

195

Inotrópico na Enfermaria

JULIANO NOVAES CARDOSO, MARCELO EIDI OCHIAI, CARLOS HENRIQUE DEL CARLO, JOSÉ ANTONIO RAMOS NETO, ROBERTO KALIL FILHO E ANTONIO CARLOS PEREIRA BARRETTO

Instituto do Coração (InCor) HC.FM.USP.BR, São Paulo, SP, Brasil.

A IC é síndrome prevalente e a descompensação identifica pts mais graves. O inotrópico é prescrito para pts com síndrome de baixo débito e em nossa Instituição ele é empregado na enfermaria. Neste estudo analisamos a evolução dos pts internados para compensação no ano de 2014. **Métodos e Resultados:** Em nossa enfermaria, em um Hospital Terciário de São Paulo, foram internados, de janeiro a junho de 2014, com IC aguda 132 pts. Os pts tinham idade média de 65,4 ± 13,0 anos, sendo a maioria homens (59,1%). A principal etiologia da cardiopatia foi a doença coronária (34,1%) seguida pela dilatada (28,8%) e a chagásica por 22,7%. 61,3% dos pts apresentaram insuficiência renal, 54,0% uma infecção (pulmonar ou urinária), 57,7% dos pts já haviam passado pelo Pronto Socorro ou tinham sido anteriormente hospitalizados por IC. 69,2% dos pacientes necessitaram dobutamina para compensação e o tempo médio de hospitalização foi de 30,0 ± 18,8 dias. 86,3% dos pts estavam tomando carvedilol (dose média de 34,2 ± 20,6 mg/dia). O BB não foi suspenso durante a hospitalização. Quando comparamos pts que necessitaram ou não dobutamina, os com inotrópico eram mais graves tinham a PA sistólica mais baixa (92 ± 23,4 VS 118,6 ± mmHg; p < 0,001), FE mais reduzida (29,1 ± 11,0% VS 41,0 ± 15,2%; p < 0,001), a função renal era mais alterada creatinina (1,833 ± 0,73 VS 1,53 ± 0,55 mg/dl; p = 0,0205). A mortalidade hospitalar foi maior no grupo que necessitou dobutamina (31,5% VS 10,0%; p < 0,05). O uso concomitante de dobutamina e carvedilol não foi associado à piora do prognóstico. No seguimento os pacientes com tomaram dobutamina apresentaram maior mortalidade no seguimento (30,2% VS 19,4%; p < 0,05). **Conclusões:** Num hospital terciário o inotrópico é empregado nos pts com baixo débito e estes tem maior comprometimento cardíaco e sistêmico que os que não necessitam de inotrópicos. Estes pts mais graves têm pior evolução após a alta, mesmo bem tratados.

196

Calcificação Caseosa do Anulo da Valva Mitral Apresentando-se Como Bloqueio Atrioventricular Total: Relato de Caso

ADRIANO NUNES KOCHI, ANA PAULA TAGLIARI, PAULO SERGIO ABUNADER KALIL E ORLANDO CARLOS BELMONTE WENDER

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Introdução: A calcificação caseosa do anulo mitral (CCAM) é uma entidade rara. Prevalência em ecocardiogramas transtorácicos (ETT) de 0,05% e 0,068%. Ocorre geralmente em mulheres entre 60-70 anos, hipertensas, diabéticas e com doença cerebrovascular. O diagnóstico pode ser feito por ETT, tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética cardíaca. Geralmente benigna pode, eventualmente, cursar com gradiente átrio-ventricular, insuficiência valvar ou embolia sistêmica. **Descrição do caso:** Paciente feminina, com 76 anos, hipertensa. Apresentara há 2 meses dispnéia, mal-estar e rebaixamento do sensorio de início súbito, fora atendida em hospital secundário com o diagnóstico de bloqueio atrioventricular total (BAVT), necessitando de marcapasso transcutâneo por curto período de tempo. ETT diagnosticou possível mixoma atrial. Cateterismo cardíaco não evidenciou lesões em coronárias epicárdicas. Teve alta e foi encaminhada ao ambulatório de cirurgia cardiovascular do HCPA onde teve indicada internação. Na baixa apresentava-se assintomática e negava novos episódios de lipotímia. No exame físico havia sopro cardíaco holossistólico apical 2+/6+, com irradiação para axila, não alterava com inspiração. Exames laboratoriais, raio-x de tórax e eletrocardiograma eram normais. Repetido o ETT foi evidenciado massa hiperecogênica de 4 cm no seu maior diâmetro junto a porção inferior do septo interatrial, com acometimento da porção medial do anel mitral, sugestiva de CCAM, determinando insuficiência mitral moderada. TC cardíaca contrastada mostrou extensa calcificação medindo 2,7 x 1,9 x 2,9 cm desde de o anulo mitral até o segmento intramiocárdico basal da parede infero-lateral com características que corroboravam o diagnóstico já feito pelo ETT. Passou por implante de marcapasso dupla câmara. Teve alta com plano de seguimento clínico ambulatorial e repetição do ETT reavaliar a regurgitação mitral.



Conclusão: Apresentamos aqui um caso de CCAM, doença rara, geralmente achado casual. Apresentou-se com BAVT que pode estar relacionado à doença relatada ou ser associação espúria, podendo tratar-se apenas de doença de Lev-Lenègre. Optamos por não indicar cirurgia de troca valvar mitral por não haver critério formal para tal. Implantamos marcapasso como tratamento padrão para BAVT sem etiologia tratável.

