



3º CONGRESSO DO DEPARTAMENTO DE IMAGEM CARDIOVASCULAR DA SBC 25º CONGRESSO BRASILEIRO DE ECOCARDIOGRAFIA

140

TEMAS LIVRES ORAIS

149

PÔSTERES COMENTADOS

151

PÔSTERES





PÔSTERES COMENTADOS

Pm-01 UM CASO INCOMUM DE UMA SÍNDROME VALVAR PROLAPSANTE

Michel Pereira Cadore, Fábio Michalski Velho, Fabrício Michalski Velho, Luisa Reveilleau Velho, Érico Pereira Cadore, Otávio Pereira Cadore, Siomara Tenroller, Alexandre Camargo Bueno, Flávio José Petersen Velho

HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS. UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL DE Canoas. FUNDAÇÃO FACULDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE PORTO ALEGRE. UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

Introdução: O prolapso da valva mitral é uma síndrome comum, a qual possui critérios ecocardiográficos bem definidos para o seu diagnóstico. Sua associação com prolapso de outras valvas é bem conhecida (*floppy valve syndrome*), podendo ocorrer, primariamente, por degeneração mixomatosa ou na presença de condições sistêmicas subjacentes, como a síndrome de *Marfan*. Descreveremos um caso incomum de uma síndrome prolapsante. **Relato do caso:** Homem, de 23 anos, assintomático e sem doenças prévias, realizou uma avaliação ecocardiográfica devido a um sopro cardíaco. O exame demonstrou a valva mitral com espessamento difuso e prolapso das cúspides, determinando insuficiência moderada. As valvas aórtica e pulmonar também eram espessadas e apresentavam prolapso de todas as cúspides, com insuficiência leve. **Discussão:** prolapsos multivalvares podem ocorrer em pacientes com ou sem doença sistêmica subjacente. As principais doenças sistêmicas que podem levar ao prolapso das valvas cardíacas são as síndromes de *Marfan* e *Ehler-Danlos* e a doença dos rins policísticos. As valvas mais frequentemente acometidas são a mitral, a tricúspide e a aórtica. O prolapso da valva pulmonar raramente ocorre na síndrome de *Marfan* e também pode ocorrer primariamente por degeneração valvar. O presente caso demonstra um paciente sem diagnóstico *a priori* de nenhuma doença, tendo sido diagnosticado a síndrome prolapsante afetando as valvas mitral, aórtica e pulmonar. Tal forma de acometimento é rara, não sendo encontrada previamente descrita na literatura.

Pm-02 ENDOCARDITE APÓS ACIDENTE COM ESPINHA DE PEIXE

Angelo Salgado, Guilherme Alves, Márcia Castier, Ricardo Bedirien, Pablo Lopes, Camila Segrêgio, Paulo Damasco, Mariana Potsch, Denilson Albuquerque

Introdução: Uma estimativa de 10.000 a 15.000 novos casos de endocardite infecciosa (EI) é diagnosticada a cada ano nos EUA. Predomínio de sexo masculino, numa razão homem:mulher de 3:2 a 9:1. **Caso clínico:** Mulher, 60 anos, hipertensa e diabética. Apresentou AVC isquêmico dia 22/08/2012, resolução completa em 48 horas. Sem outros sintomas associados exceto pressão arterial divergente. Realizado ecocardiograma, evidenciou vegetação em folheto não coronariano aórtico, medindo 1,4cm e insuficiência aórtica grave. Internada para investigação e tratamento. Colhidas 4 amostras de hemoculturas. Iniciado ampicilina/subactam e gentamicina. Relato de celulite em 3º quirodáctilo esquerdo há 4 meses, após perfurá-lo com espinha de peixe. Sem outra história de risco para EI. Isolada nas 4 hemoculturas bactéria *Erysipelothrix rhusiopathiae*, bacilo gram positivo de crescimento lento. Evolutivamente, apresentou dispneia, sudorese e hipotensão súbitas. ECG com supra do segmento ST em parede inferior. Iniciado trombolítico alteplase. Evoluindo com hipotensão refratária, assistolia e óbito. **Discussão:** Bactéria *Erysipelothrix rhusiopathiae* foi descrita inicialmente por Loeffler, em 1882. Bacilo gram positivo, encapsulado, não formador de esporos e bastante resistente ao frio, calor e sistema imune. Amplamente distribuído na natureza, infectando e colonizando animais domésticos e marinhos. Infecção tipicamente ocupacional acometendo açouqueiros, pescadores e donas de casa. Manifesta-se como infecção localizada, erisipeloide, e resolução espontânea. El é uma manifestação rara. Envolve normalmente valvas nativas, principalmente valva aórtica. Subaguda e alta incidência de embolizações sistêmicas. Mortalidade maior que 40%. Sensível à penicilina, cefalosporina e carbapenênicos. Resistentes à vancomicina, aminoglicosídeo e polimixina.

