



TELEFONE DE URGÊNCIA
24 HORAS DA EQUIPE MÉDICA

www.hci.med.br

(16) 9721-0163

Ano 7 nº20 - Maio a Agosto de 2011

Nesta edição do boletim informativo Ano 7 nº 20 relatamos um caso clínico encaminhado ao setor de hemodinâmica do Hospital das Clínicas de Pouso Alegre para esclarecimento de possível cardiopatia congênita e que nos transcorrer do diagnóstico foi sugerido a presença de criss-cross heart, causada pela rotação anormal da Alça bulboventricular, onde os ventrículos pareciam ter sido torcidos ao longo do seu eixo e dando a aparência de que cada átrio enchia no ventrículo contra lateral que não foi confirmado pelo ecocardiograma, e estabelecido pela Imagem de Ressonância Magnética como ausência parcial do pericárdio.

Também Dr. José Fábio Fabris Junior, na Santa Casa de Ribeirão Preto, teve a oportunidade de

proceder percutaneamente e com sucesso a retirada de fragmento de cateter fraturado e retido em veia cava superior de paciente em tratamento quimioterápico, salientando que esta complicação do uso freqüente de sondas para acesso venoso central pode ser encaminhada e resolvida com relativa facilidade e segurança no laboratório de cateterismo que dispõe dos dispositivos, tipo "retrieval snare".

Finalmente, Dr. Márcio Alves de Urzêda médico residente junto ao nosso centro de residentes em treinamento na especialidade, faz revisão bibliográfica das indicações atuais e resultados das intervenções em tronco de coronária esquerda.

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 e José Fábio Fabris Junior



Hospital e Maternidade São Lucas

R. 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 Raggio, José Luis Attab dos Santos, Clemente Greguolo, José Fábio Fabris Júnior e Vicente Paulo Resende Júnior.



Amecor - Hospital do Coração

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

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



Santa Casa de São Sebastião do Paraíso

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 / ssparaíso@hci.med.br

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

HOSPITALAR DEVICES

Qualidade para Salvar Vidas

Fone/Fax:
(16) 3236 2939 / (16) 3236 2940

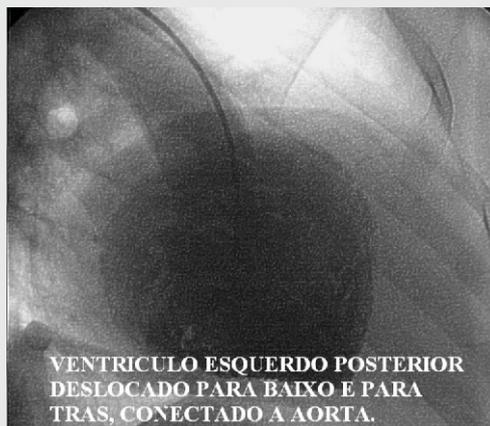
hospitalardevices@hospitalardevices.com.br
www.hospitalardevices.com.br

DISTRIBUIDOR

Boston
Scientific



'TORAY'



AGENESIA DO PERICÁRDIO

A agenesia do pericárdio é uma anomalia cardíaca congênita rara (1:14.000), mais prevalente no sexo masculino (3:1), ocasionalmente detectada durante operações intratorácicas ou exame necroscópico e que na prática clínica pode gerar grandes dificuldades para o reconhecimento diagnóstico e conduta terapêutica.

Alguns aspectos descritos na literatura para caracterização da síndrome anatomo clínica incluem:

➔ Achados clínicos de portadores assintomáticos ou pacientes com dispnéia limitante /incapacitante, dor precordial não relacionada aos esforços e desencadeada por variações posturais ou apresentação por complicações relacionadas à herniação e torção de estruturas vasculares tais como arritmia, choque, tontura, síncope e morte.

➔ Exame físico com abaulamento precordial sistólico com marcado deslocamento para baixo/trás/esquerda do ictus à palpação atingindo a linha hemiclavicular posterior. Ausculta cardíaca evidenciando sopros sistólicos devido regurgitação tricúspide e/ou mitral associadas.

➔ Eletrocardiograma mostra desvio do eixo do QRS para direita com morfologia de Bloqueio de Ramo Direito e falta de progressão da onda R como resultado desvio horário e para esquerda da zona de transição em derivações precordiais.

