



ABC
Heart Failure &
Cardiomyopathy

Volume

5

Suplemento

1

Agosto 2025

Sociedade Brasileira de Cardiologia
ISSN-2764-3107

TEMAS LIVRES 2025

**CONGRESSO BRASILEIRO DE
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
DEIC 2025**



BRASÍLIA - DF



ABC

Heart Failure & Cardiomyopathy

Editor-Chefe

Luis Beck da Silva Neto

Coeditores

Fabiana G. Marcondes-Braga
Lídia Zytynski Moura
Luis Eduardo Rohde

Editores Associados

Epidemiologia/Comorbidades/ Geriatría

Odilson Marcos Silvestre
Miguel Morita Fernandes-Silva

Insuficiência Cardíaca Aguda e Suporte Circulatório no Agudo

Mucio Tavares de
Oliveira Junior

Qualidade Assistencial e Desfechos

Sabrina Bernadez-Pereira

Transplante Cardíaco e Assistência Ventricular

Fernando Bacal

Cirurgia na Insuficiência Cardíaca

Alexandre Siciliano Colafranceschi

Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada

Luiz Claudio Danzmann

Arritmia, Procedimentos Invasivos e Estimulação Cardíaca

Leandro Ioschpe Zimerman

Exercício, Reabilitação e Teste Cardiopulmonar

Renata Castro

Cardiomiopatias

Marcus Vinícius Simões

Cardiogenética

Marcelo Imbroinise Bittencourt

Imagem Cardíaca Molecular

Claudio Tinoco Mesquita

Ressonância e Tomografia Cardíaca

Otávio Rizzi Coelho Filho

Ecocardiografia e Ultrassonografia na Insuficiência Cardíaca

Marcelo Iorio Garcia

Insuficiência Cardíaca Translacional

Luis Eduardo Rohde

Cardiomiopatia Chagásica

Salvador Rassi

Pericardiopatia

Fábio Fernandes

Cardiologia Digital

Germano Emílio Conceição Souza

Doenças Raras

Sandra Marques e Silva

Biomarcadores

Humberto Villacorta Junior

Hipertensão Pulmonar

Marcelo Luiz da Silva Bandeira

Insuficiência Cardíaca na Criança e Adolescente

Estela Azeka

Cardio-oncologia

Wolney de Andrade Martins

Atenção Multidisciplinar em Insuficiência Cardíaca

Eneida Rejane Rabelo da Silva

Design em Estudos Clínicos

Jefferson Luis Vieira

Cuidados Integrados em Insuficiência Cardíaca

Sílvia Marinho Martins Alves

Conselho Editorial

André Rodrigues Durães – Hospital Geral Roberto Santos, Salvador, BA – Brasil

Andréia Biolo – Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS – Brasil

Antonio Carlos Pereira Barreto – Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Carlos Eduardo Rochitte – Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Denilson Campos de Albuquerque – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Dirceu Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Edimar Alcides Bocchi – Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Fábio Fernandes – Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Fernando Antibas Atik – Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF – Brasil

João Manoel Rossi Neto – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP – Brasil

Luis Beck-da-Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil

Marcelo Westerlund Montera – Hospital Pró-Cardíaco, Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Maria da Consolação Vieira Moreira – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG – Brasil

Renato Delascio Lopes – Duke University, Durham – EUA

Ricardo Mourilhe-Rocha – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Sílvia Moreira Ayub Ferreira – Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Representantes da Sociedad Interamericana de Cardiología (SIAC) no Conselho de Cardiomiopatias

Eugenio Cingolani – Cedars-Sinai Medical Center, Smidt Heart Institute, Los Angeles – EUA

María Ines Sosa Liprandi – Sanatorio Güemes, Buenos Aires – Argentina

Representantes da Sociedad Interamericana de Cardiología (SIAC) no Conselho de Insuficiência Cardíaca

Jose Luis Barisani – Instituto Cardiovascular Adventista, Buenos Aires – Argentina

Juan Esteban Gomez-Mesa – Fundación Valle del Lili Hospital Universitario, Cali – Colômbia

Conselho Administrativo – Mandato 2025 (Sociedade Brasileira de Cardiologia)

Região Norte/Nordeste

Nivaldo Menezes Figueiras Filho (BA) - Vice-presidente do Conselho Administrativo
Sérgio Tavares Montenegro (PE)

Região Leste

Denilson Campos de Albuquerque (RJ)
Evandro Tinoco Mesquita (RJ)

Região Paulista

Ricardo Pavanello (SP)
Miguel Moretti (SP)

Região Central

Carlos Eduardo de Souza Miranda (MG)
Renault M. Ribeiro Junior (DF)
Região Sul
Paulo Ricardo Avancini Caramori (RS) – Presidente do Conselho Administrativo
Gerson Luiz Bredt Júnior (PR)

Comitê Científico

Daniela Rassi
Daniella Motta
Marcelly Bonatto
Fernando Bacal
Sérgio Tavares Montenegro

Presidentes das Soc. Estaduais e Regionais

SBC/AL – Roberta Rodrigues Nolasco Cardoso

SBC/AM – Marcia Regina Silva

SBC/BA – Claudio Marcelo Bittencourt das Virgens

SBC/CE – Ulysses Vieira Cabral

SBC/DF – João Poeyes Junior

SBC/ES – Jorge Elias Neto

SBC/GO – Alberto de Almeida Las Casas Junior

SBC/MA – Maria Jacqueline Silva Ribeiro

SBC/MG – Luiz Guilherme Passaglia

SBC/MS – Amanda Ferreira Carli Benfatti

SBC/MT – Danilo Oliveira de Arruda Junior

SBC/NNE – Gentil Barreira de Aguiar Filho

SBC/PA – Edson Roberto Silva Sacramento

SBC/PB – Glauco de Gusmão Filho

SBC/PE – Anderson da Costa Armstrong

SBC/PI – Thiago Nunes Pereira Leite

SBC/PR – Willyan Issamu Nazima

SBC/RN – Carla Karini Rocha de Andrade Costa

SBC/SC – Guilherme Loureiro Fialho

SBC/SE – Wersley Araújo Silva

SBC/TO – Daniel Janczuk

SOCERGS – Luis Beck da Silva Neto

SOCERJ – Marcelo Heitor Vieira Assad

SOCERON – Marcos Rosa Ferreira

SOCESP – Maria Cristina de Oliveira Izar

Departamentos e Grupos de Estudo

SBC/DA – José Francisco Kerr Saraiva

SBC/DCC – João Ricardo Cordeiro Fernandes

SBC/DCC/CP – Ana Paula Damiano

SBC/DCM – Glauca Maria Moraes de Oliveira

SBC/DECAGE – Jessica Myrian de Amorim Garcia

SBC/DEIC – Lídia Ana Zytynski Moura

SBC/DEMCA – Ibraim Masciarelli Francisco Pinto

SBC/DERC – Luiz Eduardo Fonteles Ritt

SBC/DHA – João Roberto Gemelli

SBC/DIC – Silvio Henrique Barberato

SBCCV – Vinicius José da Silva Nina

SBHCI – Rogerio Eduardo Gomes Sarmiento Leite

SOBRAC – Alexsandro Alves Fagundes

DCC/GAPO – Luciana Savoy Fornari

DCC/GECETI – Alexandre de Matos Soeiro

DCC/GECO – Wolney de Andrade Martins

DCC/GEDORAC – Luciana Sacilotto

DCC-CP/GECCA – Vivian De Biase

DEIC/GEICPED – Estela Azeka

DEIC/GEMIC – Evandro Tinoco Mesquita

DEIC/GETAC – Fabiana Goulart Marcondes Braga

DERC/GECESP – Rodrigo Otavio Bougleux Alô

DERC/GEEN – Adriana Soares Xavier de Brito

ABC Heart Failure & Cardiomyopathy

Volume 5, Nº 1, Agosto 2025



Av. Marechal Câmara, 160 - 3º andar - Sala 330
20020-907 • Centro • Rio de Janeiro, RJ • Brasil

Tel.: (21) 3478-2700

E-mail: arquivos@cardiol.br

<http://abccardiol.org/>

SciELO: www.scielo.br

Departamento Comercial

Telefone: (11) 3411-5500
e-mail: comercialsp@cardiol.br

Produção Editorial

SBC – Setor Científico

Produção Gráfica e Diagramação

SBC - Setor Científico

Os anúncios veiculados nesta edição são de exclusiva responsabilidade dos anunciantes, assim como os conceitos emitidos em artigos assinados são de exclusiva responsabilidade de seus autores, não refletindo necessariamente a opinião da SBC.

Material de distribuição exclusiva à classe médica. Os Arquivos Brasileiros de Cardiologia não se responsabilizam pelo acesso indevido a seu conteúdo e que contrarie a determinação em atendimento à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 96/08 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que atualiza o regulamento técnico sobre Propaganda, Publicidade, Promoção e informação de Medicamentos. Segundo o artigo 27 da insígnia, "a propaganda ou publicidade de medicamentos de venda sob prescrição deve ser restrita, única e exclusivamente, aos profissionais de saúde habilitados a prescrever ou dispensar tais produtos (...)".

Garantindo o acesso universal, o conteúdo científico do periódico continua disponível para acesso gratuito e integral a todos os interessados no endereço: www.arquivosonline.com.br.

TEMAS LIVRES - 05 e 06/06/2025
ORAL - APRESENTAÇÃO MELHORES TEMAS LIVRES

4948

Rastreio cognitivo e possibilidades de cuidado em pacientes com insuficiência cardíaca

PRISCILA MARIA GABOS, BARABA REIS TAMBURIM, TALITA FRANCO, ALEXANDRE SOEIRO, THIAGO MENDES, CAMILLA VILELA e BRUNO BISELLI.

Hospital do Coração, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma doença prevalente, afetando cerca de 26 milhões de pessoas no mundo. Trata-se de uma condição de alta complexidade, com acometimentos físicos graves e limitantes. Já existem dados na literatura sobre prejuízos cognitivos nessa população, principalmente no que diz respeito às funções de atenção, executiva e memória. O declínio de tais condições é um ponto de alerta para a equipe assistencial, visto que pode impactar diretamente no autocuidado desse paciente e, até, em maior índice de reinternações e agravamento de quadros por dificuldade de adesão ao tratamento. **Objetivo:** Avaliar o declínio cognitivo dos pacientes com IC em hospital cardiológico de São Paulo. Correlacionar o escore de rastreio cognitivo com a fração de ejeção (FEVE). Correlacionar o escore de rastreio cognitivo com a idade. **Materiais e Métodos:** Aplicou-se o Montreal Cognitive Assessment Test (MoCA) nos pacientes participantes de um Programa de Cuidados Clínicos diagnosticados com IC. Os critérios de exclusão foram: síndrome demencial previamente diagnosticada, internação em UTI ou quadro de delirium. Em seguida, realizou-se a caracterização da população, bem como a estratificação dos escores total e de cada função cognitiva rastreada. Utilizou-se do Teste de Spearman para correlação entre estes dados e a FEVE e idade. **Resultados:** A amostra se caracterizou por 32 pacientes, com idade média de 71 ± 14 anos, sendo 83% homens e 17% mulheres. Todos possuíam pelo menos Ensino Médio completo. A média da FEVE foi de 33±6% e o escore total do MoCA de 20 ± 6 . Observou-se um importante declínio em todas as funções cognitivas: executiva (3 ± 1); nomeação (2 ± 0); atenção (1 ± 1); linguagem (1 ± 1); abstração (1 ± 1); memória (1 ± 1) e orientação (5 ± 1), sendo mais evidente o déficit na executiva, memória e atenção. Foi avaliada uma correlação leve entre a FEVE e o escore total do MoCA ($-0,36$ $p=0,05$) e também, entre a idade e o escore total do MoCA ($-0,34$ e $p=0,06$). **Conclusão:** Observou-se o importante declínio nas funções cognitivas dos pacientes, principalmente em executiva, memória e atenção, sendo essas fundamentais para a adesão de tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Assim, aponta-se a necessidade de estratégias terapêuticas como orientação a familiares, panfletos, tabelas entre outros para o auxílio e cuidado integrado ao paciente. O Programa de Cuidados Clínicos conta com uma equipe multiprofissional que, com esses dados, pode refletir formas diferenciadas de proporcionar a atenção adequada a essa população.

5257

Preditores de identificação de variantes genéticas clinicamente relevantes na cardiomiopatia dilatada em coorte brasileira

EDUARDO KILIAN LUCENA, LEONARDO CEDRO MACHADO, EMANUELLE LEONILIA MARQUES, KELVIN HENRIQUE VILALVA, EDIMAR ALCIDES BOCCHI, FABIO FERNANDES, LUCAS VIEIRA LACERDA PIRES, SILAS RAMOS FURQUIM e JOSÉ EDUARDO KRIEGER.

Instituto do Coração HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A cardiomiopatia dilatada (CMD) está associada a variantes clinicamente relevantes (VCR) em até 40% dos casos. O Escore de Madrid (EM) otimiza o rendimento da testagem genética, através da avaliação das variáveis ausência de bloqueio de ramo esquerdo (BRE), ausência de hipertensão, baixa voltagem no ECG, histórico familiar de CMD e miopatia esquelética. Porém, foi desenvolvido em uma população geneticamente distinta da brasileira. **Objetivo:** Avaliar a efetividade do escore de Madrid e avaliar os preditores para identificação de VCR numa coorte brasileira de pacientes com CMD. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo observacional, retrospectivo, que avaliou características de pacientes com CMD, participantes do projeto MAPA genoma Brasil. Foram divididos em 2 grupos: presença ou ausência de VCR. O EM foi aplicado e foram realizadas regressões uni e multivariadas para a identificação de preditores. **Resultados:** Foram avaliados 749 pacientes, sendo 441 (58,9%) homens. VCR foram identificadas em 168 (22,4%) pacientes. Os rendimentos por pontuação no EM nesta população, com aumento da probabilidade de identificação de VCR quanto maior a pontuação, em taxa inferior ao rendimento na população original (figura 1.A). Na regressão multivariada, foram identificadas como variáveis independentes associadas à identificação de VCR: não ser raça preta (OR:2,1 IC: 1,02-4,2), NYHA III-IV (OR:1,8 IC:1,01-3,3), ausência de bloqueio de ramo esquerdo (OR:3,9 IC:2,1-7,4) e presença de fibrilação atrial (OR:1,9 IC:1,03-3,86) (figura 1.B). A Curva ROC demonstra uma probabilidade prevista de 0,697 (figura 1.C). **Conclusão:** O EM aumentou a predição de efetividade na identificação de VCR em uma amostra da população brasileira com CMD, porém em uma taxa menor que a do estudo original. Foram identificados como preditores da presença de VCR: ausência de BRE, sintomas mais graves (NYHA III-IV), presença de fibrilação atrial e não ser da raça preta. Esses achados sugerem possíveis diferenças genéticas entre as populações brasileira e europeia com CMD.