Pm-03 PSEUDOANEURISMA DA FIBROSA MITROAÓRTICA

Humberto Parise, João Régis Conceição E Lessa, Carolina Bertoluci, Jordana Schmalz, Jorge Augusto Bergamin, Ana Rosa Vaccari, Rogério Noal Kersten

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA / FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA

Introdução: Pseudoaneurisma da fibrosa mitroaórtica (PsFMA) é uma condição rara que tem sido relatada como uma seqüela de endocardite e trauma cirúrgico. Esta entidade é definida como um pseudoaneurisma localizado na zona interanular entre as válvulas aórtica e mitral, sendo delimitado pelos folhetos coronariano esquerdo ou não coronariano da válvula aórtica e pelo folheto anterior da válvula mitral. As principais complicações são insuficiência cardíaca, eventos tromboembólicos e morte súbita. **Descrição do Caso:** O caso relatado refere-se ao paciente V.T.R., 27 anos, submetido a troca valvar aórtica devido à estenose valvular severa, de etiologia bicúspide. O mesmo evoluiu com quadro de sepse, iniciada no 10º dia de pós-operatório. Realizado ecocardiograma transesofágico que evidenciou endocardite infecciosa de prótese aórtica, com regurgitação perivalvar importante, além de pseudoaneurisma da fibrosa mitroaórtica. Completado tratamento antibiótico, com boa evolução, durante 6 semanas. Após 30 dias, foi submetido a intervenção para implante de nova prótese aórtica e correção do PsFMA. Evoluiu com choque hemorrágico devido a ruptura da artéria femoral, local onde havia sido realizada a circulação extracorpórea, vindo a falecer na 20ª hora do pós-operatório. **Comentários:** Não existe consenso a respeito de qual a melhor abordagem para pacientes portadores de PsFMA. Acredita-se que os fatores de risco mais importantes sejam endocardite infecciosa, válvula aórtica bicúspide, regurgitação aórtica, fistula para outras cavidades, presença de trombo e PsFMA maiores do que 3cm. Deve-se individualizar a decisão terapêutica e naqueles pacientes que for optado pela não correção cirúrgica, manter acompanhamento ecocardiográfico frequente.

Pm-04 FÍSTULA CORONARIANA CALIBROSA CAUSANDO DISFUNÇÃO VENTRICULAR

Cintia Da Silva Medeiros, Clarissa Borguesan Daros, Jose Luis De Castro E Silva Pretto

HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO. PASSO FUNDO-RS

Introdução: Uma fistula arteriovenosa coronariana é uma comunicação entre uma artéria coronária e uma câmara cardíaca ou veia e parece representar a persistência de espaços intertrabeculares e sinusoides embrionários. **Descrição do caso:** Paciente feminina, 71 anos, iniciou com angina de peito. Realizou angiogramografia de coronárias que evidenciou fistula proveniente do tronco da coronária esquerda para o átrio direito e coronárias sem lesões obstrutivas. Foi encaminhada para avaliação com ecocardiograma transesofágico para investigação de anormalidades associadas. Ao ecocardiograma, foi visualizado vaso anômalo com origem no tronco da coronária esquerda, muito tortuoso, dirigindo-se posteriormente com trajeto entre a aorta ascendente e o átrio esquerdo e desembocando no átrio direito próximo à veia cava superior, compatível com fistula coronária, medindo 8mm de diâmetro. Também foram identificados disfunção ventricular esquerda de grau leve e hipertensão pulmonar de grau leve. Sem outras anormalidades congênicas associadas. **Comentários:** O *shunt* através da fistula coronariana costuma ser pequeno, sem comprometimento do fluxo sanguíneo para o miocárdio. Se maiores shunts esquerda-direita existem, podem ocorrer complicações como hipertensão pulmonar, insuficiência cardíaca, endocardite bacteriana, ruptura ou trombose da fistula e isquemia miocárdica devido a *roubo* – o último sugerido no caso como causa das alterações eletrocardiográficas e disfunção ventricular. Em 55% dos casos, a fistula origina-se da coronária direita ou de seus ramos; em 35%, da coronária esquerda; em poucos casos, ambas as artérias estão envolvidas.



