



4.º CONGRESSO DO
DEPARTAMENTO DE IMAGEM CARDIOVASCULAR DA SBC
26.º Congresso Brasileiro de Ecocardiografia
10 a 12 de abril de 2014 - Foz do Iguaçu – PR

PÔSTERES

001**Insuficiência Aórtica Importante e Perfuração do Septo Ventricular Complicando Ablação por Radiofrequência**

HOTTA, V. T.; STASZKO, K. F.; MELO, S. L.; ROSSI, R. N.; MATHIAS JÚNIOR, W.; SCANAVACCA, M.

Instituto do Coração - FMUSP/SP

Introdução: Paciente submetida à ablação transcatéter de taquiarritmia ventricular, apresentando perfuração do septo perimembranoso provavelmente secundária à perfuração da cúspide coronariana direita. **Descrição do Caso:** Paciente do sexo feminino, 54 anos com miocardiopatia dilatada e arritmogênica por Doença de Chagas foi submetida à ablação de taquiarritmia ventricular. A paciente havia recebido um cardiofibrilador implantável (CDI) quatro meses antes da ablação e apresentava arritmias ventriculares recorrentes a despeito do tratamento antiarrítmico com amiodarona e recebera seis choques apropriados pelo CDI antes da internação. A avaliação ecocardiográfica realizada uma semana antes do procedimento evidenciou dilatação moderada das cavidades cardíacas esquerdas, fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 0,35 (valor normal >0,55) e insuficiência aórtica mínima. A paciente foi submetida a abordagem transeptal e transaórtica para ablação da taquicardia ventricular. Após o procedimento, a paciente evoluiu com piora hemodinâmica e novo sopro sistólico em borda esternal esquerda alta e sopro diastólico em foco aórtico. Um novo ecocardiograma a beira leito evidenciou perfuração de septo perimembranoso, relacionado à via de saída do ventrículo esquerdo e insuficiência aórtica importante provavelmente secundária à perfuração da cúspide coronariana direita. A paciente foi submetida ao implante de bioprótese aórtica e fechamento da comunicação interventricular sem intercorrências. No primeiro pós-operatório, a paciente apresentou parada cardiorespiratória não responsiva às manobras de reanimação. **Discussão:** A taxa de mortalidade após complicações agudas de ablação transcatéter é descrita como acima de 3%. Este caso ilustra a necessidade de avaliação ecocardiográfica após a ablação, principalmente na presença de sopro novo e piora hemodinâmica.

002**Varição Ecocardiográfica Dinâmica da Cardiomiopatia Adrenérgica Induzida por Estresse Cirúrgico**

HOLANDA, M.; BRAGA, A.; LAVALL, G.; ARAÚJO, M. C.; PIZZO, R.; SPIRITO, J. H.; CAMPANA, P. E.; SAHATE, A.; ROUGE, A.; NASCIMENTO, C.

Hospital Unimed Rio

Introdução: A cardiomiopatia adrenérgica é caracterizada por alteração segmentar transitória da contratilidade miocárdica, mais frequente em mulheres, pós-menopausa, com relato de algum agente estressor precedendo o início dos sinais e sintomas. A clínica evidencia sintomas semelhantes a da síndrome coronariana aguda e os exames de imagem mostram alterações segmentares do VE, com cateterismo cardíaco sem evidência de lesões obstrutivas. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 72 anos, ex-tabagista, submetido à laminectomia e artrodese lombar. Evoluiu no pós-operatório imediato com epigastralgia, agitação intensa e queda da saturação e ecocardiograma transtorácico evidenciou disfunção leve do VE, com fração de ejeção de 50% e hipocinesia anterior e lateral médio-apical. Evoluiu com choque cardiogênico e novo ecocardiograma, 5 horas após, evidenciou disfunção sistólica grave, fração de ejeção de 23% e acinesia dos segmentos basal-médio-apical das paredes anterior e lateral. O cateterismo cardíaco não evidenciou lesão coronariana obstrutiva e ventriculografia com hipocinesia difusa do ventrículo esquerdo, mais acentuada nas porções basais com disfunção global severa, sendo utilizados aminas vasoativas, inotrópicos e balão de contra pulsação aórtica. Evoluiu com estabilidade hemodinâmica e novo ecocardiograma, após 48 horas do início do quadro, evidenciou VE normofuncionante, fração de ejeção de 67%, sem alteração segmentar. **Discussão:** Observou-se evolução dinâmica do grau de disfunção sistólica do VE (FE de 50% para 23% em 5 horas), com desfecho quase catastrófica para choque cardiogênico, evoluindo com estabilidade hemodinâmica após 48 horas e aumento da FE para 67%.

003**Aspecto Incomum da Miocardite ao Ecocardiografia Bidimensional: Um Novo Achado com uma Velha Ferramenta**

FELIX, A. S.*; SICILIANO, A. P. R. V.*; ALCANTARA, M. L.*; SICILIANO, A. A. O. **; XAVIER, S. S.*; MANSUR, J***; ISSO, M. A.*

Pro-Echo Hospital Samaritano / DASA*; Clínica Felipe Mattoso / Hospital Samaritano**; Hospital Samaritano***

Introdução: Miocardite é uma doença inflamatória do miocárdio, frequentemente infecciosa e geralmente causada por infecções virais. É relativamente comum, podendo evoluir com disfunção ventricular, arritmias e até mesmo óbito. Os métodos diagnósticos disponíveis tem acurácia limitada, e a ressonância magnética (RM), considerada padrão-ouro, é pouco disponível e possui alto custo, sendo a ecocardiografia método particularmente útil, podendo fornecer informações valiosas. **Descrição do caso:** Paciente de 43a (masculino), previamente hígido, com histórico de infecção respiratória há 7 dias, iniciou há 24h intensa precordialgia, com alívio em posição genupeitoral. O eletrocardiograma inicial demonstrava supradesnível difuso de ST. As enzimas miocárdicas encontravam-se bastante elevadas (CK-massa: 59,3ng/ml [N<3,4ng/ml], Tnl: 48,7ng/ml [N<0,120ng/ml]), havia leucocitose sem desvio (12.830/μl) e marcado aumento da PCR: 7,92mg/dL (N<0,50mg/dL). Ecocardiograma demonstrava função sistólica do VE preservada ao bidimensional, com FE normal (Simpson-biplanar=61%), identificando-se alterações dos valores de strain2D (strain2Dglobal VE=-16,4%) e notável área circunscrita de hiperecogenicidade focal mesoepicárdica, localizada no segmento basal da parede infero-lateral. Na RM cardíaca notava-se áreas de realce tardio com padrão heterogêneo, sem relação com território coronariano específico, com maior concentração nas paredes antero-lateral, septoIV e com marcada área de concentração infero-lateral, confirmando diagnóstico de miocardite, e demonstrando correlação anatômica com a imagem sugestiva de edema evidenciada ao ecocardiograma. **Comentários:** Descrevemos um achado incomum de miocardite com o uso de técnica ecocardiográfica convencional (Eco bidimensional), observando boa correlação com imagens evidenciadas na RM. É interessante notar neste caso a grande área de realce tardio na RM, e importante elevação de marcadores inflamatórios miocárdicos, sem alterações visíveis da função contrátil do VE por técnicas convencionais, sendo detectáveis apenas ao strain2D, reforçando a utilidade também das novas técnicas na abordagem desta patologia.

004**Fístula Aorto-Atrial Associada a Loja Retro-Atrial**

SABINO, H. C.; CARVALHO, M. J.; ZAJDENVERG, R.

IECAC

Introdução: A fístula aorto-atrial (FAA) é uma afecção rara. A FAA pode se formar por diversos mecanismos: dissecção aórtica, endocardite com formação de pseudoaneurisma, pós cirurgia cardíaca ou trauma¹. Relatamos um caso de um paciente com achado incidental de uma fístula aorto-atrial de alto débito, associada à estrutura cavitada (loja) no interior do átrio esquerdo (AE). **Descrição de Caso:** Paciente masculino, 32 anos, procurou o Setor de Emergência em janeiro de 2012 devido a quadro de fibrilação atrial com alta resposta ventricular. Recebeu alta após controle da frequência ventricular e instituição de anticoagulação oral. Solicitado ecocardiograma transtorácico que evidenciou presença de FAA com orifício de entrada em plano valvar aórtico que direcionava o fluxo para loja localizada posterior ao AE. Notou-se, ainda, outro fluxo turbilhonar em AE e regurgitação aórtica severa (secundária a falha de coaptação de suas cúspides ocasionado por alteração da arquitetura valvar). Optou-se pela realização de ecocardiograma transesofágico (ETE) que evidenciou FAA de alto débito com orifício de entrada ao nível do anel valvar aórtico formando uma grande loja localizada posterior ao AE. Visibilizou-se, também, um orifício de saída localizado no terço médio da parede posterior do AE. **Comentários:** Trata-se de um caso raro de FAA evidenciada acidentalmente em um paciente com quadro clínico de IC. O ETT evidenciou a FAA, sua topografia e via de entrada. O ETE confirmou os achados e demonstrou o orifício de saída. Paciente encontra-se em fase de pré-operatório.

005

Pseudoaneurisma Maior que Ventriculo Esquerdo Causado por Infarto

TREML, F. T.; MENDONÇA, P. A. D.; MOLINA FILHO, J. L. F.; SOUZA, A. P. O.; COUTINHO, A. A.; MARÇAL, J. R.; PITTELA, F. J. M.; BRITO, O.; NASCIMENTO, C. A. S.; BELÉM, L. H. J.

Instituto Nacional de Cardiologia

Introdução: A ruptura incompleta do coração ocorre quando um trombo organizado e um hematoma conjuntamente com o pericárdio, selam a ruptura do ventrículo esquerdo e portanto impedem o desenvolvimento de um hemopericárdio. O pseudoaneurisma é uma área de trombo organizado e pericárdio que mantém comunicação com a cavidade do ventrículo esquerdo e geralmente apresentam um colo estreito, com fluxo de entrada e saída, e não apresentam qualquer elemento da parede original do miocárdio. **Caso Clínico:** Paciente, 53 anos, branco, previamente hígido, com história familiar para DAC, apresentou IAM com SST sem tratamento específico. Após 13 dias realizou cineangiogramia (lesões: DA 70% 1/3médio e 70% 1/3distal; Dg1 ocluída 1/3proximal; CD 70% 1/3médio), recebendo tratamento conservador. Evoluiu com dispnéia aos moderados esforços e reinternado 37 dias após IAM. ETT: pseudoaneurisma de paredes antero-lateral e infero-lateral (diâmetros de 10,2x 5,6; colo 5,4cm), trombo atapetando seus bordos e rêmora em seu interior. Disfunção sistólica grave de VE, com acinesia de parede inferior e hipocinesia das demais paredes. No décimo dia de internação paciente apresentou choque cardiogênico, sendo submetido a cirurgia de emergência para correção do pseudoaneurisma roto ,com colocação de "pach" de pericárdio e revascularização do miocárdio com confecção de enxerto MA-DA e SF-CD. Apresentou AVE isquêmica no pós operatório. Recebeu alta hospitalar em classe funcional NYHA III/III 74 dias após o evento. **Conclusões:** Este caso ilustra a detecção de um pseudoaneurisma e a importância do ecocardiograma no diagnóstico das complicações das síndromes coronarianas agudas.

006

Valores de Deformação do Miocárdio de Átrio e Ventriculo Esquerdo e da Torção do Ventriculo Esquerdo em Adultos Normais e Correlação com a Idade.

SARAIVA, R. M.*; NASCIMENTO, C. A. S.**; MADEIRA, F. S.*; SANTOS, C. R. F.*; BRASIL, P. E. A. A.*; HASSLOCHER-MORENO, A. M.

Fundação Oswaldo Cruz*; Instituto Nacional de Cardiologia**

Objetivos: Objetivamos determinar os valores da deformação do miocárdio (ϵ) do ventrículo esquerdo (VE) e do átrio esquerdo (AE) e da torção do VE em voluntários saudáveis brasileiros e sua relação com a idade. **Metodologia:** Voluntários assintomáticos, sem doença conhecida com eletrocardiograma e ecocardiograma normais realizaram ecocardiograma em aparelho Vivid 7. O ϵ do miocárdio foi determinado usando-se programa Echopac versão 108.1.12. **Resultados:** Foram incluídos 54 indivíduos (39±10 anos de idade; 50% homens) naturais de estados do Sudeste e Nordeste (Rio de Janeiro 20, Minas Gerais 5, Espírito Santo 1, Paraíba 9, Ceará 8, Bahia 6, Alagoas 2, Sergipe 1, Piauí 1 e Pernambuco 1). O ϵ circunferencial, radial e longitudinal do VE foram de -19,1±3,3%, 45,3±12,2% e -19,4±2,3%, respectivamente. O ϵ negativo, positivo e total do AE foram de -12,6±2,8%, 18,8±4,9% e 31,3±5,9%, respectivamente. A rotação apical, basal e a torção do VE foram de 8,1±3,80, -5,6±2,90 e 1,6±0,60/cm, respectivamente. O ϵ positivo ($r=-0,41$, $p=0,002$) e total do AE ($r=-0,33$, $p=0,01$) apresentaram correlação inversa com a idade. Houve correlação positiva entre rotação apical do VE e idade ($r=0,29$, $p=0,04$) e tendência de correlação positiva entre torção do VE e idade ($r=0,28$, $p=0,06$). O ϵ longitudinal do VE teve correlação significativa com o ϵ positivo ($r=-0,50$, $p=0,0003$), negativo ($r=0,43$, $p=0,002$) e total ($r=-0,61$, $p<0,0001$) do AE. **Conclusões:** Em indivíduos normais houve correlação entre idade e ϵ positivo e total do AE e rotação apical e torção do VE. Houve também correlação entre ϵ longitudinal do VE e ϵ do AE.

007

Pseudoaneurisma da Fibrosa Intervalvar Mitro-Aórtica (P-FIMA) Idiopático, Complicado com Fistula para o Átrio Esquerdo

MOLINA FILHO, J. L. F.; COUTINHO, A. A.; MENDONÇA, P. A. D.; TREML, F. T.; SOUZA, A. P. O.; FREITAS, M. B.; BRITO, J. O. R.; WEKSLER, C.; NASCIMENTO, C. A. S.; BELÉM, L. H. J.

Instituto Nacional de Cardiologia

Introdução: O pseudoaneurisma da fibrosa intervalvar mitro-aórtica (P-FIMA) é uma entidade rara e geralmente associada à endocardite e manipulação cirúrgica prévia. O caso descrito ganha notoriedade por ser idiopático. **Descrição do Caso:** Mulher negra de 34 anos, com palpitação e dispnéia aos esforços classe funcional II NYHA. Negava comorbidades, procedimentos cardiovasculares prévios, história de endocardite ou trauma. Ao exame: bom estado geral, assintomática em repouso, hemodinamicamente estável. Ictus de VE com leve deslocamento lateral, apresentando frêmito palpável. RCR, com apagamento de B1. Sopro holossistólico ++++/6+ com maior intensidade em foco mitral e irradiação circular para o dorso. ECG: Sinusal; 78 bpm; sobrecarga ventricular esquerda. Ecocardiograma tridimensional: Aumento de cavidades esquerdas; função sistólica biventricular preservada; estrutura sacular visibilizada entre a VSVE e o AE, projetando-se para o AE e permitindo fluxo de sangue para esta cavidade durante a sístole ventricular (compatível com P-FIMA fistulizado); regurgitação transmitral grave; regurgitação tricúspide moderada; hipertensão pulmonar (PSAP 52 mmHg). Encaminhada para correção cirúrgica do pseudoaneurisma. Grande dificuldade técnica devido à extensa fragilidade da FIMA. Realizado fechamento do pseudoaneurisma fistulizado, além de troca valvar mitral biológica. Não foi evidenciado infiltrado inflamatório ao histopatológico. Boa evolução clínica no pós-operatório, porém houve surgimento de regurgitação aórtica moderada devido à alteração estrutural da FIMA após correção. **Comentários:** Destaque à contribuição do ECO transesofágico tridimensional para o diagnóstico. Apesar da conduta cirúrgica ser o tratamento de escolha para o P-FIMA, deve-se avaliar criteriosamente cada caso, uma vez que há uma doença difusa da FIMA, trazendo dificuldade ao procedimento e potencial para recidiva.

008

Aplicabilidade do Ecocardiograma 3D na Avaliação do Cor Triatriatum

BARBOSA, F. C. P.; FIGUEIREDO, R. L.; ABREU, G. R.; ARAUJO, N. F.; SALVINO, T. M. N.; SALGADO, A. A.; RABISCHOFFSKY, A.

Hospital Pró-Cardíaco- Rio de Janeiro

Introdução: O cor triatriatum é uma causa rara de obstrução congênita ao influxo ventricular, causado pela incorporação modificada da veia pulmonar comum no átrio esquerdo, criando uma membrana fibrosa ou fibromuscular na junção da veia pulmonar comum com o átrio esquerdo. Há uma variedade em relação ao número e tamanho das fenestrações no septo, levando a diferentes apresentações clínicas, com diferentes prognósticos. O diagnóstico dessa condição raramente era alcançado antes do advento da ecocardiografia, que possibilitou a visualização de uma membrana não móvel no átrio esquerdo, além dos achados ao Doppler, essenciais para o significado fisiológico desta patologia. A ecocardiografia tridimensional é a modalidade que oferece informações adicionais, apreciadas com exatidão não conseguida apenas com o bidimensional. **Relato dos Casos:** **Caso 1:** Paciente masculino, 8 anos, com relato de não conseguir fazer esforços moderados, pois apresentava fadiga e dispnéia. Apresentava ritmo cardíaco regular em dois tempos, com sopro sistólico em foco mitral (2+/6+), ausculta pulmonar sem ruídos adventícios. Eupneico em ar ambiente. O ecocardiograma transtorácico revelou dilatação moderada do ventrículo esquerdo (VE). O átrio esquerdo (AE) estava dilatado, com uma membrana o dividindo em dois compartimentos. O estudo com o ecocardiograma tridimensional mostrou as fenestrações na membrana, permitindo a visualização do tamanho e número das mesmas, além de permitir o cálculo mais apurado do gradiente transmembrana. **Caso 2:** Paciente feminino, 7 anos, assintomática, submetida a estudo ecocardiográfico eletivamente para investigação de sopro cardíaco. Realizado ecocardiograma transesofágico tridimensional, que evidenciou a presença de uma membrana dividindo o AE, sem obstrução do fluxo. **Discussão:** A ecocardiografia transesofágica tridimensional oferece observação anatômica detalhada, permitindo a visualização do tamanho e número das fenestrações na membrana, como demonstrado nos dois casos. Além disso, faz o diagnóstico nos casos onde a membrana não pode ser vista ao bidimensional, o que acontece quando a membrana é muito móvel.

009**Papel do Eco 3D no Implante de Endoprótese Mitral em Paciente com Bioprótese Disfuncionante –“Valve in Valve”**

BARBOSA, F. C. P.; ARAUJO, N. F.; SALVINO, T. M. N.; ABREU, G. R.; FIGUEIREDO, R. L.; SALGADO, A. A.; COLAFRANCESCHI, A. S.; RABISCHOFFSKY, A.

Hospital Pró- Cardíaco - Rio de Janeiro

Introdução: Relatamos a importância da ecocardiografia tridimensional ao guiar o implante de endoprótese mitral na punção transapical do VE, em paciente com bioprótese disfuncionante e elevado risco cirúrgico. **Descrição do Caso:** Homem, 62 anos, relato de valvopatia mitral prévia e DAC, admitido em unidade de emergência com piora de classe funcional – NYHA IV- nos últimos meses, e, comprometimento do estado geral. História de troca valvar mitral com implante de bioprótese (há 6 anos) e angioplastia coronariana. Ecocardiograma transtorácico admitiu importante estenose da bioprótese mitral, que encontrava-se calcificada e apresentava gradientes AE-VE máximo de 39mmHg e médio de 18mmHg, além de disfunção biventricular grave, com PSAP de 81mmHg. Após discussão do “Heart Team”, optado por realização de implante de endoprótese mitral, através de mini-toracotomia e punção transapical do VE guiado por ecocardiograma tridimensional –“valve in valve”- devido ao risco cirúrgico de retroca valvar convencional (EURO SCORE de 13). **Comentários:** As taxas de deterioração de próteses valvares após anos de cirurgia estão aumentando. Geralmente, a conduta padrão é a reoperação, porém, para muitos pacientes com elevado risco cirúrgico uma nova alternativa vem sendo empregada: a técnica “valve in valve”. Esta nova abordagem transcatereter está possibilitando uma ampla mudança do manejo da cardiopatia valvar, uma vez que se trata de técnica menos invasiva e com recuperação pós procedimento mais rápida. O ecocardiograma tridimensional transesofágico vem ganhando cada vez mais espaço ao guiar de forma precisa os procedimentos de TAVI. No entanto, até o momento, apenas um número restrito de pacientes foi submetido ao implante de prótese mitral transcatereter “valve in valve”. Embora estudos adicionais sejam necessários, dados preliminares apontam para a segurança e viabilidade do procedimento, principalmente quando guiado pelo ecocardiograma transesofágico tridimensional, constituindo-se uma nova modalidade de imagem cardiovascular.

010**Origem Anômala da Coronária Direita - Diagnóstico ao Ecocardiograma Sob Estresse**

PRETTO, J. L. C. S.; ROMAN, R. M.; TAVARES, C. B.; LISBOA, S. P. C.

Hospital São Vicente de Paulo

Introdução: homem de 31 anos, 102 quilos, encaminhado para ecocardiograma sob estresse para investigação de dor torácica atípica. Havia realizado teste ergométrico com infradesnível do segmento ST de 3,5 mm, assintomático durante o teste com a frequência máxima atingida. Foi realizado exame ecocardiográfico transtorácico em repouso que não apresentou alterações de contratilidade. Devido à baixa probabilidade de doença aterosclerótica nesta idade foi realizada investigação adicional do implante das coronárias. Observou-se fluxo de baixa velocidade com origem no seio coronário esquerdo com trajeto interarterial dirigido para o seio coronariano direito. Realizado o estresse farmacológico com Dobutamina com avaliação do fluxo de reserva coronariana na descendente anterior no qual atingiu a frequência cardíaca máxima para a idade e apresentou acinesia apical no pico do estresse. O fluxo de reserva coronariana na descendente anterior foi estimado em 4,25. Encaminhado para angiogramografia de coronárias foi confirmada a origem anômala da coronária direita do seio de Valsalva esquerdo com trajeto interarterial sem placas ou estenoses, escore de cálcio zero. **Comentários:** Embora necessite de treinamento e boa imagem, o diagnóstico das anomalias de origem das artérias coronárias é possível em adultos e deve ser estimulada pois além da repercussão de apresentar ou não isquemia induzida é possível determinar a etiologia em alguns casos.

