



www.hci.med.br

BOLETIM INFORMATIVO

HCI

TELEFONE DE URGÊNCIA
24 HORAS DA EQUIPE MÉDICA

(16) 9721-0163

Ano 6 nº18 - Setembro a Dezembro 2010

Neste boletim informativo estamos divulgando que o serviço de hemodinâmica da Santa Casa de Ribeirão Preto, organizado em 1974 pelo Dr. Luiz Albanes Netto, recentemente completou a realização de 40.000 procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Tal marca robusta de intervenções cardiovasculares certamente representa o empenho obstinado e capacidade técnica da equipe coordenada pelo Dr. José Luis Attab dos Santos. Atualizando-se sempre nas inovações técnicas das diversas formas de tratamento endovascular percutâneo angioplastias coronárias, arterioplastias, retirada de corpo estranho intravenoso, valvoplastias, implante de próteses, embolizações, a equipe desenvolveu e as incorporou às rotinas do serviço. Conseguiu também credenciamento junto à Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, tornando centro de treinamento especializado e formando novos médicos intervencionistas habilitados e titulados. Assim, seu atual médico estagiário Dr. Márcio Urzeda e seus ex-residentes Dr. Clemente Greguolo, Dr. José Fábio Fabris Junior, Dr. Alan Nascimento Paiva, Dr. Vicente de Paulo Resende Junior, Dr. Roberto Lebet e dois outros colegas Dr. Jorge de Camargo Netto e Dr. Leandro Coumbis Mandaloufas atuantes em Cuiabá e formados em São Paulo foram incorporados à equipe e estão compartilhando aprendizado, respeito e admiração de seus colegas. Estamos apresentando nesta edição caso de aneurisma de aorta abdominal tratado com endoprótese bifurcada de aorta, realizado em conjunto com o cirurgião vascular Dr. Wagner de Paula Ferreira na sala de hemodinâmica e realizamos um procedimento terapêutico neurointervencionista de angioplastia com Stent na porção petrosa da carótida interna bem como documentamos anomalia importante de anatomia coronariana em cinecoronariografia diagnóstica de pacientes que foram tratados respectivamente nos hospitais São Lucas de Ribeirão Preto, Santa Casa de Ribeirão Preto e Hospital das Clínicas de Pouso Alegre.



UNIDADES



Santa Casa de Ribeirão Preto

Av. Saudade, 456 - Campos Elíseos - Cep: 14085-000 - Ribeirão Preto SP
Fone: (16) 3635-9668 - Fax: (16) 3635-9848 - e-mail: hci@hci.med.br

Equipe: Drs. José Luis Attab dos Santos, Clemente Greguolo, José Fábio Fabris Junior e Roberto Lebet.



Hospital e Maternidade São Lucas

Rua Bernardino de Campos, - 1426 - Cep: 14055-130 - Ribeirão Preto SP
Fone Fax: (16) 3607-0182 / 3607-0179 - e-mail: hci@hci.med.br

Equipe: Drs. José Luis Attab dos Santos, Clemente Greguolo, e José Fábio Fabris Junior.



Hospital das Clínicas Samuel Libânio

Av. Prefeito Sapucaí, 109 - Cep.: 37550-000 - Pouso Alegre MG
Fone/Fax: (35) 3449-2186 - (35) 3449-2187 - e-mail: alan@hci.med.br

Equipe: Drs. Alan Nascimento Paiva, Carlos Henrique Raggiotto, José Luis Attab dos Santos, Clemente Greguolo, José Fábio Fabris Júnior e Vicente Paulo Resende Júnior.



Santa Casa de Misericórdia

Praça: Com. João Pio Figueiredo Westin, 92 - Caixa postal 50
CEP: 37.950-000 - São Sebastião do Paraíso-MG - Fone: (35) 3539-1304
e-mail: naiarahci@yahoo.com.br / ssparaiso@hci.med.br

Equipe: Drs. José Luis Attab dos Santos, Clemente Greguolo e José Fábio Fabris Júnior.