➔ Raios-X de tórax exhibe acentuada levoposição do coração ficando a coluna vertebral sem a projeção do contorno atrial direito. Nofam-se também alargamento da distância entre botão aórtico e o tronco pulmonar bem como da borda inferior do coração e o hemidiafragma Esquerdo pela interposição de tecido pulmonar através do defeito pericárdico.

➔ Ecocardiograma pode excluir ou detectar defeitos associados e indica, pela posição do transdutor, o grau de rotação lateral e posterior do coração. Adicionalmente pode-se reconhecer insuficiência Tricúspide/Mitral com dilatação Atrial; redução da função ventricular Direita com sobrecarga volumétrica do Ventrículo Direito e movimento paradoxal do Septo Interventricular; anormalidades de contorno da parede apical com/ sem distúrbios da mobilidade parietal; detecção de cavidade posterior ao AE devido bolsa residual de pericárdio.

➔ Estudo Hemodinâmico: Devido à falta de fixação do coração pelo pericárdio nota-se levoposição e retrodesvio da ponta, que passa a ocupar a posição do lobo inferior esquerdo mergulhando no seio costofrênico bem como desvio anterior e para a esquerda da Artéria Pulmonar e do Ventrículo Direito. Em função da extensão do defeito pericárdico, perde-se a restrição fisiológica do enchimento ventricular observando-se dilatação cardíaca, insuficiências valvares e elevação das pressões de enchimento.

Mais recentemente a Imagem de Ressonância Magnética tem sido usada para mostrar a anomalia pericárdica baseada no marcado deslocamento do coração no Hemitorax Esquerdo e pela interposição de tecido pulmonar entre a face inferior do coração e o diafragma podendo ocorrer herniação do ápice ventricular ou do Apendice Atrial Esquerdo através do defeito pericárdico.

A decisão em recomendar e proceder o reparo cirúrgico, com fixação do coração às margens mediastinais e reconstrução pericárdica com material tipo " Goreflex Mess", é conduta discutível e feita com base na existência de sintomas incapacitantes em pacientes com ausência completa ou, profilaticamente para reduzir o de o risco de morte devido torção de grandes vasos e herniação/ encarceramento do Apendice Atrial Esquerdo ou porção apical do VE.

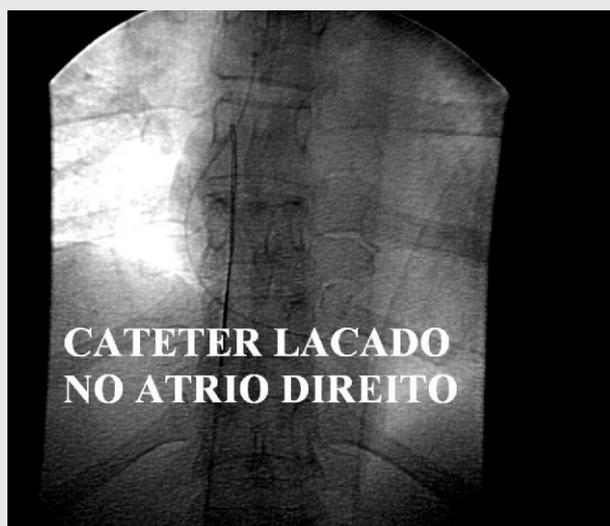


Referencias Bibliográficas:

- Reis, N.B.; Et.al: Agenesia parcial extensa do pericárdio esquerdo; Arquivos Brasileiros de Cardiologia; 53(2):115-20, ago. 1989. ilus.
 Filho, N.G.V.Et.al.: Revista Brasileira de Ecocardiografia 21 (04):56-59 2008
 Freestone, M.S.Et.al.: Partial Congenital Absence of the Pericardium- Circulation e128; August 7, 2007
 Gatzoulis, M.A., Et.al: Isolated Congenital Absence of the Pericardium: Clinical Presentation Diagnosis, and Management: Ann Thorac Surg 2000;69:1209-15
 Araoz, P.A.; Et.al.: Magnetic Resonance Angiography of Criss-Cross Heart – Circulations 2002; 105:537



RETIRADA DE CORPOS ESTRANHOS INTRAVASCULARES



L.A.M.S., 39 anos, em tratamento quimioterápico devido à neoplasia de mama. Durante RX de tórax controle na cidade de origem observou-se fratura de cateter central (intra-cath). Encaminhada para o serviço de hemodinâmica da Santa Casa para retirada percutânea.