197

Fístula Coronária entre o Óstio da Coronária Direita e o Ventrículo Esquerdo

ANDRÉ LUIZ RIBEIRO GOMES CAVERDE, MARCELO FREDERIGUE DE CASTRO E CARLA DE OLIVEIRA

Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Fístula coronária é uma comunicação entre umas das artérias coronárias e uma das câmaras cardíacas ou uma veia. Em cerca de aproximadamente 55% dos casos, a fístula origina-se da artéria coronária direita ou seus ramos e em 35% origina-se da artéria coronária esquerda e em alguns casos, ambas as coronárias. Sua incidência entre as cardiopatias congênitas é muito baixa, entre 0,2% a 0,4%. A comunicação com as câmaras direitas tem incidência maior, sendo em média de 39% para o ventrículo direito, 33% para o átrio direito, seis coronária e veia cava superior, e 20% para a artéria pulmonar. Fístula entre a artéria coronária direita e ventrículo esquerdo tem incidência muito rara, como a descrita neste caso. Trata-se de um relato de caso de uma criança, MFPR 1 ano, que foi internada para correção eletiva de fechamento de comunicação interventricular, com diagnóstico ecocardiográfico realizado em cidade de origem. Durante a internação foi realizado novo ecocardiograma em nosso serviço que diagnosticou a presença de uma fístula da coronária direita para a via de saída do ventrículo esquerdo, com insuficiência aórtica associada de grau importante e disfunção sistólica de grau leve do ventrículo esquerdo com acinesia da porção basal do septo intermembranosa. Após a realização de cateterismo cardíaco, demonstrando a presença de calibrosa fístula de trajeto sinuoso, originando-se do seio de valsalva direito e com orifício de drenagem na cavidade ventricular esquerda, optou-se pelo tratamento cirúrgico da mesma. Conforme bibliografia fica constatado que trata-se de um achado raro com origem a partir da artéria coronária direita, sendo que em pacientes pediátricos a patologia em questão é geralmente assintomática e encaminhada devido a um sopro cardíaco intenso, superficial e contínuo no bordo externo, inferior ou médio. Fistulas pequenas tem excelente prognóstico em longo prazo após correção cirúrgica, com taxa de ruptura baixas, porém descritas em literatura. Optado por correção cirúrgica com utilização de circulação extracorpórea e cardioplegia cristaloide gelada anterógrada na preservação miocárdica. A via de acesso foi pequena abertura do óstio da coronária direita e o fechamento da fístula através da mesma com sutura direta. A valva aórtica foi inspecionada e constatada perfeita coaptação das suas cúspides. Tratou-se de cirurgia corretiva com alta hospitalar em 5 dias de internação.

198

Alta Prevalência de Apnéia do Sono em Pacientes com Pericardite Constrictiva

DIRCEU THIAGO PESSOA DE MELO, FABIO FERNANDES, FLAVIA BAGGIO NERBASS, ANA SAYEGH, FRANCIS RIBEIRO SOUZA, RICARDO RIBEIRO DIAS, FELIX JOSE ALVAREZ RAMIRES, CARLOS EDUARDO NEGRÃO, GERALDO LORENZI FILHO E CHARLES MADY

InCor - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: A apnéia do sono é comum e contribui para o prognóstico em pacientes com insuficiência cardíaca sistólica. No entanto, o seu papel em pacientes com pericardite constrictiva crônica é desconhecido. **Métodos:** Foram analisados prospectivamente 26 pacientes consecutivos com pericardite constrictiva confirmada por ressonância cardíaca e sinais e sintomas de ICC. Todos os pacientes foram submetidos a polissonografia, avaliação clínica, ecocardiograma, ergoespirometria e dosagem dos níveis séricos do peptídeo natriurético tipo B (BNP). A apnéia moderada/grave foi definida pelo índice de apnéia-hipopnéia (IAH) maior ou igual a 15,0 eventos por hora. **Resultados:** Houve alta prevalência de apnéia do sono moderada / grave (n = 14, 53,8%) nesta população. IAH médio foi de 20,9 / h ± 15,9). A idade variou de 22 a 67 anos, com média de 46 e predomínio de homens (77%). A etiologia da pericardite foi principalmente idiopática (77%). Quinze pacientes (58%) estavam em classe funcional III/IV. Os principais achados foram: fração de ejeção média (%) 59 ± 9, VO2 máximo (18,57 ± 5,5 ml/kg/min), BNP = 160 ± 112 pg/dL (mediana, Q3- Q1: 143 pg/dL, 126-454), espessura do pericárdio (6,9 ± 3,6 mm). Os pacientes com apnéia do sono moderada / grave tinham níveis mais elevados de BNP (204,64 ± 125,96 pg/dL vs. 109,58 ± 67,25 pg/dL, p = 0,03) e maior risco EuroSCORE (1,5 ± 0,99% vs. 0,90 ± 0,26%; p = 0,02), quando comparados aos pacientes sem apnéia do sono. **Conclusão:** Nosso estudo mostrou que a apnéia do sono é comum em pacientes com pericardite constrictiva crônica, especialmente naqueles com sinais de alto risco. Estes resultados podem sugerir um papel importante dos distúrbios do sono no prognóstico desta doença.