Amecor - Hospital do Coração

Av. Rubens de Mendonça, 898 - Cep.: 78008-000 - Cuiabá MT
Fone: (65) 3612-7053 - Fax: (65) 3624-3300 - e-mail: hemocor@hci.med.br

Equipe: Drs. Jorge de Camargo Neto, Leandro Coumbis Mandaloufas e Rubens Dario de Moura Junior.

HOSPITALAR DEVICES

Qualidade para Salvar Vidas

Fone/Fax:

(16) 3236 2939 / (16) 3236 2940

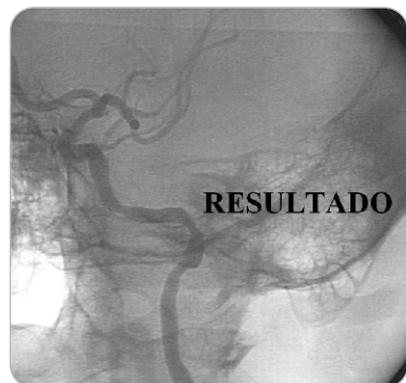
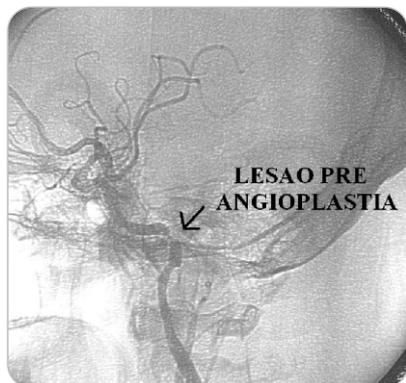
hospitalardevices@hospitalardevices.com.br
www.hospitalardevices.com.br

DISTRIBUIDOR

Boston
Scientific



TORAY



ANGIOPLASTIA PARA A PORÇÃO PETROSA DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA

Trata-se de paciente de 63 anos, do sexo masculino, que apresentou AVC isquêmico há 1 ano com déficit de fala e evoluiu em 3 meses com quadro de tonteadas e pré-síncope. Submetido a US de carótidas que evidenciou lesão moderada em artéria carótida interna esquerda. Encaminhado para estudo hemodinâmico que não visualizou tal lesão, porém foi evidenciado lesão grave da porção petrosa da artéria carótida interna. Re-encaminhado para tratamento realizamos angioplastia com implante de Stent.

A porção petrosa da artéria carótida interna pode sofrer oclusão embólica ou trombótica, bem como em qualquer região intra ou extracraniana. Em geral o fluxo sanguíneo para a região central e para o leito vascular isquêmico fica muito reduzido porém quase nunca chega a zero devido ao enchimento colateral que ocorre, como no caso descrito.

O Fluxo sanguíneo fica moderadamente reduzido para as áreas de transição entre o tecido de perfusão normal e o núcleo central gravemente isquêmico. Este halo moderadamente isquêmico é chamado de "Zona de Penumbra" e embora estas células tenham um tempo de vida mais longo a contínua privação leva a morte celular.

Quando ramos da carótida interna são acometidos por aterosclerose, pode haver suprimento por ramos contralaterais através da comunicante anterior, e como clínica, o paciente pode apresentar: cefaléia ocular, precedendo ao quadro de AVC; vertigens, síncope e lipotímia (como ocorrido no nosso caso); queixas oftálmicas contralaterais ao déficit se não ocorrer compensação pela ACE; hemiplegia ou hemiparesia contralateral; afasia ou dislalia, se obstrução for em ACI esquerda (como também ocorrido no nosso caso); crises convulsivas focais ou generalizadas e raramente ocorre anisocoria, nistagmo e ptose palpebral.

Durante a isquemia cerebral os íons cálcio determinam a patogênese da morte neuronal. Drogas que atuam neste ponto trazem um efeito redutor da atividade necrótica.

Nimodipina - Age bloqueando o influxo de cálcio intracelular além de ter ação vasodilatadora. Melhora muito o prognóstico dos pacientes em relação a evolução bem como a resolução dos fenômenos motores desde que usado nas primeiras horas antes do infarto.

Barbitúricos - Deprimem o metabolismo cerebral, aumentam a resistência cerebrovascular, diminuem a HIC, tem ação anticonvulsivante e previne a isquemia quando administrado previamente ao insulto isquêmico. Quando iniciado pós isquemia não se provou ainda sua eficácia.