A utilização de acessos venosos centrais na prática médica é cada vez mais freqüente, seja para a administração de drogas, terapia quimioterápica ou dietas parenterais, para monitorização hemodinâmica, para o implante de desfibriladores e/ou marcapassos; ou ainda, para utilização como via de acesso para os tratamentos endovasculares.

A embolização de corpo estranho, cateter intravascular, seja por fratura ou migração, é uma condição rara, cerca de 1%, porém se não tratada pode ocasionar complicações sérias, e pontencialmente fatais, com tromboembolia, endocardite bacteriana, sepse, lesões miocárdicas e arritmias cardíacas, com taxas de mortalidade descritas nas décadas de 60 e 70 variando entre 24 e 60%.

Por este motivo, é recomendável a extração desses corpos estranhos, mesmo em pacientes assintomáticos. Atualmente a retirada de corpos estranhos intravasculares é feita através de técnicas endovasculares, sendo segura, efetiva e possuindo baixos índices de complicações.

A via preferencial para retirada de corpos estranhos intravasculares é a veia femoral comum, e a retirada é realizada com dispositivo tipo laço ou basket.

No nosso caso o fragmento de cateter encontrava-se no átrio direito, foi retirado por via femoral direita através de laço, e a paciente retornou a cidade de origem após curto período de observação.

BIBLIOGRAFIA:

J.M.Motta-Leal-Filho; F.C.Carnevale, Felipe Nasser, A.C. Santos. W.O.Souza Junior, C.E. Zurstrassen; B.B. Afonso; A.M. Moreira (Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular)
Shouse HB, Fox PF; Brady TM, Swischuk JL, Castañeda F, Pham MT. (Intravascular Foreign Body Removal. Semin interventional radiology, 2000; 17:201-12)
Gabelmann A, Kramer S, Gorich U. (Percutaneous retrieval of lost or misplaced intravascular objects. AVR AM J Roentgenol, 2001; 176(6):1509-18)



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

www.HCI.med.br

-  Casos Clínicos
-  Calendário
-  Vídeos

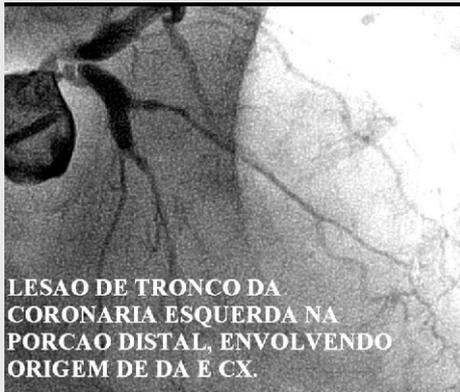


Boletins
Informativos
para download

NOVO
Artigos para o
Público em geral.
Leia e comente.



Atualização em intervenções no Tronco da Coronária Esquerda não protegido



Lesões significativas de Tronco de Coronária Esquerda (TCE) ocorrem em 3% a 5% dos pacientes com doença arterial coronariana e vem se tornando tema de intenso debate e investigação nos últimos anos. As diretrizes atuais³ consideram que lesões de tronco >50% apresentam indicação de revascularização miocárdica cirúrgica (CRM), sendo essa determinação é baseada principalmente nos ensaios clínicos CASS1 (Coronary Artery Surgery Study) e no ECSS5 (European Coronary Surgery Study). Estes estudos demonstraram que, em comparação com a terapia clínica, a CRM melhorou a sobrevida em pacientes com doença de tronco durante um período de 5 anos. No entanto, esses benefícios diminuíram após 10 a 15 anos de acompanhamento com uma taxa de mortalidade >50%, com ambas as estratégias de tratamento⁶.

Por outro lado, estudos recentes sugerem que a intervenção coronária percutânea (ICP), neste tipo de lesão, é viável e pode oferecer resultados semelhantes quando comparada com a CRM². O uso de stents convencionais, em comparação com angioplastia por balão, reduziu a incidência de trombose aguda, enquanto o uso de stents farmacológicos diminuiu significativamente o risco de reestenose, eventos adversos cardiovasculares e cerebrais combinados⁷.