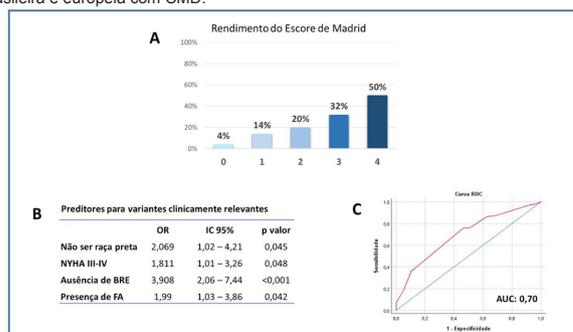


Figura 1: A: rendimento do escore de Madrid em pacientes brasileiros com cardiomiopatia dilatada. B: preditores para presença de variantes clinicamente relevantes (patogênicas e provavelmente patogênicas) em pacientes brasileiros com cardiomiopatia dilatada. C: Curva ROC do modelo multivariado. NYHA: New York Heart Association. BRE: bloqueio de ramo esquerdo. FA: fibrilação atrial. AUC: area under curve.

O papel da acetona exalada e BNP em predirer eventos entre pacientes com insuficiência cardíaca avançada

DANIELLA DAN, FERNANDO BACAL, DIOGENES FURLAN, CAMILA LIRA, IASCARA CAMPOS, BRUNO BISELLI, MUCIO TAVARES, IVANO GUTZ e FABIANA MARCONDES-BRAGA.

INCOR, HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Os peptídeos natriuréticos são biomarcadores de insuficiência cardíaca (IC) e refletem estresse miocárdico. Acetona exalada (EBA) também é um biomarcador do diagnóstico e do prognóstico da IC e reflete alterações metabólicas da doença. **Objetivo:** Considerando que ambos refletem vias fisiopatológicas distintas, avaliamos se EBA pode acrescentar valor prognóstico ao BNP em predirer morte ou transplante cardíaco em prioridade (TCP) em pacientes admitidos em perfil C. Avaliamos também a capacidade em predirer morte geral. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo, observacional, unicêntrico que incluiu pacientes com IC em um hospital quaternário. Amostras do ar exalado foram coletadas na admissão hospitalar e analisadas por espectrofotometria pós reação com salicaldeído. Modelo proporcional de Cox foi utilizado para avaliar o valor preditor da EBA e a curva de Kaplan Meier foi construída. **Resultados:** 287 pacientes foram incluídos entre jan/2019 a ago/2023. A mediana da EBA foi de 5,8(2,4–11,7)µg/L, e a do BNP foi de 1708(1033–2775)pg/mL. Níveis de EBA foram significativamente maiores entre pacientes que apresentaram o desfecho primário morte ou TCP [6,6(2,8–13,15) vs. 4,6(2,08–9,05)µg/L, p=0,014] (Fig. 1). AAUC de EBA para morte ou TCP foi de 0,585 (0,519 - 0,651), p<0,001 e 4,3µg/L foi o melhor ponto de corte para predirer o desfecho primário. Níveis de EBA>4,3µg/L foram associados a aumento no risco de morte ou TCP [HR=1,42 95%IC (1,03-1,96), p=0,003]. Quando EBA>4,3µg/L foi combinada a níveis de BNP>2.214pg/mL, o risco de ocorrência do desfecho primário aumentou em 2,5 vezes [HR=2,5, 95% IC(1,64-3,97), p<0,001], mesmo após ajuste para preditores independentes: BNP (p<0,001), pressão arterial sistólica (p=0,002), ureia (p=0,022), e sódio (p<0,001). Tal combinação aumentou o risco de mortalidade geral [HR=3,0, 95% IC(1,73–5,20),p<0,001]. A fig. 2 mostra a incidência cumulativa de morte ou TCP de acordo com níveis de EBA e de BNP na admissão. Valores de EBA>4,3µg/dL associados a BNP>2214pg/mL conferem maior risco de ocorrência do desfecho primário em 180 dias quando comparado a níveis baixos de ambos os biomarcadores ou de apenas um deles elevado (Log-rank test, p<0,001). **Conclusão:** A combinação de EBA e BNP elevados aumentou significativamente o risco de morte ou TC em prioridade assim como de mortalidade geral. Esses achados sugerem que EBA, um biomarcador do metabolismo da IC, pode fornecer valor prognóstico adicional ao BNP em pacientes com IC avançada.

Fig. 1 - Boxplot de acetona exalada de acordo com o desfecho primário morte ou transplante cardíaco em prioridade.

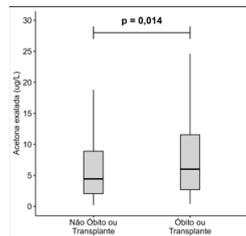
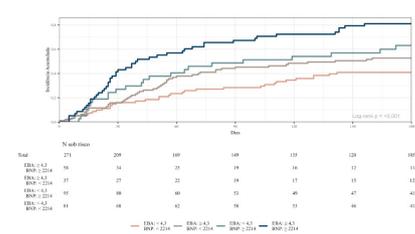


Fig. 2 - Incidência cumulativa de morte ou transplante cardíaco em prioridade, estratificada por acetona exalada (EBA) e peptídeo natriurético tipo B (BNP)



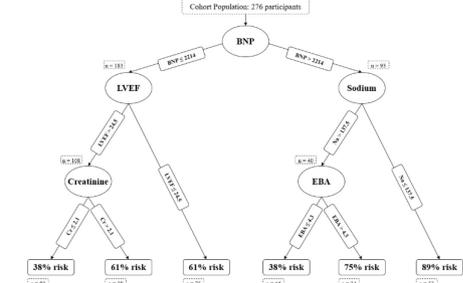
Estratificação de risco para inclusão em fila de transplante ou óbito entre pacientes com IC em perfil C: uma análise de árvore de classificação e regressão (CART)

DANIELLA COSTA-DAN, FERNANDO BACAL, DIOGENES FURLAN, BEATRIZ SOUZA, SANDRIGO MANGINI, MONICA AVILA, EDIMAR BOCCHI, IVANO GUTZ e FABIANA MARCONDES-BRAGA.

INCOR, HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A estimativa do risco prognóstico na insuficiência cardíaca (IC) aguda é útil para orientar a tomada de decisão clínica, em especial entre pacientes em necessidade de inotrópico que podem necessitar transplante cardíaco (TC). A acetona exalada (EBA), que é um biomarcador prognóstico da IC e reflete alterações metabólicas da doença pode ser utilizada para auxiliar a estratificação de risco (ER) nesta população. **Objetivo:** Desenvolver ferramenta prática para predirer a necessidade de inclusão em fila de TC ou óbito entre pacientes em perfil C. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo, observacional e unicêntrico. Utilizamos o método de árvore de classificação e regressão (CART) para identificar os principais preditores de inclusão em lista de TC ou óbito em um período de 6 meses. Seis variáveis, analisadas pelo modelo de riscos proporcionais de Cox, foram testadas para inclusão no modelo CART. O ponto de corte (PC) foi obtido pela curva ROC. Os modelos finais foram obtidos e ajustados para garantir que pelo menos 10% da amostra fosse incluída em cada ramificação. **Resultados:** Entre jan/19 e ago/23, 276 pacientes foram incluídos no estudo. A maioria era do sexo masculino (67%), média de idade de 55(±13) anos, média da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 25(±5)%. O desfecho inclusão em lista de TC ou óbito foi observado em 59% da coorte. As variáveis incluídas e seus respectivos pontos de corte foram: peptídeo natriurético do tipo B (BNP) (2214pg/mL), seguido pelo sódio (137,5mmol/L), FEVE (24,5%), creatinina (2,1mg/dL) e EBA (4,3µg/L). Para pacientes com valores de BNP abaixo do PC, o risco variou de 38% até 61% a depender dos valores da FEVE e da creatinina. Porém quando valores de BNP acima do PC, o risco variou de acordo com os níveis de sódio e EBA. BNP>2214pg/mL associado a Na<137,5mmol/L conferiram o maior risco da coorte (89%). No entanto, quando associado a valores de Na>137mmol/L, o risco variou de acordo com os níveis de EBA: 38% se EBA<4,3mg/dL e 75% se EBA>4,3mg/dL. **Conclusão:** Nossos achados confirmam que pacientes com IC em uso de inotrópico apresentam alto risco de serem incluídos em lista de TC ou evoluírem à óbito e podem ser identificados usando dados laboratoriais e ecocardiográficos obtidos na admissão. Nesta coorte, EBA foi capaz de adicionar valor prognóstico a preditores conhecidos. A árvore de risco fornece uma ferramenta prática de estratificação de gravidade à beira leito em pacientes com IC perfil C. Tais resultados podem ser utilizados futuramente para validação em outras populações.

Fig.1 – Árvore de risco em pacientes IC perfil C para o desfecho inclusão em fila de transplante cardíaco ou óbito.



5518

Tromboembolismo pulmonar maciço refratário: papel da ECMO-VA e trombectomia mecânica

HUMBERTO DE SOUSA PIRES FILHO, VITOR SALVATORE BARZILAI, LUIZ HENRIQUE BRITO ROCHA, ARTHUR CAVALCANTE BATISTA DE PAIVA, GIOVANI PREDIGER DOBRI e JOSÉ SEVERIANO RABELO FERRO.

Hospital Brasília, Brasília, DF, BRASIL- Instituto de Cardiologia e Transplantes do Distrito Federal, Brasília, DF, BRASIL.

Fundamento: O tromboembolismo pulmonar (TEP) maciço pode evoluir com choque obstrutivo, falência ventricular direita (VD) e risco iminente de parada cardiocirculatória (PCR). A trombólise sistêmica é a terapia de primeira linha, porém pode ser ineficaz em casos graves. Nesses casos, a Oxigenação por Membrana Extracorpórea Veno-Arterial (ECMO-VA) pode garantir suporte circulatório, enquanto a trombectomia mecânica promove a reperfusão pulmonar. **Relato de caso:** Homem, 53 anos, hipertenso, diabético e obeso, com histórico de trombose venosa profunda, apresentou dispnéia progressiva por três semanas. No 21º dia, evoluiu com síncope e desconforto respiratório, sendo levado à UPA. Na admissão, estava taquicárdico (114bpm), taquipneico (31irpm), hipertenso (163×97mmHg) e hipoxêmico, necessitando oxigenoterapia. Evoluiu com hipotensão progressiva e insuficiência respiratória, necessitando intubação orotraqueal e suporte vasopressor. O eletrocardiograma revelou padrão S1Q3T3 e D-dímero elevado. Foi realizada trombólise com alteplase, sem melhora clínica significativa nas primeiras horas. Transferido para hospital privado, onde exames confirmaram TEP bilateral extenso. O ecocardiograma demonstrou dilatação do VD (36mm), padrão D-shape e pressão sistólica da artéria pulmonar de 35mmHg. Diante da persistência do choque, foi transportado por UTI aérea para Brasília para avaliação de suporte extracorpóreo e trombectomia. Considerando risco iminente de PCR, foi submetido à ECMO-VA antes da trombectomia, garantindo estabilização hemodinâmica e redução do suporte vasopressor. Após estabilização inicial, realizou-se trombectomia mecânica por cateter. O ecocardiograma pós-procedimento evidenciou melhora da função do VD. O suporte foi mantido por 72 horas, com desmame gradual. O paciente permaneceu sob anticoagulação plena e recebeu alta após estabilização clínica. **Conclusão:** O TEP com choque refratário tem alto risco de PCR por AESP e piora hemodinâmica durante a trombectomia. A ECMO-VA mantém a perfusão sistêmica e pode ser utilizada como suporte em pacientes instáveis antes da trombectomia mecânica. A reperfusão precoce melhora a função ventricular direita e a oxigenação tecidual. Nos casos em que o transporte imediato não for possível e a instabilidade hemodinâmica persistir, a canulação para ECMO-VA em ambiente remoto pode ser considerada em situações altamente selecionadas. No entanto, a transferência precoce para um centro especializado deve ser priorizada sempre que viável. A ECMO-VA permitiu a trombectomia com segurança, prevenindo PCR secundária a AESP. Além disso, proporcionou estabilização clínica precoce, sem sinais de disfunção orgânica, mesmo após 12 horas de choque.

5520

Análise comparativa do número de internações, taxas de permanência e mortalidade por insuficiência cardíaca nas regiões do Brasil de 2019 a 2024: uma abordagem epidemiológica

LAÍS XAVIER BARROS, DANIEL TINEU LEITE MAIA, THIAGO SOUZA AZEVEDO, GIORDANO CRIVILATTI SOLDERA, JULIA PEREIRA CAVALCANTE MARQUES e GIOVANNI POSSAMAI DUTRA.

Escola Superior de Ciências da Saúde, ESCS, Brasília, DF, BRASIL - Faculdade Serra Dourada, São Paulo, SP, BRASIL - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, BRASIL - Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, BRASIL.