O tratamento e a reabilitação da pessoa vitimada por um AVC dependerá sempre das particularidades que envolvam cada caso. Há recursos terapêuticos que podem auxiliar na restauração das funções afetadas.

Para que o paciente possa ter uma melhor recuperação e qualidade de vida, é fundamental que ele seja analisado e tratado por uma equipe multidisciplinar de profissionais da saúde, fisioterapeutas, médicos, psicólogos e demais profissionais. Seja qual for o tipo do acidente, as conseqüências são bastante danosas. Além de estar entre as principais causas de morte mundiais, o AVC é uma das patologias que mais incapacitam para a realização das atividades cotidianas.

Conforme a região cerebral atingida, bem como de acordo com a extensão das lesões, o AVC pode oscilar entre dois opostos. Os de menor intensidade praticamente não deixam seqüelas. Os mais graves, todavia, podem levar as pessoas à morte ou a um estado de absoluta dependência, sem condições, por vezes, de nem mesmo sair da cama.

A pessoa pode sofrer diversas complicações, como alterações comportamentais e cognitivas, dificuldades na fala, dificuldade para se alimentar, constipação intestinal, epilepsia vascular, depressão e outras implicações decorrentes da imobilidade e pelo acometimento muscular.

Um dos fatores determinantes para os tipos de conseqüências provocadas é o tempo decorrido entre o início do AVC e o recebimento do tratamento necessário. Os danos são consideravelmente maiores quando o atendimento demora mais de 3 horas para ser iniciado.

Bibliografia

- 1) Canelas, Propedêutica Neurológica ed. Sarvier 3a Edição.
- 2) Nittrini, Neurologia Básica
- 3) Cecil, Tratado de Medicina Interna, 19a edição.
- 4) Knobel, Condutas no Paciente Grave.
- 5) Oliveira R. M. C. et al, Tratamento Médico da Isquemia Cerebral, Revista Neurociências 1995
- 6) Kaimen R. D. M., Doenças Cerebrovasculares, 1996



www.hci.med.br

BOLETIM INFORMATIVO

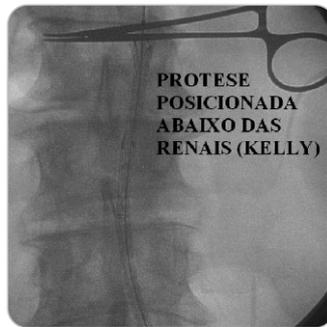
HCI

TELEFONE DE URGÊNCIA
24 HORAS DA EQUIPE MÉDICA

(16) 9721-0163

Ano 6 nº18 - Setembro a Dezembro 2010

ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL



Em indivíduos predispostos geneticamente, a aterosclerose sistêmica associada à degeneração do tecido conjuntivo e inflamação da parede arterial podem causar seu enfraquecimento e posterior dilatação focal configurando o aneurisma arterial quando seu maior diâmetro supera 50% da referência normal.

A localização preferencial dos aneurismas na aorta abdominal permite direcionar seu rastreamento em pacientes de elevado risco cardiovascular através da realização de ultrassonografia abdominal e o medico deve atentar à palpação de massa pulsátil, clinicamente evidente quando atinge a dimensão de 4-5 cm, pois a maioria são assintomáticos. Entretanto como existe risco de ruptura e morte, tais pacientes devem ser acompanhados e observadas as indicações de intervenção especialmente nos aneurismas de diâmetro maior que 5 cm ou complicados por expansão aguda ou embolia periférica.

Apesar da cirurgia convencional ser consagrada na abordagem dos aneurismas, a alta mortalidade perioperatória pode variar de 4-12% dependendo, entre múltiplos fatores, de comorbidades altamente prevalentes num grupo etário avançado em que geralmente se faz o diagnóstico.

Dois estudos randomizados e prospectivos (EVAR 1, EVAR 2) referiram redução da mortalidade imediata e morbidade perioperatória do tratamento endovascular em comparação ao tratamento cirúrgico e, na atualidade, está recomendado esta abordagem neste grupo de risco desde que as condições anatômicas sejam favoráveis à completa exclusão do saco aneurismático.

