaras CZT (GC-CZT) permitem exames mais rápidos e com menos dose de radiação. No entanto, existem poucos dados comparando o prognóstico de CMP obtidas em GC-CZT e NaI SPECT tradicionais. **Objetivo:** Comparar o valor prognóstico da CMP usando um protocolo ultra-rápido com baixa dose de radiação em um GC-CZT e gama-câmara Anger tradicional. **População e Metodologia:** Foram seguidos dois grupos diferentes desde 2008. O grupo 1 foi submetido a um protocolo MIBI de dois dias (20-25 mCi cada fase) em uma gama-câmara Ventrí (GE Healthcare) e grupo 2 foi submetido a protocolo de um 1 dia começando com o estudo de repouso (dose de 5 mCi), seguido por estresse (15 mCi) em uma GC-CZT. As CMP foram classificadas como exames normais ou anormais e escores de perfusão (SSS, SRS e SDS) foram calculados. Os pacientes foram acompanhados por telefonemas semestrais. Eventos foram definidos como morte e infarto do miocárdio não fatal, classificados como eventos duros, e revascularização tardia (> 60 dias após CMP). Análises de sobrevida foram realizadas usando regressão de Cox e métodos de correspondência baseados em escores de propensão. **Resultados:** 3554 pacientes foram acompanhados durante 33 ± 8 meses. Os grupos 1 e 2 (1.777 cada) tem distribuição semelhante de gênero, prevalência de hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia e revascularização ajustados através de um escore de propensão. As médias de idade foram de 62,8 ± 12,0 e 62,9 ± 12,0 anos nos grupos 1 e 2, respectivamente. Grupo 1 teve CMP anormais mais frequentemente (27,4% vs 21,4%; p<0,001) e maiores escores SSS e SDS (3,6 ± 5,0 vs 2,6 ± 4,9; 1,1 ± 2,0 vs 0,7 ± 1,9; p<0,001) do que o grupo 2. A taxa anualizada de eventos duros foi maior nos pacientes do grupo 1 (1,0 / ano vs 0,6 / ano; p<0,01) quando as CMP eram normais, mas o percentual de pacientes com revascularização tardia não foi diferente (2,4% versus 2,3%; P = NS) em comparação com o grupo 2. Entre os pacientes com CMP anormais, a taxa anualizada de eventos duros (3,2/ano vs 3,0/ano) e percentual de revascularização tardia não teve nenhuma diferença significativa (19,0% vs 16,1%). **Conclusão:** Um novo protocolo de CMP em uma GC-CZT mostrou resultados prognósticos semelhantes aos obtidos em uma gama-câmara cardíaca dedicada, com menor incidência de eventos duros em pacientes com exames normais.

152

Avaliação da dispersão mecânica na cardiomiopatia hipertrófica

THEREZA CRISTINA PEREIRA GIL, MARCIA BUENO CASTIER, ALYNE FREITAS PEREIRA GONDAR, ANA LUIZA FERREIRA SALES, RICARDO MOURILHE ROCHA e MARCELO IMBROINISE BITTENCOURT

HUPE-UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Introdução: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é a doença cardíaca de origem genética mais comum na população mundial. A fibrose miocárdica que se desenvolve nesta doença desempenha um papel fundamental no desencadeamento de arritmias ventriculares, principal causa de morte súbita. **Fundamentos:** A identificação dos pacientes com alto risco de morte súbita é fundamental na CMH. A incorporação de novas tecnologias ao ecocardiograma, como a análise da deformação miocárdica (strain miocárdico), permitiu uma melhor avaliação desta doença. O strain longitudinal global (SLG) está tipicamente reduzido na CMH e valores muito baixos tem sido relacionados a fibrose miocárdica. A dispersão mecânica (DP) consiste no desvio padrão do time-to-peak (tempo entre o início da onda Q do QRS e o pico da deformação miocárdica) entre os 16 segmentos ventriculares. Valores de DP maiores que 60 ms tem sido relacionados a intervalo Qtc prolongado, representando maior risco de arritmias ventriculares. **Métodos:** Foram selecionados 30 pacientes com diagnóstico de CMH, 15 do sexo masculino, com média de idade de 40 ± 12,92 anos. Foram excluídos pacientes hipertensos, com doença arterial coronariana e fibrilação atrial. Utilizada a classificação de hipertrofia ventricular proposta por Maron, que divide a hipertrofia em quatro tipos (I, II, III e IV), além da classificação em forma obstrutiva (gradiente > 30 mmHg) ou não obstrutiva. Foram considerados valores anormais SLG < -18,9% e da DP ≥ 60 ms. **Resultados:** O tipo mais frequente de hipertrofia ventricular esquerda observado neste grupo foi o tipo II (43,3%), seguido pelos tipos III (33,3%), I (16,7%) e IV (6,7%). Oito pacientes apresentavam CMH do tipo obstrutiva (26,6%). O SLG estava reduzido em 96,7% dos pacientes, com média de -12,53 ± 3,47 %. Em relação à DP, foram observados valores aumentados em 56,6% dos pacientes, com média de 95,9 ± 28 ms. Não foi observada correlação entre DP e tipo de hipertrofia (r = 0,009) ou entre DP e valores de SLG (r = - 0,13). **Conclusões:** A frequência dos tipos de hipertrofia ventricular observada nesta amostra corrobora com os achados da literatura. O SLG estava reduzido na maioria dos pacientes, achado esperado na CHM. Um número significativo de pacientes apresentou aumento da DP, os quais podem estar sob maior risco de arritmias ventriculares e morte súbita. Estudos prospectivos são necessários para melhor avaliação.