Entretanto, a reestenose está associada à morbimortalidade elevada¹². Os stents farmacológicos reduziram significativamente a reestenose em todas as situações anatômicas já testadas, inclusive no TCE. Apesar disso, o tratamento percutâneo do segmento distal do TCE, envolvendo a origem da Artéria Descendente Anterior e Circunflexa, pela dificuldade técnica e reestenose mais frequente, ainda é controverso.

Os estudos SYNTAX^{8,4}, de 3 anos de seguimento (Lesões com Syntax-Score <23), MAIN-COMPARE¹³ (5 anos de seguimento) mostraram que a revascularização percutânea, em TCE não protegido, possui segurança e eficácia comparáveis com a CRM.

No estudo FREEDOM¹⁵ avaliando os grupos Cypher/Taxus versus CRM observou-se que a ICP com Stent Farmacológico se acompanha de menor número de Acidente Vascular Encefálico (AVE), menor período de internação hospitalar e mostra-se eficaz para casos com lesão do tronco + acometimento de 1 vaso. A cirurgia implica em menor número de reintervenções e se recomenda, mais frequentemente, em casos com lesões de tronco + lesões de 2 ou 3 vasos. Ambas as técnicas são, portanto, seguras e eficazes. Tanto o cardiologista como o próprio paciente têm papel importante na escolha da técnica da revascularização a ser empregada.

Assim, frente aos novos resultados, as diretrizes sofrerão muitas mudanças, com mais indicações de intervenções percutâneas no TCE.

Algumas conclusões podem ser extraídas desta revisão:

- 1) O uso da ICP com stent em lesões de TCE, em mãos experientes, pode ser realizada com baixa morbidade e mortalidade;
- 2) Os stents farmacológicos melhoraram os resultados clínicos comparados com stents convencionais, principalmente reduzindo a necessidade de revascularização;
- 3) As taxas de trombose tardia foram muito pequenas, apesar do uso limitado da terapia antiplaquetária dupla depois de 2 anos, com ambos os tipos de stents;
- 4) A sobrevivência em longo prazo após ICP com stent é excelente nos pacientes com lesões de tronco de coronária esquerda.

Bibliografia

1. Coronary Artery Surgery Study (CASS): a randomized trial of coronary artery bypass surgery. Survival data. *Circulation* 1983;68:939-50.
2. Moses JW et al. Left Main Percutaneous Coronary Intervention Crossing the Threshold: Time for a Guidelines Revision! *J. Am. Coll. Cardiol.*, October 13, 2009; 54(16): 1512-1514.
3. Mattos LA, Lemos Neto PA, Rassi A Jr, Marin-Neto JA, Sousa AGMR, Devito FS, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia – Intervenção Coronária Percutânea e Métodos Adjuntos Diagnósticos em Cardiologia Intervencionista (II Edição – 2008). *Arq Bras Cardiol.* 2008;91(6 supl. 1):1-58
4. Serruys PW, et al. Percutaneous Coronary Intervention versus Coronary-Artery Bypass Grafting for Severe Coronary Artery Disease for the SYNTAX Investigators. *N Engl J Med* 2009;360:961-72.
5. Varnauskas E. Twelve-year follow-up of survival in the randomized European Coronary Surgery Study. *N Engl J Med* 1988;319:332-7.
6. Caracciolo EA, Davis KB, Sopko G, et al. Comparison of surgical and medical group survival in patients with left main equivalent coronary artery disease. Long-term CASS experience. *Circulation* 1995;91: 2335-44.
7. Chieffo A, Stankovic G, Bonizzoni E, et al. Early and mid-term results of drug-eluting stent implantation in unprotected left main. *Circulation* 2005;111(6):791-5.
8. Sianos G, et al. The SYNTAX Score: an angiographic tool grading the complexity of coronary artery disease. *EuroInterv.* 2005;1:219-227
9. Future Revascularization Evaluation in Patients with Diabetes Mellitus: Optimal Management of Multivessel Disease (FREEDOM) Disponível em: http://www.clinicaltrials.gov/ct/show/NCT00086450?order_1. Acesso em 21/05/2011.