

Cardiologia Invasiva

REVISTA BRASILEIRA DE

Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista

ISSN 0104-1843

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista - ANO 23 - Nº 2 - SUPLEMENTO 1 - JULHO 2015



CONGRESSO
SBHCI
2015

De 24 a 26 de junho
Brasília, DF

www.rbc.org.br

PO 95

ANGIOPLASTIA DE OCLUSÃO AGUDA DE ANASTOMOSE SISTÊMICO-PULMONAR EM NEONATO: RELATO DE CASO.

MAURICIO JARAMILLO HINCAPIE ; LEONARDO COGO BECK ; LUCIANO DE MOURA SANTOS ; JEFFERSON VOLNEI DE MATTOS JUNIOR ; FELIPE EDUARDO HATSUMURA ; GUSTAVO SADDI DE ALMEIDA

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO DF - FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA FUC

Descrevemos o caso de um recém nascido de sexo feminino, peso 3690 gr, com diagnóstico de Atresia pulmonar com septo interventricular íntegro, hipoplasia do ventrículo direito, presença de fístulas do ventrículo direito para artéria coronária esquerda e canal arterial pérvio, em uso de prostaglandina IV. Com 18 dias de vida foi submetida à cirurgia de Blalock Taussig com interposição de tubo de PTFE 4mm entre artéria subclávia direita e artéria pulmonar direita com sucesso. Após algumas horas na UTI pediátrica, evoluiu com piora da saturação arterial e parâmetros hemodinâmicos, sendo reintroduzida prostaglandina IV para recuperar o fluxo pelo canal arterial. Ecocardiograma de controle mostrou ausência de fluxo pelo Blalock Taussig e canal arterial pérvio porém restritivo. Com 22 dias de vida foi submetida a cateterismo cardíaco com o objetivo de realizar angioplastia de canal arterial. Acesso a través de dissecação de artéria femoral direita e utilizado introdutor vascular 6F. Aortografias mostraram canal arterial muito tortuoso com anatomia pouco favorável para intervenção, artérias pulmonares confluentes de bom calibre e obstrução total do Blalock no terço médio. Optamos por recanalizar o tubo utilizando fio guia hidrofílico 0,035", seguido de passagem de fio guia 0,014" extrasuporte ate artéria pulmonar esquerda distal, e com ajuda de cateter guia JR 6F feita angioplastia com liberação de stent libereté 4,0 x 16mm, insuflado até 15 ATM. Angiografia de controle mostrou desobstrução total do tubo, com fluxo normal para ambas as artérias pulmonares. O procedimento transcorreu sem intercorrências, feita ráfia da artéria femoral e transferida novamente para UTI pediátrica, onde foi retirada a prostaglandina, extubada posteriormente e recebeu alta após 9 dias do procedimento. O tratamento percutâneo desta grave complicação constitui uma alternativa eficaz para evitar os riscos de uma nova intervenção cirúrgica em neonatos e lactentes.

PO 96

ARTÉRIA CORONÁRIA DIREITA SUPERDOMINANTE ACOMPANHADA DE ORIGEM ANÔMALA DA ARTÉRIA DESCENDENTE ANTERIOR E ESTENOSE AÓRTICA IMPORTANTE SINTOMÁTICA.

FERNANDO ROBERTO DE FAZZIO; ALEXANDRE HIDEO KAJITA ; BRUNO LUIGI ROCHA FAILLACE ; FERNANDO MATHUEU ; MARCOS DANILLO PEIXOTO OLIVEIRA ; WELINGSON VANLUCCI NEGREIROS GUIMARÃES ; ADRIANO AUGUSTO MEIRELLES TRUFFA; LUIZ JUNYA KAJITA ; JOSE MARIANI JÚNIOR ; PEDRO ALVES LEMOS NETO
INCOR

Introdução: JM, masculino, 70 anos, realizou cinecoronariografia como pré-operatório de estenose aórtica(EAo) sintomática, definida por queixa de dispnéia aos esforços habituais, dor precordial aos esforços extra-habituais e síncope. Ecocardiograma evidenciou fração de ejeção do ventrículo esquerdo (VE) de 0.58, área valvar aórtica 0,7cm² e gradiente VE-Ao médio de 50 mmHg. **Métodos:** Procedimento realizado por acesso radial direito, com cateterização seletiva da artéria coronária esquerda (ACE) com cateter Judkins Right (JR) diagnóstico 6F, evidenciando origem anômala no seio coronário direito e artéria circunflexa (ACX) não visibilizada. Cateterização seletiva de artéria coronária direita (ACD) com o mesmo cateter JR 6F, com origem habitual e estendendo-se até sulco atrioventricular esquerdo e emitindo múltiplos ramos marginais. Injeção não seletiva no seio coronário (SC) esquerdo confirmou ausência da ACX. Intensa calcificação em topografia de valva aórtica, com gradiente transvalvar de 100 mmHg (pico-a-pico). Ventriculografia: VE hipertrófico e hipocinesia difusa moderada. **Resultados:** ACX ausente, com ACD superdominante e artéria descendente anterior (ADA) com origem anômala no seio coronário direito e trajeto anterior à via de saída do Ventrículo Direito. **Conclusão:** A ausência congênita da ACX é uma condição extremamente rara, geralmente benigna e na maioria das vezes evidenciada por um achado incidental de estudo angiográfico. Deste modo, a ACD superdominante cursa retrogradamente, irrigando o território da ACX correspondente no VE. A concomitância da origem anômala da ADA no SC direito torna esta associação até o momento não descrita na literatura. A presença de EAo importante justifica os sintomas descritos. Entretanto, o possível fenômeno de roubo de fluxo coronário nos casos de ACD superdominante e o esclarecimento da relação anômala da ADA com os vasos da base devem ser considerados como possíveis contribuintes para a sintomatologia em questão.