Fundamento: Insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa, na qual o coração é incapaz de bombear sangue atendendo às necessidades metabólicas tissulares. É a principal causa de morbidade cardiovascular hospitalar no Brasil, impactando a qualidade de vida dos pacientes. Logo, justifica-se realizar uma análise epidemiológica sobre internações, tempo médio de permanência e óbitos, a fim de identificar tendências e padrões distributivos. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico das internações, o tempo médio de permanência e a taxa de mortalidade em pacientes diagnosticados com IC nas regiões do Brasil. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Descreveu-se um estudo transversal quantitativo retrospectivo a partir de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), referentes à morbidade hospitalar. Analisaram-se as variáveis "internações", "média permanência" e "taxa de mortalidade" para IC (CID-10: I50) no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2024. Para análise espacial, os dados foram classificados segundo as macrorregiões do Brasil. **Resultados:** Registraram-se 1.144.256 internações por IC entre 2019 e 2024, sendo a maior incidência na região Sudeste, com 42,7% dos casos, seguida do Nordeste (22,3%), Sul (22,2%), Centro-Oeste (6,8%) e Norte (5,9%). A média geral de permanência hospitalar foi de 8,1 dias. A Região Nordeste apresentou a maior média, com 8,7 dias, seguida pela Norte, com 8,6 dias, Sudeste, com 8,5 dias, Centro-Oeste, com 7,9 dias, e Sul, com 6,6 dias. A taxa de mortalidade hospitalar total no período foi de 12,12. A maior taxa se deu no Sudeste (13,40), seguido de Norte (11,99), Nordeste (11,86), Centro-Oeste (10,50) e Sul (10,45), sendo o ano de 2021 aquele com a média mais alta (13,48). **Conclusão:** Revelaram-se disparidades regionais nos indicadores de morbimortalidade. Evidenciou-se que a maior parte das hospitalizações ocorreu no Sudeste, podendo sugerir uma combinação de alta densidade populacional e maior acesso ao sistema de saúde. As regiões Norte e Nordeste apresentaram taxas de mortalidade elevadas, além de média permanência mais prolongada, em contrapartida de Sul e Centro-Oeste, com os menores indicadores, podendo refletir desigualdades no acesso e na eficácia do tratamento, bem como na qualidade da assistência e infraestrutura hospitalar. A maior taxa de mortalidade em 2021 pode sugerir a influência da COVID-19. Assim, há a necessidade de aprimorar estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e gestão clínica da IC, mormente nas regiões mais vulneráveis.

Ablação septal por radiofrequência como opção terapêutica na cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva refratária a miectomia: uma série de casos

PLÍNIO JOSÉ WHITAKER WOLF, BRUNO PEREIRA VALDIGEM, EDILEIDE DE BARROS CORREIA, MARCOS OLIVEIRA VASCONCELLOS, LARISSA VENTURA RIBEIRO BRUSCKY, ANA CRISTINA DE SOUZA MURTA, EDUARDO MIKIO SASSAKI, SARA REGINA ALCALDE DOMINGOS e NATAN ALEVATO DONADON.

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) se apresenta, em 76% dos casos, como obstrutiva, quando o gradiente máximo de via de saída de VE (GVSVE) é superior a 30mmHg. Em casos graves de GVSVE>50mmHg, associados a sintomas refratários, indica-se miectomia como terapia invasiva de escolha. Contudo, alguns pacientes mantêm-se sintomáticos e com GVSVE residual significativo a despeito da redução septal cirúrgica. Descrevemos uma série de casos onde foi realizada a ablação septal por radiofrequência (ASRF) nesse perfil de pacientes. **Objetivo:** Avaliar se a ASRF é um tratamento seguro e eficaz nos pacientes portadores de CMH obstrutiva refratária à miectomia. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, de centro único, baseado em série de casos. Análise estatística na avaliação da eficácia da redução do GVSVE entre miectomia e ASRF pelo método t pareado, com $p<0,05$ significativo. **Resultados:** Incluídos 6 pacientes portadores de CMH obstrutiva, quatro adultos (um masculino) e duas crianças (um masculino), submetidos à miectomia septal, com idade média de $40\pm 24,5$ anos, GVSVE ao repouso/provocativo de 118 ± 24 mmHg, todos em classe funcional (CF) III. Devido à refratariedade ao procedimento, refletida em cinco pacientes permanecendo em CF III e um indivíduo em CF IV, além de manutenção de obstrução de VSVE (GVSVE= 103 ± 32 mmHg mesmo após queda de $16\pm 26,7$ mmHg), a totalidade amostral foi submetida à ASRF depois de um período médio de $61,1\pm 56$ meses da miectomia (idade média de $46\pm 25,4$ anos). Observou-se melhora significativa da obstrução de VSVE (GVSVE= $34\pm 32,8$ mmHg), com redução de 68 ± 32 mmHg, permanecendo apenas 1 paciente com GVSVE>30mmHg, evidenciando, nesses casos, superioridade da ASRF relação à miectomia ($t(5)=-3,09$; $p<0,05$). Houve aprimoramento da CF em todos os pacientes, permanecendo quatro em CF I e dois em CF II, sem complicações no pós-operatório. **Conclusão:** Em pacientes com CMH obstrutiva, a miectomia, tratamento invasivo padrão-ouro, pode apresentar resultados insatisfatórios em menos de 10% dos casos, com GVSVE elevado, associado à manutenção de sintomas limitantes. A reabordagem cirúrgica apresenta elevado risco operatório, enquanto que o tratamento medicamentoso com o mavacantem, apesar de eficiente, ainda é pouco acessível. A ASRF demonstrou-se um tratamento eficaz e seguro nesse perfil de pacientes, haja vista uma queda significativa do GVSVE que se refletiu na melhora clínica significativa. Ressalta-se, como limitação à análise, a provável mudança da localização obstrutiva entre a miectomia e a ASRF.

Tabela 1. Características de base da amostra: clínicas e ecocardiográficas

P	Sexo	Idade Cx/ASRF (anos)	Comorbidades	Sintomas pré/após Cx (NYHA)	Sintomas após ASRF (NYHA)	GVSVE (mmHg) pré/após Cx*	GVSVE (mmHg) após ASRF*	Septo (mm) pré Cx/após ASRF*	AE (mL/m ²) pré Cx/pós ASRF	Comp. Cx	Comp. ASRF
P1	F	63/64	HAS, Hipot, DLP, FA	II/III	I	104/100	23	18/15/16	51/37/44	NR	NR
P2	M	57/59	HAS, DLP	II/III	II	92/57	25	24/22/19	49/46/42	CIV, BAVT	IAM
P3	M	8/12	Ausente	III/III	I	133/141	106	17/24/24	48/55/60	NR	NR
P4	F	61/71	HAS, DLP, AVCI	III/III	II	120/63	9	16/13/13	40/46/50	NR	NR
P5	F	5/8	Sd de Williams	III/IV	I	164/135	13	14/15/12	34/43/33	NR	NR
P6	F	50/63	HAS	III/III	I	99/120	28	NR/15/15	43/52/44	NR	NR

*Ao repouso e provocativo. AE: átrio esquerdo; ASRF: ablação septal por radiofrequência; AVCI: acidente vascular cerebral isquêmico; BAVT: bloqueio atrioventricular total; CIV: comunicação interventricular; Comp.: complicações; Cx: miectomia; DLP: dislipidemia; FA: fibrilação atrial; GVSVE: gradiente de via de saída de ventrículo esquerdo; HAS: hipertensão arterial sistêmica; Hipot: hipotireoidismo; IAM: infarto agudo do miocárdio periprocedimento; NR: não relatado; P: paciente

Identificação de variante patogênica no gene GLA em paciente com fenótipo hipertrófico: pode-se descartar cardiomiopatia hipertrófica?

PLÍNIO JOSÉ WHITAKER WOLF, EDILEIDE DE BARROS CORREIA, MARCOS OLIVEIRA VASCONCELLOS, LARISSA VENTURA RIBEIRO BRUSCKY, ANA CRISTINA DE SOUZA MURTA, YONA AFONSO FRANCISCO, EDUARDO MIKIO SASSAKI, SARA REGINA ALCALDE DOMINGOS e LAIS ANDRADE PRESTES.

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: O diagnóstico etiológico da hipertrofia ventricular pode ser desafiador, sendo necessária a pesquisa de fenocópias por meio da investigação clínica, dos exames de imagem e, ainda, do teste genético. Relatamos um caso de paciente com hipertrofia de ventrículo esquerdo (VE) secundária a cardiomiopatia hipertrófica (CMH) em associação com Doença de Fabry (DF). **Relato de caso:** Sexo feminino, 58 anos, dislipidêmica e hipertensa controlada, com história familiar de morte súbita de irmã aos 26 anos. Acompanhamento em serviço de referência em Cardiomiopatias há 15 anos, com relato de dispneia progressiva aos esforços desde a adolescência. Ao eletrocardiograma, ritmo sinusal e sobrecargas atrial e ventricular esquerdas. O ecocardiograma transtorácico (ECOTT) evidenciou hipertrofia de VE importante, assimétrica, com septo e parede posterior medindo 21 e 17mm, respectivamente, associado ao movimento sistólico anterior da valva mitral (SAM) e obstrução da via de saída de VE (gradiente máximo de 83mmHg à valsalva), corroborando com hipótese de CMH. Realizada ressonância cardíaca (RM), que evidenciou realce tardio em região infero-lateral basal mesocárdico e, também, em septo médio/basal inferosseptal. Ao teste genético, constatadas variantes patogênicas nos genes MYH7 e GLA, relacionados, respectivamente, à CMH e DF. A dosagem da enzima alfa-galactosidase A estava reduzida com consequente elevação de lyso GB3. **Conclusão:** O caso, único descrito na Literatura, reafirma a necessidade de complementação diagnóstica com exames de maior complexidade, tais como ressonância cardíaca e teste genético, frente a investigação das fenocópias. Apesar do ECOTT sugerir CMH, a ressonância cardíaca apresentou, além do típico realce tardio da CMH secundária à variante MYH7 (inferosseptal), padrão de fibrose também compatível com DF, em região infero-lateral. Classicamente, a hipertrofia secundária à variante MYH7 poupa a parede infero-lateral, cujo aumento pode estar, portanto, associado à DF. Tais achados, aliados à manifestação clínica precoce, morte súbita em familiar jovem (remetendo CMH) e baixas dosagens da enzima alfa-galactosidase (característica da DF), sugerem que, no caso relatado, as variantes patogênicas MYH7 e GLA expressam o respectivo fenótipo em associação. Conclui-se, portanto, que é possível existir genótipo múltiplo com consequente expressão fenotípica mista como etiologia das hipertrofias ventriculares.

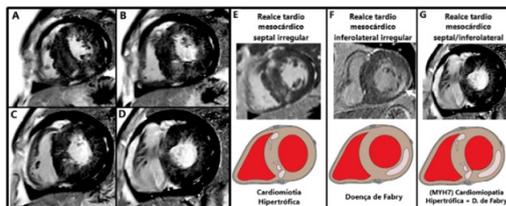


Figura 1. Imagens de ressonância cardíaca demonstrando o eixo curto, nos segmentos médio (letras "A" e "B") e basal (letras "C" e "D"), evidenciando realce tardio mesocárdico em região septal, sobretudo inferosseptal (sugestivo de cardiomiopatia hipertrófica) e inferolateral (sugestivo de doença de Fabry). Letras "E" e "F" demonstrando padrão clássico de realce tardio na cardiomiopatia hipertrófica e doença de Fabry, respectivamente. Letra "G" evidenciando associação de ambos fenótipos. Adaptado de Vanmali et al.

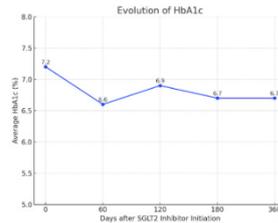
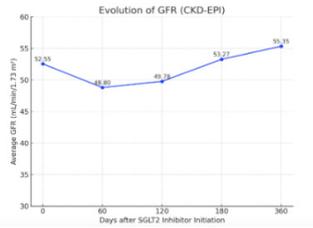
5543

Evolução da taxa de filtração glomerular em pacientes pós-transplante cardíaco usando inibidores de SGLT2

DANIELLE LOUVET GUZZELLI, RODRIGO SGUÁRIO, ALINE CARBONERA, FABIANA G MARCONDES-BRAGA, LUIS SEGURO, SANDRIGO MAGINI, MONICA AVILA, IASCARA WOSNIAK CAMPOS e FERNANDO BACAL.

