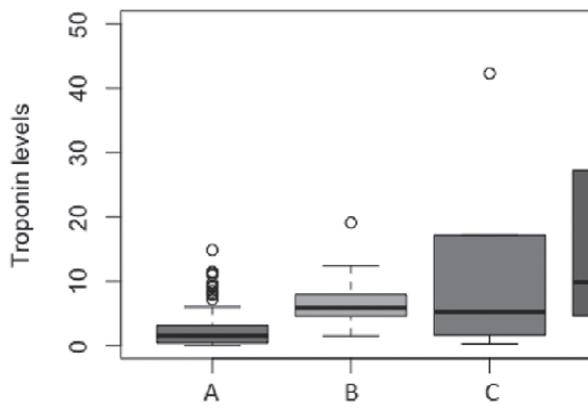
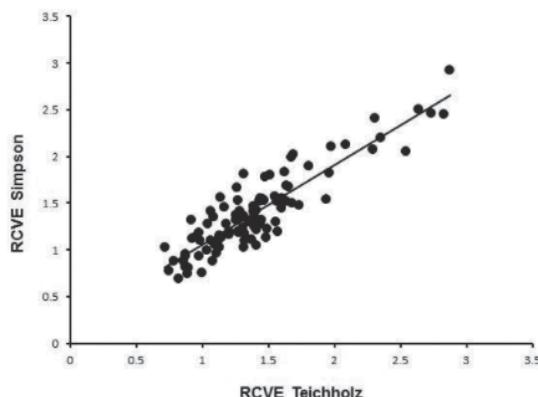


mL, $p=0,009$) foram estatisticamente diferentes. Conclusões: Neste estudo, o surgimento do edema miocárdico após procedimentos de revascularização foi associada a maior liberação de biomarcadores de necrose, indicando a possível relação entre o edema e a injúria miocárdica.



EP 173
RESERVA CONTRÁTIL VENTRICULAR ESQUERDA DURANTE ECO-STRESS FARMACOLÓGICO: O VALOR DE UM MÉTODO SIMPLIFICADO
 MARCO ANTONIO RODRIGUES TORRES, THAIS F TEXEIRA, CLARISSA C DE A BELLAGAMBA, CAROLINA BERTOLUCCI, ALTAIR I HEIDEMANN JUNIOR, CLARA CARPEGGIANI, QUIRINO CIAMPI, EUGENIO PICANO
 HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL, CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE - PISA - TOSCANA - ITALIA

Introdução A relação da elastância (força) do ventrículo esquerdo (VE) no pico do estresse/repouso é índice independente para avaliação da reserva contrátil ventricular esquerda (RCVE). **Objetivo** Buscou-se avaliar a acurácia da RCVE por métodos de diferentes complexidades. **Métodos** 200 pacientes, 60±14 anos, 101 homens, fração de ejeção repouso 49%, 61%, 57% respectivamente para Simpson (S), Teichholz (T) e área/comprimento (AC) fizeram eco estresse (avaliação de coronariopatia ou insuficiência cardíaca). Fármacos utilizados: dipiridamol (0,84 mg, 6min) em 81 (40%) e dobutamina (até 40 mcg/kg/min). Foram submetidos a eco estresse com dupla análise de imagem, avaliando-se, além da cinética segmentar do VE com Índice de Pontuação da Cinética (modelo de 17 segmentos), a RCVE pela razão da força do VE estresse/basal (pressão arterial sistólica/volume sistólico final). Este foi calculado pelo método biplanar S, unicameral AC (apical 4 câmaras) e T (paraesternal longitudinal e/ou axial VE). Os avaliadores fazem parte de estudo multicêntrico internacional e passaram por controle de qualidade para análise da cinética do VE. Resultados 54 pacientes exibiram alterações contráteis segmentares VE. Volume sistólico final absoluto (S): 61±37ml basal e 49±36ml estresse. Exequibilidade técnica (imagens e medições adequadas basal e estresse) foi: S=78%, AC=83% e T=100%. Foram feitas 100 medições pareadas (basal e estresse) com S x T e 100 com AC x T. Tempo da análise foi menor para T (34±7s), intermediário para AC (67±21s) e maior para S (129±27s), (T x S, T x AC, AC x S, $p<0,05$). Em repouso, seus valores absolutos foram moderadamente correlacionados: T x S ($r=0,746$, $p<0,01$); T x AC ($r=0,602$, $p<0,01$) e estresse: T x S ($r=0,794$, $p<0,01$); T x AL ($r=0,683$, $p<0,01$). Contudo, a RCVE foi fortemente correlacionada independentemente do método empregado: T x S ($r=0,899$, $p<0,01$, $n=100$) (figura) e T x AL ($r=0,845$, $p<0,01$, $n=100$). Conclusão A RCVE pode ser devidamente determinada com os 3 métodos usados para se obter volume sistólico final, necessário para calcular força. Embora o método Simpson seja mais preciso para calcular volume VE, a RCVE pode ser determinada com acurácia, com Teichholz, mais simples e factível, bem como com área/comprimento, caracterizados pelo tempo de obtenção e análise das imagens mais curto. Esta simplificação é possivelmente instrumental para a aceitação de protocolo de investigação com análise quádrupla: cinética segmentar VE, RCVE, linhas-B (ecografia pulmonar) e reserva de fluxo pela análise da velocidade na artéria coronária descendente anterior.