011**Um Raro Caso de Embolia Pulmonar**

TEIXEIRA, G. S. P.; VRANDECIC, B. A. L. M.

Hospital Biocor

Introdução: Trombos do coração direito são descritos em pacientes com Fibrilação atrial (FA) / flutter, cateteres venosos centrais prolongadas ou cateteres de estimulação transvenosa. Demonstramos um raro caso de paciente com TEP secundário a presença isolada de trombo no apêndice atrial direito (AAD) em paciente com FA crônica. **Descrição do Caso:** C.D.S., 67 anos, homem, coronariopata. Realizado AngioTC para investigação de dispnéia ao mínimos esforços, evidenciando trombo de 5,0cm em AD e trombos difusos em circulação pulmonar. Encaminhado ao Biocor para internação. Paciente acianótico, jugulares ingurgitadas, hepatomegalia e edema de MMIs 2+/4+. PA: 100x70 mmHg, AC: FA, 75bpm. Iniciado Clexane, Marevan e tratamento para IC. Solicitado ETT (22/05/2013): Aumento importante batrial (AE: 5,1cm). VD com aumento moderado e déficit sistólico moderado. VE com aumento importante e hipocinesia difusa, com déficit sistólico global importante (29,61%). Ausência de trombos intracavitários. Contraste espontâneo moderado em câmaras esquerdas. Regurgitação tricúspide moderada. PSAP: 51mmHg (PAD: 15mmHg). Arritmia durante o exame. ETE (23/05/2013): Trombo ecogênico, móvel, revestindo o AAD, medindo 2,4cmx3,6cm. Ausência de trombo no AAE. Evoluindo com melhora da IC. Alta hospitalar (27/05/2013) para seguimento ambulatorial. Realizado (10/09/2013) ETE de controle. O paciente com resolução completa do trombo em AAD, bem como diminuição da PSAP (45 mmHg) e melhora da função do VD. **Comentário:** ETT apresenta baixa sensibilidade na detecção de trombos cardíacos em AAD. Esse caso demonstra a importância da realização do ETE na avaliação de trombos em pacientes com FA, não somente no AAE, mas também no AAD. Por sua junção ampla com o AD, o AAD não é rotineiramente avaliado ao ETE em pacientes com FA.

012**O Valor do Strain Bidimensional em Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda e Coronariografia Não Diagnóstica**

BARROS, M.*; MIRANDA, A.**; ORNELAS, C.*; BARROS, T***; SIGUEIRA, M. H.*

Hospital Materdei*; Faculdade de Saúde e Ecologia Humana**; Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais***

Introdução: Pacientes com dor precordial prolongada, níveis elevados de enzimas cardíacas e alterações eletrocardiográficas (ECG) são admitidos com diagnóstico inicial de síndrome coronariana aguda (SCA). Destes pacientes, entre 7% e 10%, não apresentam lesões coronarianas significativas. A ressonância magnética cardíaca (RMC) é um método sensível e não invasivo para detecção de anormalidades do miocárdio, incluindo isquemia e miocardite, entretanto trata-se de um método de alto custo e indisponível na maioria dos centros médicos. O strain bidimensional representa uma nova técnica ecocardiográfica que possibilita a avaliação da deformação miocárdica permitindo a análise da função miocárdica global e regional. O objetivo deste estudo foi de apresentar caso de paciente com quadro de SCA e coronariografia não diagnóstica que apresentou alteração regional pelo strain bidimensional e diagnóstico de miocardite pela RMC. **Relato de caso:** Paciente R F C, 40 anos, internado com quadro de precordialgia intensa associado a mal estar. O ECG revelou alteração em parede inferior e tronopina com valor de 3,06. Encaminhado para unidade coronariana onde realizou cineangiogramografia com resultado normal. Realizou ecocardiograma que apresentou ausência de alteração contratil segmentar e fração de ejeção normal. O strain bidimensional demonstrou alteração da deformação miocárdica em parede lateral. Solicitado RMC que demonstrou realce tardio de padrão mesocárdico em parede lateral, compatível com miocardite. Recebeu alta hospitalar em boas condições clínicas. **Conclusão:** O strain bidimensional foi capaz de reconhecer alterações miocárdicas em paciente com quadro de miocardite, não evidenciadas pela ecocardiografia convencional, podendo ser útil na avaliação de pacientes com quadro de SCA e coronariografia não diagnóstica.

013

Ecocardiografia Tridimensional na Avaliação no Refluxo Mitral Paraprotético

BARBOSA, F. C. P.; SALGADO, A. A.; AMBROSIO, L. J.; ARAUJO, N. F.; SALVINO, T. M. N.; ABREU, G. R.; FIGUEIREDO, R. L.; RABISCHOFFSKY, A.

Hospital Pró - Cardíaco - Rio de Janeiro

Introdução: A troca valvar e a plastia mitral podem ser complicadas por deiscência do anel levando a refluxo paraprotético. Tradicionalmente, as ecocardiografias transtorácica e transesofágica são usadas para descrever o grau e substrato anatômico do refluxo. No entanto, essas técnicas são limitadas pela resolução espacial. **Caso:** Trata-se de um caso de refluxo paraprotético mitral que foi avaliado de forma satisfatória e resolutive pelo ECO 3D. Paciente masculino, 72 anos, admitido na emergência por quadro de cansaço progressivo em pós operatório tardio (2 meses) de troca valvar mitral biológica. Realizado ETE tridimensional que visualizou regurgitação paraprotética leve a moderada em ponto de deiscência de sutura em posição de 1 hora pela visão do cirurgião. **Comentários:** A ecocardiografia em 3D permite uma melhor aquisição de imagens, que podem ser utilizadas para mostrar e analisar o tamanho, forma e movimento das diferentes estruturas cardíacas com ênfase nas regiões de interesse. Na deiscência da valvar mitral, o ECO 3D transesofágico fornece informações adicionais sobre as características exatas anatômicas, o que pode ser usado para ajudar no planejamento da intervenção corretiva mais apropriada.

014

Histiocitoma Fibroso Maligno Primário do Coração

OMAIS, A. K.; GUMIERO, B. R.; BORGES, D. C.; MORAES, A. B. R. F.; OLIVERIA, J. C.; FERREIRA, M. B. I. A.; BUMLAI, M. B. M.; RUIZ, P.; FEGURI, G. R.; SILVA, O. G.

Hospital Geral Universitario - Universidade Cuiabá

Introdução: Tumores cardíacos primários (TCP) são raros, podendo ser assintomáticos. Relatamos um caso de paciente com edema agudo de pulmão(EAP) por sarcoma cardíaco(SC) de átrio esquerdo(AE) tratado com cirurgia e quimioterapia. **História Clínica:** Mulher, 28 anos, internada com EAP, hipotensa (PA-80/50mmHg), estertores crepitantes e hemoptise. Tratada com diuréticos, oxigênio e drogas vasoativas com melhora clínica. Ecocardiograma transesofágico-massa em AE, lobulada, 3,9x3cm, preenchendo a aurícula esquerda, cobrindo o folheto posterior da valva mitral(VM), gradiente max-21,71mmHg, médio-12,71mmHg, AVM-1,8cm² ao Doppler. Radiografia de tórax—gestão hilar, opacificação difusa heterogênea. Realizado ressecção tumoral, demonstrando massa fibrótica em VM de 4 cm, sem pedúnculo. Imuno-histoquímica—Tumor fibro-histiocítico maligno cardíaco. Tomografia-computadorizada tóraco-abdominal e pet scan sem evidências de metástases. **Comentários:** TCP tem incidência em autópsias de 0,0017%-0,19%, sendo 25% malignos. O SC representa 95% dos tumores malignos, sendo angiossarcoma o mais comum e histiocitoma fibroso maligno(HFM) o menos comum. Shah e cols descreveram em 1978 o primeiro caso de HFM cardíaco. O HFM acomete população jovem e AE, enquanto que o angiossarcoma tem predileção pelas cavidades direitas. Os tumores cardíacos causam sintomas por obstrução do fluxo sanguíneo intracardiaco e funcionalidade valvar causando insuficiência cardíaca, infiltração do miocárdio levando à arritmias e derrame pericárdico além de embolização sistêmica ou pulmonar. O ecocardiograma e a tomografia são essenciais para detecção e avaliação da extensão do tumor. O tratamento de eleição é a ressecção tumoral associado a quimio-radioterapia. O SC tem comportamento agressivo com sobrevida de 6 a 12 meses após a remoção. A Paciente permanece sem recorrência após 6 meses da excisão tumoral. SC deve sempre ser lembrado na detecção de massas intracardiacas.

015

Trombose Obstrutiva de Prótese Mecânica Mitral Tipo Duplo Disco

GRIPP, E. A.; GUARACHI, R. A. Y.; GUEDES, G. P.; LUIS, G. S. R.; PUERARI, A. L. R.; NEVES, M. R.; VILLACORTA JUNIOR, H.; MARTINS, W. A.; MESQUITA, E. T.; RIBEIRO, M. L.

Hospital Universitário Antônio Pedro - UFF

Introdução: A trombose de prótese é rara, porém considerada uma séria complicação dos pacientes submetidos a troca valvar, frequentemente relacionada com próteses mecânicas e alta mortalidade. O diagnóstico clínico dessa entidade é um desafio, portanto a suspeita clínica deve ser alta. **Relato do Caso:** Paciente A.M., 45 anos, sexo feminino. Submetida à troca valvar mitral mecânica duplo disco em 2000. INR fora da faixa terapêutica. Colhidas hemoculturas, sendo realizado ecodoppler cardiograma transtorácico evidenciando gradiente médio através da prótese de 28 mmHg, sem refluxos, deiscência ou sinais de vegetação. PSAP de 100 mmHg. Função sistólica do VE preservada. Submetida ao Ecodoppler cardiograma transesofágico que demonstrou imobilização completa de um hemidisco por trombo, esse se expandindo para o orifício menor central, com o outro hemidisco apresentando ainda boa mobilidade. Sem sinais de vegetações. Submetida à trombolise com rTPA com melhora significativa dos sintomas além da normalização da PSAP e do gradiente. **Discussão:** A trombose de prótese em posição mitral é 2 a 3 vezes mais frequente do que a aórtica. Embora esta possa ocorrer agudamente, na maioria dos casos é um evento subagudo ou crônico, com formação e crescimento lento do trombo, como o caso da paciente citada. A apresentação clínica é altamente variável, e a febre pode ser um dos sintomas e neste caso a suspeita para endocardite deve ser investigada. O ETE apresenta um importante papel no diagnóstico, na avaliação hemodinâmica das próteses e no acompanhamento seja no intra-operatório ou no uso de trombolíticos para avaliar o resultado do tratamento.

016

A Ecocardiografia pode Diagnosticar a Doença de Fabry Utilizando os índices de Deformação Miocárdica

PENA, J. L. B.; ATTUX, R. A.; OLIVEIRA, M. C. N.; FERREIRA, A.; PASSOS, B. R.; ALMEIDA, F. L.; TÓFANI, F. A.; FERREIRA, M. F.

Hospital Felício Rocho

Introdução: A doença de Fabry (ou Anderson-Fabry) constitui rara anormalidade genética de depósito lisossomal causada pela deficiência parcial ou completa da enzima alfa galactosidase A (Gal A), cujo gene está localizado no cromossoma X, região Xq22, resultando numa deposição excessiva de glicoesfingolipídios nas células. O depósito dessa substância nos diferentes tecidos leva a alterações cardíacas, renais e do SNC. O coração pode ser o único órgão envolvido em 1% a 12% de homens com hipertrofia miocárdica idiopática. **Objetivos:** Verificar como a ecocardiografia (Eco) e suas novas modalidades podem contribuir para o diagnóstico dessa doença. **Material e Métodos:** Apresentamos 5 casos de doença de Fabry confirmados através da medida de (-Gal A), e biopsia renal (3 casos). Quatro pacientes (pts.) eram do sexo masculino e a pt. do sexo feminino era mãe de um deles. A idade variou de 28 a 53 anos. Em todos os pts. detectamos hipertrofia miocárdica do VE, sendo que em 1 deles a hipertrofia se restringia ao segmento basal do septo interventricular. O aspecto binário do miocárdio foi evidente em 3 pts. A fração de ejeção foi normal em todos os casos. Em 4 pts. havia hipertrofia significativa do músculo papilar anterolateral. Utilizando o strain rate (SR) baseado no Doppler verificamos duplo pico sistólico na região. Quatro pts. apresentaram disfunção diastólica grau I. O strain global longitudinal obtido pela técnica do speckle tracking estava levemente reduzido e variou de -16% a -18%. **Conclusões:** A Eco pode diagnosticar doença de Fabry através da redução dos valores dos índices de deformação miocárdica e de particularidades na curva do SR em parede lateral, constituindo sinal diferencial nas hipertrofias miocárdicas. O diagnóstico precoce é de maior importância, pois existe o tratamento enzimático substitutivo específico (Gal A humana recombinante) que pode reverter as alterações cardíacas, reduzir a fibrose e melhorar a sobrevida.

017

Diagnóstico e Planejamento Cirúrgico de Rara Fistula Coronariana Gigante para o Seio Coronariano Através do Eco 3D e Convencional

COUTINHO, A. A.; BRUM, M. A. L. M.; NASCIMENTO, C. A. S.; PITELLA, F. J. M.; PARIS, D. S.; COSENTINO, F. S.; GOTTLIEB, I.; LEANDRO, S. M.; BELÉM, L. J. H.

Instituto Nacional de Cardiologia

Introdução: As fistulas coronarianas são encontradas em 0,3% a 0,8% dos pacientes submetidos a angiografia coronariana (padrão ouro de imagem das artérias coronárias), contudo, a relação da fistula coronariana com outras estruturas, assim como sua origem e curso, pode não ser clara. O Ecocardiograma transtorácico e transesofágico e, recentemente, o ECO tridimensional surge como método importante na demonstração objetiva da origem, trajeto e deságuo da fistula, precedendo e direcionando outros métodos de maior acurácia, assim como auxiliando no planejamento cirúrgico e método de abordagem, o qual, quando percutâneo, torna o ECO 3D de papel fundamental. **Descrição do Caso:** LPS, masculino, 50 anos, apresentando quadro de precordialgia atípica há 1 ano. Atendido pelo Serviço de Coronariopatia do nosso instituto e submetido a ECO transtorácico, que mostrou dilatação importante do tronco da coronária esquerda, que se continuava, em forma de túnel, com fluxo turbulento para o seio coronariano e átrio direito. Os dados foram confirmados por ecocardiograma transesofágico e tridimensional. A cineangiocoronariografia e a Angio TC confirmaram os achados, evidenciando a fistula gigante do tronco da coronária esquerda para o seio coronariano. **Comentários:** As fistulas coronarianas, geralmente congênitas, são difíceis de se detectar. As técnicas de imagem são necessárias para planejar a intervenção cirúrgica ou percutânea. Todas elas, contudo, possuem limitações. Apesar da angiografia coronária permanecer como padrão ouro para imagem das coronárias, o ECO transesofágico tem papel importante em pacientes em que a angiografia não foi capaz de detectar o sítio de drenagem. A importância do ECO 3D surge não apenas no diagnóstico, mas também ajudando na delimitação do tamanho do defeito, na seleção do device adequado para fechamento percutâneo e no fechamento propriamente dito, em tempo real, da anomalia. O uso de dispositivos oclusores tem sido descritos em alguns casos de pacientes pediátricos, mas ainda pouco descrito em adultos.

018

Indicações e Perfil de Risco Cardiovascular de Pacientes Submetidos à Ecocardiograma Sob Estresse Farmacológico em Hospital de Referência

PRETTO, J. L. C. S.; ROMAN, R. M.; TAVARES, C. B.; LISBOA, S. P. C.

Hospital São Vicente de Paulo

Objetivo: avaliar o perfil de risco cardiovascular dos pacientes encaminhados para realização de ecocardiografia sob estresse farmacológico em um hospital de referência bem como a adequabilidade da indicação destes exames. **Metodologia:** estudo observacional transversal incluindo 272 pacientes adultos submetidos à realização de ecocardiografia sob estresse farmacológico no nosso hospital, no período de setembro de 2012 a março de 2013. Os pacientes foram classificados em relação ao risco de DAC significativa: baixo (<20%), intermediário (entre 20 e 70%) ou alto (>70%). A análise das indicações dos exames foi classificada em apropriada, incerta e inapropriada para este exame em diferentes situações clínicas. **Resultados:** A idade média foi 64±12 anos, sendo 48% do sexo masculino, índice de massa corporal 28±5. Quanto aos fatores de risco cardiovascular: 73% hipertensos, 22% diabético, 57% dislipidemia e 5% tabagistas, 18% história familiar de doença arterial coronariana (DAC). 25% dos pacientes tinham DAC conhecida (infarto do miocárdio ou procedimentos de revascularização prévios). A distribuição do escore de risco clínico foi de 32,4% de pacientes com baixo risco, 52,6% com risco intermediário e 15,1% com alto risco. Houve maior presença de isquemia nos pacientes com alto risco em relação aos demais, 35 vs. 19% (p=0,04). Conforme diretrizes, a indicação dos exames foi considerada apropriada em 69% dos casos, incerta em 19% e inadequada em 14%. **Conclusão:** Em nosso meio, a maioria dos exames foi indicada a pacientes com risco clínico intermediário e conforme diretrizes, a indicação foi considerada apropriada.

019

Diagnóstico de Origem Anômala da Coronária Direita Associada a Comunicação Interatrial em Paciente com 54 Anos

PRETTO, J. L. C. S.; ROMAN, R. M.; LISBOA, S. P. C.; TAVARES, C. B.

Hospital São Vicente de Paulo

Introdução: paciente masculino de 54 anos que apresentava dor torácica atípica, dispnéia de esforço e bloqueio completo do ramo direito foi encaminhado para investigação. **Relato do Caso:** foi realizado exame transtorácico seguido de transesofágico que evidenciaram grande comunicação interatrial tipo "ostium secundum", coronária direita com origem anômala no seio de Valsalva esquerdo com trajeto interarterial e pequena fistula da coronária circunflexa para o átrio esquerdo. Os achados foram confirmados pela tomografia de coronárias e cineangiocoronariografia, embora não tenham documentado a pequena fistula da coronária circunflexa para o átrio esquerdo. Foi realizado fechamento percutâneo do defeito com prótese Amplatzer com adequado resultado. **Comentários:** O diagnóstico das anomalias de origem das coronárias e determinação do seu trajeto é possível com o ecocardiograma e deve ser estimulado.

020

Ete Tridimensional no Diagnóstico Complementar de Pseudo-Aneurisma do Seio de Valsalva em Paciente Jovem

RAWET, D. B.; RABISCHOFFSKY, A.; RABISCHOFFSKY, R.; SOARES, A. L. B.; VISCONTI, R.; FRANCISCO, R. M.; LATORRE, R.; FONSECA, C.; NAGANO, M.; CASSINI, L. B.

Hospital Totalcor

Introdução: O Aneurisma do seio de Valsalva é uma patologia rara de etiologia congênita ou adquirida. A forma congênita é a mais prevalente, enquanto a adquirida pode estar relacionada a trauma, aterosclerose, doenças infecciosas, inflamatórias ou distúrbios do tecido conectivo. Acomete com maior frequência o seio coronariano direito e posteriormente os seios não coronariano e coronariano esquerdo. O pseudo-aneurisma do seio de Valsalva pode ser uma complicação de trajetos fistulosos e isquemia miocárdica, sendo o ecocardiograma tridimensional de fundamental importância no diagnóstico complementar, orientando uma adequada abordagem cirúrgica. **Descrição de Caso:** paciente masculino, pardo, 37 anos, hipertenso em tratamento irregular, admitido em unidade de emergência com dor precordial em queimação de início súbito. À admissão: eletrocardiograma: ritmo sinusal. bloqueio do ramo direito enzimas cardíacas elevadas eco transtorácico: Dilatação dos seios coronarianos direito e esquerdo. Imagem supra anular aórtica em topografia dos seios coronariano direito esquerdo, aparentemente com perfuração, apresentando colo estreito e fluxo sistólico sugestivo de pseudo-aneurisma do seio de Valsalva. Regurgitação aórtica leve. Função sistólica global do VE preservada. Angiotomografia: aneurisma do seio de Valsalva determinando rechaço do tronco da artéria coronária esquerda e da artéria circunflexa. ecocardiograma transesofágico tridimensional: Pseudo-aneurisma dos seios coronarianos direito e esquerdo, com dissecação para o SIV. Paciente foi submetido a correção cirúrgica do pseudo-aneurisma, troca valvar aórtica e revascularização da artéria descendente anterior. Evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório, recebendo alta hospitalar 10 dias após o procedimento. **Comentários:** O ecocardiograma transesofágico tridimensional intra-operatório mostrou-se de fundamental importância na definição anatômica da válvula aórtica, seios de Valsalva e sua extensão, determinando uma abordagem cirúrgica mais adequada.

021

Ete 3D, na Indicação de Terapia de Ressincronização e CDI em Caso Raro Operado Devido a Pseudo Aneurisma da Fibrosa Mitro-Aórtica (P-FIMA)

NASCIMENTO, C.; BRUM, M.; ERTHAL, F.; SOUZA, W.; BRITO, J.; MONTENEGRO, F.; COLA, M. C.; SIMÕES, E.; WEKSLER, C.; BELEM, L.

INC

Objetivo: Acenar para utilização de novas tecnologias ETE 3D como auxiliar em procedimento que melhore a qualidade de vida dos pacientes, e nesse caso em questão os métodos clássicos e pelo ETT não foram utilizados pois não possuía janela transtorácica. **Descrição do Caso:** JJS, 41anos, masculino, branco, solteiro, técnico, RJ. Há 11 anos iniciou quadro de cansaço aos grandes esforços. Há 5 anos houve progressão clínica com cansaço aos médios esforços (classe funcional II). Nega uso de antibioticoterapia. Há 2 anos antes apresentou importante episódio de dispnéia súbita. Enzimas cardíacas elevadas. Sendo acompanhadas e repetidas regularmente (3/3 meses) com normalização dos seus valores. Em 2011 o cansaço mesmo repouso (classe funcional III/IV). Nesse momento as enzimas cardíacas eram normais. Dispnéia paroxística noturna e ortopnéia com piora progressiva do quadro e elevação enzimática foi internado e diagnosticado (ETE, TC – sem janela para ETT) de caso inusitado e raro de pseudo aneurisma da fibrosa mitro-aórtica (P-FIMA) com fistula ativa para o VE, sendo operado. Evoluiu bem quando apresentou 2 episódios de desmaio, Holter indefinido e Estudo Eletrofisiológico indicando Marca-passo para TV e FV. H. Pessoal: Nega tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas. Não possui Doença de Chagas ou Equinococose. **Comentários:** Neste caso o ETE 3D precipitou a indicação de Marca-passo tricameral para Terapia de Ressincronização.

022

Implantação Anômala do Músculo Papilar. Diagnóstico Diferencial com Cardiomiopatia Apical Hipertrófica. Relato de Caso.