Incor,HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: O diabetes mellitus é uma complicação comum após o transplante cardíaco, devido tanto a comorbidades pré-existentes quanto a alterações metabólicas associadas ao uso de imunossuppressores. Tem uma prevalência de aproximadamente 35% em cinco anos após o transplante. Recentemente, uma classe de medicamentos inicialmente desenvolvida para reduzir a glicose - os inibidores do cotransportador de sódio-glicose tipo 2 (iSGLT-2) - demonstrou benefícios renais significativos em populações de alto risco com DM2, incluindo a redução da mortalidade cardiovascular em alguns casos. Os iSGLT-2 reduzem o risco de desfechos renais e, portanto, podem ser particularmente indicados para pacientes após o transplante cardíaco. No entanto, há escassez de dados sobre seu uso nesse grupo, uma vez que os estudos excluem especificamente pacientes imunossuprimidos. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi analisar a evolução da taxa de filtração glomerular (TFG) em pacientes pós-transplante cardíaco com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que utilizaram inibidores de SGLT2. **Materiais e Métodos:** Avaliamos uma coorte de 490 pacientes submetidos a transplante cardíaco entre 2013 e 2023. Entre esses pacientes, 290 eram diabéticos e 37 utilizaram iSGLT-2 no tratamento. A TFG desses 37 pacientes foi avaliada utilizando a equação CKD-EPI em diferentes momentos: antes do início da medicação, e após 2, 4, 6 meses e 1 ano de tratamento. Também avaliamos os níveis de hemoglobina glicada (HbA1c) nesses períodos e monitoramos eventos adversos, incluindo interrupções do tratamento e infecções do trato geniturinário. **Resultados:** A evolução da TFG ao longo do tempo mostrou uma tendência semelhante à observada em estudos anteriores com populações não transplantadas que utilizaram inibidores de SGLT2. A curva da TFG demonstrou uma queda inicial nos primeiros dois meses de uso da medicação, seguida de um aumento nos meses subsequentes. Após um ano de tratamento, a TFG era superior ao nível basal. (Gráfico 1). Em relação ao controle glicêmico, houve uma redução de 0,5% na hemoglobina glicada após um ano de uso dos inibidores de SGLT2. (Gráfico 2). Quanto aos eventos adversos, três pacientes precisaram interromper a medicação, sendo que dois apresentaram infecções recorrentes do trato geniturinário (ITG). Além disso, três pacientes evoluíram para doença renal terminal; dois foram submetidos a transplante renal e um permaneceu em hemodiálise. **Conclusão:** Este estudo é uma análise observacional retrospectiva, fornecendo percepções preliminares sobre o uso de inibidores de SGLT2 em pacientes pós-transplante com diabetes mellitus tipo 2. Embora os resultados sugiram um possível benefício na preservação da função renal e na melhora do controle glicêmico, ensaios clínicos randomizados são necessários para confirmar esses resultados e a segurança do seu uso nessa população.



5596

Impacto da dapagliflozina na remodelação cardíaca e expressão de sirtuínas em ratos com diabetes tipo 1

ANA PAULA SARAIVA MARREIROS, PAULA GRIPPA SANT'ANA, ALEXANDRE DIAS MUNIZ, ANA LUIZA BARIONI MEIRELLES, ANNA CLARA CONSORTI SANTOS, LUANA URBANO PAGAN, ELIDA PAULA BENQUIQE OJOPI, KATASHI OKOSHI e MARINA POLITI OKOSHI.

Faculdade Atenas de Sorriso, Mato Grosso, MT, BRASIL - Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, SP, BRASIL - Universidade Estadual Paulista, UNESP, Botucatu, SP, BRASIL.

Fundamento: Inibição da proteína cotransportadora de sódio-glicose tipo 2 (SGLT2) tem benefícios cardiovasculares em pacientes com diabetes mellitus (DM) tipo 2. Os mecanismos responsáveis pelos efeitos benéficos ainda não foram completamente esclarecidos. Estudos sugerem que os inibidores da SGLT2 podem interagir com as sirtuínas, proteínas que modulam processos celulares como apoptose, autofagia, função mitocondrial e resposta ao estresse. Poucos investigadores avaliaram os efeitos da inibição da SGLT2 no DM tipo 1. **Objetivo:** Analisar os efeitos do inibidor da SGLT2 dapagliflozina (Dapa) em ratos com DM tipo 1 na estrutura cardíaca, função ventricular e expressão miocárdica das sirtuínas 3 e 6. **Materiais e Métodos:** Ratos Wistar machos foram divididos nos grupos controle (C), C tratado com Dapa (C-Dapa), DM, e DM tratado com Dapa (DM-Dapa). DM foi induzido por injeção de estreptozotocina, 50 mg/kg. Dapa foi adicionada à ração na dose de 10mg/kg/dia por 16 semanas. A remodelação cardíaca foi avaliada por ecocardiograma ao final do estudo e a expressão proteica das sirtuínas 3 e 6 por Western blot. Análise estatística: ANOVA complementada pelo teste de Tukey ou Kruskal-Wallis e Dunn ($p < 0,05$). **Resultados:** Dados do ecocardiograma estão apresentados na Tabela. A expressão proteica das sirtuínas 3 e 6 não diferiu entre os grupos. **Conclusão:** O tratamento com dapagliflozina reduz a dilatação das câmaras cardíacas esquerdas e a hipertrofia do ventrículo esquerdo, atenua a disfunção sistólica e diastólica, e não altera a expressão proteica das sirtuínas miocárdicas em ratos com DM tipo 1.

	C	C-DAPA	DM	DM-DAPA
PC (g)	497 ± 41	483 ± 43	351 ± 35*	400 ± 46#†
DDVE (mm)	7.11 ± 0.60	7.23 ± 0.49	8.02 ± 0.56*	7.80 ± 0.52#
DSVE (mm)	3.58 ± 0.80	3.78 ± 0.58	4.59 ± 0.54*	4.40 ± 0.65#
AE (mm)	5.12 ± 0.40	5.01 ± 0.43	5.49 ± 0.59*	5.45 ± 0.38#
% Enc. Endoc.	49 (44-55)	46 (44-53)	42 (40-45)*	43 (40-45)#
IMVE (g/kg)	1.28 (1.27 - 1.42)	1.32 (1.24 - 1.46)	2.04 (1.91 - 2.22)*	1.72 (1.60 - 1.94)#†
VEPP (mm/s)	40.1 ± 4.78	39.5 ± 6.26	29.5 ± 3.60*	38.0 ± 4.04†
TDE (ms)	43.7 ± 5.24	43.0 ± 3.58	52.7 ± 7.82*	45.6 ± 7.28†
TRIVn	65.5 ± 5.34	71.9 ± 9.55*	79.5 ± 8.18*	72.3 ± 6.38†
Fração de ejeção	0.87 ± 0.06	0.85 ± 0.05	0.81 ± 0.04*	0.82 ± 0.05#
S' média	3.38 ± 0.28	3.26 ± 0.31	3.01 ± 0.42*	3.24 ± 0.50†

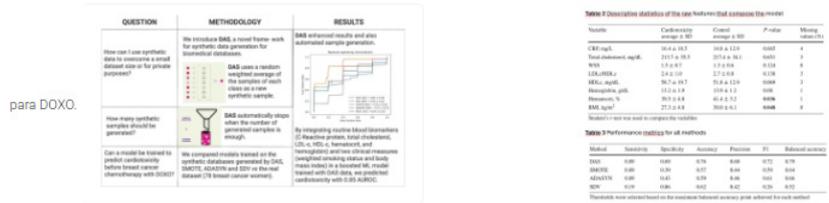
5702

Previsão de cardiotoxicidade induzida por doxorubicina no câncer de mama: aproveitando o aprendizado de máquina com dados sintéticos

DANIELLA CASTRIO ARAÚJO, RICARDO RICARDO SIMOES, KARINA BRAGA GOMES, ADRIANO ALONSO VELOSO, ANGELICA NAVARRO OLIVEIRA, ADRIANO DE PAULA SABINO e CAMILA MACIEL DE OLIVEIRA.

Division of Sleep Surgery, Stanford University School of Medicine, Stanford, EUA - Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Faculdade de Farmácia, UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Instituto de Hipertensão de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL - UFMG, Departamento de Ciência da Computação, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamento: O câncer de mama foi o câncer mais diagnosticado em 2021 (12% de novos casos anuais) e o seu tratamento quimioterápico (QT) com a doxorubicina (DOXO) pode causar cardiotoxicidade (CT) afetando mais de 25%, levando à disfunção cardíaca. Pesquisas sugerem que a imagem cardíaca e biomarcadores relacionados à CT pela DOXO sinalizam danos somente após a sua ocorrência. A promessa do Machine Learn (ML) é evidente, mas sua implementação é prejudicada devido a restrições de dados. Alguns estudos desenvolveram modelos preditivos onde o alto número de valores ausentes foram incorporados a mecanismos especializados para lidar com essas lacunas, criando modelos de memória de curto prazo, modelo preditivo aleatório de Forest construído com 15 variáveis e o modelo de inteligência artificial (IA) treinada com eletrocardiogramas. Para reduzir ainda mais as limitações de pequenas amostra em estudos de CT, introduzimos o aumento e equalização de dados (Data Augmentation and Smoothing - DAS), inspirado por Forestier et al. (2017) que gera amostras sintéticas por meio de uma média ponderada aleatória de amostras dentro de cada grupo. **Objetivo:** Comparar o DAS com métodos estabelecidos, avaliando seu potencial para melhorar a robustez de conjuntos de dados tabulares na predição da CT em tratamento com DOXO do câncer de mama. **Delimitação, Materiais e Métodos:** Estudo coorte prospectivo, com análise de dados de 78 ptes com câncer de mama com o método DAS, criando 4892 amostras sintéticas que exibiram alta fidelidade estatística aos dados originais de biomarcadores sanguíneos de rotina (proteína C-reativa, colesterol total, LDL-c, HDL-c, hematócrito e hemoglobina) e duas medidas clínicas (status de tabagismo ponderado e índice de massa corporal). Após, fizemos a comparação entre os mais conhecidos métodos de geração de dados sintéticos, como a Synthetic Minority Over-Sampling Technique e a Adaptive Synthetic Sampling e o Synthetic Data Vault, que utiliza redes adversárias generativas por sua versatilidade na geração de dados sintéticos. **Resultados:** Nosso modelo atingiu um AUROC de 0,85±0,10, uma sensibilidade de 0,89 e uma especificidade de 0,69, posicionando-o como um potencial instrumento de triagem. O DAS superou métodos estabelecidos ADASYN, SMOTE e SDV ressaltando sua promessa para a geração de dados sintéticos e sendo pioneiro em um modelo de predição de CT, especificamente **Conclusão:** O ML deste estudo representa a ferramenta pioneira projetada para antecipar riscos de CT associados à DOXO no câncer de mama. Além disso, trata-se de uma nova técnica de geração de dados sintéticos mostrando sua utilidade na amplificação de conjuntos de dados menores, produzindo distribuições de dados que refletem aquelas esperadas em conjuntos de dados maiores.



para DOXO.

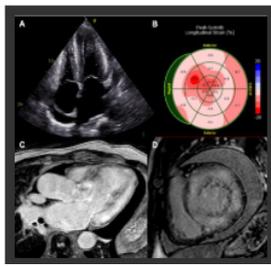
5884

Amiloidose cardíaca por ApoA4: um caso raro

BIANCA FADUL OLIVEIRA PEIXOTO, FLÁVIO HENRIQUE VALICELLI, LARISSA PIANTA ALVES, FERNANDO SARAIVA CONEGLIAN, CAROLINA LAVIGNE MOREIA, JUSSARA BIANCHI CASTELLI, PEDRO MANOEL MARQUES GARIBALDI, WILSON MARQUES JUNIOR e MARCUS VINICIUS SIMÕES.

Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Descrevemos os aspectos clínicos e imagenológicos de um caso de amiloidose cardíaca (AC) associada ao depósito de apolipoproteína A4 (APOA4), condição rara e pouco descrita. **Relato de caso:** Masculino, 72 anos, branco, com diabetes mellitus tipo 2 não insulino-dependente, doença renal crônica estágio 3B, iniciou com dispnéia aos esforços, edema de membros inferiores e ganho de peso em dezembro de 2022. Em janeiro de 2023 apresentou internação hospitalar por insuficiência cardíaca descompensada, recebendo o diagnóstico de cardiomiopatia restritiva infiltrativa. Paciente sem histórico familiar de cardiomiopatia e negava sintomas neurológicos, gastrointestinais, hipotensão postural ou síncope. Em nossa avaliação inicial, estava em classe funcional III da NYHA, sem sinais de congestão e hipervolemia e sinais vitais estáveis ao exame físico. NT-proBNP = 25.652pg/mL, troponina ultrasensível = 9ng/mL. Não exibia proteinúria, com clearance estimado de creatinina = 34ml/min/1,73m². Eletrocardiograma em ritmo sinusal, com baixa voltagem em derivações periféricas e aspecto de pseudo-infarto ântero-septal. Cateterismo cardíaco sem lesões coronarianas significativas. Ecocardiograma transtorácico evidenciou septo interventricular = 17mm e parede posterior do ventrículo esquerdo = 17mm, fração de ejeção do ventrículo esquerdo = 59%, disfunção diastólica grau 3 e strain global longitudinal = -6,5% (Figura 1A e 1B). Ressonância cardíaca confirmou os espessamentos das paredes do ventrículo, além de evidenciar aumento difuso do sinal em T2 no mapa paramétrico, com realce tardio patológico difuso de padrão subendocárdico circunferencial, com regiões de distribuição transmural (Figura 1C e 1D). A investigação para cadeias leves de imunoglobulinas livres foi negativa. Cintilografia cardíaca com Tc99m-pirofosfato não mostrou captação miocárdica do radiotraçador na análise das imagens de SPECT. Diante dos achados fortemente sugestivos de AC, foi realizada biópsia endomiocárdica, que mostrou, pelo método vermelho congo, sob luz polarizada, intensa birrefringência verde-maçã, confirmando depósito amilóide cardíaco. Espectrometria de massa deste material evidenciou depósito amilóide por ApoA4. **Conclusão:** A AC-ApoA4 é caracterizada por não captar radiotraçador ósseo, apresentar fenótipo cardiológico puro e envolvimento renal progressivo sem proteinúria, já que os depósitos amiloides ocorrem na medula renal. Não há tratamento definido para esta condição, ainda que o curso clínico da AC-ApoA4 seja menos agressivo quando comparado com outras formas de AC. Neste contexto, é rara e pouco descrita na literatura, configurando um desafio diagnóstico e terapêutico.



5902

Adhesion to a multifaceted strategy based on automated text messaging after a recent heart failure admission: an analysis of the MESSAGE-HF trial

MARIANA BLACHER, LUIS EDUARDO ROHDE, HENRIQUE SCHERER, MARCIANE ROVER, FELIX RAMIRES, CONRADO HOFFMAN, ENEIDA RABELO, ODILSON SILVESTRE and SILVIA MARTINS.