PO 98

COMUNICAÇÃO ENTRE AS ARTÉRIAS CORONÁRIAS DIREITA E CIRCUNFLEXA EM PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO DE PAREDE ANTERIOR

BRUNO MATTE ; MÁRCIO MOSSMANN; FELIPE HOMEM VALLE ; ANA MARIA KREPSKY ; DIOGO DA SILVA PIARDI; ALCIDES JOSÉ ZAGO; ALEXANDRE DO CANTO ZAGO

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - SERVIÇO DE CARDIOLOGIA/ UNIDADE DE HEMODINÂMICA

Introdução: O achado de comunicação intercoronariana e intracoronariana é freqüente em indivíduos com doença arterial coronariana obstrutiva, designado como circulação colateral. Contudo, há descrição prévia de comunicação intercoronariana congênita. **Método:** Relato de caso. **Resultados:** Mulher de 55 anos, com mastectomia prévia por neoplasia de mama, apresentou infarto agudo do miocárdio (IAM) de parede anterior. Recebeu estreptoquinase, com 4 horas de início dos sintomas. Apresentou critérios clínicos e eletrocardiográficos de reperfusão miocárdica, porém teve recorrência de angina cerca de 12 horas após a trombólise. Foi realizada coronariografia, que identificou lesão de 90% em segmento médio de artéria descendente anterior, com aspecto trombótico. Também foi observada presença de comunicação intercoronariana entre o ramo descendente posterior e a artéria circunflexa, através do sulco atrioventricular. Ventriculografia esquerda demonstrou acinesia apical, com função sistólica global preservada. Foi realizada angioplastia da artéria descendente anterior, com implante de stent farmacológico. Teve boa evolução após o procedimento. **Conclusão:** Duas apresentações de comunicação intercoronariana congênita foram descritas previamente: comunicação entre a artéria descendente anterior e o ramo descendente posterior da artéria coronária direita, na porção distal do sulco interventricular posterior, e comunicação entre a artéria circunflexa e a artéria coronária direita, através do sulco atrioventricular. A diferenciação entre circulação colateral e comunicação intercoronariana congênita é feita através de achados angiográficos e histopatológicos. De nosso conhecimento, esta é a primeira descrição de comunicação intercoronariana congênita acompanhada de IAM. A existência de papel prognóstico deste achado é desconhecida até o momento

PO 99

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ADEQUADOS DA SD.DE BRUGADA EM PACIENTE ADMITIDO NA HEMODINÂMICA COM "SCA COM SUPRA DE ST" - RELATO DE CASO

RAPHAEL DE ALVARENGA FREIRE ; JAMIL ELIAS DIB FILHO; JAMERSON SPÍNDO-LA ; AGNALDO R DA SILVA JUNIOR ; LAURA MÁRCIA DA SILVA ; ROBERTO JOSÉ DE ALVARENGA FREIRE ; WENDEL MOREIRA ; WOLNEY PETTINI; FREDERICO LOPES DE OLIVEIRA

NEUROCOR - HOSPITAL SAMARITANO DE GOIÂNIA

A Síndrome de Brugada (SB) é uma condição genético/familiar associada à morte súbita devido a fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular (TV). A SB apresenta uma alteração característica no ECG basal, em "Coved Type", semelhante ao de um supradesnivelamento de ST de V1 a V3. **RELATO DE CASO** DCW, 51 anos, previamente hígido, apresentou no dia 09/01/15 dor precordial típica no pico do esforço do teste ergométrico de rotina, sendo evidenciado supra desnivelamento ântero septal, e por conseguinte, encaminhado para CATE de urgência, o qual não evidenciou lesões graves. Eco mostrou FE preservada, sem disfunção segmentar, com cavidades normais e IMi/ITRi discretas. Dessa forma após discussão do Heart Team, devido ao formato sugestivo do ECG, foi encaminhado para o EEF em 14/01/15 sendo constatada FA e Flutter na estimulação atrial e TV polimórfica na estimulação ventricular. Assim foi confirmada a Sd. de Brugada e indicado implante de Cárdio Desfibrilador Implantável (CDI), procedimento que por sua vez foi realizado em 21/01/15 com sucesso. No momento em acompanhamento ambulatorial, com boa recuperação e sem terapêuticas no CDI. **DISCUSSÃO:** A SB é herdada como um traço autossômico dominante e tem sido associada a mutações no gene que codifica a subunidade SCN5A dos canais de sódio e as mutações genéticas são identificadas em apenas 20% a 30% de pacientes com indícios. Os pacientes com SB sintomáticos são de alto risco para morte súbita e devem, portanto, ser tratados com implante de CDI. Pacientes assintomáticos com alteração no ECG espontâneo frequentemente se tornam sintomáticos, particularmente se induzirem taquicardia ou fibrilação ventricular no estudo eletrofisiológico, também necessitando do implante do CDI. **CONCLUSÃO:** Dessa forma entende-se que o caso evidencia a dificuldade no diagnóstico, de uma doença potencialmente fatal, apenas após a coronariografia, com diagnóstico e tratamento apropriados e, principalmente boa evolução para o paciente.