SANTOS, A. A.; OLIVEIRA, C. B. C.; ABREU, B. N. A.; CARDOSO, M. L. G.; CARDOSO, F. K. A.; ANDRADE, M. M.; GHORAYEB, N.; GIMENES, V. M. L.

Hospital do Coração da ASS – São Paulo - SP

Introdução: Recentemente, os autores Lee SP et al, 2013, enfatizam que não somente a hipertrofia, mas a implantação apical do músculo papilar está associada à presença de ondas T negativas gigantes ao eletrocardiograma. **Descrição do Caso:** Paciente CAM, masculino, 43 anos, atleta, sem antecedentes morbidos. Procurou a instituição, com história de ter apresentado há dois anos, único episódio de desconforto precordial. Nesta ocasião, realizou eletrocardiograma que mostrou bradicardia sinusal, sinais de sobrecarga ventricular esquerda (ondas S profundas em V1 e V2, ondas R amplas em V5 e V6, depressão ST e onda T invertida e assimétrica de V3 a V6 e em DI, DII e DIII). A cintilografia miocárdica e a coronariografia, demonstraram déficit perfusional no ápice do ventrículo esquerdo e ausência de lesões obstrutivas nas coronárias, respectivamente. Atualmente em nossa instituição foi solicitado holter de 24 horas sem evidências de arritmia; teste cardiopulmonar com aptidão cardiorespiratória superior aos indivíduos da mesma idade e sexo, ressonância magnética com hipertrofia assimétrica apical. O ecocardiograma bidimensional demonstrou músculo papilar antero-lateral hipertrofiado e com implantação mais apical do que o usual. **Comentários:** O relato de caso ilustra que a implantação apical do músculo papilar é variação clínica acompanhada por alterações de exames subsidiários, como o eletrocardiograma, cintilografia miocárdica e ressonância magnética. Portanto, deve ser reconhecida, e para isso, o estudo cuidadoso do ápice do ventrículo esquerdo é fundamental para diferencia-lo da cardiomiopatia hipertrófica apical.

023

Dissecção de Átrio Esquerdo por Endocardite Infeciosa de Valva Mitral

CAVALCANTE, F. F.; COSTA, F. F.; CABRAL, U. V.; SILVA, W. A.; FALCÃO, S. N. R. S.; EVANGELISTA, N. L.

Hospital de Messejana

Introdução: Dissecção de átrio esquerdo (DAE) é uma entidade rara, mais comumente associado à cirurgia de valva mitral. Apresentamos um caso de DAE após endocardite infecciosa de valva mitral nativa. **Descrição do Caso:** Masculino, 30 anos, admitido no Hospital de Messejana em janeiro 2012 com sintomas de insuficiência cardíaca há 01 ano e piora há 07 dias da dispnéia associado a febre. Realizou ecotranstorácico que evidenciou insuficiência mitral importante com ruptura de cordoalha, tecido necrótico envolvendo folheto posterior e paredes septal atrial e ventricular esquerda (abscesso da parede septal). Foi submetido a cirurgia de urgência com troca de valva mitral (TVMi) biológica, correção da parede septal, plastia tricúspide e ressecção e reconstrução de banda ventricular esquerda por abscesso. Em junho 2013 paciente novamente admitido com quadro febril e insuficiência cardíaca descompensada, ecotranstorácico mostrou grande abscesso no anel da valva mitral e no nível da prótese biológica e volumoso abscesso no septo interatrial com espessamento. Realizado a re-troca de valva mitral metálica com atrioseptoplastia e drenagem dos abscessos. **Comentários:** DAE ocorre em 0,8% após TVMi, sendo bastante raro em valva nativa. Lorenzana et al. publicaram em 1998 um caso após endocardite infecciosa de valva mitral nativa. Conforme revisão de Fukuhara et al., 81% das dissecções são da parede posterior do AE. Este caso apresentado é único na literatura por apresentar dissecção da parede septal do átrio esquerdo com recorrência devido a infecção.

024

Mixoma Atrial, uma Visão em 3D: Relato de Caso

MARTINS, M. R. F.; BESS, G.; DUTRA, J. P. P.; SANTOS, R. S.; HAERTEL, J. C.; MENTI, E.

Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul

Os tumores cardíacos primários são muito raros, sendo sua prevalência entre 0,001% e 0,03%. Aproximadamente 75% dos tumores são benignos, destes o mixoma é o mais comum, correspondendo a 30% dos casos. Podem ser assintomáticos e detectados em exames de rotina. Quando sintomáticos, a localização determina a apresentação clínica, podendo ocorrer embolização, obstrução, regurgitações valvares, invasão do miocárdio e órgãos adjacentes, além de sintomas constitucionais. As complicações neurológicas são as mais sérias, ocorrendo em 12% dos casos. A ecocardiografia transtorácica usualmente é suficiente para o diagnóstico, dado sua típica localização, textura e aparência. A ecocardiografia 3D é útil para caracterizar totalmente o tumor. Apresentaremos o caso de paciente masculino, 64 anos, previamente hipertenso e ex-tabagista, apresentando quadros súbitos de dificuldade de fala e confusão mental, com duração variável e melhora espontânea. Ao ecocardiograma transtorácico bi e tridimensional, observou-se massa tumoral móvel em átrio esquerdo, medindo 65 mm, inserida na porção média do septo interatrial, protruindo em diástole através do orifício mitral, com aspecto friável em sua periferia. O paciente foi encaminhado à ressecção cirúrgica do tumor, a qual ocorreu sem complicações, havendo resolução completa dos sintomas neurológicos no pós operatório. A taxa de recorrência é baixa, estando em torno de 3%. O acompanhamento a longo prazo de pacientes com complicações neurológicas se faz necessário, tendo em vista a possibilidade rara de desenvolvimento de aneurismas cerebrais secundários a fragmentos embólicos.

025

Veia Levoatriocardinal: Achado Incidental

DUTRA, J. P. P.; BESS, G.; MARTINS, M. R. F.; SANTOS, R. S.; HAERTEL, J. C.; WINKLER, M.; MENTI, E.

Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul

A presença de veia levoatriocardinal é uma malformação rara. Ela consiste em uma conexão anômala entre o sangue venoso pulmonar e o átrio direito, associado ao restante da drenagem venosa pulmonar normalmente conectada, sendo geralmente associada com malformações obstrutivas do lado esquerdo do coração. O achado de veia levoatriocardinal de forma isolada é ainda mais raro. Neste relato identificamos ao ecocardiograma transtorácico, em uma mulher de 34 anos, assintomática, uma estrutura anômala justa-aorta torácica descendente. Caracterizava-se por um vaso com fluxo ascendente e padrão trifásico, semelhante ao das veias pulmonares: onda S, onda D e onda A reversa. A sua drenagem distal ocorria junto à veia braquiocefálica esquerda. A razão entre o Fluxo Pulmonar e o Fluxo Sistêmico foi de 1,08. A angiotomografia cardíaca confirmou a presença de veia levoatriocardinal. A veia levoatriocardinal deve ser distinguida da presença de veia cava superior esquerda, através da direção do fluxo visualizado na ecocardiografia. Nesta é visto um fluxo vertical descendente, enquanto na veia levoatriocardinal o fluxo é ascendente. Outro diagnóstico diferencial é a drenagem venosa anômala supracardiaca. Na literatura encontramos o relato de 2 casos de veia levoatriocardinal isolada, ou seja, na ausência anomalias cardíacas associadas. Eles apresentavam manifestações de sobrecarga de câmaras cardíacas direitas devido ao shunt esquerda-direita. Em nosso relato, a paciente não apresentava alterações decorrentes da presença da veia levoatriocardinal e por isso optamos por mantê-la apenas em acompanhamento clínico. Cabe ressaltar que não identificamos na literatura outro relato de veia levoatriocardinal de forma isolada e sem manifestações clínicas.

026

Ventrículo Direito com Dupla Câmara como Causa não Usual de Dispnéia

SANTOS, R. S.; DUTRA, J. P. P.; MARTINS, M. R. F.; BESS, G.; MENTI, E.; SCHAFFAZICK, J.

Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul

O ventrículo direito (VD) com dupla câmara é uma enfermidade rara (0,5% das cardiopatias congênitas na população pediátrica e 2,1% na adulta) em que o VD divide-se em duas câmaras (uma proximal de alta pressão e uma distal de baixa pressão) por uma banda muscular anômala hipertrófica, gerando variáveis graus de obstrução. Paciente do sexo feminino, 30 anos com cansaço aos esforços, tontura e relato de "sopro" cardíaco na infância, sem seguimento por décadas. O ecocardiograma evidenciou banda muscular anômala intraventricular direita ocasionando importante obstrução subpulmonar (gradiente máximo: 155 mmHg e médio: 90 mmHg), importante hipertrofia ventricular direita e comunicação interventricular (CIV) perimembranosa mínima. O VD dupla câmara embora possa ocorrer isoladamente, mais frequentemente (80 à 90%) faz parte de uma combinação de lesões que incluem desde defeitos do septo interventricular (mais comum – 63 à 77% dos casos – geralmente do tipo membranoso), defeitos do septo interatrial, tetralogia de Fallot, estenose pulmonar, estenose subaórtica (com ou sem prolapso da valva aórtica), aneurisma dos seios de Valsalva e anomalia de Ebstein. A maioria dos casos é descoberto como um achado incidental durante a avaliação de uma CIV. Em alguns casos, poderá haver apenas um sopro sistólico de ejeção. Há um amplo espectro na apresentação clínica, dependendo do grau de obstrução, variando desde indivíduos assintomáticos à sintomas como dispnéia, angina, palpitações, síncope ou vertigens. O tratamento é ditado pelo grau de estenose subpulmonar e pela presença de defeitos associados.

027

Miocárdio Não-Compactado

MELO, M. D. T.; ARAUJO FILHO, J. A. B.; PARGA FILHO, J. R.; CORREA, R. S.; HAJJAR, L. A.; KALIL FILHO, R.; MADDY, C.; SALEMI, V. M. C.

INCOR - USP

Introdução: O miocárdio não-compactado é uma miocardiopatia genética de acordo com a Sociedade Americana de Cardiologia, acredita-se que ocorra uma parada intra-uterina do processo de compactação do miocárdio no período embrionário e que determina trabeculações miocárdicas proeminentes com recessos intertrabeculares profundos e espessamento do miocárdio em duas camadas distintas (compactada e não compactada). As manifestações clínicas incluem insuficiência cardíaca, arritmias ventriculares, fenômenos tromboembólicos, especialmente encefálico. **Caso:** Homem de 43 anos, ex-tabagista, tromboembolismo pulmonar há 1 ano, gota, obeso com história de dispnéia progressiva nos últimos meses. Veio para Instituto do Coração, InCor - USP, para investigação cardiológica. Realizado Ecocardiograma que evidenciou disfunção biventricular importante, a Ressonância Magnética Cardíaca, acrescentou um aumento das trabéculas com relação de 3,2 da camada não-compacta/compacta, fração de ejeção de ventrículo esquerdo de 15%, além da presença de trombo intramural em ambos os ápices dos ventrículos. Devido aos fatores de riscos, foi submetido a Angiotomografia de Coronárias que não constatou doença coronariana aterosclerótica obstrutiva. **Comentários:** Acredita-se que a presença aumentada dessas trabéculas seja um substrato para formação de trombos. Consensualmente, recomenda-se anticoagulação nos casos em que há disfunção ventricular sistólica, fibrilação atrial, ou fenômenos tromboembólicos prévios. Esse caso ilustra um interessante achado de exuberantes trombos em ambos os ápices dos ventrículos com história de tromboembolismo pulmonar (TEP). Na literatura mostra importante variação da ocorrência de acidente vascular cerebral de 0 a 38%, Zaheer cita 7% de taxa de TEP. Há uma real necessidade de rever a indicação de anticoagulação nesses pacientes, bem como o tratamento naqueles sem disfunção sistólica.

028

Análise Comparativa da Acurácia Diagnóstica para Dilatação de Ventrículo Esquerdo da Medida Absoluta e Medidas Indexadas.

FALCÃO, S. N. R. S.*; COSTA, F. F.*; CABRAL, U. V.*; CAVALCANTE, F. F. G.*; MESQUITA, R. M. K.**; FERREIRA, C. M.**; IEPSEN, B. D.**; BASTOS, M. M.**; COSTA FILHO, J. E.*

Hospital de Messejana*; Universidade de Fortaleza**

Introdução: Medidas ecocardiográficas das cavidades cardíacas são ferramenta muito utilizada na prática clínica na decisão terapêutica e avaliação de gravidade e prognóstica. Entretanto adoção de valores de referência de normalidade de outras populações e a não indexação dos valores obtidos por altura ou superfície corpórea pode induzir a recorrentes erros de interpretação. **Objetivo:** Analisar a concordância diagnóstica quanto a dilatação do ventrículo esquerdo (VE) por meio da medida absoluta (MA) e indexada pela altura (A) e superfície corporal (SCA). **Métodos:** Foram incluídos todos ecocardiogramas realizados no período de 60 dias em nosso serviço, perfazendo total de 966 exames. Excluídos os que não apresentavam dados antropométricos de peso e altura, perfazendo um total para análise de 724 exames. Foram comparados os diagnósticos de aumento de cavidades baseados nos padrões de normalidades da American Society Echocardiography (ASE) utilizando as medidas absolutas e indexadas pela altura e SCA. Para fins de comparação separou-se diagnósticos de dilatação em dois grupos: normal ou leve aumento e moderado ou importante aumento. **Resultados:** Dos 724 exames analisados: 396 homens; idade 57±16; A(cm) 160±9; SCA (m²) 1,74 ±0,2. Houve discordância entre diagnóstico de dilatação em 19,75% dos exames comparando-se MA e A ou SCA. Sensibilidade, especificidade e acurácia diagnóstica da MA para diagnóstico de dilatação foi de 71%, 82% e 80%, respectivamente. **Conclusões:** Frente a diversidade de características antropométricas da nossa população em comparação com a população dos valores de referência utilizados faz-se necessário a adoção da indexação das medidas a fim de melhor interpretação diagnóstica.

029

Avaliação Tridimensional de Mixoma Raro do Ventrículo Direito

TOLEDO, D.; SICILIANO, A.; MATTOS, M. A.; BARROS, C.; ALLAO, C.; CAMPOS, L. A.; BRAGA, A.; VISCONTI, R.; STEWART, L.; NASCIMENTO, C.

Hospital UNIMED Rio

Introdução: Os tumores primários cardíacos são raros (0,03%) e o mixoma é o mais frequente, com incidência de 30 a 50%, sendo mais comum em mulher, entre 30 e 60 anos, ocorrendo no átrio esquerdo (83%), átrio direito (12,7%) e ventrículos (2,3%). Os sintomas são inespecíficos e dependem da localização do tumor e sua classificação (MOEDA - Misto, Obstrutivo, Emboligênico, Destrutivo e Atípico), sendo o ecocardiograma essencial para o seu diagnóstico. O tratamento clássico para o mixoma sintomático é a ressecção cirúrgica do tumor. Relato de caso: Paciente feminina, 56 anos, HAS, DPOC, com início recente de taquiarritmia, associada à dispnéia e precordialgia. O ecocardiograma transesofágico 3D evidenciou massa móvel, multilobulada, com aspecto de vegetação em ventrículo direito, próximo à válvula tricúspide. O ecotransesofágico e o exame clínico direcionaram o diagnóstico para uma forma rara de mixoma em VD. A cirurgia e a patologia confirmaram o diagnóstico de mixoma. **Conclusão:** Além da raridade do mixoma em VD, observamos a necessidade do seu diagnóstico diferencial com trombo ou vegetação, pois nem sempre a clínica e o laboratório são suficientes para seu diagnóstico, sendo a conduta diferente para cada caso.

030

Ecocardiograma Direcionando a Conduta na Sala de Emergência: Ruptura do Músculo Papilar

PIZZO, R.; NUNES, E.; LAVALL, G.; RIBEIRO, F.; FAGUNDES, F.; BRAGA, A.; JAZBIK, C. E.; JUBRAM, F.; ASSAD, M.; NASCIMENTO, C.

Hospital UNIMED Rio

Introdução: Na insuficiência respiratória aguda, o ecocardiograma tem importante papel no diagnóstico diferencial, entre eles do infarto agudo do miocárdio (IAM) e suas complicações mecânicas. A ruptura parcial ou completa do músculo papilar é uma rara complicação do IAM, ocorrendo em cerca de 1% dos pacientes, geralmente até 7 dias após o evento e evolui rapidamente para edema pulmonar agudo. A regurgitação mitral devido à ruptura do músculo papilar é facilmente reconhecida pelo ecocardiograma, devendo este ser realizado imediatamente nos pacientes que evoluem com deterioração clínica. O tratamento é cirúrgico e deve ser realizado precocemente, podendo ser plastia ou troca valvar mitral, associada a revascularização coronariana. **Relato de Caso:** Paciente, feminina, 58 anos, tabagista, DPOC, inicia epigastralgia há 6 dias, evoluindo com tosse secreta, desconforto retroesternal, sendo atendida em insuficiência respiratória aguda e choque. Teve como primeira hipótese pneumonia, porém apresentou elevação da troponina (7,7) e o ecocardiograma transtorácico evidenciou insuficiência mitral aguda grave, com jato excêntrico por falha de coaptação e prolapso do folheto posterior com sobrecarga volumétrica e função sistólica do VE preservada com acinesia antero-lateral. O cateterismo cardíaco evidenciou lesão suboclusiva na artéria circunflexa e imagem de trombo luminal na origem da marginal, sem outras obstruções. Realizado implante de balão intra-aórtico e posteriormente cirurgia de troca valvar mitral biológica e revascularização miocárdica (safena-marginal). Paciente evoluiu com melhora clínica e alta hospitalar. **Conclusão:** A ecocardiografia é fundamental para o diagnóstico preciso, orientando para a conduta adequada com cirúrgica precoce e desfecho favorável para essa paciente.

031

Ecocardiograma Tridimensional na Orientação e Constatação do Sucesso do Implante Percutâneo de Prótese Aórtica no Tratamento da Insuficiência Transprotética Aórtica Grave

NASCIMENTO, C.; CARVALHO, L. A.; SICILIANO, A.; BRAGA, A.; ARAGÃO, M. L.; GUENKA, G.; CASTRO, M.; RIZKALLA, R.; PIZZO, R.; ARAÚJO, M. C.

Hospital UNIMED Rio

Introdução: O padrão ouro nas valvulopatias aórticas é a cirurgia de troca valvar, sendo o implante percutâneo uma alternativa à cirurgia, nos pacientes com contra indicação ou alto risco cirúrgico. Estudos recentes sugerem que o tratamento percutâneo pode ser uma solução em válvulas biológicas protéticas disfuncionantes, com evidência de melhora da classe funcional e retorno satisfatório da função valvar. O ecocardiograma tridimensional avalia o diâmetro do trato de saída do VE e anel valvar com precisão, auxiliando na escolha e posicionamento da prótese. **Relato de Caso:** Paciente de 83 anos, feminina, hipertensa, hipotireoidia, coronariopata, revascularizada, com história prévia de troca valvar aórtica biológica em 2004, evoluiu com piora da classe funcional, devido à insuficiência aórtica grave por disfunção protética. Por ser de alto risco cirúrgico e sintomática, optou-se por implante percutâneo de válvula aórtica (Corevalve® nº 26), via artéria femoral direita, ecocardiograma transesofágico 3 D em tempo real perprocedimento permitiu a liberação da prótese com precisão em consonância com a radioscopia. Ao final, evidenciou prótese bem posicionada e competente. Paciente evoluiu com melhora clínica e alta hospitalar 5 dias após o procedimento. **Conclusão:** Em pacientes sintomáticos e de alto risco, podemos utilizar o implante percutâneo de válvula aórtica como tratamento para disfunção protética. O ecocardiograma transesofágico 3D demonstrou valor na orientação e seus recursos permitiram melhor avaliação anatomofuncional, auxiliando o implante percutâneo da prótese pelo hemodinamicista.

032

Associação entre Atrofia Neurogênica e Miocárdio não Compactado

CORRÊA, R.*; MELO, M.*; FILHO, J.*; GRUPPI, C.*; HAJJAR, L.*; FILHO, R.*; MADDY, C.*; GUSMÃO, J.**; SALEMI, V. M.*

INCOR-USP*; HFAG-RJ**

Introdução: Miocárdio não compactado isolado (MNCI) é uma miocardiopatia autossômica dominante, caracterizada pela presença de proeminentes trabeculações e profundos recessos ventriculares. É caracterizada pela interrupção da morfogênese endomiocárdica durante o período embrionário. Pode ocorrer de forma isolada ou associado a cardiopatia congênitas, síndromes genéticas e desordens neuromusculares. A síndrome de Stark Kaeser é uma atrofia neurogênica escápulo umeral, de caráter autossômico dominante, caracterizada por fraqueza facial bilateral, com comprometimento dos músculos da cintura escapular. **Descrição do Caso:** Paciente feminina, 35 anos, portadora de hipertensão arterial, hipotireoidismo, síndrome de Stark-Kaeser com piora do quadro na fase adulta e 2 irmãs com a mesma doença. Foi admitida na emergência por quadro de palpitação, dispnéia com piora progressiva e ganho de peso. O ecocardiograma mostrou aumento discreto de volume do átrio esquerdo, função sistólica limitrofe, trabeculado endocárdico exuberante, refluxo mitral e tricúspide leves. O Holter 24hs apresentava ritmo sinusal, 2 episódios de taquicardia ventricular não sustentada, extrasístole supraventricular freqüente e arritmia ventricular complexa. A ressonância magnética cardíaca mostrava cavidades de dimensões normais, espessura miocárdica normal, acentuação das trabéculas em porção médio-apical do ventrículo esquerdo com relação maior que 2,3, sugestiva de miocárdio não-compactado. Disfunção sistólica devido à hipocinesia difusa, presença de realce tardio subendocárdico, sugestivo de fibrose. **Comentários:** Descrevemos um caso de uma paciente jovem portadora de uma distrofia muscular rara, associada a uma miocardiopatia subdiagnosticada, tendo na ecocardiografia um método importante para o diagnóstico e seguimento destes pacientes.

033

Trombose Venosa Plantar e Embolia Pulmonar - Relato de Caso

BARROS, T.*; BARROS, M.**; NASCIMENTO, I.***; IVO, C.