Hospital Moínhos de Vento, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Background: Heart failure (HF) remains a morbid and lethal condition worldwide. Several strategies based on telemedicine tools, such as telemonitoring, have been tested in heart failure (HF) patients with the aim of improving self-knowledge of the syndrome and patients' adherence to treatment. The MESSAGE-HF trial tested a comprehensive telemedicine strategy after a (HF) admission based on SMS messages and selective nurse-led telephone calls but failed to improve its primary and secondary outcomes. Adherence to the intervention, however, might have influenced main results. **Objective:** In the current analysis, we evaluated clinical predictors of adherence to the telemonitoring intervention and tested the hypothesis that the clinical efficacy in the MESSAGE-HF trial, assessed by the variation in NT-proBNP levels and by a hierarchical win-ratio analysis incorporating blindly adjudicated clinical events, was influenced by adherence parameters to the strategy. **Methods:** MESSAGE-HF was a prospective, parallel-group, multicenter randomized trial carried out in all 5 geographical regions in Brazil. Recruited 699 patients with HF and left ventricular ejection fraction (LVEF) <40% after an acute decompensated HF admission. Patients were randomly assigned to standard care (n=347) or a telemonitoring strategy (n=352) with conditional diuretic adjustment and nurse-based telephone calls. Excellent adherence was a priori defined as >80% interaction rate in the first 30 days of the intervention. Primary and secondary outcomes were NT-proBNP variation in 180 days and a hierarchical win-ratio analysis, incorporating cardiovascular deaths, HF hospitalization and NT-proBNP variation. **Results:** Participants were mostly male, with non-ischemic etiology, and in NYHA functional class II and III (84%). Excellent adherence was observed in 263 (74.7%) patients in the intervention group. Younger age, better educational level, better NYHA functional class, non-ischemic etiology and less need for caregivers were more frequent in excellent adherence patients. Compared to the incomplete adherence subgroup, excellent adherence patients had a ratio of change of NTpro-BNP=0.89 (95%CI 0.65-1.23; P=0.47) and a win ratio of 1.66 (95%CI, 1.16-2.38; P=0.006), mainly driven by wins in HF hospitalization and cardiovascular deaths. **Conclusion:** Participants enrolled in MESSAGE-HF with excellent adherence to the telemonitoring strategy had better clinical outcomes based on a hierarchical win-ratio analysis. These findings strengthen the hypothesis that telemedicine interventions are suitable for specific subgroups of patients.

5942

Pós-transplante cardíaco em paciente com mutação no gene FKTN e sua relação com doença vascular do enxerto

MATHEUS CARVALHO ALVES NOGUEIRA, NATÂNIA FERREIRA DUARTE, FABIANA GOULART MARCONDES BRAGA, LUIS FERNANDO BERNAL DA COSTA SEGURO, ANTONIO ALMEIDA DOS SANTOS FILHO, MARJORIE HAYASHIDA MIZUTA, LUCAS VIEIRA LACERDA PIRES, JOSE EDUARDO KRIEGER e FERNANDO BACAL.

Instituto do Coração, INCOR, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Paciente de 38 anos, feminino, submetida a transplante cardíaco em agosto de 2006, aos 20 anos. Portadora de cardiomiopatia dilatada genética associada ao gene da fukutina (FKTN), conforme teste genético liberado em 2024. Apresentou rejeição humoral entre agosto e setembro de 2006, submetida a pulsoterapia e plasmaférese, e um episódio de rejeição celular aguda 2R em setembro do mesmo ano, sem recorrências. **Relato de caso:** No pós-transplante, usou sirolimus, diltiazem e sinvastatina (10-20mg). Em maio de 2008, a estatina foi suspensa por creatinofosfoquinase (CPK) de 2253U/L, com queda para 336 em duas semanas. Em março de 2010, a CPK de 1932 impediu a reintrodução da estatina. A sinvastatina (10mg) foi retomada em outubro de 2011, mas suspensa em dezembro por CPK de 2706. Entre 2013 e 2014, manteve CPK acima de 1000 sem estatina, já com sinais de doença vascular do enxerto (DVE), com lesões de 30% no tronco da coronária esquerda e 30% na coronária direita (CD) em cateterismo de 2012. Em 2014, tentou-se atorvastatina (20mg), suspensa em outubro por CPK de 1844. Em julho de 2015, apresentou alteração segmentar ao eco de repouso (discreta hipocinesia em parede inferior), com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 65%, assintomática. Novo cateterismo revelou progressão da DVE (lesão de 70% em CD). Realizada angioplastia de CD em agosto de 2015, foi necessária nova angioplastia com stent farmacológico em outubro de 2019 por reestenose de 80% em stent prévio. Internou em abril de 2024 por infarto agudo do miocárdio sem supra, com nova lesão intra-stent da CD de 80%, submetida a angioplastia com balão e implante de stent farmacológico. Interconsulta com a Neurologia em fevereiro de 2025 confirmou distrofia muscular leve, sem contra-indicação ao uso de estatina, mas com a recomendação de associar coenzima Q10. Dessa forma, prescreveu-se atorvastatina 10mg. Segundo o OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man) e o Clingen (Clinical Genome Resource), variantes bialélicas em FKTN têm uma associação definitiva com miopatia e distrofias musculares que podem cursar também com cardiomiopatia dilatada. A distrofia muscular pode se apresentar de três formas: distroglicanopatia tipo A 4 (com anomalias cerebrais e oculares); distroglicanopatia tipo B 4 (forma menos grave sem prejuízo ao desenvolvimento intelectual); e distroglicanopatia tipo C 4 (forma mais leve de distrofia muscular de membros e cinturas). **Conclusão:** Relatos sobre acometimento cardíaco em variantes da FKTN são escassos, especialmente em pacientes transplantados. Este relato aborda uma paciente com mutação na FKTN associada a distrofia muscular leve e cardiomiopatia dilatada, transplantada em 2006, que evoluiu com DVE após longos períodos sem tolerar estatina.

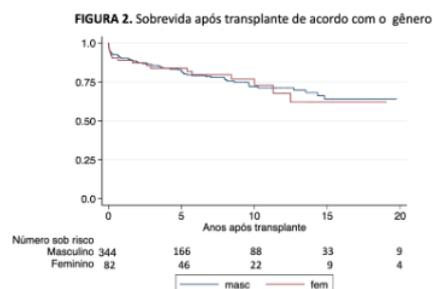
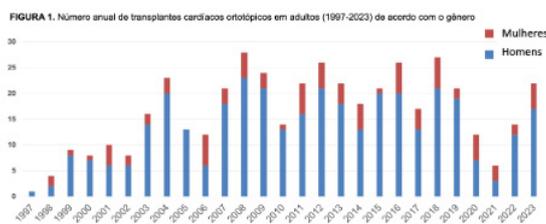
5966

Sobrevida após transplante cardíaco de acordo com o sexo em um centro de alta complexidade

LORENA ALVES DE SOUZA LEAL DE ARAUJO, LUMA MARIA TAVARES DE SOUSA, ELINE PEREIRA ALVES, YVES DE CARVALHO BEZERRA, ANA MARIA LIMA CARNEIRO DE ANDRADE ESMERALDO, LÍVIA RIOS GOMES, DHAYN CASSI DE ALMEIDA FREITAS, KAMILA ALMEIDA FREITAS e JEFFERSON LUÍS VIEIRA.

Hospital de Messejana Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade de Fortaleza, UNIFOR, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: O transplante cardíaco (TC) é a terapia definitiva para pacientes com insuficiência cardíaca avançada, mas diferenças entre os sexos podem influenciar tanto o acesso ao transplante quanto os desfechos clínicos. No Brasil, a maioria dos receptores de TC são homens, mas o impacto dessa disparidade na sobrevida ainda não está completamente elucidado. Este estudo analisa as taxas de sobrevida global e estratificadas por sexo em um centro de alta complexidade. **Objetivo:** Avaliar a sobrevida global e estratificada por sexo em pacientes submetidos ao transplante cardíaco em um centro de alta complexidade. **Delimitação, Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo de coorte incluindo todos os transplantes cardíacos realizados entre outubro de 1997 e março de 2023 em um único centro de referência. A sobrevida foi avaliada pelo método de Kaplan-Meier, com intervalos de confiança de 95%. **Resultados:** No período analisado, foram realizados 426 transplantes cardíacos, sendo 344 (80,7%) em homens e 82 (19,3%) em mulheres (figura 1). As taxas de sobrevida geral aos 1, 5 e 10 anos foram de 73%, 62% e 49%, respectivamente. Não houve diferença estatisticamente significativa na sobrevida entre os sexos (HR 0,71; IC 95% 0,44- 1,15; P = 0,16) (figura 2). A mediana de sobrevida global foi de 9,6 anos. **Conclusão:** O transplante cardíaco em um centro de alta complexidade demonstrou bons resultados de sobrevida a longo prazo, sem diferenças significativas entre os sexos. Apesar disso, as mulheres continuam sendo minoria entre os receptores, evidenciando possíveis barreiras ao acesso ao transplante. Esses achados reforçam a importância de avaliar determinantes clínicos e sistêmicos que possam impactar a equidade no transplante cardíaco.



5973

Amiloidose por transtirretina hereditária de início tardio e fenótipo misto: relato de mutação rara (p.Glu109Lys) no gene TTR

LARISSA PIANTA ALVES, FERNANDO SARAIVA CONEGLIAN, BIANCA FADUL OLIVEIRA PEIXOTO, FLAVIO HENRIQUE VALICELLI, CAROLINA LAVIGNE MOREIRA, PEDRO MANOEL MARQUES GARIBALDI, WILSON MARQUES JR e MARCUS VINICIUS SIMÕES.

MCIA, HCFMRP, USP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Amiloidose por mutação do gene da transtirretina (ATTRv), de caráter autossômico dominante e penetrância variável, é conhecida por ampla heterogeneidade fenotípica. São mais de 400 mutações descritas (ClinVar), porém nem todas patogênicas - a maioria delas leva à maioria dos casos de cardiomiopatia e/ou polineuropatia amiloidótica. Apresentamos caso raro de mutação no gene TTR, p.Glu109Lys, sua trilha diagnóstica e implicações clínicas. **Relato de caso:** Feminino, 63 anos, descendência hispânica, hipertensa e diabética, sem antecedente familiar. Há 10 meses, início de dispneia aos esforços progressiva, atual CF III NYHA, e anasarca (edema de membros inferiores, ascite, derrame pleural bilateral). Ano anterior, apresentou dor torácica, descartado coronariopatia significativa após cateterismo cardíaco. Ademais, relato de perda ponderal, alternância de hábito intestinal e hipotensão postural. Exame físico neurológico mostra hipopalestesia leve em hálux bilateralmente e em 1º dedo dos membros superiores. Eletrocardiograma foi compatível com síndrome do túnel do carpo bilateral. ECG em ritmo sinusal, bloqueio atrioventricular 1º grau e do fascículo espionolactona esquerdo, com pseudoinfarto anterior. Ecocardiograma FE=51%, hipertrofia biventricular com septo e parede posterior do VE=13mm, ERP=0,67, PSAP=53mmHg, dilatação biatrial, strain longitudinal -12,5% com apical sparing, E/e'=29. NT-proBNP=8.654pg/ml e Troponina=81,3ng/ml. Excluído componente monoclonal: relação kappa/lambda, imunofixação sérica e urinária normais. Cintilografia miocárdica com 99mTc-Pirofosfato evidenciou acúmulo difuso do traçador (Perugini grau 3) nas paredes ventriculares esquerda e direita, confirmado nas imagens tomográficas. Sequenciamento genético mostrou mutação provavelmente patogênica p.Glu109Lys (c.325G>A) no exon 3 do gene TTR. Para manejo da insuficiência cardíaca, foi otimizado diurético terapia, suspensos anti-hipertensivo e betabloqueador por intolerância, e iniciados espironolactona e dapagliflozina. Aguarda início de tratamento específico. **Conclusão:** Na literatura, apenas 10 casos de ATTRv associada à mutação p.Glu109Lys foram descritos, maioria fenótipo misto (6), cardiomiopatia (2), polineuropatia (2) e ocular (1), na Europa e Ásia, média 48 anos. Este caso também apresenta fenótipo misto - porém predomínio de sintomas cardiológicos, início tardio, e diagnóstico propiciado através de exames não invasivos. No passado considerada rara, ATTRv é uma condição potencialmente subdiagnosticada, de caráter progressivo e fatal, sobretudo a amiloidose cardíaca, o que requer diagnóstico precoce, ainda mais no cenário em que terapias específicas modificadoras de prognóstico estão cada dia mais disponíveis.

5985

Nefropatia osmótica em portador de insuficiência cardíaca e em uso de iSGLT2: relato de caso

DIOGO COUTINHO SUASSUNA, ESTHEFANY DIAS BARBOSA, JAQUELINE DE ANDRADE FONSECA, RAFAEL SILVESTRE VIEIRA DA SILVA, CLAUDIA CAROLINA MENDONÇA CAMPOS, FELIPE JOSÉ DE OLIVEIRA FRAGA, CAIO CESAR GOMES REZENDE, BÁRBARA MARIANA DOS SANTOS SILVA e CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO.