Pm-05 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DA PERICARDITE CONSTRICTIVA INDUZIDA POR RADIOTERAPIA

Creso Oliveira, Danielli Silva, Francine Cardoso, Jairo Junior, Alexandra Santos, Luciana Sousa, Thiago Ferreira, Fabrício Thebit, Paula Gontijo, Vera Gimenes

IHCOR

Introdução: A Pericardite Constrictiva (PC) é uma doença relativamente incomum, com sinais e sintomas inespecíficos, determinada por processos infecciosos ou inflamatórios que envolvem o pericárdio. As suas principais causas são a tuberculose, pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca, causas idiopáticas e a radioterapia (RT). A PC por RT tem uma incidência de 2 a 20%, podendo ser confundida com efusões malignas. Entre as neoplasias mais comuns associadas, estão linfomas de *Hodgkin* e não *Hodgkin* e o câncer de mama. Descrição do caso: Paciente N. A., 74 anos, feminina, com antecedente de neoplasia maligna de mama, tratada há 13 anos com mastectomia radical bilateralmente, radioterapia (RT) e quimioterapia (QT). Há 3 meses, apresentou dor no hemitórax esquerdo ventilatório-dependente, que piorou há um mês, acompanhada de tosse seca, sendo diagnosticada pneumonia. A punção do líquido pleural mostrou pesquisa negativa para células neoplásicas. Realizou ecocardiograma transtorácico (ETT) que mostrou derrame pericárdico, imagem atípica sugestiva de organização e sinais de PC. A ressonância nuclear magnética do coração mostrou aumento da espessura da gordura epicárdica e do pericárdio, edema e processo inflamatório, aderência difusa, com diagnóstico de PC. Foi realizada drenagem pleural, pleuroscopia e biópsia pericárdica. O exame anátomopatológico confirmou o diagnóstico de PC inespecífica com componente agudo fibrinoso e acentuada reatividade mesotelial. **Comentários:** Apesar do aspecto atípico da organização pericárdica ao ETT, a suspeita diagnóstica de PC deve sempre ser lembrada em pacientes submetidos à RT, mesmo com grande intervalo de tempo.

Pm-06 ENDOCARDITE MURAL FÚNGICA DE MÚLTIPLOS FOCOS APÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO

Claudio Henrique Fischer, Marcelo Luiz Campos Vieira, Edgar Bezerra Lira Filho, Ana Clara Tude Rodrigues, Claudia Gianini Monaco, Adriana Cordovil, Laise Antonia Bonfim Guimaraes, Wercules Antonio Oliveira, Gláucia Maria Penha Tavares, Samira Saady Morhy

HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO-SP

Introdução: Profilaxia antimicrobiana durante a imunossupressão em cirurgias de transplante favorece infecções oportunistas, sobretudo fúngicas. O diagnóstico precoce das vegetações pelo ecocardiograma impacta na terapêutica e evolução destes pacientes. **Relato do caso:** Mulher, 16a., negra, submetida a transplante hepático por hepatite fulminante, após 5 anos de imunossupressão por hepatite autoimune. Internada em UTI, evoluiu com septicemia, em uso de meropenem, vancomicina e fluconazol havia 5d. **Exames pré-operatórios:** Hb=8,3; Leucograma=1.460; Plaquetas=21.000; RNI=3,63; C=1,5; USG abdominal: hepatopatia crônica com hipertensão portal, esplenomegalia homogênea, ascite moderada; EDA: discretas varizes distais, sem sangramento; TC crânio: encéfalo normal. Após evolução inicial favorável até o P06 (Hb=7,3; Leucograma=3.810; RNI=1,29) e extubação, apresentou piora progressiva, com sinais de processo infeccioso broncopneumônico (CT tórax) e cerebral multifocal (CT e RM cabeça), seguidos de septicemia e vegetações nodulares com centro hipocogênico em septo atrial direito, parede livre de VD e músculo papilar posteromedial do VE (ecos transtorácico e transesofágico em PO11). Investigação etiológica revelou *Candida krusei* em urocultura (PO2) e *Aspergillus sp.* em cultura de secreção traqueal (PO7 e 13), com demais culturas (sangue, líquido, cateter central, ascite, ferida operatória) e sorologias negativas. Evoluiu com hemorragia pulmonar maciça e óbito no P013. **Comentários:** Outrora considerada infecção fúngica de baixa virulência, a endocardite por *Candida krusei*, à semelhança do *Aspergillus sp.*, tem-se mostrado complicação extremamente grave em pacientes transplantados sob profilaxia com fluconazol. No presente caso, a demonstração de múltiplas vegetações endocárdicas com características peculiares em diferentes câmaras confirmou a etiologia fúngica em quadro septicêmico de evolução desfavorável.