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais*; Faculdade de Saúde e Ecologia Humana - FASEH**; Clínica Ceu Belo Horizonte***

Introdução: A trombose venosa plantar (TVPI) é uma condição rara e geralmente subdiagnosticada, com poucos relatos na literatura. Embora a embolia pulmonar (EP) seja uma complicação potencial desta doença, não se tem relato de EP relacionada à TVPI diagnosticada pela ecografia vascular. O presente estudo relata um caso de TVPI associada à EP e confirmada por cintilografia pulmonar (SPECT-TC). **Relato de Caso:** Paciente S.M.L.S., 45 anos, com relato de varizes e desconforto em membros inferiores e fadiga após viagem prolongada. Informou uso de terapia hormonal. Ao exame clínico, não havia evidência de empastamento das panturrilhas, edema ou sinais inflamatórios, mas com queixa de dor à palpação da região plantar medial do pé esquerdo. Foi realizado estudo ecográfico vascular que não evidenciou sinais de trombose venosa profunda no segmento fêmoro-poplíteo-tíbio-fibular e em plexo da panturrilha. A avaliação das veias plantares revelou sinais de trombo oclusivo de formação recente nas veias plantares laterais. Em face do achado ecográfico e queixa de fadiga recente foi realizado SPECT/TC no mesmo dia, sendo que o estudo de perfusão/inalação demonstrou achados consistentes com o diagnóstico de EP. Paciente foi hospitalizada e submetida à terapia anticoagulante, recebendo alta em boas condições clínicas. Após 6 meses, foi realizado novo duplex scan que mostrou recanalização parcial da trombose venosa plantar associado a insuficiência venosa. **Conclusão:** TVPI pode estar relacionada com EP, e pacientes apresentando sintomas no pé devem ser avaliados por meio de estudo ultrassonográfico e de pesquisa cuidadosa dos sintomas respiratórios, visando adequado diagnóstico de tromboembolismo venoso.

034

Trombose Mesentérica Aguda Diagnosticada Precocemente ao Duplex e Tratada por Trombectomia Endovascular

ALCANTARA, M. L.*; FERREIRA, M. M. V.**; MANSUR, J.**; LANZIOTTI, L.**; GOLDBERG, F.*; PORTO, C. L. L.*; SICILIANO, A. P. R. V.*; FELIX, A. S.*; XAVIER, S. S.*

Proecho Hospital Samaritano RJ*; Hospital Samaritano RJ**;

A trombose aguda da artéria mesentérica superior (TAAMS) é patologia com elevada mortalidade chegando a 72% quando não tratada nas 1as 24 horas. Os sintomas frequentemente se confundem com outras patologias postergando ainda mais seu diagnóstico. O tratamento clássico consiste em laparotomia com ressecção do segmento de alça em sofrimento, embolectomia por abordagem direta dissecando-se a artéria mesentérica superior. A etiologia em mais de 50% dos casos é cardioembólica destacando-se a fibrilação atrial(FA) como mais prevalente. Relatamos o caso excepcional de paciente(pct) diagnosticada precocemente com TAAMS através do Duplex Scan (DS) e tratada com sucesso por via endovascular. Pct feminina 89anos, com histórico de FA no passado e dor no membro inferior direito(MID) de início súbito há 48hrs mantendo essa dor aos mínimos esforços. No dia do agendamento para realização de DS do membro, iniciou quadro de dor abdominal intensa e vômitos incoercíveis que motivou seu pronto encaminhamento para o serviço de emergência onde foi submetida à TC simples de abdômen que nada evidenciou e DS para avaliação da dor no MID que mostrou oclusão arterial aguda em artéria poplíteia. Diante desse quadro optamos por também estudar a AMS identificando-se uma oclusão do vaso. O tempo decorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de aproximadamente 2 horas e para o tratamento endovascular de 12 horas. Esse consistiu em técnica de embolectomia mecânica com anjojet obtendo-se reestabelecimento do fluxo. Uma laparoscopia não evidenciou de sofrimento de alça. Um eco transesofágico evidenciou lama na aurícula esquerda. A paciente foi anticoagulada e submetida à embolectomia do MID em um segundo tempo. Recebeu alta hospitalar após 20dias estável encontrando-se assim até hoje.

035

Raro Caso de Tumor Glômico em Portadora de Prótese Mitral Biológica e Marcapasso

MENDONÇA, P. A. D.; NASCIMENTO, C. A. S.; NOGUEIRA, A. C.; BRUM, M. A. L. M.; TREML, F. T.; SOUZA, A. P. O.; MOLINA FILHO, J. L. F.; COUTINHO, A. A.; BELEM, L. H. J.

INC

Introdução: Tumores do corpo carotídeo são conhecidos como tumores Glômicos, sendo os paragangliomas mais comuns da cabeça e pescoço. Eles ocorrem mais comumente na bifurcação da carótida comum, como uma massa hipervascularizada. São benignos com pequeno potencial de malignidade, existindo ainda em outras localizações como o bulbo da jugular, no nervo vago e dentro da mucosa do ouvido médio. **Descrição do Caso:** MAS, 69 anos de idade, feminina, hipertensa, portadora de prótese biológica mitral e marcapasso desde 2006, em acompanhamento ambulatorial em nosso Instituto. Foi submetida a Eco-Doppler de artérias carótidas devido a quadro de tonteira, sendo descoberto massa de 2,85x2,24cm de diâmetros na bifurcação da carótida esquerda, hipervascularizada sem outros sintomas relatados pela paciente. **Comentários:** O corpo carotídeo como descrito por Von Haller em 1743, é um órgão altamente especializado, localizado na bifurcação da carótida comum, tendo como função o controle autônomo do aparelho respiratório e cardiovascular. Tumores Glômicos surgem do acúmulo de células quimiorreceptoras, que se desenvolvem a partir da crista neural durante a embriogênese. São tumores raros e representam 0,6% das neoplasias da cabeça e pescoço, e cerca de 0,03% de todas as neoplasias, tendo como a cirurgia, a quimioterapia e a embolização como opções de tratamento. Existem na forma relacionada ao DPOC e às altas altitudes, e também nas formas esporádica (90%) e familiar(10%), sendo encontrados perto de artérias e em nervos cranianos. A forma esporádica é mais comum nas mulheres, enquanto na forma familiar é maior a incidência de tumores bilaterais. O crescimento do tumor pode causar sintomas neurológicos ou mesmo demonstrar um sopro carotídeo.

036

O Ecotransesofágico e o Eco Epiarótico no Diagnóstico da Trombose de Aorta Torácica Sobre Placa Ulcerada.

GUENKA, G.; PECLAT, J. C.; LEAL, F.; SASSI, C.; SPINETI, P.; LYRA, L. P.; BRAGA, A.; ARAÚJO, M. C.; SPIRITO, J. H.; NASCIMENTO, C.

Hospital UNIMED Rio

Introdução: A incidência de trombose da aorta torácica como fonte emboligênica está estimada em 0,8% a 9%, ocorrendo frequentemente sobre a placa aterosclerótica associada à lesão endotelial. A ecocardiografia transesofágica e epiarótica permitem avaliar focalmente a íntima da aorta, assim como a mobilidade, tamanho e inserção do trombo e placa, fornecendo informações importantes sobre os mesmos. **Relato de Caso:** Homem, 49 anos, com câncer de testículo há 6 meses, em quimioterapia há 3 meses, evoluiu com insuficiência arterial aguda de membro inferior esquerdo. O ecodoppler evidenciou trombose de artéria tibial anterior, sendo anticoagulado. Paciente evoluiu com febre e hemoculturas positivas para *S. aureus*. Solicitado ecocardiograma transesofágico para investigar endocardite infecciosa, que não evidenciou vegetação intracardíaca, porém demonstrou presença de imagem ecogênica em aorta descendente, móvel, pedunculada, de superfície irregular, medindo 2,5x1,3 cm, sugestiva de trombo, possivelmente infectado, sendo iniciado antibiótico e mantida anticoagulação plena. A angio-tomografia corroborou os achados e mostrou ainda trombo em aorta infra-renal. Paciente evoluiu com piora do quadro e novo evento embólico periférico, sendo necessária revascularização de urgência e indicada trombectomia direta de aorta torácica. Ecotransesofágico e epiarótico intraoperatório guiaram a aortotomia e a trombectomia, evoluindo com implante de endoprótese para tratamento final da fratura da placa, revelado pela ecocardiografia durante o procedimento cirúrgico. Paciente evoluiu com melhora clínica e alta hospitalar. **Conclusão:** O ecocardiograma transesofágico pré e transoperatório auxiliou no diagnóstico e localização precisa do trombo, guiando a trombectomia e definindo achados que levaram a conversão para endoprótese.

037

Arterite de Takayasu (AT) Com Sintomas Inespecíficos no Laboratório de Ecocardiografia

BRUM, M. A. L. M.; TREML, F. T.; NASCIMENTO, C. A. S.; SOUZA, A. P. O.; COSTA, A. L. C.; SICILIANO, A. P. V. R.; COUTINHO, A. A.; COLA, M. C. T.; MENDONÇA, P. A. D.; BELEM, L. H. J.

Instituto Nacional de Cardiologia

Arterite de Takayasu, tromboartrite oclusiva ou síndrome de Martorell, é uma inflamação crônica dos grandes vasos, de causa desconhecida, acometendo principalmente a aorta e seus ramos. É rara, com distribuição mundial, mais comum no oriente. Ocorre inflamação granulomatosa transmural com fibrose, degeneração da camada média, ocasionando estenoses, oclusões, dilatações e/ou formação de aneurismas. GMM, feminina, 32 anos, com adinamia, cefaléia e emagrecimento há um ano. Há seis meses iniciara dispnéia progressiva aos esforços. Negava claudicação de membros ou sintomas neurológicos. Assistida em serviço de atenção primária de saúde, com diagnóstico de aneurisma aórtico de etiologia indeterminada, sugerido por ecocardiograma prévio. Encaminhada ao nosso serviço (set/2013), realizou novo ecocardiograma, onde se verificou HVE concêntrica moderada, aumento leve de cavidades esquerdas e dilatação aneurismática da aorta ascendente (diâmetro máximo 5,8cm na porção tubular), com insuficiência aórtica grave. Na aorta descendente foi observado turbilhonamento do fluxo no segmento torácico distal, com velocidade de 6m/s, compatível com estenose segmentar grave. EcoDoppler revelou carótida comum direita com estenose segmentar grave, poupando bifurcação e segmentos distais. Carótida comum esquerda ocluída com fluxo colateral amortecido nos segmentos distais. Observou-se, ainda, grave estenose segmentar proximal de artéria subclávia esquerda. Angio-TC de aorta e ramos proximais confirmou os achados. Considerando a inespecificidade dos sintomas e identificação inicial de lesão vascular não-estenótica no caso, é imprescindível elevado nível de suspeição para detecção da AT pelo ecocardiografista, permitindo diagnóstico acurado sem realização de exames invasivos e tratamentos mais precoces.

038

Relato de Caso: Embolia em Bifurcação Aórtica Abdominal Complicada com Pseudoaneurisma de Aorta Tóraco-Abdominal e Oclusão de Artéria Iliaca Comum.

PETISCO, A. C.; BARBOSA, J. E.; SALEH, M.; METZGER, P.; CHEN, J.; JESUS, C.; BETELI, C.; DOURADO, M.; ASSEF, J.; BARRETO, R.

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia

Paciente 18 anos, masculino vítima de Projétil de Arma de Fogo (PAF) em região tóraco-abdominal sem orifício de saída do projétil, hemodinamicamente estável e pulsos presentes. Ao exame físico paraplegia de membros inferiores. Rx de tórax apresentava PAF à nível da 11ª vértebra torácica (T11) a direita. A tomografia de tórax e abdômen demonstrou fratura de T11, com projétil nesta localização. Após 5 dias apresentou cianose de membro inferior direito (MID) com ausência de pulsos femoral e distais. Ao ultrassom imagem ecogênica a nível da bifurcação aórtica e ausência de fluxo em artéria ilíaca direita (AICD). Angiotomografia demonstrou pseudoaneurisma de aorta tóraco-abdominal a 2 cm do tronco celiaco e oclusão de AICD, com presença de projétil em topografia da bifurcação aórtica abdominal. Optado por tentativa de tratamento endovascular com o uso de endoprótese para captura e retirada do projétil sem sucesso. O paciente foi levado ao centro cirúrgico onde realizou laparotomia exploradora para retirada do projétil na bifurcação aórtica e dos stents trombosados em artérias ilíacas. Houve evolução satisfatória com retorno dos pulsos e resolução da isquemia crítica do MID. A embolização por PAF na circulação sanguínea é rara. Relatamos um caso de embolia em bifurcação aórtica abdominal complicada com pseudoaneurisma de aorta tóraco-abdominal e oclusão de AICD, tratada pelos métodos endovascular e cirúrgico.

039

Gemelaridade Conjulgada Tipo Toraco-Onfalópago com Massa Ventricular Única: Avaliação Através da Ecocardiografia Fetal

PINHEIRO, A. R. S.; MURTA, C. G. V.; FRANÇA, L. C.

Clinica Medfetus

A gemelaridade conjulgada incompleta trata-se de uma rara malformação congênita, resultado de uma divisão incompleta do disco embrionário entre os 13º e 15º dia após a fertilização. Corresponde a 1 entre 50.000-100.000 nascidos, sendo que apenas 1 em cada 200.000 nasce vivo. A sobrevida varia de acordo com as malformações associadas. O mais comum descrito é do tipo toraco-onfalópago, onde a junção ocorre a nível de tórax e abdome. O caso a ser relatado refere-se a V.S.G, 28 anos, residente de Ponto Belo-ES, com diagnóstico de gemelaridade conjulgada com 25 semanas de idade gestacional, em exame ultrassonográfico de rotina sendo encaminhado ao nosso serviço – Clínica de medicina fetal Medfetus- Vitória/ ES - , para avaliação morfológica e ecocardiográfica. Os exames físico geral e tocoginecológico não detectaram anormalidades. Em exame para avaliação morfológica, observado fetos de sexo feminino, monocoelômico e monoamniótico, com junção toraco abdominal, presença 1 fígado e massa cardíaca única. Realizado ecocardiografia fetal com 25 e 33 semanas de idade gestacional, onde foi observado átrio morfológicamente direito e esquerdo de ambos os fetos, unidos pelos átrios esquerdos; forame oval pérvio em ambos lados. Conexões átrio-ventriculares e ventrículo arteriais concordantes, não sendo observado obstruções ao fluxo. Ventrículos esquerdos com parede livre única e comunicação de aproximadamente 8mm. Comunicação interventriculares em ambos lados. As imagens registradas em um Samsung Medson V20.

040

Microfistula Av como Causa de Recidiva de Varizes dos Membros Inferiores

ALBRICKER, A. C. L.*; SOUZA, A.*; FREIRE, C. V.**; ALMEIDA, M. C. C.**

CONRAD*; IMEDE**

Trata-se de relato de dois casos de pacientes do sexo feminino, nas décadas de 50 e 60. Foram submetidas à cirurgia de varizes com desconexão safeno femoral. Após 4 anos de pós-operatório apresentaram recidiva das varizes. Realizado ultrassonografia venosa com Doppler dos membros inferiores com os seguintes achados: ao modo bidimensional a veia safena magna não foi visibilizada na junção safeno femoral, sugerindo desconexão com a veia femoral; presença de material ecogênico na luz da veia safena magna em um pequeno segmento do terço proximal da coxa; demais veias isentas de processo trombótico. Ao color Doppler detectou-se recanalização parcial do trombo da veia safena magna e refluxo espontâneo estendendo-se até o terço médio distal da coxa, onde escoava em tributária varicosa. Ao Doppler pulsado havia fluxo de padrão pulsátil em todo o trajeto da veia safena magna, inclusive no segmento onde se encontrava o trombo. Diante dos achados, concluiu-se que havia microfistulas arterio-venosas no interior do trombo e, que o fluxo arterial estendeu-se por todo o trajeto da veia safena magna agravando a hipertensão venosa e provocando varizes secundárias. O refluxo do tronco safênico é considerado o fator hemodinâmico mais importante na doença varicosa provocando alteração na hemodinâmica das veias e hipertensão venosa. A presença de microfistulas arteriovenosas no interior de trombos já foi descrita em pacientes com história de trombose venosa profunda ou superficial. Concluiu-se que a identificação de fistula arteriovenosa no interior dos trombos ainda necessita de explicações relacionadas à fisiopatologia, no entanto, a presença dessas fistulas agrava a hipertensão venosa e pode modificar a abordagem terapêutica.

041**Endocardite Infecçiosa com Febre Recorrente Devido a Corpo Estranho Radiotransparente Intravascular**

CARVALHO, M. B. L.; BICALHO, E. V.; SOUSA, M. R.; LEITE, A. F.; NAVARRO, T. P.; PROCÓPIO, R. J.; SOARES, J. R.; NETO; J. T. A.; OLIVEIRA, G. B.; NUNES, M. C. P.

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Introdução: A inserção e retirada de dispositivos intracardíacos via endovenosa são passíveis de complicações. A literatura existente sobre recuperação de corpo estranho endovenoso consiste principalmente em relatos de caso. Relatamos um caso de endocardite infecciosa (EI) com diagnóstico tardio de persistência de corpo estranho radiotransparente em veia subclávia direita (VSCD) e veia cava superior (VCS) após a retirada de marcapasso (MP). **Descrição do Caso:** Homem, 49 anos, foi submetido a retirada de gerador de MP por infecção, mantido os eletrodos e implantado MP em região contra-lateral. Após 2 semanas, o paciente foi reinternado por sepse secundária ao dispositivo, sendo retirado todo o circuito de MP (bilateralmente) e implantado MP epicárdico. Paciente manteve febre recorrente, sendo encaminhado ao HC/UFMG. Realizada extensa propedêutica para febre de foco indeterminado, com uso de vários esquemas de antibióticos incluindo cobertura para germe isolado em hemocultura (*Enterococcus*), mas permaneceu com febre durante 1 mês de internação. Finalmente, um duplex scan vascular detectou imagem sugestiva de corpo estranho associado a trombo em VSCD e VCS, confirmada pela tomografia computadorizada de tórax. Paciente foi submetido ao procedimento endovascular, com retirada do corpo estranho, que foi identificado como revestimento de cabo de MP, medindo cerca de 10 cm. Evoluiu após o procedimento com melhora clínica e laboratorial indicando resolução completa do quadro infeccioso, recebendo alta após completar 28 dias de antibioticoterapia guiada por cultura. **Comentários:** O diagnóstico de corpo estranho radiotransparente em pós-operatório de retirada de MP pode ser desafiador e deve ser aventado em casos de febre persistente após retirada do circuito de MP. O tratamento endovascular é uma opção terapêutica eficaz.

042**Volúmoso Aneurisma da Artéria Renal Causando Hipertensão Refratária e Associado a Múltiplos Aneurismas Periféricos**

ALCANTARA, M. L.; FELIX, A. S.; SICILIANO, A. P. R. V.; XAVIER, S. S.; PORTO, C. L. L.; ATÍE, J.**

* Proecho Hospital Samaritano do Rio de Janeiro ** Universidade Federal do Rio de Janeiro

Introdução: aneurisma aterosclerótico da artéria renal (AAR) é patologia rara com incidência variando de 0.7-1% . Sua associação com outros aneurismas periféricos é ainda mais rara com real incidência desconhecida. Sua abordagem está indicada em vigência de HAS de difícil controle, gestação, deterioração progressiva da função renal e expansão progressiva. **Descrição do Caso:** paciente masculino 81 anos, portador de cardiopatia isquêmica e estenose aórtica grave deu entrada no serviço de emergência com quadro de queda do estado geral, hipotensão e dor abdominal irradiando para a coluna lombar. O laboratório mostrava leve queda do hematócrito e leve aumento das escórias nitrogenadas. História patológica pregressa relevante : aneurisma de poplitea corrigido e edema agudo pulmonar(EAP) hipertensivo há 1sem. Um Duplex aorto-iliaco mostrava volumoso aneurisma da íliaca comum esquerda(AI) medindo 5.5cm em seu maior diâmetro com área sugestiva de ruptura contida e um volumoso aneurisma fusiforme da AR direita medindo 3.6cm com estenose >60% em seu segmento distal. A angioTC descartou ruptura sugerindo apenas expansão aguda do AI ,confirmou o AAR e sua estenose assim como redução da função renal esquerda. Num, primeiro momento tratou-se por via endovascular o AI e optou-se por tratamento conservador do AAR dado o estado clínico do paciente e as comorbidades associadas. Seguiram-se episódios de picos hipertensivos e novo EAP controlados com nupride havendo piora da função renal e ventricular. Frente à esse quadro e ao tipo de aneurisma (tipo2 proximal), realizou-se angioplastia com colocação do stent no segmento com estenose. Posteriormente o pct ainda foi submetido a colocação percutânea de prótese aórtica do tipo "core valve" com sucesso recebendo alta estável do ponto de vista hemodinâmico e com controle dos níveis tensionais e alguma melhora da função ventricular. **Comentários:** O presente caso relata a associação rara de pct com múltiplos aneurismas periféricos extra-aórticos e diversas comorbidades abordados por técnicas endovasculares proporcionando estabilidade clínica e laboratorial para o mesmo.

043**Atresia das Veias Pulmonares Direitas Associado a Drenagem Anômala das Veias Pulmonares Esquerdas**

TEIXEIRA, G. S. P.; MORAIS, P. L.; MARTINS, C. N.; GONTIJO, M. G. C.

Biocor Instituto

Introdução: A Atresia das veias pulmonares é uma anomalia congênita rara, que continua a ter um prognóstico reservado, com sobrevida de horas a dias dependendo das malformações associadas. **Descrição do Caso:** J.V.M.C, 37 dias de vida, parto vaginal, sem intercorrências. Eco fetal normal. Alta hospitalar junto com a mãe. Cansaço às mamadas desde o nascimento e esporadicamente cianose. Encaminhado ao Hospital Biocor para melhor investigação e tratamento. À admissão: BEG, HOOD SO298%. Pulsos cheios, simétricos, alerta, FC: 137 bmp, bulhas hipofonéticas. AR: MV+, ARA, taquipnéico, FR: 48 irpm. PA: 74x34 mmHg. Abdome: fígado +- 2,5 RCD. Mantido uso de Milrinona e sildenafil (QID). ECO à admissão (26/07/2013): Duas veias pulmonares drenando em veia coletora que conecta-se em sistema porta. As veias do pulmão direito não foram bem visualizadas. AD e VD com aumento moderado. CIA " ostium secundum". IT leve, com PSAP: 110 mmHg (PAD: 8 mmHg). Valva pulmonar com velocidades diminuídas. CAT (27/03/2013): Conexão anômala parcial da veias pulmonares esquerdas para veia porta (infradiaphragmática). Calibre dos vasos reduzidos, tempo de circulação pulmonar prolongada. Não visualizadas veias pulmonares direitas (atresia?). Arco aórtico à direita. AngioTC (01/04/2013): Retorno venoso anômalo das veias pulmonares esquerdas. Veias pulmonares direitas atresicas. Arco aórtico à direita. # Paciente evoluindo com quadro grave, cuja complexidade encontra-se fora de possibilidade terapêutica. Óbito em 03/04/2013. **Comentários:** A Ecocardiografia é elucidativa na avaliação das Anomalias das veias pulmonares, apresentando o Cateterismo e a Angiotomografia como ferramentas diagnósticas auxiliares para melhor definição de conduta e prognóstico destes pacientes graves

044**Síndrome de Hipoplasia do Coração Esquerdo (SHCE) e Drenagem Anômala Total de Veias Pulmonares Obstrutiva (DATVPO): Associação Rara e Grave.**

COSENTINO, C. M.; SHIRAIISHI, K. S.; DUTRA, F. K.; PEDRA, S.; MARTINS, T.; PEDRA, C.; COSTA, R.