Hospital do coração, PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: Os inibidores do cotransportador de sódio-glicose-tipo 2 (iSGLT2), pilar na terapia da insuficiência cardíaca (IC) de fração de ejeção reduzida, inibem a reabsorção da glicose no túbulo contorcido proximal, resultando em glicosúria, com benefício comprovado na redução de eventos de morte e hospitalização na IC. Apesar do perfil de segurança renal, há relatos da ocorrência de nefrose osmótica induzida por essa medicação, caracterizada por lesão renal aguda (LRA) consequente da osmolarização do meio tubular. **Relato de caso:** Homem, 65 anos, portador de IC de fração de ejeção melhorada, diabético e em fibrilação atrial, vinha em uso de varfarina como anticoagulante, admitido em IC descompensada perfil B devido quadro de infecção de partes moles e anemia secundária a perdas gastrointestinais. Os exames admissionais mostraram Hb 5,3g/dL; Ur 93mg/dL; Cr 1,6mg/dL; K 4,9mmol/L; INR 4,6. Após estabilizar as causas descompensadoras, foi otimizada a terapêutica para IC, com adição de Dapagliflozina 10mg/dia. Entretanto, 48 horas após o início da droga, houve piora significativa da função renal (Ur 184mg/dL; Cr 4,4mg/dL), além de acidose metabólica com ânion gap elevado, ausência de cetonúria e hipercalemia (K 6,9mmol/L). Dada a LRA e queda importante do clearance de creatinina, foi descontinuado o iSGLT2, com recuperação progressiva das escórias nitrogenadas desde então. Estabilizados os níveis da creatinina em torno 1,8mg/dL e superada a acidose e hipercalemia. O paciente recebeu alta em boas condições clínicas. **Conclusão:** Esse relato de paciente com LRA após uso de iSGLT2 consiste em raríssima apresentação relacionada a tal medicação. Estudos recentes têm associado esses fármacos a um tipo de insulto renal denominado Nefropatia Osmótica Induzida por Drogas, condição na qual osmóticos ativos (drogas ou metabólitos) se depositam no interior das células epiteliais dos túbulos proximais, ocasionando disfunção tubular manifestada por LRA. No caso relatado, a correlação causal e temporal entre a prescrição do fármaco e a instalação da LRA, na ausência de outras causas justificáveis, além do restabelecimento da função renal após a suspensão da droga, reforçou ainda mais a hipótese. Ressalta-se que na presença de LRA inexplicável, em vigência do uso de iSGLT2, é recomendada a realização de biópsia renal, cujo achado típico de vacuolização das células tubulares ratifica o diagnóstico de nefropatia osmótica. Porém, no caso descrito, a confirmação histopatológica não foi possível, visto que a anticoagulação incrementaria o risco hemorrágico ao procedimento. Nesse cenário, mais estudos são necessários para compreender melhor fatores de risco envolvidos na manifestação dessa patologia, como também investigar medidas para preveni-la.

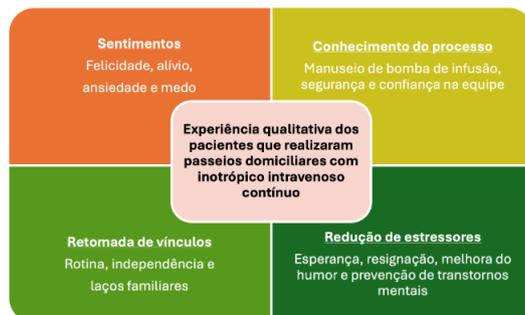
5987

Passeios externos durante internação prolongada e uso de inotrópico melhoram a experiência de pacientes com insuficiência cardíaca avançada

MELISSA ADAMS SCHIWE, LARISSA LIVIA GUSSATSCHENKO, LIVIA A GOLDRACH, NADINE O CLAUSELL, SIMONI POKORSKI e ENEIDA R R DA SILVA.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: Pacientes com insuficiência cardíaca (IC) avançada, por vezes, se tornam dependentes de inotrópicos intravenosos contínuos, implicando em uma internação prolongada, que impacta negativamente na experiência e qualidade de vida do paciente. **Objetivo:** Avaliar a experiência de pacientes com IC avançada em uso de inotrópico intravenoso contínuo que realizaram visitas externas durante internação prolongada. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Pesquisa conduzida em duas etapas: a primeira por meio de um estudo transversal com coletas de dados retrospectiva e a segunda etapa, um estudo qualitativo por meio de perguntas semiestruturadas seguindo a metodologia de Análise de Conteúdo de Lawrence Bardin. Os pacientes que realizaram visitas externas em uso de inotrópico contínuos foram localizados através de um banco de dados secundário. Foram incluídos todos os pacientes que realizaram passeios domiciliares, para os quais deveriam residir na cidade de origem do hospital possibilitando o retorno rápido em caso de intercorrências e estar em condição clínica estável, física e psicossocial. Este estudo foi aprovado em comitê de ética institucional. **Resultados:** Entre março/2020 e abril/2024, nove pacientes foram incluídos. Idade média: 58±9 anos; 78% homens; 89% com ensino médio; 59% com IC não isquêmica; fração de ejeção 23±18%; 78% com CDI. O tempo médio de internação foi de 124±59 dias, e o da primeira visita domiciliar, 20±8 dias. Cinco pacientes realizaram >10 passeios; todos usaram mirlinona via cateter central de inserção periférica (PICC) com a dose média de 0,25±0,05 mcg/kg/min. Após a primeira visita, dois pacientes precisaram de diuréticos intravenosos adicionais; outros eventos adversos não foram observados. Seis pacientes foram transplantados, um implantou dispositivo de assistência ventricular, um migrou para inotrópico intermitente ambulatorial e um recebeu alta melhorado. As entrevistas qualitativas geraram domínios de experiências trazidas pelos pacientes, como descritos na Figura. **Conclusão:** Passeios externos para pacientes com IC avançada dependentes de inotrópico ocorreram sem eventos adversos graves, proporcionando experiência positiva. A segurança clínica é garantida pelo processo estruturado e pela educação dos pacientes no uso dos equipamentos e no manejo de intercorrências, fortalecendo a confiança na equipe assistencial.



5998

Desafio na decisão de suspender ibrutinibe após cardiotoxicidade

FERNANDA DEL CASTANHEL, MARCELO GOULART PAIVA, RALLYSON DE OLIVEIRA GONCALVES, RAFAEL RUAS NASTARI, MARIANA PINTO WETTEN e GLAUCYLARA REIS GEOVANINI.

Hospital Nove de Julho, Rede DASA, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Ibrutinibe, um inibidor da tirosina quinase de Bruton (BTKi) amplamente utilizado no tratamento de neoplasias hematológicas, está associado a eventos de cardiotoxicidade (CTX). Como seu uso é comum em pacientes idosos e com múltiplas comorbidades, é fundamental uma abordagem cuidadosa, que inclua a estratificação do risco cardiovascular, monitoramento rigoroso e manejo adequado de possíveis eventos adversos. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 85 anos, previamente hipertenso e portador de doença crônica obstrutiva pulmonar (DPOC), linfoma difuso de grandes células em 2019 tendo recebido antraciclina e atualmente com linfoma do manto em progressão (janeiro/24). Março/24 iniciou ibrutinibe (560 mg/dia.) Ecocardiograma transtorácico (ETT) basal com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) 60%, ECG ritmo sinusal, QTc 360ms, troponina 39ng/L e NT-proBNP 611pg/mL. Maio/24, evoluiu com sinais de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) (CTX grau 3), picos hipertensivos até 220/110mmHg (CTX grau 3), ECG revelou ritmo sinusal e extrassístoles supraventriculares. ETT demonstrou queda da FEVE para 46%, com hipocinesia difusa e sem dilatação das câmaras. Holter revelou extrassístoles supraventriculares frequentes (31%, CTX grau 3). Cineangiogramia sem lesões obstrutivas, ECG ritmo sinusal, QTc 415ms, aumento da troponina para 57ng/L e NT-proBNP para 2880pg/mL. Optado por interromper ibrutinibe e otimizar tratamento para ICC resultando em melhora clínica. Três meses após a alta, em uso de bisoprolol, losartana, espironolactona e dapagliflozina, ETT de controle mostrou FEVE 53% e holter revelou redução das extrassístoles para 2%. PA voltou aos valores basais (130/70mmHg). **Conclusão:** O ibrutinibe é BTKi de primeira geração, associado a risco de fibrilação atrial (16%) e hipertensão arterial (28%) nos primeiros 6 meses do início do tratamento. Está associado também a arritmias ventriculares e ICC, que neste caso pode ser multifatorial como por ação direta sobre o miocárdio, piora dos níveis de hipertensão e taquicardiomiopatia. Nos casos de alto risco cardiovascular ou CTX importante, podemos optar por trocar ibrutinibe por BTKi de segunda geração, redução da dose ou até a suspensão do medicamento deve ser considerada, conforme as diretrizes de cardioncologia. A otimização do tratamento para ICC, controle da hipertensão e da arritmia supraventricular também foram determinantes na recuperação da FEVE e na melhora clínica. A decisão de suspender o ibrutinibe na presença de cardiotoxicidade é complexa, estando associada a piora no prognóstico oncológico e deve ser tomada após abordagem multidisciplinar avaliando cuidadosamente os riscos e benefícios.

6000

Práticas humanizadoras na assistência para pacientes em fila de transplante cardíaco

BARBARA REIS TAMBURIM, MICHELLE ROCHA MARINO, ORNELLA ELEUTERIO OLIVEIRA, NATALIA CARDOSO SIMÕES, CINTYA PEREIRA COSTA RAMOS, MARIANA LAQUILA OHASHI, MARCIA ENGELMANN, MARIA APARECIDA JESUS OLIVEIRA e SIOMARA TAVARES FERNANDES YAMAGUTI.

Hospital do Coração, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: O Transplante Cardíaco (TxC) trata-se de uma alternativa terapêutica aos pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC) avançada e refratária ao tratamento otimizado. Pacientes com maior gravidade aguardam o TxC internados em prioridade na fila, porém, essa espera pode levar meses, e se configurar, portanto, como um momento de extrema vulnerabilidade e sofrimento. Nesse sentido, se torna essencial que as instituições de saúde adotem práticas na assistência que priorize ações humanizadas, com o objetivo de minimizar o impacto do prolongamento da hospitalização, e repensem a experiência de cuidado do paciente de modo integral. Assim, as práticas humanizadoras são fundamentais para melhorar a experiência do paciente que aguarda o TxC, uma vez que essa espera pode ser longa, emocionalmente desafiadora e fisicamente desgastante. **Objetivo:** Destacar a importância das práticas humanizadoras na assistência, e implementar ações de humanização para pacientes em fila de TxC. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, elaborado a partir da intervenção interdisciplinar, o presente trabalho foi realizado com pacientes internados em prioridade na fila de TxC em um hospital privado de São Paulo no ano de 2024/2025, sendo desenvolvidas ações mediante as demandas dos pacientes. **Resultados:** No período de 2024/2025, foram internados em prioridade na fila de TxC 9 pacientes, sendo 6 masc e 3 fem, com idade média de 53 anos. Os critérios de priorização dos pacientes incluíram 2 com BIA, 1 com centrimag e 6 com inotrópicos. O tempo médio de permanência na fila de prioridade para os pacientes que receberam o transplante foi de 75 dias. Para promover a humanização do atendimento a esses pacientes durante o período de internação, diversas atividades foram implementadas dentro do hospital. Entre elas, destacam-se a realização de um café da tarde em uma cafeteria, um almoço de Natal no restaurante da unidade, apresentações musicais tanto na unidade de internação quanto no setor de reabilitação cardiopulmonar, comemorações de aniversários, festa de Carnaval e sessões de banho de sol no jardim hospitalar. Essas intervenções buscaram melhorar a experiência dos pacientes, por meio de ações de descontração, socialização e bem-estar. **Relato de paciente:** "Gostaria de agradecer ao esforço e dedicação que tiveram para fazermos o passeio de ontem pelo hospital, vocês não têm ideia de como isso nos renova, nos anima, nos prepara para uma nova fase em nossas vidas que é o TxC." **Conclusão:** As práticas humanizadoras se tornam ainda mais necessárias quando se trata de pacientes em fila de TxC, pois estes vivem uma experiência marcada pela incerteza e ansiedade. A humanização no ambiente hospitalar pressupõe que o profissional de saúde esteja atento e sensibilizado às necessidades emocionais e psicológicas dos ptes.

6001

Miocardiotopia dilatada com mutação no gene BAG3: relato de caso

CAMILLE KAROLINA PERIN DE SÁ, TALITA FRANCO SILVEIRA, CAMILA VILELA VIEIRA, BRUNO BISELLI, ALEXANDRE SOEIRO, SIOMARA TAVARES YAMAGUTI e THIAGO MARQUES MENDES.

HCOR, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A miocardiopatia dilatada (MCD) é uma condição caracterizada pela dilatação do ventrículo esquerdo e comprometimento da função sistólica, frequentemente associada à insuficiência cardíaca (IC). A etiologia pode ser multifatorial, incluindo causas idiopáticas, infecciosas, inflamatórias, autoimunes e genéticas. Entre os genes associados à MCD hereditária, destaca-se o BAG3, cuja mutação está relacionada à degeneração progressiva do miocárdio e manifestações neuromusculares. **Relato de caso:** Mulher de 34 anos, com histórico de dislipidemia, obesidade e cisto ovariano, apresentou seu primeiro episódio de descompensação da insuficiência cardíaca (IC) em 2022, após infecção por COVID-19. O ecocardiograma revelou fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 28% e dilatação do ventrículo esquerdo. Clinicamente, a paciente apresentava dispnéia aos mínimos esforços, dispnéia paroxística noturna, ortopneia, edema de membros inferiores, náuseas e vômitos. O histórico familiar revelou forte predisposição genética para MCD, incluindo mãe falecida subitamente aos 42 anos, irmão com IC avançada falecido aos 27 anos na fila de transplante, irmã diagnosticada com MCD, avó materno com cardiopatia não especificada e prima materna com MCD confirmada. Diante desse histórico, a paciente foi encaminhada para seguimento em um ambulatório multidisciplinar de IC e submetida a teste genético, que confirmou a mutação no gene BAG3, compatível com MCD de origem genética e miopatia miofibrilar. Após otimização do tratamento, um novo ecocardiograma realizado em 2025 demonstrou melhora parcial da FEVE para 42%. Atualmente, a paciente encontra-se em classe funcional I (NYHA), sem sintomas de insuficiência cardíaca, porém com episódios de fraqueza em membros superiores, caracterizados por dificuldade para abrir garrafas e potes, sugerindo possível envolvimento neuromuscular. A paciente segue em acompanhamento cardiológico e neuromuscular, e foi solicitado rastreamento familiar.