Buscando alternativa terapêutica a pacientes de elevado risco operatório, a evolução das técnicas percutâneas de acesso vascular e o desenvolvimento de próteses recobertas com material impermeável (Stent Graft) permitiram o reparo endovascular dos aneurismas de forma menos invasiva e segura.

Candidatos ao tratamento endovascular devem ser submetidos à angiotomografia da aorta, onde são avaliados a morfometria do aneurisma e do segmento ilíaco femural, identificando aqueles adequados à intervenção bem como possibilitando a escolha da prótese comercialmente disponível.

Como esta forma de tratamento é relativamente recente e dada a possibilidade de remodelamento arterial tardio levando à perda de ancoramento da prótese nos locais de fixação deve-se fazer periodicamente retornos de avaliação clínico-radiológico a fim de detectar problemas esturais (migração, fraturas, vazamentos) e decidir reintervenção futura.

Referencias:

- Evar Trial participants. Endovascular aneurysm repair versus open repair in patients with abdominal aortic aneurysm. (EVAR Trial 1): randomised controlled Trial. Lancet 2005; 365: 2179-86
- Evar Trial participants. Endovascular aneurysm repair and outcome in patients unfit for open of abdominal aneurysm (EVAR Trial 2): randomised controlled Trial. Lancet 2005; 365: 2187 - 92
- Parodi JC et.al : Transfemoral intraluminal Graft implantation for Abdominal Aortic Aneurysm. Ann.Vasc.Surg 1991; 5: 491-9
- Abdominal Aortic Aneurysm progress report (Eurostar): European collaboration on Stent Graft Techniques for AAA and thoracic aortic and dissection repair.

Fonte: www.evtoday.com/AAA

CADASTRE-SE NO SITE E RECEBA CONTEÚDO GRATUITAMENTE NO SEU EMAIL

www.HCI.med.br



Casos Clínicos



Calendário



Boletim Informativo

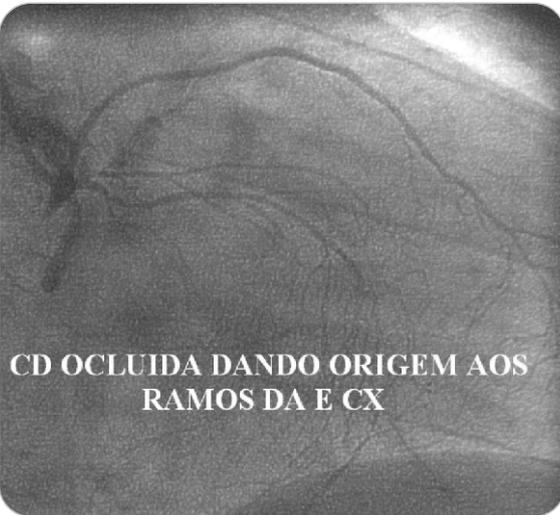


Dicas de Leitura



Vídeos





CD OCLUIDA DANDO ORIGEM AOS
RAMOS DA E CX

ORIGEM ANÔMALA DAS ARTÉRIAS CORONÁRIAS

Paciente de 54 anos, hipertenso, diabético deu entrada no PS com precordialgia em aperto de início súbito no repouso, com duração prolongada, aliviando apenas após uso de nitrato sublingual. ECG com alterações inespecíficas e enzimas cardíacas aumentadas. Internação com antianginosos, antiagregantes plaquetários e encaminhado no 2º dia para o laboratório de hemodinâmica. O CATE demonstrou padrão obstrutivo triarterial com origem anômala do tronco da coronária esquerda a partir da coronária direita. Optado pela terapêutica cirúrgica onde o paciente recebeu um enxerto de mamária interna esquerda para o ramo descendente anterior e dois enxertos venosos, respectivamente, para artérias circunflexas e coronárias direita. Ato cirúrgico sem intercorrências. O paciente recebeu alta hospitalar no 10º dia de internação.