Hospital do Coração de São Paulo

A SHCE é uma das mais frequentes e graves anomalias cardíacas diagnosticadas intra-útero. Em menos de 1% dos casos está associada à DATVPO, o que deixa o prognóstico ainda mais sombrio. Neste relato descrevemos uma evolução favorável desta associação graças ao diagnóstico pré-natal preciso seguido de planejamento que permitiu a instalação da terapêutica precoce menos invasiva efetiva. Diagnóstico fetal de SHCE + DATVPO supracardíaca com obstrução na veia ascendente na 31ª semana gestacional. Parto eletivo na 38ª semanas em serviço de cardiologia pediátrica, com Apgar de 6/7/8, sendo realizado intubação orotraqueal, cateterização umbilical e infusão contínua de prostaglandina. A saturação de O2 variava de 30 a 40%. O ecocardiograma confirmou o diagnóstico. O RN foi levado para a sala de hemodinâmica e sendo implantados 2 stents na veia vertical com alívio total da estenose e normalização da SatO2 para 80%. Evolui satisfatoriamente, com estabilidade hemodinâmica e com 3 dias de vida foi submetido a procedimento híbrido, (bandagem seletivas de artérias pulmonares + stent no canal arterial). No 8º dia de vida foi transferido para enfermaria, em ótimas condições clínicas. Esse caso demonstra a importância do diagnóstico pré-natal de cardiopatias críticas para planejamento terapêutico e tratamento específico logo após o nascimento. Isto permitiu uma evolução satisfatória mesmo neste caso em que a associação costuma ter uma evolução extremamente desfavorável, com elevada taxa de óbito neonatal imediato.

045

Tetralogia de Fallot (T4F) com Imperfuração da Valva Pulmonar em Prematuro Extremo. do Diagnóstico Pré-Natal ao Manejo Neonatal. Relato do Caso.

SHIRAIISHI, K. S.; COSENTINO, C. M.; DUTRA, F. K.; PEDRA, S.; MARTINS, T.; PEDRA, C.; COSTA, R.

Hospital do Coração de São Paulo

O diagnóstico pré-natal de cardiopatia tem importante papel no manejo pós-natal acertado de RNs com cardiopatias de apresentação clínica neonatal imediata. Relatamos um caso em que o planejamento pré-natal propiciou uma conduta pós-natal paliativa acertada para um RN prematuro extremo. **Relato:** Paciente do sexo masculino, com diagnóstico pré-natal de T4F e imperfuração da valva pulmonar com fluxo reverso pelo canal arterial (CA). Nascido na 28ª semana gestacional com 790g devido à insuficiência placentária grave diagnosticada na 27ª semana. Foi manejado inicialmente com infusão contínua de prostaglandina, necessitando ventilação mecânica (VM) e nutrição mista. Ao completar 1,5kg foi transferido para serviço de cardiologia para palição percutânea do defeito. O ecocardiograma confirmou o diagnóstico fetal de tetralogia de Fallot, imperfuração da valva pulmonar e artérias pulmonares bem desenvolvidas nutridas pelo CA. Foi submetido à valvoplastia pulmonar percutânea e implante de stent 4,5 x 12mm na via de saída do VD (acesso femoral) reestabelecendo-se o fluxo pulmonar anterógrado. Após o procedimento tolerou a suspensão da protaglandina, sofreu o desmame ventilatório e ganhou peso progressivamente obtendo alta hospitalar 1 mês após a intervenção com 2,4 kg, e alimentação oral. **Conclusão:** Este caso ilustra a importância do diagnóstico pré-natal para programação da palição percutânea de uma cardiopatia grave de difícil manejo no prematuro extremo. A manutenção do CA até a recuperação da fase mais crítica da prematuridade permitiu aplicar recursos da cardiologia intervencionista com peso corporal mais aceitável permitindo sucesso na condução do caso.

046

Miocardiopatia não Compactada em Recém-Nascido – Apresentação Clínica - - Ecocardiográfica e Conduta Terapêutica

SOARES, A. M. I.; PACÍFICO, R. B.; GODINHO, M. S.; ABREU, R. A. P.; NETO, J. C. R.; CRESPO, M. R.; THOMPSON, M. M.; GRILLO, G. S. F.; COELHO, L. B. F.; SOARES, P. J. F.

Hospital Evangélico De Cachoeira Do Itapemirim

Introdução: A miocardiopatia não compactada isolada é uma doença rara, desenvolve-se no período embrionário com a interrupção da compactação miocárdica no início do desenvolvimento fetal, determinando trabeculações miocárdicas proeminentes, com recessos intertrabeculares e espessamento do miocárdio em duas camadas distintas (compactada e não compactada). **Relato do Caso:** Criança com hipótese clínica inicial de pneumonia e choque séptico, transferida de outro serviço com 21 dias de vida após diagnóstico ecocardiográfico de miocardiopatia não compactada e disfunção ventricular esquerda. Peso= 3,060 g, sexo feminino. Recém-nascido evoluiu com várias intercorrências como instabilidade hemodinâmica e arritmias cardíacas (fibrilação ventricular) , inclusive com parada cardio-respiratória. Foi medicada com drogas vasoativas, carvedilol, captopril, furosemida, lidocaína e posteriormente amiodarona. Foi também introduzido sildenafil (inibidor da fosfodiesterase 5 – PDE-5) como tratamento de ICC, uma vez que tem se demonstrado maior expressão da PDE-5 nos miócitos e células musculares vasculares destes pacientes. Todas as sorologias colhidas para vírus, Mycoplasma, Chlamydia, toxoplasmose, rubéola tiveram o IGM não reator. Troponina também negativa. Ao ecocardiograma o aspecto de não compactação do miocárdio se manteve com discreta melhora da fração de ejeção. A tomografia de tórax detectado aumento de volume cardíaco, exibindo trabeculação grosseira do miocárdio. Paciente recebeu alta em uso de medicações cardiológicas, sildenafil, amiodarona e carnitina, encontrando-se estável em acompanhamento ambulatorial. **Comentários:** A miocardiopatia não compactada é uma doença heterogênea com prognóstico reservado e elevado índice de morte súbita. A apresentação deste caso demonstra a gravidade desta patologia na infância e a possibilidade do papel do sildenafil no tratamento de ICC, reiterando a necessidade de mais estudos.

047

Calcificação Arterial Generalizada do Lactente: Relato de Caso e Revisão de Literatura

FAVARO, G.; MIDORI, M.; LOPES, L.; CORDESCHI, T.; MORHY, S.; LEAL, G.; LIANZA, A.; ALMEIA, K.; ANDRADE, J.

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Introdução: A calcificação arterial generalizada do lactente (CAGL) é uma doença autossômica recessiva e geralmente fatal. É subdiagnosticada e em muitos casos tem sua definição na necropsia. Caracteriza-se pela calcificação das artérias, resultando em estenoses vasculares difusas. **Relato de Caso:** Gestante de 28 anos realizou ecocardiografia fetal com 35 semanas que evidenciou calcificações arteriais difusas. Recém-nascido realizou ecocardiografias com 01, 16 e 22 dias de vida que evidenciaram calcificação em anel valvar pulmonar e tronco pulmonar; em anel valvar aórtico e aorta; em topografia de canal arterial; em artéria coronária esquerda e descendente anterior. Com 17 dias de vida realizou angiogramografia que confirmou as calcificações presentes em artéria pulmonar e aorta. Com 15 dias de vida foi realizada tomografia computadorizada de região cervical que evidenciou calcificação em bulbos carotídeos. Com 28 dias de vida foi iniciado o tratamento com pamidronato de sódio. O paciente evoluiu com melhora progressiva das calcificações arteriais. Atualmente com 3 anos de idade, ainda em tratamento com ciclos de pamidronato de sódio endovenoso, apresenta angiogramografia de controle e ecocardiograma normais. **Comentários:** A CAGL geralmente é grave e fatal. O percentual de morte nos primeiros 6 meses de vida é de 85% segundo os dados da literatura. O diagnóstico pré-natal da CAGL é raríssimo. Em 15 casos relatados, apenas 2 casos tiveram diagnóstico intra-útero, sendo que ambos apresentavam casos de irmãos mais velhos com diagnóstico de CAGL. É conhecido o curso rápido e fatal da CAGL, porém são reportados raros casos de sobrevida a longo prazo.

048

Origem Anômala de Artéria Pulmonar Direita de Aorta Ascendente Acarretando Insuficiência Cardíaca Neonatal Precoce e Hipertensão Pulmonar Grave

SOARES, A. M.; TORRES, L. D. F.; LUNZ, L. F.; AZEREDO, L. G.; JR, O. S. H.; SOARES, P. J. F.; PACÍFICO, R. B.; MOTA, P. L.; GRILLO, G. S. F.; ALTOÉ, A. G.

Hospital Evangélico de Cachoeira do Itapemirim

A origem anômala de um ramo da artéria pulmonar na aorta ascendente é uma malformação rara e potencialmente letal. Seu achado isolado sem outras malformações estruturais é ainda mais raro. **Objetivo:** demonstrar dois casos de origem anômala de artéria pulmonar direita (APD) de aorta ascendente em recém-nascidos (RN). Relatos de casos: **Caso 1:** RN apresentando desconforto respiratório precoce no berçário e cardiomegalia ao RX de tórax. Ao ecocardiograma evidenciado a APD emergindo da aorta logo acima do plano valvar aórtico e hipertensão Pulmonar (HP). **Caso 2:** RN com gemência e taquidispnéia logo após o nascimento, evoluindo com PCR com 18 horas de vida. RN com congestão pulmonar importante e cardiomegalia ao RX tórax. Apresentava grande canal arterial ao ecocardiograma e sinais de HP grave. A APD emergia de uma posição alta da aorta ascendente. Foi inicialmente submetido à clípagem do canal arterial no próprio leito. Após a clípagem foi possível realização de angiogramografia de tórax que demonstrou a APD emergindo na extremidade distal da aorta ascendente imediatamente abaixo do tronco braquiocefálico. **Evolução:** Os dois RN foram submetidos à translocação da APD para o tronco pulmonar. Houve melhora significativa da congestão pulmonar ao RX de tórax e dos sinais de HP em ambos os casos no pós-operatório. **Conclusão:** O diagnóstico precoce desta cardiopatia mesmo que rara é fundamental para a condução terapêutica destes pacientes. Apesar da manifestação extremamente precoce nestes dois casos, o diagnóstico ecocardiográfico possibilitou a realização da translocação da APD viabilizando uma mudança no prognóstico.

049

Má Posição Anatomicamente Corrigida das Grandes Artérias: Relato de Caso.

BRITO, M. M.; CARNEIRO, C. A.; SIQUEIRA, A. W. S.; TAGAWA, L. Z.; AIELLO, V. D.; TAVARES, G. M. P.

INCOR – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Má posição anatomicamente corrigida das grandes artérias é uma forma rara de cardiopatia congênita em que as grandes artérias são anormalmente relacionadas umas com as outras, porém surgem acima dos ventrículos anatomicamente corretos. Este é um relato de caso de um paciente com 13 dias de vida encaminhado devido ausculta de sopro cardíaco e taquidispneia. Nascido em outro hospital, de parto vaginal, à termo, peso de nascimento 2840g, sem intercorrências, fazia uso de furosemida. Ao exame físico apresentava-se taquidispneico leve, taquicárdico, com ritmo cardíaco regular em dois tempos, B2 hiperfonética esopro sistólico em ejeção 2+/4+, fígado a 2 cm do rebordo costal direito, pulso simétricos e com boa amplitude. Realizado ecocardiograma que evidenciou comunicação interatrial medindo 3mm, justaposição de apêndices atriais à esquerda, várias comunicações interventriculares, conexão ventrículo-arterial concordante, com aorta anterior e à esquerda e pulmonar posterior e à direita, discreta aceleração de fluxo com gradiente VD-TP máximo de 22 mmHg. Teoricamente há pelo menos quatro tipos diferentes desta patologia, dependendo da combinação segmentar do situs viscerotrial, da posição ventricular e do tipo de má posição das grandes artérias. Não houve acordo consistente a respeito de que malformações cardíacas pertencem à categoria da malposição anatomicamente corrigida, porém várias anomalias associadas são descritas, dentre elas a comunicação interventricular, obstrução da via de saída do ventrículo direito, óstio único de artéria coronária, justaposição dos apêndices atriais, hipoplasia da valva tricúspide, estenose subaórtica e persistência do canal arterial. Na ausência de malformações associadas, está associada com fisiologia normal e pode ser detectada incidentalmente.

050

Janela Aorto-Pulmonar e Síndrome de Goldenhar: Relato de Caso.

LEITE, G. C. P.; NUNES, A. D. S.; FREITAS, N. G. H. B.

Hospital de Pediatria Professor Heriberto Bezerra

Introdução: A Janela aortopulmonar (JAoP) é uma doença rara, correspondendo a 0,1% de todas as cardiopatias congênitas. Em cerca de 50% dos pacientes apresenta-se como defeito isolado. A síndrome de Goldenhar (SG) é muito rara, com incidência estimada de 1,0 para cada 25.000 nascimentos. Apresenta um espectro de malformações óculo-auricular-vertebrais, havendo outras anomalias menos comumente associadas, como as renais e cardíacas. Dentre as alterações cardíacas associadas à SG têm-se descrito Tetralogia de Fallot, Comunicação Interventricular, Transposição dos grandes vasos e Anomalias do Arco Aórtico. **Descrição do Caso:** Paciente do sexo feminino, evoluiu com episódios recorrentes de dispneia e cianose central, sendo realizado ecocardiograma aos 04 meses de vida e evidenciado agenesia de artéria pulmonar direita. Aos 11 meses de vida cateterismo cardíaco evidenciou grande JAoP isolada, em nível de aorta ascendente. Foi submetida à cirurgia cardíaca corretiva aos 01 ano e 07 meses de idade, com sucesso. Além da cardiopatia, esta paciente apresentava microssomia hemifacial e malformação auricular direitas. Os exames imagenológicos realizados aos 04 anos de idade revelaram múltiplas malformações ósseas e vertebrais em corpos cervicais, anomalias em mastoide e ouvido médio direito, agenesia renal direita e rim esquerdo pélvico. Os aspectos clínicos e radiológicos permitiram o diagnóstico da SG. Atualmente a paciente encontra-se sem queixas, em seguimento multiprofissional, com ecocardiograma não evidenciando lesão residual. **Comentários:** O tratamento da JAoP deve ser precoce, para prevenir a doença vascular pulmonar. Apresenta-se caso raro de associação de JAoP isolada e SG, que apesar da correção cirúrgica tardia, houve excelente evolução clínica.

051

Diagnóstico Ecocardiográfico de Fístula Arteriovenosa Pulmonar

ASTOLFI, D. G.; BRITO, A. K. M.; FILHO, J. E. C.; BRANCO, K. M. P. C.; JR, V. C. P.

Hospital de Messejana

Introdução: A presença de fistulas arteriovenosas pulmonares deve ser investigada em todos os pacientes hipoxêmicos sem causa evidente. O objetivo deste trabalho é relatar o diagnóstico ecocardiográfico feito com infusão de microbolhas em paciente cianótica de 5 anos cianótica. **Descrição do Caso:** Paciente do sexo feminino, 5 anos, hipoxêmica crônica, com dois ecocardiogramas prévios de outros serviços normais. Admitida em nosso serviço para avaliação, encaminhada do interior do estado. Ao exame físico, cianótica, com baqueteamento digital, ausculta cardíaca e pulmonar normais. Eletrocardiograma normal, radiografia de tórax normal. Solicitado ecocardiograma com Doppler colorido, que evidenciou inicialmente um exame dentro dos limites da normalidade para a idade. Devido à história clínica de cianose importante, feito a hipótese de fístula arteriovenosa pulmonar e realizado infusão de microbolhas. Após quatro batimentos cardíacos da infusão das microbolhas, no corte apical quatro câmaras, visibilizado grande quantidade do contraste ecocardiográfico chegando no átrio esquerdo através da veia pulmonar inferior esquerda, sendo confirmado hipótese diagnóstica e encaminhado a paciente para estudo hemodinâmico e provável embolização. **Comentários:** Este caso demonstra a necessidade de um estudo ecocardiográfico criterioso e a realização da infusão de microbolhas em todo paciente com história clínica de hipoxemia crônica e exame físico não esclarecedor.

052

Invasão Cardíaca por Melanoma Maligno

GIL, T.; RODRIGUES, C.; MURAD, H.; OLIVEIRA, D.; LOBO, M. E.; PINHEIRO, A.; RENZETTI, D.; KINEIPPE, S.; BATISTA, D.; FILHO, A. S.

Hospital São Vicente de Paulo

Introdução: Os tumores cardíacos metastáticos são muito mais frequentes que os tumores primários. Os melanomas e os carcinomas são os tumores metastáticos mais frequentemente observados no coração e as metástases cardíacas podem ser a primeira manifestação do tumor. **Descrição do Caso:** Um homem de 49 anos, branco, fumante, foi admitido no setor de emergência com queixa de dispnéia. Tinha história de doença pulmonar iniciada quatro semanas antes da internação, tendo sido atendido e tratado em outros hospitais, sem melhora significativa do quadro. A tomografia de tórax evidenciou volumosa lesão cavitária, com nível hidro-aéreo no seu interior, ocupando o lobo inferior do pulmão esquerdo, acompanhado de derrame pleural deste lado. O hemograma era compatível com quadro infeccioso. Tratado inicialmente como pneumonia necrotizante complicada por abscesso pulmonar, recebendo esquema antibiótico de amplo espectro. Realizada broncoscopia que evidenciou lesão infiltrativa obstruindo a árvore brônquica esquerda. As culturas não identificaram o agente etiológico e a biópsia endobrônquica foi inconclusiva. Solicitado um ecocardiograma transtorácico que detectou volumosa massa em átrio esquerdo. Realizado o ecocardiograma transesofágico que evidenciou uma massa medindo cerca de 10 cm, invadindo o átrio esquerdo pela veia pulmonar superior esquerda. Indicada cirurgia para retirada da tumoração. O exame histopatológico e imonohistoquímico revelou se tratar de neoplasia maligna pouco diferenciada, compatível com melanoma maligno. O paciente evoluiu para óbito 12 dias após a cirurgia.

053

Aspectos Clínicos e Ecocardiográficos em Pacientes com o Diagnóstico de Miocardiopatia Adrenérgica (Tako-Tsubo) no Hospital Samaritano (Rio de Janeiro): Relato de 14 Casos.

SICILIANO, A. P. R. V.; ALCANTARA, M. L.; FELIX, A. S.; XAVIER, S. S.; MANSUR, J.; ISSO, M. A.; ALVAREZ, M. C.; CAMILLO, B. Q.

Pro-Echo Hospital Samaritano/DASA

Introdução: A miocardiopatia adrenérgica (MCPA) ou Tako-tsubo é caracterizada por disfunção ventricular esquerda transitória, geralmente desencadeada por estresse emocional ou físico. Sua fisiopatologia está relacionada à estimulação simpática exagerada em resposta ao estresse, com elevados níveis circulantes de catecolaminas. **Descrição do Caso:** Acompanhamos 15 pacientes (pcts) no período de abril de 2009 a setembro de 2013 (78% mulheres), idade média 77±11 (64-96anos). O diagnóstico se fez pela identificação ao ecocardiograma (eco) do padrão clássico de acinesia das porções médio-apicais do VE, abaulamento da ponta e vicariância dos segmentos basais, confirmado por cateterismo em 5pcts, cintilografia 1pct ou evolução ecocardiográfica demais pct. 2pcts apresentavam coronariografia com lesões desproporcionais às alterações segmentares e 1pct apresentava lesão isolada de DA sugerindo coexistência das patologias. Possíveis fatores desencadeadores foram: estresse emocional(4 pct), estresse pós-cirúrgico(3pcts), infecção(4 pct), insuficiência respiratória(1pct) e BAV total(1pct). Os sintomas mais prevalentes foram: precordialgia(35%) e dispnéia (50%), estes apresentando também sinais de congestão ao Rx. Dos 14 eletrocardiogramas analisáveis, todos apresentavam alteração variando de alterações inespecíficas da repolarização à supradesnivelamento de ST em 6pcts(42%). A troponina foi dosada em 13 pct estando elevada em todos, exceto 1 pct. Encontraram-se os seguintes índices de função ventricular ao eco expressos em valores médios com desvio padrão e sua variação: fração de ejeção pelo método de Simpson: 41±9.8%(24% a 60%), strain 2D longitudinal -9±2%(5.8% a 12.8%) e escore de movimentação parietal 2.05±0.28 (1.47 a 2.47). O tempo médio de recuperação foi de 13.5±5.9 dias (variando de 4 a 21 dias). **Comentários:** Nessa população, a MCPA foi mais prevalente em mulheres idosas quando exposta à estresse físico, emocional ou inflamatório. Apesar de transitória, a disfunção cardíaca acrescenta morbidade. A elevada prevalência de doença coronariana nesta faixa etária por vezes coexistente, deve sempre ser considerada como diagnóstico diferencial uma vez que implica em estratégias terapêuticas específicas.

054

Laceração Do Folheto Mitral Após Valvoplastia Percutânea: Importância Do Ecocardiograma 3D

LEITE, A. F.; SOARES, J. R.; CARVALHO, M. B. L.; COSTA, P. H. N.; JUNQUEIRA, L. L.; MACEDO, F. A. M. C.; DOURADO, N. C. S.; MARQUES, V. E. G.; LACERDA, B. E. R. A.; NUNES, M. C. P.