Pm-07 FÍSTULA CORONARIANA EM PACIENTE TRANSPLANTADO: COMPLICAÇÃO RARA APÓS BIÓPSIA ENDO-MIOCÁRDICA

Adriana Cordovil, Rafael Piveta, Claudio Fischer, Ana Clara Rodrigues, Edgar Lira, Claudia Monaco, Wercules Oliveira, Laise Guimaraes, Marcelo Vieira, Samira Morhy

HOSPITAL ALBERT EINSTEIN

Introdução: Fístulas coronarianas são complicações raras após biópsias endomiocárdicas em pacientes transplantados cardíacos. Descrição: Paciente do sexo masculino, 72 anos, foi submetido à transplante cardíaco há 8 meses e à biópsias endomiocárdicas seriadas. Há uma semana realizou a última biópsia que revelou padrão de rejeição. No momento da internação estava assintomático, e o exame físico revelou edema de membros inferiores, fígado a 6cm do rebordo costal, e sopro sistólico ++/6 no bordo costal esquerdo. O ecocardiograma revelou alteração de contratilidade miocárdica segmentar septal e apical, com disfunção sistólica discreta do ventrículo esquerdo, (FE=0,50) e fluxo contínuo na região da artéria coronária esquerda, direcionado ao ventrículo direito, sugestivo de fístula coronariana. Observou-se aumento da troponina 1440 (nl de 0-34), e supradesnívelamento do segmento ST ao ECG, caracterizando infarto do miocárdio. A cinecoronariografia confirmou a presença de fístula da artéria coronária descendente anterior para o ventrículo direito, com grande fluxo a partir do terço médio. Foi submetido ao fechamento da fístula com *coil*. Ecocardiograma, após procedimento, mostrou oclusão da fístula, com desaparecimento do fluxo e manutenção da alteração de contratilidade miocárdica. Evoluiu hemodinamicamente estável. **Comentários:** A fístula coronária é uma complicação rara das biópsias endomiocárdicas após transplante cardíaco, e geralmente tem curso benigno. Nesse caso, houve infarto do miocárdio consequente ao roubo do fluxo coronário, com repercussão na contratilidade miocárdica segmentar e global do ventrículo esquerdo. Optou-se por tratamento invasivo, na tentativa de evitar o desenvolvimento de insuficiência cardíaca, potencialmente deletéria em paciente já transplantado.

Pm-08 PSEUDOANEURISMA DO VENTRÍCULO ESQUERDO ASSOCIADO À MIOCARDIOPATIA DILATADA

Caio Valério Braz, Márcio M. Ferreira, Márcio Truffa, Marco Antonio Bustamante, Maryllin Braga Cortes

HOSPITAL PAULO SACRAMENTO

Introdução: Os pseudoaneurismas são lesões formadas pela ruptura do miocárdio que podem ser tamponadas pelo pericárdio. Ocorrem mais comumente após infarto agudo do miocárdio, cirurgia cardíaca ou trauma torácico. O diagnóstico diferencial com aneurisma verdadeiro é mandatório, pois no caso dos pseudoaneurismas a conduta cirúrgica é a mais aceita, enquanto nos aneurismas verdadeiros a primeira opção é o tratamento clínico. **Descrição do caso:** Jovem sexo feminino, 26 anos, professora relatando história recente de cansaço progressivo e dor torácica intensa que motivou procura à emergência. **Ao exame:** Bom estado geral, cognição preservada, sopro sistólico em ápice ++/4+ e hipotrofia muscular em membros superiores e inferiores, com força preservada. AP: pé torto congênito e enterectomia ao nascimento por oclusão intestinal. ECG: onda q patológica em V1-V3, radiografia de tórax com aumento de área cardíaca, exames laboratoriais sem alterações, incluindo dosagem de CPK normal. **Ecocardiograma:** dilatação do VE de grau importante, com imagem sugestiva de pseudoaneurisma apical. Simpson 41 %. Submetida à coronariografia normal. Realizou angiogramografia e ressonância cardíaca que confirmaram pseudoaneurisma apical do VE, sendo que nesta última, o realce tardio foi compatível com cardiomiopatia não isquêmica. **Comentários:** Paciente com quadro de distrofia muscular com acometimento cardíaco, ainda sem diagnóstico genético específico. A descrição de pseudoaneurisma, no contexto de cardiomiopatia dilatada não isquêmica, é inusitada. O acometimento cardíaco nas distrofias musculares é variável, em alguns casos, tardio e raro. No caso apresentado, ressaltamos a importância da ressonância com gadolínio e realce tardio, para confirmar o pseudoaneurisma e diferenciá-lo de um aneurisma verdadeiro.