Conclusão: Estudos demonstram que a mutação BAG3 pode levar à degeneração miocárdica progressiva e disfunção muscular, favorecendo a dilatação ventricular e insuficiência cardíaca. A presença da mutação e o padrão de herança autossômica dominante reforçam a importância do rastreamento genético para diagnóstico precoce e manejo clínico direcionado. Esse caso destaca a necessidade de avaliação multidisciplinar para pacientes com MCD genética e possíveis manifestações neuromusculares. A identificação precoce dessas mutações permite estratégias terapêuticas personalizadas e acompanhamento longitudinal adequado, impactando diretamente o prognóstico e a qualidade de vida desses pacientes.

6027

Desvendando as diferenças de gênero na amiloidose transtirretina hereditária: insights do registro REACT-SP

LOUISE FREIRE, EDILEIDE BARROS CORREIA, OTAVIO RIZZI COELHO-FILHO, PEDRO VELLOSO SCHWARTZMANN, SANDRIGO MANGINI, MURILLO OLIVEIRA ANTUNES, PHILLIP SCHEINBERG, MARCUS VINICIUS SIMÕES e FABIO FERNANDES.

Incor, São Paulo, SP, BRASIL.

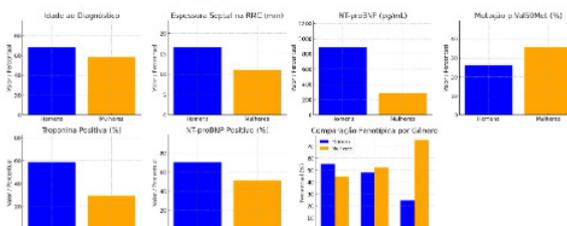
Fundamento: A amiloidose transtirretina hereditária (ATTRh) apresenta um espectro clínico variável, afetando coração e sistema nervoso. Entretanto, as diferenças de gênero permanecem pouco exploradas devido à predominância masculina nos registros clínicos. Fatores hormonais, genéticos e metabólicos podem influenciar a idade de início, o fenótipo clínico e o tempo até o diagnóstico. O REACT, registro multicêntrico do estado de São Paulo (SP), conta com uma maior proporção de mulheres em comparação a outros registros, possibilitando uma análise mais aprofundada sobre as diferenças de gênero na ATTRh. Identificar esses padrões pode aprimorar o diagnóstico e otimizar o manejo dos pacientes. **Objetivo:** Comparar as características clínicas, idade de início, fenótipo predominante, tempo até o diagnóstico e acesso ao tratamento entre homens e mulheres com ATTRh em um registro multicêntrico no estado de SP. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal baseado nos dados do REACT, incluindo 752 pacientes diagnosticados entre 11/02/2022 e 03/07/2023. Foram analisadas a idade ao diagnóstico, o tempo até o diagnóstico, as mutações mais frequentes (TTR_p.Val50Met e TTR_p.Val142Ile), o fenótipo predominante (cardíaco, neurológico ou misto), biomarcadores cardíacos (NT-proBNP e troponina), espessura septal na ressonância magnética cardíaca e o uso de Tafamidis. A análise estatística utilizou o teste t de Student ou o teste de Mann-Whitney para variáveis contínuas e o teste do qui-quadrado para variáveis categóricas, com $p < 0,05$. **Resultados:** Dos 752 pacientes, 279(37,1%) eram mulheres e 473(62,9%) homens. As mulheres foram diagnosticadas mais jovens e apresentaram um tempo até o diagnóstico maior, mas sem significância estatística. A mutação TTR_p.Val50Met foi mais frequente nas mulheres. O fenótipo cardíaco predominou nos homens, enquanto o fenótipo misto foi mais comum nas mulheres. Não houve diferença significativa na neuropatia isolada. Biomarcadores cardíacos foram menores nas mulheres, refletindo a menor prevalência do fenótipo cardíaco. A espessura septal foi maior nos homens. O uso de Tafamidis foi mais frequente entre os homens, mas sem significância estatística. **Conclusão:** Nosso estudo revela diferenças importantes de gênero na ATTRh, com mulheres sendo diagnosticadas mais jovens e apresentando mais frequentemente fenótipo misto, enquanto o fenótipo cardíaco foi mais comum nos homens. Esses achados sugerem influências hormonais e genéticas na expressão da doença e reforçam a importância de estratégias de triagem e manejo específicas por gênero. Estudos futuros devem explorar a progressão da doença e a resposta terapêutica em ambos os sexos, assim como as disparidades na carga amiloide, na disfunção autonômica e nas comorbidades, visando uma estratificação de risco mais precisa e intervenções personalizadas.

Diferenças Clínicas, Genéticas e Fenotípicas na ATTRh

Diferenças Clínicas e Genéticas na ATTRh			
Parâmetro	Homens	Mulheres	p-value
Tempo até o diagnóstico (anos)	1260,9	1439	0,61
Idade ao diagnóstico (anos)	68,0	56	0,009
Espessura septal na RMCM (mm)	18,5	13	< 0,005
NT-proBNP (ng/mL)	803,9	382	0,001

Diferenças Fenotípicas e de Biomarcadores na ATTRh

Diferenças Fenotípicas e de Biomarcadores na ATTRh			
Parâmetro	Homens	Mulheres	p-value
Fenótipo cardíaco (%)	55,3	46,7	< 0,005
Fenótipo neurológico (%)	40,8	52,2	0,075
Fenótipo misto (%)	24,7	25,3	< 0,005
Mutação p.Val50Met (%)	26,2	39,5	0,009
Mutação p.Val142Ile (%)	29,4	25,8	0,268
Uso de Tafamidis (%)	19,7	17,8	0,877
Espessura septal (%)	30,8	29,3	< 0,005
NT-proBNP (ng/mL)	70,9	38,9	< 0,005



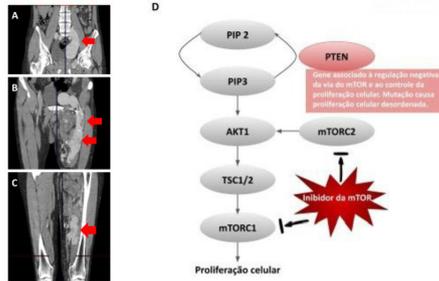
6034

Mutações do gene PTEN: uma causa genética rara de insuficiência cardíaca de alto débito

ROCIO BELEN CORREA, LAURA CAROLINE HASTENTEUFEL, RAFAEL HENNEMANN SASSI, CRISTIANE SEGANFREDO WEBER, NADINE CLAUSELL e LÍVIA ADAMS GOLDRAICH.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) de alto débito é consequência de uma condição subjacente que leva a um aumento do débito cardíaco como uma resposta compensatória, sendo que a função cardíaca é normal e a resistência vascular sistêmica encontra-se reduzida. Infreqüentemente, ela pode ser ocasionada por fistulas arteriovenosas que geram hiperfluxo. A Síndrome de Bannayan-Riley-Ruvalcaba é um fenótipo raro da síndrome de Tumor Hamartoma de PTEN (PHTS), que pode cursar com malformações arteriovenosas, mas o desenvolvimento de insuficiência cardíaca não foi descrito previamente, sendo o primeiro caso relatado. **Relato de caso:** Paciente masculino de 29 anos, sem antecedentes pessoais nem familiares prévios, que apresentou tumoração em membro inferior esquerdo, razão pela qual foi avaliado diagnosticando-se com extensas e volumosas malformações arteriovenosas (MAVs), especialmente em membro inferior esquerdo e pelve (Figuras 1A, 1B, 1C). As malformações vasculares foram associadas a mutação patogênica do gene PTEN (Figura 1D). Além das MAVs, apresenta macrocefalia, deficiência intelectual, estatura alta e máculas pigmentadas no pênis, compatíveis com a Síndrome de Bannayan-Riley-Ruvalcaba. Evoluiu posteriormente com sinais e sintomas de IC de alto débito, com fração de ejeção normal, mas progressiva dilatação ventricular esquerda. Foi então iniciado tratamento com medicamentos modificadores de doença para IC com fração de ejeção preservada (beta-bloqueador, inibidor de SGLT2 e espironolactona), além de diuréticos e ivabradina para controle de sintomas e da frequência cardíaca. Como parte do tratamento etiológico, estão sendo realizadas embolizações sequenciais das MAVs, sem melhora expressiva do quadro. Pela persistência sintomática e progressão do remodelamento ventricular adverso, recentemente iniciou tratamento com inibidor de mTOR (everolimus) como agente antiangiogênico, na tentativa de retardar a progressão da doença de base e, assim, reduzir o impacto das MAVs na evolução da IC. **Conclusão:** O desenvolvimento de IC de alto débito por MAVs é incomum nas síndromes genéticas que cursam com estas malformações, e este é o primeiro relato em pacientes adultos com PHTS. A condição cardíaca deve ser prontamente identificada para intervenções que possam retardar a progressão do remodelamento ventricular. O tratamento da IC de alto débito baseia-se em intervenções focadas na etiologia, e, na terapia farmacológica de suporte, deve-se evitar o uso de vasodilatadores, mesmo quando há queda da fração de ejeção.



6046

Realce tardio atrial como fator de risco para fibrilação atrial na cardiomiopatia hipertrófica

HENRIQUE IAHNKE GARBIN, MURILO FOPPA, ANDREIA BIOLO, JULIA DA SILVA BARROS, CAROLINA SAYURI ARASHIRO, MAURICIO PIMENTEL, FELIPE COSTA FUCHS e FERNANDO LUIS SCOLARI.

Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, BRASIL - Programa de Pós-Graduação em Cardiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, BRASIL - Serviço de Cardiologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: A fibrilação atrial (FA) na cardiomiopatia hipertrófica (CMH) está fortemente associada à maior morbidade e risco tromboembólico, ocorrendo em um terço destes pacientes. O realce tardio do átrio esquerdo (RTAE), avaliado por ressonância magnética cardíaca (RMC), é um marcador de fibrose atrial associado ao remodelamento arritmogênico. Contudo, o papel do RTAE na CMH ainda não foi investigado. **Objetivo:** Analisar a associação entre RTAE e a FA na CMH. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Uma coorte prospectiva de pacientes consecutivos com CMH foi seguida entre 2009 e 2023. A presença qualitativa de RTAE na RMC foi retrospectivamente avaliada. O diagnóstico de FA foi realizado por eletrocardiograma, Holter-24h ou identificação na interrogação de marca-passo/cardiodesfibrilador implantável. Foram avaliados fatores clínicos associados e a ocorrência de FA. Escore para predição de FA na CMH, HCM-AF Score, foi aplicado. Para a análise transversal, os pacientes poderiam ter ritmo sinusal ou em FA no momento da aquisição da RMC. Análise adicional foi realizada incluindo apenas os pacientes em ritmo sinusal no momento da RMC, com avaliação de seguimento. **Resultados:** Foram incluídos 78 pacientes, com idade de 58±16 anos, sendo 43 (55%) do sexo feminino, com espessura parietal máxima do ventrículo esquerdo de 17±4mm. O escore HCM-AF classificou 25 (35%) pacientes em baixo risco, 38 (54%) em médio e 8 (11%) em alto risco para o desenvolvimento da arritmia. Fibrilação atrial foi diagnosticada em 17 (22%) participantes. O RTAE foi detectado em 14 (18%) indivíduos. Fibrilação atrial foi associada com a presença de RTAE [7 (50%) vs. 10 (16%), p=0,01]. Além disso, o RTAE foi associado a maior diâmetro do AE, obstrução na via de saída do ventrículo esquerdo e presença de regurgitação mitral. Dentre os 67 pacientes que apresentavam ritmo sinusal na realização da RMC, 10 (15%) apresentaram RTAE e desses 8 (80%) desenvolveram FA nova. Em análise multivariada, o RTAE foi preditor independente de FA [HR 8,18 (IC 95%: 2,12 - 31,6), P<0,001], mesmo após ajuste para diâmetro do átrio esquerdo, idade e HCM-AF Score. O escore HCM-AF apresentou área sob a curva ROC (AUC) de 0,611 (0,450 - 0,772), enquanto o RTAE isolado obteve AUC de 0,636 (0,478 - 0,794). **Conclusão:** O RTAE é um marcador de remodelamento atrial na CMH e demonstrou associação independente com o risco de FA. O RTAE pode representar uma ferramenta complementar para a estratificação precoce de risco de FA na CMH. No entanto, estudos maiores são necessários para confirmar seu papel prognóstico.

6069

Mapa genoma Brasil: registro nacional multicentrico de genotipos e fenotipos em cardiomiopatias genéticas

FERNANDA ALMEIDA ANDRADE, SILAS RAMOS FURQUIM, LUCAS VIEIRA LACERDA PIRES, KELVIN HENRIQUE VILALVA, NATALIA OLIVETTI, GIOVANNA NAPOLITANO, MARIANA LOMBARDI PERES DE CARVALHO, EMANUELLE LEONILIA MARQUES e JOSÉ EDUARDO KRIEGER.