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: A valvoplastia mitral percutânea (VMP) constitui tratamento efetivo para estenose mitral (EM) reumática. Embora seja um procedimento seguro, complicações tem sido descritas. Relatamos um caso de VMP que evoluiu com regurgitação mitral (RM) importante secundária à laceração do folheto mitral. **Descrição do Caso:** Mulher, 48 anos, apresenta-se com dispnéia relacionada aos esforços. **Exame físico:** hiperfonese de B1, estalido de abertura e sopro mitral holodistólico. Ecocardiograma demonstrou EM reumática importante (área valvar: 0.7 cm²; PSAP: 60 mmHg) com intensa calcificação dos folhetos, porém com escore de 7 e anatomia favorável para VMP. Submetida à VMP guiada por ecocardiograma, sendo realizada três dilatações. Após o procedimento, os parâmetros hemodinâmicos melhoraram e a área valvar aumentou para 1,2 cm², entretanto ecocardiograma 3D detectou RM importante associada à laceração do folheto posterior. Apesar da complicação, a paciente permaneceu estável hemodinamicamente e não apresentou congestão pulmonar. Realizado troca valvar mitral com implante de prótese biológica após 4 semanas, sendo confirmado laceração do folheto posterior. A paciente evoluiu sem intercorrência no pós-operatório. **Comentários:** RM constitui uma das complicações agudas mais comuns após VMP. Seu mecanismo está relacionado à lesão do aparato subvalvar e/ou dos folhetos, mais comumente do posterior. Cerca de 0,9-2,0% dos casos requerem troca valvar de urgência, diferentemente da paciente em questão, que provavelmente permaneceu sem sinais de congestão devido à intensa calcificação que manteve firme a estrutura do anel valvar mitral. Destaca-se a importância da realização de ecocardiograma 3D para estudo da valva mitral e esclarecimento do mecanismo da RM pós-VMP.

055

Anomalia do Músculo Papilar Causando Obstrução Dinâmica na Cardiomiopatia Hipertrófica - Avaliação ao Eco 3D

PALIS, A. C. M.; PALIS, F. C. B.; MAIA, V. G.; LACOSTE, M. O.; SOUTO, S. C.; JUBRAM, F. C.; GUIMARÃES, L. F. P.; MACHADO, J. L.; MARINHO, T. A.; CASTRO, M.

Hospital Quinta D'or

Introdução: A cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva (CMPHO) é uma patologia que afeta o miocárdio provocando hipertrofia e desarranjo miofibrilar típico. Algumas anomalias associadas ao aparato subvalvar mitral como a inserção anômala dos músculos papilares (IAMP) podem estar presentes na CMPHO. Embora muitas vezes não diagnosticadas podem justificar a obstrução e os sintomas clínicos dos pacientes. **Descrição do Caso:** Paciente masculino, 66 anos, hipertenso, dislipidêmico e coronariopata deu entrada no hospital com quadro de síncope. O eletrocardiograma demonstrou BAV de 2º Grau Mobitz I. Portador de 3 'stents' coronarianos negava precordialgia ou infarto prévio. Referiu ter tido AVC isquêmico há 3 meses tratado com trombólise, sem sequelas. Na ocasião fez ecoDoppler de carótidas e vertebrais e eco transesofágico (ETE) que revelou CMPH não obstrutiva e trombo no apêndice atrial esquerdo. O ecocardiograma transtorácico desta internação revelou dupla lesão aórtica degenerativa com predomínio de estenose aórtica moderada, aumento do AE com regurgitação leve a moderada e CMPHO com gradiente médio ventricular de 59 mmHg. Para melhor compreensão da fisiopatologia da síncope, procedeu-se ao ETE 3D que revelou importante hipertrofia ventricular esquerda com predomínio das paredes septal e anterolateral médias; hipertrofia, deslocamento e IAMP. Estes achados provocavam diminuição da cavidade do VE, produção de gradiente médio ventricular alto de 100 mmHg, por efeito de ampulheta na sístole ventricular e regurgitação mitral moderada a importante. Ausência de trombos. Demais achados já relatados nos ecocardiogramas anteriores. **Comentários:** O eco 3D provê benefícios superiores ao eco 2D na acurácia da imagem e da relação espacial e dinâmica do aparato subvalvar na CMPHO.

056

Investigação das Alterações Ecocardiográficas em Pacientes com Doença Falciforme Acompanhados no Hospital Universitário Pedro Ernesto

BEDIRIAN, R.; CASTIER, M. B.; MAIOLI, M. C. P.; SOARES, A.; MEDEIROS, J.; EMERICK, C.

Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ

A Doença Falciforme engloba um grupo de anemias hemolíticas hereditárias, caracterizadas pela presença da hemoglobina S na hemácia. As alterações mais comumente descritas são hipertensão pulmonar e aumento das cavidades direitas. Foram estudados 35 pacientes com anemia falciforme, com média de idade de 33 anos (máximo de 70 e mínimo de 18 anos), sendo 15 homens e 20 mulheres. 74% dos pacientes tinham fenótipo HbSS e 26% outros fenótipos de hemoglobina. Nesta amostra de pacientes o ecocardiograma mostrou valores mais alterados nos diâmetros do ventrículo esquerdo, sendo o diâmetro diastólico 5,67cm nos pacientes com HbSS e 5,23 cm nos demais pacientes. A medida da fração de ejeção apresentou valores médios normais, com média de 69% nos pacientes HbSS e 71,2% nos outros fenótipos. Os resultados da pressão sistólica da artéria pulmonar foram anormais em 54,6% dos casos, com média de 29,3mmHg nos indivíduos HbSS e 25,3mmHg nos outros fenótipos. Porém o diâmetro ventricular direito mostrou-se normal na maioria dos pacientes (média = 2,08cm), sendo maior no grupo com HbSS (2,15cm) em relação aos demais fenótipos (1,88cm).

057**Miocardiotopia de Takotsubo - Agregando Métodos Diagnósticos**

FERNANDES, F. V.; CARVALHO, I. G. P.; ABREU, B. N. A.; LAMACIÉ, M. M.; MOREIRA, V. M.; CARNEIRO, A. C. C.; MAGALHÃES, T. A.; GOMES, H. J. A.; ROCHITTE, C. E.; FERNANDES, F. V.

HCOR – Hospital do Coração, Associação do Sanatório Sírio

Paciente do sexo feminino, 75 anos, hipertensa em tratamento regular. Procurou pronto-socorro (PS) com dor precordial típica durante o esforço físico. Na admissão não apresentava alterações ao exame físico. ECG evidenciou inversão de onda T de V1-V6, DI, aVL, Troponina Ultrassensível na 1ª dosagem, com 16h do início da dor, de 1,41ng/dl [VR<0,034 ng/ml], e 1,12ng/dl 22h após. CKMB Massa de 7,93, 4,65 e 2,99ng/ml [VR<2,37ng/ml], na 1ª, 2ª e 3ª coletas, respectivamente, com intervalo de 6 horas. Ao ECO apresentava disfunção ventricular esquerda com FEVE=41%, hipocinesia importante em região apical e do segmento distal do septo inferior. Realizou cineangiogramia coronariográfica, que não evidenciou redução luminal coronária, à ventriculografia esquerda apresentava acinesia em região anteroapical. Ressonância magnética cardíaca, evidenciou FEVE=49%, secundária à hipocinesia dos segmentos inferosseptal, anteroseptal e inferolateral mediais, lateral e inferior apicais, observando-se morfologia de balonamento médio ventricular esquerdo durante a sístole, compatível com Miocardiotopia de Takotsubo do tipo médio ventricular. Apresentava edema miocárdico importante em todos os eixos curtos médio e apicais do VE quando comparado aos cortes basais, nas imagens pesadas em T2. Não apresentava fibrose miocárdica nas imagens de realce tardio. Evoluiu bem clinicamente, com melhora significativa da função ventricular (FEVE=63%) no ECO realizado no 6º dia de internação. Recebeu alta hospitalar no 8º dia, com acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** A cardiomiopatia de Takotsubo foi descrita há aproximadamente duas décadas, no Japão. Síndrome cardíaca caracterizada por disfunção transitória do ventrículo esquerdo com dor torácica, alterações eletrocardiográfica e enzimas, mimetizando IAM. Ausência de coronariopatia obstrutiva e a reversibilidade da disfunção do ventrículo esquerdo são conceitos importantes para o diagnóstico. A principal abordagem consiste no suporte hemodinâmico.

058**Stent Percutâneo para Tratar Estenose de Veia Pulmonar Após Ablação com Auxílio do Ecocardiograma Transesofágico**

MATTOSO, A. A. A.; OLIVEIRA, A. D. D.; RABELLO, A. C.; PINHEIRO, L. G. A.; SILVA, G. R.; DUARTE, M. L.; FERREIRA, E. T.

Hospital Santa Izabel

Homem, 33 anos, portador de fibrilação atrial paroxística e antecedente de ablação há 9 anos. Apresentou recorrência da arritmia sendo submetido a nova ablação. Evoluiu após o procedimento com quadro de insuficiência respiratória necessitando uso de ventilação mecânica. Após estabilização do quadro clínico foi detectado oclusão de veia pulmonar superior esquerda (VPSE) e estenose suboclusiva de veia pulmonar inferior esquerda (VPIE). Evoluiu com dispnéia a grandes esforços. Foi submetido, eletivamente, a angioplastia de veia pulmonar com auxílio intra-operatório do ecocardiograma transesofágico (ETE). Inicialmente, ao ETE não foi detectado fluxo em veias pulmonares esquerdas, apenas mínima passagem de microbolhas em VPID. Realizado angioplastia de VPID com implante de stent Dynamic 8,0/15 mm com acompanhamento ETE sem intercorrências. Foi demonstrado restauração do fluxo em VPIE, com stent pérvio e bem expandido e VPIE medindo cerca de 1,0 cm de diâmetro e com velocidade de fluxo de 86cm/s. Paciente evoluiu assintomático. Estenose de veia pulmonar após ablação para fibrilação atrial é pouco diagnosticada. Dados de literatura indicam melhora sintomática na maioria dos pacientes submetidos ao tratamento percutâneo (1). (1) Transcatheter Angioplasty for Acquired Pulmonary Vein Stenosis After Radiofrequency Ablation. Athar M. Qureshi; Lourdes R. Prieto; Larry A. Latson, et al. Circulation. 2003;108:1336-1342.

059**Uso de Novas Técnicas para Avaliação da Função Segmentar**

MAIA, V. G.; PALIS, A. C.; PALIS, F. C. B.; JUBRAM, F. C.; GUIMARÃES, L. F. P.

Hospital Quinta D'or

Introdução: O valor da ecocardiografia para avaliação da função sistólica do VE e do VD é inquestionável, sendo importante preditor de morbidade e mortalidade. No entanto, a avaliação visual da contratilidade e fração de ejeção é operador dependente, limitando muitas vezes a acurácia do método. Novas técnicas surgiram no intuito de aumentar a sensibilidade e acurácia na avaliação da doença isquêmica do coração. **Caso Clínico:** GLS, masculino, 66 anos, hipertenso, dislipidêmico, portador de apnéia do sono e tireoide de Hashimoto interna com quadro de dor torácica tipo A. Nega outros fatores de risco associados. Exame físico sem alterações, duplo produto controlado, eletrocardiograma não mostrou alterações sugestivas de isquemia, curva enzimática apresentou segunda dosagem de troponina no limite da normalidade. Ecocardiograma transtorácico evidenciou cavidades com dimensões dentro da normalidade, função sistólica global e segmentar do VE preservada, função diastólica normal, raiz da aorta e valvas cardíacas sem alterações. Strain mostrou-se reduzido nos segmentos basais da parede anterior e antero lateral e médio basal do septo anterior. Paciente encaminhado para coronariografia evidenciando lesão grave em segmento médio da artéria descendente anterior sendo realizado angioplastia primária. **Comentários:** O desenvolvimento de novas técnicas de avaliação miocárdica como o Doppler tecidual e o Strain (derivadas do TDI ou speckle tracking) permitiu maior sensibilidade e acurácia na detecção de alterações da contratilidade miocárdica. A análise subjetiva da função segmentar, sendo operador dependente, não mostrou alteração, o que foi notado na técnica do Strain derivado do speckle tracking, sendo possível localizar a artéria relacionada ao infarto.

060**Pseudoaneurisma da Fibrosa Intervalvar Mitro-Aórtica (FIMA) nos Pós-Operatório de Troca Valvar Aórtica.**

TEIXEIRA, G.; VRANDECIC, B. A. L. M.; PEDROSA, C.

Hospital Biocor

Introdução: O pseudo-aneurisma da FIMA é uma complicação rara, mas possível, da cirurgia de troca valvar aórtica, sendo o ecotransesofágico uma importante ferramenta diagnóstica, por ser de fácil acesso e precisa. **Descrição do Caso:** E.A.C, 51anos, masculino, hipertenso, dislipidêmico, obesidade e pós-operatório tardio de correção de dissecação aórtica tipo A com implante de conduto não valvado há 10anos. Ecocardiograma para liberação de atividade física evidenciou: aneurisma da raiz da aorta associada à regurgitação aórtica moderada, sendo encaminhado para internação hospitalar e propedêutica. AngioTC: Dilatação sacular da raiz aórtica (9,0x5,2x6,8cm), envolvendo a emergência das artérias coronárias. Conduto não valvado em aorta ascendente (AoA) normal. CAT: Ectasia da coronária direita e do tronco da coronária esquerda. Realizada cirurgia com colocação de conduto valvado de pericárdio bovino no27 com reimplante de óstio de coronárias. Ecotranstorácico pós-operatório: Bioprótese aórtica normofuncionante; imagem sugestiva de pseudoaneurisma em fibrosa intervalvar com shunt VSVE-AE. Realizado ecotransesofágico para melhor elucidação diagnóstica: Bioprótese aórtica normofuncionante. Conduto aórtico normal. Pseudoaneurisma em fibrosa intervalvar mitro-aórtica, medindo 1,2cm de comprimento, associada a shunt VSVE-AE. Regurgitação mitral leve (regurgitação mitral+fstula). Aumento leve de AE. FE:64%. Paciente se manteve assintomático, com parâmetros ecocardiográficos estáveis, sem sinais de progressão da regurgitação VE-AE e manutenção da dinâmica valvar aórtica normal, sendo mantido em tratamento clínico, pela fragilidade da FIMA (reoperação). **Comentário:** A ecotranstorácico tem sido utilizado para o diagnóstico de complicações da raiz da aorta e pseudoaneurismas na FIMA. No entanto tem sensibilidade limitada na avaliação de lesões posteriores, particularmente nas válvulas aórticas protéticas, sendo o ecotransesofágico o método ideal para melhora substancial no diagnóstico de tais lesões.

061

Seguimento Ecocardiográfico de Hipertensão Pulmonar Primária

PUCHALSKI, M.*; MENTI, E.**; SPILIMBERGO, F.*; MEYER, G*.

* Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre ** Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul

A Hipertensão Pulmonar Primária geralmente se manifesta em adultos jovens, sendo a forma idiopática rara (2 casos por 1 milhão de pessoas). A evolução é desfavorável e está relacionada a falência do ventrículo direito com uma média de sobrevida 2-3 anos após o diagnóstico sem tratamento. Os achados ecocardiográficos dos níveis pressóricos, tamanho de cavidades direitas e de resistência na circulação pulmonar apresentam boa correlação clínica e fornecem alternativa ao acompanhamento da gravidade e evolução da doença. Relatamos o caso de um menino de 12 anos com diagnóstico de HAP idiopática aos 5 anos, classe funcional NYHA IV ao diagnóstico, que apresentou parada cardiorespiratória durante tentativa de cateterismo direito, sendo optado por seguimento ecocardiográfico da doença. A piora de classe funcional e o acréscimo de medicações para tratamento da hipertensão pulmonar refletiam diretamente nos maiores e menores níveis de pressão pulmonar e da resistência vascular pulmonar durante a evolução. Após 6 anos de seguimentos, devido a refratariedade da doença ao tratamento clínico, o paciente foi submetido a transplante pulmonar bilateral com drástica redução da pressão pulmonar e resolução completa do quadro de cor pulmonale. O presente caso alerta para a importância dos métodos não invasivos na avaliação e seguimento dos pacientes com hipertensão pulmonar e ilustra didaticamente a capacidade adaptativa do ventrículo direito com surpreendente resposta após remoção da hipertensão pulmonar. Em comparação à avaliação invasiva da pressão sistólica pulmonar, observa-se índice de correlação de 0,95 a 0,97, e 0,96 para RVP.

062

Localização Incomum de Fibroma Cardíaco Causando Obstrução na Via de Entrada do Ventrículo Direito.

MATTOSO, A. A. A.; MOITINHO, R. F.; PINHEIRO, L. G. A.; SILVA, G. R.; DUARTE, M. L.; FERREIRA, E. T.

Hospital Santa Izabel

Homem, 43 anos, admitido com celulite em membros inferiores, febre esporádica e dispnéia aos grandes esforços. Evidenciado sopro borda esternal. Submetido a ecocardiograma transesofágico que evidenciou valva tricúspide com aspecto e movimentação normais e presença de estrutura hiperrefringente, estendendo-se acima do anel tricúspideo e preenchendo o apêndice e parte da parede atrial direita (até próximo a desembocadura da veia cava superior), gerando efeito de estenose supravalvar tricúspide de grau importante (gradiente médio átrio direito e ventrículo direito de 9,0mmHg). Ressonância cardíaca evidenciou lesão infiltrativa de limites imprecisos e contornos mal definidos acometendo porção lateral do anel tricúspide e ocupando parcialmente o apêndice atrial direito determinando obstrução parcial da via de entrada do VD e dilatação da veia cava inferior. Realce periférico, com área central sem realce (necrose). Submetido a cirurgia cardíaca evidenciando grande massa infiltrante na parede do átrio direito, sem delimitação clara, estendendo-se no anel da valva tricúspide causando importante restrição ao fluxo anterógrado através desta valva. Ressecado o possível da massa com comprometimento da valva tricúspide, sendo realizado troca valvar com implante de prótese biológica tricúspide e reconstrução do átrio direito com pericárdio bovino. Encaminhado material para anatomo-patológico que demonstrou fragmentos de massa tumoral de átrio direito consistente com fibroma cardíaco (FC). FC frequentemente envolve o septo ventricular e parede livre do ventrículo esquerdo. Envolvimento das câmaras direitas é extremamente raro. Embora seja um tumor benigno é clinicamente importante a medida que pode apresentar-se com sintomas de obstrução nas vias de entrada e vias de saída como no caso relatado (1). (1) Albert Teis, et al. Unusual Location for a Large Cardiac Fibroma. Circulation. 2011; 124: 1481-1482

063

Disfunção Sistólica do Ventrículo Esquerdo em Potenciais Doadores de Órgãos: Estudo da Prevalência.

FALCÃO, S. N. R. S.*; COSTA, F. F.*; CAVALCANTE, F. F. G.*; CABRAL, U. V.*; FALCÃO, J. L. A. A.*; FERREIRA, C. M.**; BASTOS, M. M.**; COSTA, L. C.**; ROCHA, I. C. Q.**; FILHO, J. E. C.*

* Hospital de Messejana ** Universidade de Fortaleza

Introdução: A função sistólica do ventrículo esquerdo é um aspecto de grande importância na avaliação do potencial doador de órgãos. A má manutenção do doador é uma das principais causas do não aproveitamento dos órgãos para transplante e no âmbito cardíaco é a disfunção sistólica o principal indicador da inadequada manutenção do doador. Embora de fácil execução a beira leito, a realização rotineira do ecocardiograma na avaliação dos potenciais doadores é pouco realizada nos centros transplantadores, sendo o real impacto da disfunção ventricular pouco conhecido. **Objetivo:** avaliar parâmetros ecocardiográficos de potenciais doadores adultos (>18 anos) de coração em um estado brasileiro. **Metodologia:** estudo descritivo, retrospectivo, utilizando os resultados das avaliações ecocardiográficas dos potenciais doadores de coração do estado do Ceará, Brasil, no ano de 2012. **Resultados:** Foram identificados 156 potenciais doadores adultos, sendo que 85 foram submetidos a avaliação ecocardiográfica. Destes, a média de idade foi de 33,6 anos (18- 54 anos), sendo que 79% eram do sexo masculino. Vinte e sete potenciais doadores (32%) apresentavam disfunção na contratilidade miocárdica, sendo 19 com disfunção difusa e 8 com disfunção segmentar do miocárdio. Em 17 (20%) pacientes, observou-se FEVE < 50%. A maior causa de óbito foi traumatismo crânioencefálico (66%) seguida de AVC hemorrágico (26%). Dos potenciais doadores com disfunção sistólica, a causa de óbito por traumatismo crânioencefálico (76%) foi ainda mais frequente; e 58% estavam em uso de antibiótico durante a avaliação. Todos os pacientes estudados faziam uso de drogas vasoativas no momento da avaliação. Nenhum paciente com FEVE < 50% foi disponibilizado

064

Insuficiência Tricúspide Secundária a Síndrome Carcinóide: Relato de Caso

FALCÃO, S. N. R. S.*; CABRAL, U. V. C.*; COSTA, F. F.*; CAVALCANTE, F. F. G.*; SILVA, W. A.*; FALCÃO, J. L. A. A.*; BESSA, V. R.*; SILVA, R. P.***; FILHO, J. C. J. P.**; FILHO, J. E. C.*

* Hospital de Messejana ** Universidade de Fortaleza *** Universidade Federal do Ceará

Introdução: Insuficiência tricúspide (IT) é um achado frequente na ecocardiografia transtorácica (ETT), podendo ser observada em indivíduos normais, em grau discreto, e em diversas patologias. A hipertensão pulmonar é comumente implicada na presença da IT. Síndrome carcinóide é causa rara de insuficiência tricúspide secundária por retração do aparato subvalvar, consequente a processo inflamatório. **Objetivo:** Relatar caso de paciente portador de insuficiência tricúspide secundária a síndrome carcinóide. **Relato de Caso:** Paciente, masculino, 67 anos, foi encaminhado para investigação de dor precordial, taquicardia, rash cutâneo acompanhado de dispnéia iniciados há seis meses. Na anamnese, paciente relatava diarreia e perda de peso significativa nos últimos meses. Exame físico apresentava sopro sistólico (+4/6) no foco tricúspide, hepatomegalia e edema de membros inferiores. No ETT foi evidenciado insuficiência tricúspide importante por falha na coaptação das válvulas por retração intensa do aparato subvalvar. Não foi observado dilatação de tronco da pulmonar ou qualquer dado sugestivo de hipertensão pulmonar. Foi realizado cateterismo cardíaco com medidas invasivas das pressões de câmaras direitas que confirmou presença de insuficiência tricúspide importante e pressão de artéria pulmonar normal. Ultrasonografia de abdome evidenciou nódulos hepáticos, intensamente vascularizados a tomografia de abdome com contraste. A biópsia revelou neoplasia indiferenciada. Os sintomas melhoraram com o uso de diuréticos e ranitidina (anti-histaminico). **Conclusão:** Excetuando-se casos de cardiopatia congênita (Anomalia de Ebstein), a presença de insuficiência tricúspide sem hipertensão pulmonar é extremamente rara. Nesta circunstância, a síndrome carcinóide deve ser pesquisada.

065

Grande Massa em Átrio Direito Aderida ao Eletrodo de Marca-Passo Definitivo em um Ecocardiograma de Rotina com Má Evolução em Curto Prazo

TIBA, L. M.; PANHOCA, I.; SOUSA, F.

Hospital Santa Cruz – São Paulo

Introdução: Massa aderida em eletrodo de marca-passo (MP) definitivo pode ser um achado incidental, geralmente relacionada à trombose silenciosa. Relatamos um caso de uma grande massa em átrio direito (AD) aderida ao eletrodo de MP definitivo em um ecocardiograma (ETT) de rotina, que teve má evolução em curto período de tempo.