EP 174
A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NA SARCOIDOSE CARDÍACA
 SIQUEIRA,P.T, MACCORIN,A.C, SEIBEL,C.M, MACHADO,L.P, OLIVEIRA,R.B, LOPES,C.G, ZAGONEL,D.A, OLIVEIRA,R.R.R, RODRIGUES,A.A.E
 UNIFESP - UNIVERS. FEDERAL DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - SP - BRASIL

A sarcoidose é uma doença inflamatória multi-sistêmica que resulta na formação de granulomas não caseosos. O envolvimento cardíaco, que está associado a um pior prognóstico, foi detectado em aproximadamente 25% dos indivíduos com base em estudos de autópsia ou de imagem cardíaca. Pode manifestar com disfunção cardíaca, derrame pericárdio, arritmias ventriculares e bloqueio cardíaco completo. O tratamento se baseia em corticoterapia combinado ou não, a medicamentos imunossupressores e, em alguns casos, devido ao risco de morte súbita, é necessário a implantação de cardio-desfibrilador implantável (CDI). OG, sexo masculino, 57 anos, Natural e procedente de São Paulo, administrador de empresas, casado, Sem história pessoal ou familiar importante. Em uso de: Carvedilol 3,125mg de 12/12 horas e Marevan 5mg/dia. Relata, há 5 meses, dispnéia aos grandes esforços com evolução na última semana para médios esforços associado a edema de membros inferiores. Negou dor precordial, ortopnéia ou dispnéia paroxística noturna. Iniciou investigação do quadro com cardiologista ambulatório, encaminhado para seguir investigação complementar com imagem. Apresentava-se lúcido, orientado, eupneico, corado, hidratado, anictérico e acianótico. Bulhas cardíacas em ritmo duplo e regular, frequência cardíaca de 40bpm, sem sopro, ausência de turgência jugular e extremidades aquecidas. Aparelho respiratório sem alterações e nada digno de nota em exame abdominal. Membros inferiores com edema(1+/4), sem formação de caxifo e panturrilhas sem sinais de TVP. Ecocardiograma (21/03/2017): comprometimento discreto da função sistólica de ventrículo esquerdo (VE) por acinesia do segmento basal da parede inferior e hipocinesia do segmento basal das paredes inferolateral e inferoseptal, com FE 55% (Simpson). Imagem compatível com trombo em VE. Ressonância cardíaca (10/04/2017): Aumento leve de VE, Disfunção sistólica moderada à custa de hipocinesia difusa e discinesia dos segmentos anterior e inferior médio-basal. Presença de realce tardio difuso de padrão não isquêmico, mais acentuadas nas regiões medial e basal do VE. Conclui-se então que a ressonância magnética possui capacidade de avaliar a gama de apresentações da sarcoidose, em especial neste caso pôde-se evidenciar uma característica típica da sarcoidose. Os novos métodos de imagem cardíaca (tomografia e ressonância magnética) têm a capacidade de avaliar e diagnosticar doença não isquêmica com significativa acurácia, sendo neste caso tipicamente caracterizado.

EP 175
CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO MIOCÁRDICA EM OBESOS
 VALEIRO DF, COUTINHO BC, CLEMENTINO ER, CRUVINEL MLE, BARBOSA PME, OMORI VT, VIEIRA SEGUNDO NETO EM, QUAGLIATO PC
 INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA - SP - BRASIL

INTRODUÇÃO: Já está bem estabelecido que a obesidade influencia a morbidade e mortalidade cardíaca. Estudos utilizando exames complementares têm mostrado relações entre obesidade e alterações estruturais do coração, entretanto poucos deles avaliaram o papel do estresse da cintilografia de perfusão miocárdica (CPM) na previsão de mortalidade e eventos cardíacos graves. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo observacional descritivo prospectivo, no qual foram analisados os exames de CPM realizados com radiofármaco ^{99m}Tc -Sestamibi de abril a junho de 2017. Excluiu-se da amostra total pacientes portadores de fibrilação atrial, sobrecarga de ventrículo esquerdo, marcapasso cardíaco artificial ou bloqueio de ramo esquerdo. **RESULTADOS:** Dos 783 pacientes incluídos na análise, 50,7% (n=397) eram do sexo feminino. A média de idade situou-se em torno de 60 anos. O menor índice de massa corpórea (IMC) calculado foi de 16,85 kg/m² e o maior de 55,16 kg/m².



Dentre os exames realizados, 19,3% (n=151) foram positivos por critérios eletrocardiográficos. Hipocaptação transitória com carga isquêmica maior que 10% foi identificada em 7,1% (n=56). Critérios de gravidade (queda da fração de ejeção maior que 5%, dilatação isquêmica transitória maior que 1,23 ou presença de captação pulmonar) foram encontrados em 12,3% (n=96).