DISCUSSÃO:

A anomalia congênita das artérias coronárias pode ser benigna ou potencialmente grave, causando isquemia miocárdica, infarto e morte súbita. Sua incidência varia de 0,3% a 1,5% em estudos de necropsia ou por

cineangiocoronariografia. Em um estudo realizado por Angelini et al., que incluiu 1950 coronariografias, chegou-se a incidência de 5,6%.

A origem e o trajeto proximal das artérias coronárias anômalas são os principais fatores preditivos de gravidade e o diagnóstico é difícil, pois o indivíduo pode ser assintomático até antes do evento letal. Os exames complementares são ferramentas importantes para o diagnóstico.

As anomalias coronárias são classificadas em benignas e malignas. Dentre as benignas encontramos em ordem de frequência: óstios separados da DA e da CX, a CX originando-se da CD ou do seio coronariano direito tendo importância na troca cirúrgica valvar aórtica ou mitral, devido ao seu trajeto retroaórtico, a CD de origem no seio coronariano esquerdo; a origem do TCE fora do seio de valsalva; ausência da artéria circunflexa e fistulas coronárias que, raramente, cursam com alto fluxo para câmaras direitas.

Já as anomalias tidas como malignas, possuímos quatro principais: a CD de origem do seio coronariano esquerdo, sendo a anomalia maligna mais comum, cursando com isquemia devido ao seu trajeto interarterial; o TCE se originando do seio coronário direito, possuindo quatro variações de trajeto (retroaórtico ou posterior, septal ou intramuscular, anterior e interarterial, este último associado à extrema malignidade); TCE ou DA ou CD de origem da artéria pulmonar sendo origem de isquemia, síncope e morte súbita em lactentes e atletas jovens com a sobrevida associada à presença de circulação colateral ou não, e por fim, uma única coronária suprindo todo o ventrículo, cursando com isquemia e insuficiência cardíaca.

A tomografia computadorizada possui uma elevada acurácia na avaliação da origem e do trajeto proximal das anomalias coronárias. A ressonância nuclear magnética possui elevada acurácia para a identificação anatômica da origem e do trajeto proximal das artérias coronárias e permite uma avaliação cardíaca morfofuncional, sendo de grande utilidade na presença de cardiopatias congênicas concomitantes.

A cineangiocoronariografia é tradicionalmente considerada o exame ideal para o diagnóstico das anomalias coronarianas, porém tem perdido espaço para métodos de imagem com análise tridimensional, podendo ser incapaz de diferenciar, no trajeto da coronária anômala, a anatomia interarterial, de alto risco, da anatomia septal, retroaórtica ou da parede anterior, assim como a identificação do seio coronariano e a morfologia do óstio coronariano na parede da aorta. Este método ainda é o melhor para avaliação do leito distal coronariano e de lesões ateroscleróticas associadas.

O tratamento dos indivíduos com origem anômala da coronária esquerda da artéria pulmonar, quando diagnosticada, é cirúrgico. Já os indivíduos que possuem origem anômala da coronária esquerda da aorta, em geral, são assintomáticos. Mesmo em atletas, apenas a minoria é sintomática e nos indivíduos sintomáticos os exames indutores de isquemia geralmente são normais. A presença de sintomas sugestivos deve ser investigada com exames de imagem (TC, RNM ou cineangiocoronariografia).

Os pacientes assintomáticos não possuem consenso na literatura para seu seguimento. Nos sintomáticos, o tratamento é cirúrgico. O tratamento da origem anômala da coronária direita do seio coronariano esquerdo (com trajeto interarterial) também é cirúrgico.

CONCLUSÃO:

A origem anômala das artérias coronárias é uma doença rara, potencialmente catastrófica se não diagnosticada e tratada precocemente, possuindo bons resultados com o tratamento cirúrgico. A identificação da doença em pacientes assintomáticos permanece um desafio, necessitando de novos estudos para demonstrar o manejo ideal destes pacientes.

Referências bibliográficas:

- 1- Rev Bras Cardiol Invas 2007; 15(3): 285-292. Origem Anômala das Artérias Coronárias
- 2- Interventional cardiology . Spencer B. King III; Alan C. Yeung . edição 2007