Relato de Caso: M.F.N.F., 55 anos, feminino, diabética, com MP definitivo há 1,5 ano e antecedente de AVC isquêmico há dois meses, foi encaminhada para realizar um ETT de rotina que mostrou câmaras normais com massa ecodensa e homogênea de 2,9 x 2,8 cm no AD, aderida ao eletrodo do MP. Hemograma e bioquímica sem alterações significativas. O Eco transesofágico, 3 dias após, mostrou além da grande massa, múltiplas outras pequenas massas pedunculadas aderidas no eletrodo do MP. Optado por ressecção cirúrgica, porém, a paciente apresentou picos subfebris, com hemoculturas positivas para *Enterococcus faecalis*. O hemograma de controle mostrou leucocitose importante com neutrofilia e desvio para a esquerda, e proteína C-reativa bastante elevada. Apesar da antibioticoterapia, evoluiu rapidamente com quadros de bacteremia, taquidispneia, insuficiência respiratória, progredindo para choque e parada cardiorrespiratória 6 dias após a internação, sem resposta às manobras de ressuscitação.

Discussão: Trombos em eletrodo de MP definitivo não são incomuns. Vegetações são raras, e a associação de trombo e vegetação são mais raras, com morbimortalidade elevada. A infecção superimposta em um trombo aderido em eletrodo de MP ocorre, geralmente, por disseminação hematogênica e muitas vezes é impossível diferenciar-se entre um trombo e vegetação pelo Ecocardiograma.

066

Endocardite Aórtica, Tricuspeida e Pulmonar em Paciente Cirrótico. Acompanhamento com Eco 3D

PALIS, A. C. M.; MAIA, H.; MAIA, V. G.; PALIS, F. C. B.; GUIMARÃES, L. F. P.; SOUTO, S. C.; CASTRO, M.; LACOSTE, M. O.; JUBRAM, F. C.; MACHADO, J. L.

Hospital Quinta D'or

Introdução: Sabendo-se que a endocardite infecciosa (EI) é uma doença grave, com alta taxa de morbimortalidade e que é mais prevalente em determinada população de alto risco, o diagnóstico preciso faz-se necessário afim de se iniciar um tratamento mais planejado e eficaz.

Descrição do Caso: JJRP, sexo masculino, hipertenso, diabético, tabagista, cirrótico, portador do vírus C e de varizes esofágicas veio transferido de outro hospital com o diagnóstico de EI por *Staphylococcus epidermidis* em prótese biológica aórtica (PBA), colocada em 2008, que se apresentava estenótica de grau severo. Iniciou 3 antibióticos, recrudescendo a febre. Um mês após fez quadro de diplopia que confirmou AVC. Fez novo ecocardiograma (ETT) que identificou a mesma vegetação filiforme em PBA e nova vegetação em valva tricúspide (VT). Evoluiu com insuficiência renal (IR), troca de antibióticos, e acompanhamento com Eco3D, que revelou novas vegetações em valva pulmonar e cateter na veia cava superior (VCS); embora não mais se detectasse a vegetação na PBA e sim uma visão de estenose 'por dentro da prótese'. Operado 3 meses após sua internação, substituiu a PBA, limpou e plástiou a VT e os achados cirúrgicos e anátomo patológicos eram muito semelhantes aos descritos pelo Eco3D. Apresentou nos meses seguintes piora da função renal, discrasia, desconcompensação hepática, vindo a falecer por sepsis abdominal 176 dias após sua internação. O último ETT não detectou nenhuma infecção valvar.

Comentários: A resolução espacial do Eco3D permitiu definir com mais acurácia as lesões em estruturas cardíacas de difícil avaliação ao eco2D e a melhor correspondência com achados anátomo patológicos.

067

Endomiocardiopatia Diagnóstica em sua Fase Super - Aguda, Complicada com Extensa Trombose Biventricular e Submetida à Ressecção Cirúrgica dos Trombos

ALCANTARA, M. L.; SICILIANO, A. P. R. V.; FELIX, A. S.; BENCHIMOL, C.; ZUCCHARO, A.; MANSUR, J.; MIGUEL, R.; XAVIER, S. S.

Proecho Hospital Samaritano do Rio de Janeiro

Introdução: A endomiocardiopatia (EMF) é patologia em sua grande maioria diagnóstica apenas em sua fase crônica. Pouco se sabe a respeito de sua etiopatogenia e desenvolvimento na fase aguda. Os pacientes (pcts) evoluem em sua quase totalidade para uma Miocardiopatia Restritiva com deterioração progressiva e sintomas de insuficiência cardíaca (IC). O tratamento atual se baseia em transplante cardíaco.

Descrição do Caso: pct feminina, 27 anos, portadora de doença inflamatória intestinal crônica, deu entrada no serviço e emergência com quadro de dor torácica e cansaço. Os achados iniciais ao ecocardiograma (ED) e ressonância nuclear magnética (RNM) eram de fina lâmina de líquido pericárdico e hipertrofia apical com função sistólica e diastólica preservada, sugerindo Miocardiopatia Hipertrofica Apical como achado incidental. Cinco meses depois o quadro se agravou com dispnéia aos pequenos esforços, dor à palpação do hipocôndrio direito e inchaço abdominal. Um novo ED evidenciou intenso depósito de trombos em ambos os ventrículos, hiperrrefringência subendocárdica, padrão diastólico restritivo e baixo débito por marcada redução do enchimento ventricular. Uma 2ª RNM evidenciou intensa fibrose endocárdica biventricular e extenso depósito de trombos em ambos os ventrículos estendendo-se para a via de saída do VD. Foi submetida à cirurgia de emergência para retirada dos trombos e liberação das cavidades ventriculares e ressecção parcial do tecido fibrosado. A biopsia de várias regiões foi compatível com endomiocardiopatia envolvendo ambos os ventrículos e átrios. Quatro meses após a cirurgia a paciente apresenta sinais progressivos de restrição diastólica notadamente das cavidades direita e congestão sistêmica encontrando-se em fila para transplante cardíaco.

Conclusão: O caso suscita interesse pelo diagnóstico na fase hiperaguda e sua abordagem podendo-se dessa forma obter valiosa informação sobre a história natural dessa doença.

068

Caracterização de um Escore Doppler Ecocardiográfico para Quantificação da Regurgitação Valvar Mitral

JR, T.; MACIEL, B.; SCHIMDT, A.; FILHO, A. P.; ROMANO, M. M. D.

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

A regurgitação mitral (RM) é a lesão valvar mais comumente encontrada na prática clínica moderna. A caracterização precisa da magnitude de regurgitações valvares e das repercussões funcionais a elas associadas ainda persiste como um dos grandes desafios da cardiologia clínica contemporânea. A Doppler Ecocardiografia com mapeamento de fluxos a cores é o método de escolha para avaliação de lesões valvares, em se considerando seu maior nível de validação, alta disponibilidade e baixo custo; entretanto ainda não temos um índice que integre todos os parâmetros quantitativos. Devido à sua alta reprodutibilidade, a ressonância (RMC) pode ser útil no acompanhamento longitudinal de volumes e fração de ejeção em indivíduos portadores de lesões regurgitantes. Um dos pontos fortes da RMC na avaliação das valvopatias é a sua habilidade de mensurar de forma precisa o volume e a fração regurgitantes, na insuficiência valvar. Com objetivo de caracterizar um índice Doppler Ecocardiográfico multifatorial para quantificação da regurgitação valvar mitral estudamos 105 pacientes portadores de regurgitação mitral crônica, 53 homens (50,5%) com idade variando entre 15 a 83 anos que foram submetidos aos estudos de DEC e RMC com intervalo médio entre os exames de 11 dias, sendo que utilizamos os volumes regurgitantes pela RMC como sendo referência. Os dados obtidos através das análises das curvas ROC obtidas com os valores dos Escores: Regurgitações moderadamente graves (VR≥45ml) e Escore 1, uma área sobre a curva de 0,94 - com valor de corte de 172 e com o Escore 2, uma área sobre a curva de 0,95 - com valor de corte de 4520.

069

Tromboembolismo Pulmonar (TEP) Submaciço Cursando com Extensa Rede de Colaterais Aorto - Pulmonares

FILHO, J. L. F. M.; WEITZEL, L. H.; GUENKA, G. A.; BRUM, M. A. L. M.; MENDONÇA, P. A. D.; SOUZA, A. P. O.; TREML, F. T.; COUTINHO, A. A.; BELÉM, L. H. J.

Instituto Nacional de Cardiologia

Introdução: As colaterais aortopulmonares (CAP) são descritas na Atresia Pulmonar e cardiopatias congênitas com grave hipofluxo pulmonar. Apresentaremos um caso clínico em que elas se desenvolveram após TEP. **Descrição do Caso:** Homem de 62 anos, osteossíntese femoral esquerda há 5 anos, sem comorbidades, iniciou quadro de tosse seca e dispnéia aos pequenos esforços 20 dias antes. ETT: aumento de cavidades direitas, disfunção do VD, PSAP 67 mmHg, trombo recente aderido na tricúspide e artéria pulmonar direita, fluxo turbulento sistólico com padrão fistuloso ao supraesternal (PCA?). Exame clínico: assintomático, estável, RCR, B2 desdobrada, B3 de VD, turgência jugular patológica, sem sopros, com insuficiência venosa crônica em MMII e edema simétrico ++/4+. ECG: sinusal, BRD e sobrecarga de câmaras direitas. Encaminhado à internação hospitalar. Color Doppler venoso MMII: trombose antiga recanalizada em femoral direita e poplíteas. Angiotomografia do tórax: trombos ocupando parcialmente artérias pulmonares principais, lobares, segmentares e subsegmentares. Tronco da artéria pulmonar dilatado (4,4 cm). Extensa rede de CAP no mediastino. Anticoagulado, com melhora sintomática, desaparecimento do trombo em válvula tricúspide, e melhora evolutiva da função do VD e PSAP. **Comentários:** Caso de interesse ecocardiográfico visto a raridade deste achado. CAP são descritas em cardiopatias congênitas com grave hipofluxo pulmonar, mas não no TEP (sem relatos no PubMed). O diagnóstico diferencial é a PCA cujo padrão de fluxo é semelhante (fluxo turbilhonado sistólico com padrão de baixa resistência), porém as colaterais geralmente são múltiplas, sem localização específica, estando associadas a um contexto clínico de base (como o TEP neste caso).

070

Projétil de Arma de Fogo Impactado no Miocárdio

PRETTO, J. L. C. S.; ROMAN, R. B.; TAVARES, C. B.; LISBOA, S. P. C.

Hospital São Vicente de Paulo

Introdução: homem de 34 anos, 80 quilos, encaminhado para o nosso hospital após receber 4 disparos de arma de fogo, um deles com penetração no tórax direito, já drenado. **Relato do Caso:** durante o atendimento na sala de emergência, com o paciente hemodinamicamente estável, foram realizados eletrocardiograma que demonstrava apenas taquicardia sinusal e tomografia computadorizada do tórax: Fratura de arco costal a D, aumento da área cardíaca, corpo estranho metálico gerando artefatos sob o coração e sobre o diafragma. Ausência de derrame pleural/pericárdico sendo então solicitado ecocardiograma de urgência. Ao ecocardiograma não foi observado derrame pericárdico, foi observado perfuração na base do folheto septal tricúspide e massa ecogênica com efeito de sombra acústica no miocárdio da parede inferior do ventrículo esquerdo a cerca de 4 cm do plano valvar mitral. Após 20 dias o paciente foi submetido à cirurgia com reparo da valva tricúspide com sucesso e sem intercorrências, porém não foi possível a retirada do projétil. Na radiografia de tórax do pós-operatório visualizava-se o projétil na mesma posição em silhueta cardíaca. Evoluiu no pós-operatório imediato e tardio satisfatoriamente, recebendo alta hospitalar após 10 dias para seguimento ambulatorial. **Comentários:** O tratamento para a remoção de projéteis no coração é controverso e leva em conta algumas variáveis. Quando o projétil encontra-se totalmente emerso no miocárdio, particularmente nas câmaras direitas e de pequenas dimensões, são candidatos ao tratamento conservador. Projéteis parcialmente envolvidos no miocárdio, particularmente em câmaras esquerdas, grandes, localizados em proximidade a artérias, podem requerer tratamento operatório.

071

Dilatação das Artérias Coronárias como Complicação da Anemia Falciforme – Estamos Fazendo Diagnóstico? Relato de Dois Casos

PEREIRA, V. G.; TANAJURA, A.; MARTINS, A. A.; TELES, A. M.; IASBECH, D. C.; FILHO, J. S.; FILHO, N. G. V.

Labor - SP

Introdução: A anemia falciforme (AF) é uma hemoglobinopatia hereditária atribuída a uma lesão molecular específica devido a troca do ácido glutâmico por valina no 6º resíduo da cadeia beta da hemoglobina. Desta forma a hemácia se torna rígida e em forma de foice dificultando sua passagem através da microcirculação. Entre as alterações cardiovasculares encontradas em pacientes com AF, a dilatação das artérias coronárias (DAC) é uma alteração possível. **Descrição dos Casos:** 1-R. F. L., 27 anos, negro, portador de AF. Assintomático. A ecocardiografia evidenciou dilatação das cavidades cardíacas esquerdas, função ventricular sistólica e diastólica normais e dilatação da artéria coronária esquerda medindo 6,0 mm (Z-scores = 3,23). Coronária direita normal medindo 4,0 mm (Z-scores = 0,31). Valor normal do Z-score < 2,0. 2-V. H. B. S., 12 anos, branco, portador de AF. Teve diversas internações por crises de AF e várias hemotransfusões. Em estudos ecocardiográficos seriados foi detectado aumento gradativo do ventrículo esquerdo desde 3 anos de idade. Em exame ecocardiográfico recente foi evidenciado aumento das cavidades cardíacas esquerdas, função ventricular sistólica e diastólica normais e DAC. ACE = 4,5 mm (Z-scores = 3,74), ADA = 4,0 mm (Z-scores = 4,42), ACX = 3,1 mm (Z-scores = 2,01), ACD = 3,6mm (Z-scores = 2,29). **Comentários:** O comprometimento cardíaco é considerado como principal responsável pelo óbito nos pacientes portadores de AF. As manifestações cardíacas incluem cardiomegalia global, com aumento prevalente nas cavidades esquerdas, hipertensão pulmonar, arritmias, pericardite, miocardite, isquemia miocárdica e DAC. Esta pode estar associada com maior incidência de espasmo coronariano, isquemia induzida pelo exercício, trombose.

072

Aneurisma do Seio de Valsalva não Coronariano com Formação de Fistula para o Átrio Direito: Relato de Caso e Revisão de Literatura

GRIPP, E. A.; LINS, G. S. R.; PUERARI, A. L. R.; LEITE, E. M.; GUARACHI, R. A. Y.; JR, H. V.; MARTINS, W. A.; MESQUITA, E. T.; RIBEIRO, M. L.

Hospital Universitário Antônio Pedro - UFF

Introdução: O aneurisma do seio de Valsalva corresponde a 1% dos defeitos cardíacos congênitos podendo evoluir com rotura e formação de fistula com uma das cavidades cardíacas, causando crescimento da mesma e sintomas de insuficiência cardíaca. **Descrição do Caso:** Paciente feminina 38 anos procurou atendimento com dispneia progressiva aos esforços e edema de membros inferiores. Ao exame físico sopro sistólico diastólico em foco aórtico acessório. O ecodoppler cardiograma transtorácico evidenciou aumento das quatro cavidades, com leve disfunção sistólica do VE por hipocinesia difusa. Evidenciado aneurisma do seio de Valsalva não coronariano, com fistula para o átrio direito, sendo ratificado no transesofágico. **Comentários:** Os aneurismas de seio de Valsalva são raras anomalias cardíacas, que podem ser de origem congênita, adquiridas ou associadas com necrose cística da média. A maioria dos aneurismas do seio de Valsalva é clinicamente indetectável até sua rotura. Aproximadamente 80% dos pacientes sobreviventes são sintomáticos e a apresentação clínica é bastante variável: insuficiência cardíaca, arritmias ou endocardite. A existência de rotura influencia a apresentação clínica, prognóstico e tratamento. O impacto clínico dessa patologia na sobrevida dos pacientes requer toda a atenção dos clínicos e cardiologistas para a busca incessante desse diagnóstico, pois com as ferramentas de imagem disponíveis, como o ecodoppler cardiograma, sua confirmação se tornou mais simples e o tratamento cirúrgico poderá ser exequível, contribuindo para mudança da história natural da doença desses pacientes.

073

Compressão Extrínseca da Artéria Pulmonar Devido à Aneurisma Sacular de Aorta Ascendente em Paciente Oligossintomática

OMAIS, A. K.*; GUMIERO, B. R.**; BORGES, D. C.**; FERREIRA, A. B. R. M.**; OLIVEIRA, J. C.*; FERREIRA, M. B. I. A.**; NAJJAR, A.**; RUIZ, P.**; FEGURI, G. R.**

* Atrium – Centro de Cardiologia de Mato Grosso ** Hospital Geral Universitário – Universidade de Cuiabá

Introdução: Aneurisma sacular(AS) é uma condição rara, com elevado risco de ruptura, secundário à aterosclerose, trauma, infecção, úlcera penetrante de parede de aorta ou cirurgias torácicas prévias. Apresentamos um caso de compressão extrínseca da artéria pulmonar(AP) por aneurisma sacular de aorta ascendente (ASAA) em mulher oligossintomática. **Relato de Caso:** Mulher, 43 anos, com relato de cansaço aos grandes esforços. Sem história prévia de hipertensão arterial, diabetes ou dislipidemia. Exame físico-sopro sistólico +++/6+ foco pulmonar. Ecocardiograma transesofágico-ASAA medindo 80mm com compressão de AP. Ecocardiograma transtorácico-Fluxo turbulento de AP com grad max-73,2mmHg. Angiotomografia torácica-ASAA medindo 70mm. Cateterismo cardíaco-coronárias normais, AP com sinais de compressão extrínseca e volumoso aneurisma de aorta ascendente. A paciente foi submetida à aneurismectomia com refia termino-terminal de aorta, com boa evolução clínica. **Discussão:** ASAA é uma situação clínica extremamente rara, geralmente localizada em croça e aorta descendente. Shang e cols demonstraram incidência de 0,6% de ASAA em 322 aneurismas saculares de aorta tóraco-abdominal em 284 pacientes com idade aproximada de 73,5 anos. O quadro clínico depende da localização do AS, sendo assintomático à dor torácica, rouquidão, dispnéia. A estenose da AP por compressão extrínseca pode ser secundário à tumores, massas e cistos mediastinais e aneurismas. O ecocardiograma auxilia na demonstração da presença de gradiente na AP e correlação com estruturas adjacentes. A arteriografia pulmonar associada à aortografia foi essencial na demonstração da compressão extrínseca da AP por ASAA. Este caso é interessante devido à idade da paciente, ausência de fatores de risco cardiovasculares, ASAA de localização incomum com compressão da artéria pulmonar e oligossintomática.

074

Complicação Rara Após Aneurisma de Aorta Não Tratada: Imenso Trombo em Câmaras Direitas.

HOTTA, V. T.; ROCHITTE, C. E.; STASKO, K. F.; LIMA, M. F.; JR, W. M.; PEREIRA, A. N. R. E.

Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da USP - INCOR/FMUSP-SP

Abstract: Senhora de 78 anos iniciou com dispnéia após queda da própria altura. O ecocardiograma transtorácico mostrou um trombo gigante no átrio direito (AD), trombose extensa na veia cava inferior (VCI) e aneurisma de aorta abdominal. A ressonância nuclear magnética confirmou uma extensa trombose na VCI no segmento comprimido pelo aneurisma da aorta abdominal com extensão do trombo para o AD. **Descrição do Caso:** Senhora de 78 anos apresentou dispnéia após queda da própria altura antes da hospitalização. Referia hipertensão arterial sistêmica, doença arterial coronariana estável e aneurisma de aorta abdominal. O hemograma mostrava plaquetopenia (22000/mm³) e sem infecção. O ecocardiograma transtorácico evidenciou uma grande massa anecóica no átrio direito, protruído para o ventrículo direito, bastante móvel, sugestiva de trombo, além de uma extensa trombose na VCI e aneurisma de aorta abdominal medindo 10cm. A paciente foi submetida à tomografia computadorizada (CT) torácica, abdominal e pélvica. Fora afastado tromboembolismo pulmonar. A CT abdominal confirmou a extensa imagem em VCI, compatível com trombo, bem como aneurisma de aorta abdominal infrarenal causando compressão extrínseca da VCI. A anticoagulação foi contraindicada devido a plaquetopenia e a paciente recusou tratamento cirúrgico do aneurisma de aorta abdominal. **Comentários:** Este caso ilustra uma severa e rara complicação de um aneurisma de aorta abdominal não tratado. Houve a compressão da VCI pelo aorta aneurismática possibilitando a estase sanguínea e a trombose extensa da VCI e AD.

075

Cor Triatriatum em Paciente Adulto Assintomático

JR, R. A. V.; CUNHA, A. J. B.; YARED, F.; MASSELLI, D. B.; MACHADO, R. L.; SILVA, C. E. S.; MONACO, C. G.; GIL, M. A.; ORTIZ, J.; COSTA, E. V. V.

OMNI-CCNI

Cor triatriatum (CT) é uma malformação congênita resultante da falha na reabsorção da veia pulmonar comum durante a formação embrionária do coração. Este erro genético representa 0,1% das cardiopatias congênitas, com incidência de óbito infantil em 75% das crianças sintomáticas não tratadas. A gravidade e a idade com que manifestam os sintomas da doença são determinadas, essencialmente, pelo número e tamanho das fenestrações. Os doentes com fenestrações pequenas desenvolvem, geralmente, sintomas decorrentes da hipertensão pulmonar. Relatamos um caso raro de um paciente adulto portador de CT diagnosticado em exame de rotina, solicitado pelo cardiologista, para realização de atividades físicas, com orifício de apenas 0,4 cm de diâmetro, sem outras alterações cardíacas e assintomático, encaminhado ao serviço de ecocardiografia para realização de ecocardiograma transtorácico. No consultório, após a primeira avaliação, paciente não apresentava queixas, exame físico normal e eletrocardiograma sem alterações significativas. Ao ecocardiograma transtorácico (ETT) foi identificada uma membrana dividindo o átrio esquerdo no nível da veia pulmonar superior esquerda e apêndice atrial esquerdo, com pertuito de 0,4 cm de diâmetro e gradiente médio no local de 12 mmHg. Observou-se dilatação discreta do átrio esquerdo, sem evidências de aumento da pressão pulmonar. A partir de então começou a acompanhar anualmente em nosso serviço com ecocardiograma transesofágico (ETE). No último exame (agosto de 2013), não foi observada evolução no gradiente ou no tamanho do pertuito, continuando assintomático. Embora incomum, quando não acompanhado de outras malformações cardíacas, o CT costuma evoluir sem maiores problemas.

076

Implantação Anômala de Eletrodo de Marca-Passo Definitivo em Ventrículo Esquerdo – Diagnóstico Ecocardiográfico

TIBA, L. M.; LADEIRA, R.; MATEUS, M.; MARCO, V.; GUILHERME, F.; MURAKAMI, R.; CAVALCANTE, J. R.; PIMENTA, J.

Hospital Do Servidor Público Estadual - Iamspe - São Paulo

Introdução: O implante de marca-passo (MP) transvenoso definitivo é um procedimento invasivo eficaz e com poucas complicações. Relatamos um caso de implantação anômala de eletrodo de MP definitivo em ventrículo esquerdo (VE) que não foi detectada durante a hospitalização. **Relato de Caso:** M.A.S., 84 anos, feminino, hipertensa e diabética, foi admitida por dispneia aos mínimos esforços e síncope. O eletrocardiograma (ECG) mostrou bloqueio atrioventricular de 2º grau 2:1. Foi implantado MP transvenoso dupla câmara - DDDR com alta após o ecocardiograma transtorácico (ETT) de difícil obtenção técnica ter mostrado eletrodo do MP em câmaras direitas e direcionado ao septo interventricular. Dez dias após, procurou o pronto socorro com história de mal estar geral. O ECG mostrou comando ventricular intermitente com padrão de bloqueio de ramo direito (BRD) e o RX de tórax com eletrodo ventricular fora do local habitual. Solicitado ETT que mostrou eletrodo de MP em câmaras direitas transfixando o septo interventricular, com a ponta impactada na parede ântero-lateral do VE. O eletrodo foi reimplantado com sucesso, confirmado pelo RX e ETT. **Discussão:** As complicações decorrentes de implante de MP definitivo mais comuns são: pneumotórax, hemotórax, hematoma, perda de comando, deslocamento do eletrodo, alteração na bolsa do gerador, infecção, arritmia, hemopericárdio e perfuração do septo interatrial ou interventricular com implantação em VE. O padrão de BRD no ECG e o RX de tórax mostrando a ponta do eletrodo para a esquerda e mais para cima são sinais de alerta de má implantação do eletrodo. O ETT pode mostrar facilmente os eletrodos, exceto em janelas inadequadas.

077

Deteção e Migração de Trombo em Trânsito no Átrio Direito – Relato de Caso

MACHADO, C. R. L.; BARROS, M. V. L.; BARQUETTE, D. A.; CALDEIRA, R. M. R.

Hospital Mater DEI - Belo Horizonte/MG

Introdução: Trombo em trânsito no átrio direito (TTAD) é um fenômeno raro, amplamente relacionado com a ocorrência de tromboembolia pulmonar (TEP), com elevada mortalidade associada. **Descrição do Caso:** Paciente MLB, sexo feminino, 87 anos, sabidamente portadora de HAS e insuficiência cardíaca (IC). Admitida com relato de dispnéia progressiva há 10 dias, ortopnéia, e edema em membros inferiores. Solicitado ecocardiograma transtorácico (ETT), que evidenciou miocardiopatia dilatada com disfunção sistólica importante (fração de ejeção de 33%), hipertensão pulmonar, além de presença de estrutura filiforme e com movimentação ampla, sugestiva de trombo, no interior do átrio direito (AD). Cerca de 57 segundos após a primeira imagem, foi documentada nova imagem semelhante, esta sem a presença da estrutura em AD, evidenciando a migração do TTAD durante a realização do ETT. Realizada Cintilografia pulmonar, que mostrou sinais de TEP bilateralmente. Iniciado anticoagulação com heparina e otimizado tratamento da IC. Paciente evoluiu com melhora clínica progressiva, tendo alta hospitalar em uso de Varfarina. **Comentários:** Aproximadamente todos os pacientes com TTAD desenvolvem TEP bilateral maciça, e a taxa de mortalidade global nesses pacientes é de 28%, podendo chegar a 100% nos não tratados. O ETT é normalmente suficiente para o diagnóstico de TTAD, e pode ser considerado como um teste de screening, com uma sensibilidade de 50-60%. Constitui, portanto, uma importante e útil ferramenta no diagnóstico e também no seguimento dessa condição. Após revisão da literatura, não foi encontrado estudo semelhante em que se detecta a migração do trombo durante exame ecocardiográfico.

078

Transposição Corrigida dos Grandes Vasos: Relato de Caso na Sexta Década de Vida

SEGUNDO, M. R. A.*; LIMA, A. S.**; COSTA, L. R. G.*; CABRAL, H. R.*; JR, C. V. C. M.*

* Faculdade de Medicina Nova Esperança ** Hospital Municipal Santa Isabel

Introdução: A Transposição Corrigida dos Grandes Vasos (TCGV) é uma condição rara caracterizada por apresentar, concomitantemente, conexões átrio-ventricular e ventrículo-arterial discordantes. **Descrição do Caso:** masculino, 64 anos, com queixas prévias de palpitações e episódios de dispnéia intensa há 5 anos, foi encaminhado para realização de exame de ecocardiografia (ECO), no Hospital Municipal Santa Isabel em Agosto/2013. Exames anteriores de ECO constataram aumento de ventrículo esquerdo (VE) com disfunções sistólica e diastólica, além de imagem sugestiva de endomiocardiopatia em ápice, além de insuficiência mitral leve. Apresentou também exame de ventriculografia esquerda que evidenciou VE com redução de cavidade em região apical. Fazia uso de amiodarona, AAS e epironolactona na ocasião do exame. Foram feitos, em 26/08/2013, exames de eletrocardiograma que demonstrou bloqueio de ramo direito e ECO transtorácico, apresentando: situs solitus, levoposição cardíaca e levoversão cardíaca; conexões discordantes átrio-ventricular e ventrículo-arterial; disfunção sistólica importante do ventrículo sistêmico (ventrículo direito); estenose subvalvar pulmonar de grau leve; insuficiência tricúspide importante; comunicação interatrioventricular com fluxo da esquerda (átrio esquerdo) para a direita (VE anatômico). Após a realização dos exames, o paciente foi encaminhado para o setor de cirurgia cardíaca para determinação de conduta resolutiva. **Comentários:** A TCGV é uma cardiopatia congênita pouco frequente e ainda mais rara quando não apresenta defeitos associados. A história natural não está completamente estabelecida e depende muito dos defeitos associados e de suas repercussões, principalmente com relação à preservação da função do ventrículo sistêmico. A apresentação tardia com ausência de sintomas, por cinco décadas, constata a peculiaridade do caso descrito.

079

Revestimento Polimérico de Partículas Biocompatíveis para Imagens Ultrassônicas

SANTOS, L. A.; VANIN, L. P.; PIRICH, C.; KAMINSKI, G.; PICHETH, G. F.; SIERAKOWSKI, M. R.; FREITAS, R. A.; CAMARÓZANO, A. C.

Universidade Federal do Paraná

Introdução: Os agentes de contraste ultrassônicos ou microbolhas (MB) são partículas gasosas estabilizadas por uma fina camada de biomateriais que lhe conferem capacidade oscilatória sob um campo ultrassônico. Recentemente, a utilização de biopolímeros vem sendo empregada a fim de prover maior biocompatibilidade de materiais para endereça-los a meios biológicos. Objetivos Incorporar dois polímeros de origem natural (quitosana e alginato) sobre a estrutura lipídica das MB a fim de gerar um novo sistema de melhoria de imagens ultrassônicas com maior biocompatibilidade in vitro. **Metodologia:** As MB foram formadas com o fosfolípido 1,2-distearoil-sn-glicero-3-fosfolcolina e subsequentemente revestidas pela técnica de Layer-by-Layer. O processo inicia-se com a deposição de alginato (1mg/mL pH 8) e, após, com quitosana (1mg/mL pH 3). As partículas foram analisadas quanto ao tamanho, Potencial Zeta (ζ950; interação entre os biopolímeros (microbalança de cristal de quartzo - QCM), biocompatibilidade (ensaio de hemólise) e capacidade ultrassonográfica. **Resultados e Conclusões:** A formação de MB estáveis, aptas a serem revestidas foi comprovada por microscopia óptica e, em seguida, o revestimento polimérico foi efetuado, observando-se a oscilação do potencial Zeta (ζ950; após cada etapa do processo (+5-5+5 mV). A interação entre os biopolímeros foi verificada através da adsorção crescente (-15±5 Hz) entre uma camada polimérica depositada e a seguinte por QCM. Os ensaios de toxicidade revelaram que as MB revestidas apresentaram uma redução da taxa de hemólise da ordem de 99±9% quando comparadas às MB não revestidas. Finalmente, a ultrassonografia revelou que as MB revestidas permanecem com a capacidade de formar imagens nítidas e úteis.

080

Ausência Congênita da Artéria Circunflexa

LAMACÍE, M. M.; FERNANDES, F. V.; ABREU, B. N. A.; GOMES, H. J. A.; BELLO, J. H. S. M.; PRATERES, C. E. E.; MOREIRA, V. M.; CARNEIRO, A. C. C.; MAGALHÃES, T. A.; ROCHITTE, C. E.

HCOR - Hospital do Coração, Associação do Sanatório Sírio

Introdução: A ausência congênita das artérias coronárias é uma doença rara, potencialmente letal, sobretudo em lactentes e atletas jovens. Durante vários anos a cineangiocoronariografia invasiva foi considerada o exame ideal para o diagnóstico da doença, no entanto, nos últimos anos a angiografia coronária por tomografia computadorizada (ACTC) têm mostrado melhor definição da origem e do trajeto das artérias coronárias. A prevalência varia de 0,6% a 1,3%, sendo que 80% dos casos são benignos e os pacientes são assintomáticos, e 20% apresentam importância clínica. A ausência congênita da artéria circunflexa é ainda mais rara, com prevalência de 0,003%. Durante o ano de 2012 dois casos de ausência congênita da artéria circunflexa foram relatados neste serviço. **Caso 1:** trata-se de um homem de 49 anos, assintomático, encaminhado com a história de que uma irmã faleceu aos 42 anos subitamente, e após o evento o paciente realizou teste ergométrico (TE), o qual foi inconclusivo para isquemia miocárdica. AACTC evidenciou escore de cálcio zero e ausência congênita da artéria circunflexa, com artéria coronária direita dominante, e artéria do nó sinusal com origem no tronco da coronária esquerda. **Caso 2:** trata-se de um homem de 60 anos, assintomático, sem comorbidades ou história familiar para doença arterial coronariana (DAC), que relatou um TE positivo para isquemia, prosseguiu a avaliação com ACTC que evidenciou escore de cálcio (Agatston) de 167,4, com ausência congênita da artéria circunflexa e uma superdominância da artéria coronária direita, emitindo longo ramo atrioventricular (AV) que segue pelo sulco AV até a parede anterior.

081

Embolização Tardia como Complicação Rara de Endoprótese para Oclusão de Forame Oval Patente (FOP).

KOZAN, J. E. M.; BALBINO, I. S.; ZARAOUR, F. A.; BORTOLON, F. T.; COELHO, A.; BARBOSA, B. S.; FLATO, U.; HOLANDA, L.; GIMENES, V. M. L.

Hospital do Coração – HCOR

Introdução: O Fechamento percutâneo de Forame oval patente (FOP) com endoprótese é um procedimento, seguro e eficiente. A embolização do dispositivo continua a ser uma das principais complicações necessitando de intervenção imediata para a recuperação e correção do defeito cardíaco. O objetivo deste relato é apresentar um caso dessa rara complicação com incidência de 0,55% na literatura. **Relato do Caso:** Paciente do sexo masculino, 55 anos, branco, relatando afasia de expressão, perda do equilíbrio, diminuição de força em membro superior direito e amnésia anterógrada com evolução de 2 horas. É portador de hiperhomocisteinemia. Há 3 anos teve acidente vascular embólico paradoxal e colocou endoprótese Helex® para oclusão de FOP. Há 2 anos teve trombose venosa profunda em MMII e embolia pulmonar. Rx de Tórax sem a presença da endoprótese. ECOTT e ECOTE confirmaram a ausência da endoprótese bem como FOP de 4mm com shunt esquerda direita e inversão de shunt durante manobra de Valsalva. Foi submetido a implante de filtro de veia cava e observou-se a presença de corpo estranho cavalgando a bifurcação aorto-iliaca. Encaminhado para atrioseptoplastia. Iniciada anticoagulação plena com Xarelto no 4° PO. Recebeu alta no 7° PO com melhora de todos os sintomas apresentados. **Conclusão:** Pela complicação apresentada e as evidências atuais na literatura, a indicação de fechamento percutâneo do FOP deve ser individualizada.

082

Defeito Gerbode em Adulto, Uma Anomalia Cardíaca Incomum

MENDONÇA, P. A. D.; NASCIMENTO, C. A. S.; BRUN, M. A. L. M.; COUTINHO, A. A.; TREML, F. T.; SOUZA, A. P. O.; FILHO, J. L. F. M.; GOMES, V. A. M.; ATHAYDE, J.; BELÉM, L. H. J.

INC

Introdução: Comunicações entre o Atrio direito e o ventrículo esquerdo são coletivamente conhecidos como defeito Gerbode, podendo ser de natureza congênita ou adquirida. O defeito atrioventricular Gerbode é uma rara anomalia congênita devendo ser suspeitado pelo Ecocardiografista quando há um atrio direito dilatado e um gradiente entre o ventrículo esquerdo e o atrio direito. **Descrição do Caso:** RMS, masculino, 37 anos de idade, em acompanhamento ambulatorial em nosso Instituto, foi encaminhado para o laboratório de Ecocardiografia, devido a quadro de dispnéia aos médios esforços. Realizou Ecocardiograma, sendo diagnosticado shunt do ventrículo esquerdo para o atrio direito compatível com defeito Gerbode. **Comentários:** A primeira descrição de uma comunicação direta entre o ventrículo esquerdo e o atrio direito foi relatado por Buhl em 1857, sendo o primeiro fechamento bem sucedido do defeito relatado por Kirby na Pensilvania em 1956. Merkel e Preicz foram os primeiros a relatarem variações da malformação tricúspide que podem ocorrer com essa lesão. O defeito é uma rara anomalia, onde o fechamento espontâneo é improvável, podendo levar a sintomas significativos como Insuficiência Cardíaca, déficit de crescimento e intolerância ao exercício. Representam menos de 1% das anomalias congênitas e podem ser associados a outras malformações. Atualmente existe a classificação em tres categorias, os defeitos supravalvares, envolvendo o septo atrioventricular e membranosos, ocorrendo logo acima da inserção da cúspide septal tricúspide; defeitos infravalvares, sendo o tipo mais comum, e sempre associado a malformação do folheto tricúspide; e o terceiro tipo e mais raro é a associação dos outros dois. Pode ocorrer após episódios de trauma, endocardite e após a troca da valva aórtica.

083

Aspecto Inusitado de Trombo Gigante no Átrio Esquerdo

CAMPOS, M. S.*; BARROS, C. M.*; MENDES, M. F. N.*; FIRMANI, V.*; REZENDE, M. V. C.*; ANDRIOLI, V. G. E.*; AGUIÑO, T.*; MEDEIROS, C. C. J.**; SUPERBIA, M.*; BATISTA, L. P. S.*

* Total Cor ** Santa Paula

Introdução: Massas intracardíacas são diagnosticadas em grande parte pelo ecocardiograma transtorácico (ETT). A precisa definição etiológica necessita de dados clínicos e muitas vezes de exames de imagem complementares. **Descrição:** Homem, 65 anos em ritmo sinusal, com antecedentes de hipertensão, diabetes, coronariopatia e revascularização prévia. Internado por dor precordial típica sendo realizado cateterismo e angioplastia. Após 4 dias evoluiu com congestão pulmonar. Solicitado ETT e ecocardiograma transesofágico (ETE) que evidenciou disfunção sistólica moderada do ventrículo esquerdo, aumento moderado do átrio esquerdo (AE) com imagem ecodensa, homogênea de aspecto capsulado aderida a sua parede lateral de 3,4 x3,1 cm com invasão para veias pulmonares e associado a linfonodomegalia mediastinal. Sendo suspeitado de trombo em AE e tumor intracardíaco, iniciado anticoagulação plena e solicitado angiotomografia de tórax evidenciando massa sólida no interior de AE. Durante discussão clínica optado por interrupção de anticoagulação com conduta expectante até definição diagnóstica. Paciente com risco de abordagem cirúrgica. Após alta paciente manteve-se assintomático e em acompanhamento cardiológico. Realizado ressonância cardíaca (RMC) em 15 dias que evidenciou AE com dimensões preservadas e trombo em parede posterior na emergência de veias cavas com 3,3 x2,7 cm. Iniciado anticoagulação oral e após 6 meses ETT isento de massa. **Comentário:** A correta interpretação de grandes massas necessita de dados clínicos e exames de imagem, para um diagnóstico definitivo o qual influenciará na decisão do tratamento e prognóstico favorável. No caso relatado a RMC confirmou o diagnóstico de trombo através da sequência de realce tardio e possibilitou tratamento efetivo.

084

Importância do Exame Ecocardiográfico Seriado Após Tratamento Percutâneo da Comunicação Interatrial

BARROS, C. M.*; MENDES, M. F. N.*; ESPER, R. B.*; SILVA, E. R.*; KAJITA, L. J.*; CAMPOS, M. S.*; ANDRIOLI, V. G. E.*; AMORIM, T. A.*; MEDEIROS, C. C. J.**; RESENDE, M. V. C.*

* Total Cor ** Santa Paula

Introdução: Nos últimos anos, o tratamento percutâneo da comunicação interatrial tipo ostium secundum (CIAOS) apresenta-se como método alternativo à cirurgia com raras complicações e excelentes resultados. O deslocamento do dispositivo e sua embolização têm sido relatados como as complicações mais frequentes (0,4% a 1,1%). **Objetivo:** Relatar o caso de embolização tardia do dispositivo para a artéria pulmonar, removido cirurgicamente, em um paciente assintomático, do sexo masculino, 42 anos, com CIAOS submetido ao fechamento percutâneo há 10 meses. **Discussão:** A embolização ocorre nas primeiras horas ou é imediata após o implante, podendo embolizar para o ventrículo esquerdo, artéria pulmonar e aorta ascendente, sendo tratados por meio de técnicas percutâneas ou cirúrgica. Aumenta o risco de embolização bordas inadequadas, grandes diâmetros da CIAOS, escolha inadequada do dispositivo, endotelização incompleta, septo interatrial (SIA) fino e aneurismático, combinação de pequena borda aórtica e borda pósterior inferior redundante. **Conclusão:** Nosso paciente apresentava uma anatomia complexa do SIA e, apesar do bom resultado imediato, evoluiu com grave complicação. Enfatizamos a importância da indicação criteriosa do tratamento percutâneo, além do seguimento pós-procedimento em pacientes assintomáticos.

085

Angina Estável em Jovem com Testes Funcionais Duvidosos e Escore de Cálcio Zero: Papel da TC Coronária com Contraste

FALCÃO, J. L. A. A.*; FALCÃO, S. N. R. S.**; FALCÃO, B. A. A.***; FALCÃO, F. C. C.****; FALCAO, R. A. A.*****; FALCAO, E. A. A.***; FILHO, J. C. J. P**.

* Clínica Sonimagem ** Unifor ***Incor e HC da Faculdade de Medicina da USP ****Hospital São Mateus ***** EPM

Introdução: A estratificação clínica da angina estável é feita com testes funcionais visando identificação de indivíduos de alto risco. O escore de cálcio, exame não-contrastado e com baixa dose de radiação, tem sido empregado de forma complementar na estratificação destes pacientes. Embora a TC de coronárias exponha o paciente a contraste e maior dose de radiação, ela deve ser indicada na estratificação de risco de indivíduos sintomáticos, mesmo na presença de escore de cálcio baixo. **Relato de caso:** Homem, 42 anos, hipertenso, sem outros fatores de risco ou história familiar para doença arterial coronária, com antecedente de doença de refluxo gastroesofágico grave operada há cerca de 6 meses, reiniciou sintomas de queimação/aperto retroesternal, de forte intensidade, por vezes em repouso, por vezes desencadeada aos esforços. Realizou teste ergométrico inconclusivo e ecocardiograma normal em Maio/11, sendo medicado com Pantoprazol 40mg, com melhora sintomática discreta. O paciente perdeu seguimento clínico, reiniciando acompanhamento em Outubro/11, quando houve intensificação dos sintomas. Foi-lhe solicitado cintilografia miocárdica com estresse físico, sem evidência de isquemia, porém com teste ergométrico positivo e sintomas anginosos durante a realização do exame. Foi-lhe solicitado uma tomografia coronária, que evidenciou escore de cálcio de zero e placa não-calcificada, ocasionando lesão suboclusiva no terço médio da artéria descendente anterior. O cateterismo cardíaco comprovou a obstrução, e o paciente foi submetido a angioplastia da artéria descendente anterior ad hoc; seguindo assintomático desde então. **Conclusão:** Na presença de sintomas anginosos ou testes funcionais duvidosos, é imperativa a administração de contraste durante a TC de coronárias.

086

Dissecção Aórtica Aguda em Gestante de 32 Semanas com Síndrome de Marfan

RAWET, D. B.; FERREIRA, R. O.; NETO, O. S.; FERREIRA, D. C.; PEREZ, D.; SEBASTIÃO, A.; SAMPAIO, P. P. N.; MEURER, M. L.

Hospital dos Servidores

Introdução: A Síndrome de Marfan é uma doença hereditária que provoca mutações no gene responsável pela síntese da fibrilina, ocasionando uma maior fragilidade na parede da aorta destes pacientes. As manifestações cardíacas, principalmente a dilatação da aorta, são muito frequentes elevando a morbi-mortalidade e a gestação é considerada de alto risco devido a maior prevalência de dissecção de aorta. **Descrição do Caso:** TGR 30 anos, gestante 32 semanas, sabidamente portadora de Síndrome de Marfan admitida com relato de dor precordial com irradiação para dorso iniciada há 24 horas. ECG sem alterações isquêmicas, enzimas cardíacas normais, PA: 130x80 mmHg, FC: 80 bpm. Ecocardiograma transtorácico evidenciou dilatação da raiz aórtica com flapping de dissecção próximo ao plano valvar. (dissecção aórtica tipo A). Regurgitação aórtica moderada e ausência de derrame pericárdico. A paciente foi submetida a cirurgia com implante de tubo valvado e reimplante dos óstios coronarianos sem interrupção da gestação. Evoluiu satisfatoriamente no pós operatório, sendo submetida a cesárea com 35 semanas sem intercorrências. **Comentário:** Pacientes portadores de Síndrome de Marfan devem ser cuidadosamente avaliados clinicamente e através de exames complementares, permitindo assim um adequado acompanhamento para prevenção de potenciais complicações.