Incor, Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: As cardiomiopatias genéticas são um grupo heterogêneo de doenças com herança mendeliana, nas quais os testes genéticos podem contribuir para a confirmação diagnóstica, prognóstico, planejamento terapêutico e, principalmente, rastreamento familiar. **Objetivo:** Descrever o genótipo e estabelecer a correlação genótipo-fenótipo em pacientes com cardiomiopatias genéticas na população brasileira. Assim, foi implementado um registro nacional multicêntrico. **Materiais e Métodos:** Foram incluídos pacientes com diagnóstico clínico de cardiomiopatias e então realizada avaliação clínica, aconselhamento genético pré e pós-teste, após isso, submetidos ao sequenciamento de painel ou exoma completo para identificação de variantes genéticas raras associadas aos fenótipos patogênicos. Em casos positivos, foi realizado rastreamento familiar com sequenciamento de Sanger. **Resultados:** Até o final de dezembro de 2024, foram incluídos 2597 probandos com cardiomiopatias com uma predominância discreta para o sexo masculino (55,83%). Os subtipos de cardiomiopatia mais frequente foi a hipertrófica (44,44%), seguido de dilatada (999), não compactada (139), arritmogênica (124) e amiloidose (65). Todos os pacientes incluídos realizaram teste genético e o rendimento foi de 54,76%, dentre eles, 33,97% apresentaram variantes patogênicas, 24,96 possivelmente patogênicas e 55,13% apresentaram variantes de significado incerto (VUS). **Conclusão:** Um programa de genotipagem em pacientes com cardiopatias genéticas mostrou-se eficaz em identificar variantes patogênicas, descrever os principais genes associados aos fenótipos, e rastrear familiares em risco. Tal estratégia pode ser incorporada à prática assistencial, bem como contribuir para a investigação de mecanismos moleculares associados às doenças.

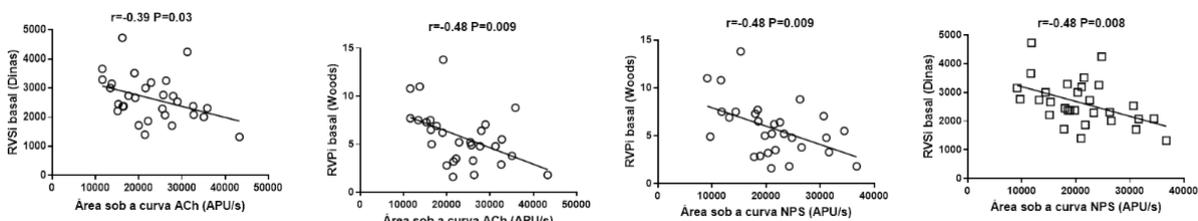
6084

Associação entre a função endotelial microvascular sistêmica e a vasorreatividade pulmonar em pacientes candidatos ao transplante cardíaco

ANTONIO FELICIANO FATORELLI, EDUARDO TIBIRIÇÁ, JACQUELINE SAMPAIO DOS SANTOS MIRANDA, ANA LUIZA FERREIRA SALES e DANIEL ARTHUR BARATA KASAL.

Instituto Nacional de Cardiologia, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é caracterizada pelo comprometimento estrutural ou funcional do coração e contribui significativamente para a morbidade e mortalidade globais. A disfunção endotelial (DE) desempenha papel fundamental no desenvolvimento e progressão das doenças cardiovasculares, incluindo a IC. Técnicas não invasivas, como imagem de contraste de laser speckle (LSCI), oferecem uma abordagem promissora para medir o fluxo sanguíneo microvascular e a reatividade na pele, fornecendo uma janela de acesso fácil para a função microvascular sistêmica. **Objetivo:** Este estudo investigou a associação entre a reatividade microvascular sistêmica, medida não invasivamente por meio de LSCI, e a hemodinâmica pulmonar, medida pelo cateterismo cardíaco direito (CCD), em pacientes com IC avançada em avaliação para transplante cardíaco (TC). Correlacionando a função microvascular e dados de vasorreatividade pulmonar, esta pesquisa visa ampliar a compreensão sobre a complexa interação entre a microcirculação e a IC avançada. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo observacional, transversal e prospectivo avaliou a reatividade microvascular em 30 pacientes com IC avançada, candidatos a TC, no Instituto Nacional de Cardiologia. A análise estatística utilizou os testes Shapiro-Wilk, t pareado e Wilcoxon, com significância para $p < 0,05$. A correlação linear de Pearson foi usada para dados paramétricos, e uma amostra de 25 pacientes por grupo foi considerada para um poder de teste de 80%. **Resultados:** O estudo incluiu 30 pacientes com idade média de 51 anos, predominantemente do sexo masculino (70%). As principais etiologias da IC foram isquêmica (33,3%) e idiopática (30%), com 70% dos pacientes em classes funcionais III e IV. A correlação entre a área sob a curva (AUC) da acetilcolina (ACh) e a resistência vascular sistêmica indexada (RVSi) foi moderada e inversa, com $r = -0,39$ e $p = 0,03$, indicando que maior vasodilatação observada na pele se associou a menor RVSi pelo CCD. A correlação entre a AUC do nitroprussiato (NPS) e a RVSi também foi forte ($r = -0,48$, $p = 0,008$). Além disso, houve correlação negativa moderada entre a AUC para ACh e a resistência vascular pulmonar indexada (RVPI) com $r = -0,48$ e $p = 0,009$, e uma relação similar para o NPS e a RVPI, também com $r = -0,48$ e $p = 0,009$. **Conclusão:** Este estudo demonstra uma associação significativa entre a reatividade microvascular sistêmica avaliada na superfície cutânea e a hemodinâmica pulmonar avaliada pelo CCD em pacientes com IC avançada avaliados para TC. Os achados sugerem uma contribuição da avaliação da função microvascular na avaliação de candidatos a TC para estratificação de risco. A associação entre vasodilatação cutânea e dados invasivos é inovadora, mas requer validação em pesquisas futuras com amostras maiores para melhor compreensão da relação observada.



6347

Escala multifatorial de adesão ao tratamento da insuficiência cardíaca: elaboração e validação de conteúdo

CAMILA LEAL CARDOSO e VERA REGINA FERNANDES DA SILVA MARÃES.

Instituto de Cardiologia e Transplantes do Distrito Federal, Brasília, DF, BRASIL - Universidade de Brasília, Brasília, DF, BRASIL.

Fundamento: Estima-se que no mundo tenha 23 milhões de pessoas com Insuficiência Cardíaca e devido às elevadas taxas de hospitalizações e mortalidades essa patologia é vista como um grave problema de saúde pública. Considerando que uma das principais causas de reinternações é a má adesão ao tratamento, que aderência ao tratamento é um fenômeno multidimensional e que é evidente a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para esses pacientes, percebemos a necessidade de identificar os fatores que interferem na adesão e investigar o cumprimento das atividades de autocuidado, com intuito de permitir aos profissionais uma intervenção mais simplificada e eficaz, tendo em vista a realidade e individualidade de cada paciente. **Objetivo:** Desenvolver e validar uma escala multidimensional para avaliar a adesão ao tratamento em pacientes com insuficiência cardíaca, abrangendo fatores psicológicos, socioeconômicos, práticas de autocuidado e conhecimento sobre a doença. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo metodológico, voltado para construção de um instrumento de medida na área da saúde, por meio do modelo metodológico de Coluci e Alexandre 2015. A amostra foi composta por profissionais da saúde (médicos, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiro, nutricionista e farmacêutico) e pacientes com insuficiência cardíaca. Para composição da amostra foram selecionados profissionais com experiência em atendimento de pacientes ambulatoriais ou internados com insuficiência cardíaca, há mais de 1 ano. E pacientes, homens e mulheres maiores de 18 anos, com insuficiência cardíaca há mais de 12 meses e com classe funcional de I a IV. Não estavam elegíveis para compor a amostra, profissionais com experiência em cardiologia pediátrica e pacientes com cardiopatia congênita. elaboração do instrumento seguiu as 6 etapas: 1ª Estabelecimento da estrutura conceitual, definição dos objetivos e da população envolvida; 2ª Construção dos domínios, itens e da escala de resposta; 3ª Seleção, organização dos itens e estruturação do questionário; 4ª Validade de conteúdo; 5ª Pré-teste e 6ª Validade de conteúdo pós- pré-teste. **Resultados:** O instrumento foi desenvolvido com base em revisão de literatura, práticas clínicas e validação de conteúdo por especialistas e pacientes. A escala final incluiu 32 itens distribuídos em quatro dimensões permitindo estratificar a adesão em alta, média ou baixa. Na validação de conteúdo, revelou o instrumento com taxa de concordância superior a 90% e índice de validade de conteúdo 1,0. **Conclusão:** O estudo contribuiu com um instrumento inédito para identificar barreiras de adesão e o cumprimento do plano terapêutico. Com a escala é possível promover intervenções personalizadas e melhorar consequentemente a adesão ao tratamento e os resultados clínicos de pacientes com insuficiência cardíaca.

6422

Raro caso de hipertensão pulmonar causada por Ponatinibe

TATIANA ABELIN S MARINHO, MILENA SANTOS, AURORA FELICE CASTRO ISSA, TEREZA CRISTINA FELIPPE GUIMARAES, FABIOLA LEITEARAGAO ARAGAO, LISA DE CASTRO FIALHO, PAULO AUGUSTO R LEITE, MARCOS PEREIRA RENNI e GABRIELA MONNERAT.

INCA, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: Ponatinibe (PONA) é um inibidor de tirosina quinase (ITQ) usado no tratamento de leucemia mielóide crônica (LMC) em pacientes cujas malignidades hematológicas tornaram-se resistentes ou intolerantes a outros ITQs. Os efeitos adversos (EA) dos ITQs variam de acordo com o seu alvo molecular específico e inclui derrames pleural e pericárdico, eventos tromboembólicos e hipertensão arterial pulmonar (HAP). HAP é o EA mais comumente relacionado ao Dasatinibe. No entanto, apesar de raros, casos de HAP tem sido reportados com PONA pela similaridade dos efeitos inflamatórios provocados pelos ITQs. **Relato de caso:** Paciente feminina, hipertensa de 42 anos foi diagnosticada em 2020 com LMC após crise blástica caracterizada por astenia, perda de peso e leucocitose. Em maio de 2020 foi iniciado tratamento com imatinibe com perda de resposta em julho de 2021, quando o ITQ foi trocado para Nilotinibe. Após nova crise blástica em maio de 2023, a classe do ITQ foi novamente trocada para PONA. Em agosto de 2023 foi realizado um transplante alogênico de medula óssea (TMO) cujo esquema quimioterápico usado foi: busulfano, fludarabina e globulina antimitótico. Transcorreram complicações relacionadas ao TMO como doença do enxerto-hospedeiro gastrointestinal tratada com altas doses de prednisona e abscesso paravertebral por Candida Tropicalis. PONA foi reintroduzido em setembro de 2023 e houve remissão da LMC. Após 1 ano a paciente evoluiu com dispnéia progressiva aos esforços, ganho de peso e plenitude pós-prandial. Chamava a atenção turgência jugular patológica, ascite, edema de membros inferiores e acentuação da componente pulmonar da segunda bulha. Ecocardiograma transtorácico de outubro de 2024 revelaram parâmetros sugestivos de HAP como aumento de câmaras direitas (D), movimento paradoxal do septo interventricular, alargamento do anel tricúspideo com regurgitação tricúspide torrencial e pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP) subestimada pela disfunção ventricular D em 81mmHg, excursão do anel tricúspideo (TAPSE) de 1,0cm, razão TAPSE/PSAP estimada em 0,1mm/mmHg. Função sistólica do VE era normal e resistência vascular pulmonar estimada em 4,6 Wood. Dosagem de troponina foi negativa e de BNP >1500pg/mL. Angiotomografia excluiu embolia pulmonar. HAP pré-capilar foi confirmada por cateterismo D. PONA possui possível associação com HP e a paciente estava em uso do mesmo desde maio de 2023. Acredita-se que a ação na vasculatura pulmonar causada pelo PONA e o protocolo com busulfan usado no TMO podem ter contribuído para a HAP. PONA foi suspenso e introduziu-se de inibidor de fosfodiesterase-5 com melhora sintomática e redução das pressões pulmonares. **Conclusão:** Apesar de raros, é preciso vigilância quanto a possibilidade de HAP causada por PONA. Pacientes em uso de ITQ devem ser monitorados quanto à seus efeitos colaterais cardiovasculares.

Diferenças nas captações miocárdicas por cintilografia com Tc99m-Pirofosfato nos diferentes fenótipos clínicos da doença

FERNANDO SARAIVA CONEGLIAN, DENISE MAYUMI TANAKA, MINNA MOREIRA DIAS ROMANO, ANDRE TIMOTEU SAPALO, SHEILA CARRARA HERMANN, FLÁVIO HENRIQUE VALICELLI, WILSON MARQUES JÚNIOR, PEDRO MANOEL MARQUES GARIBALDI e MARCUS VINICIUS SIMÕES.

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, BRASIL.

Fundamento: Amiloidose cardíaca por transtirretina é uma causa frequente de Insuficiência cardíaca com Fração de ejeção preservada, com grande volume de pacientes selvagens (ATTR WT) e mutados (ATTR H), sendo as mutações mais descritas no Brasil a V30M e a V142I. A V30M tem duas formas distintas de apresentação clínicas, que são a forma precoce, que tem uma forma predominantemente neuropática, mas que pode afetar o sistema de condução, com evolução para cardiopatia infiltrativa ao longo de anos, e a forma tardia, que usualmente se manifesta com cardiopatia infiltrativa, geralmente se associando a uma fenótipo misto. O diagnóstico de amiloidose cardíaca por transtirretina, se faz de maneira não invasiva, através da cintilografia miocárdica com radiotraçadores ósseos. No Brasil, o radiofármaco utilizado é o Tc-99m Pirofosfato. Os fatores relacionados com a intensidade da captação estão sendo investigados, e estão relacionados com o prognóstico da doença. As diferentes mutações parecem exercer uma influência na captação miocárdica de radiotraçadores ósseos, o que foi demonstrado com o HMDP. **Objetivo:** O objetivo do trabalho é compreender a correlação dos parâmetros ecocardiográficos com a captação do Pirofosfato através da relação coração contralateral em uma análise dos diferentes fenótipos. **Materiais e Métodos:** Uma avaliação prospectiva de pacientes com amiloidose cardíaca por transtirretina, avaliados com Cintilografia com Tc99m-Pirofosfato e ecocardiograma, buscando-se verificar a correlação da variável cintilográfica. Relação coração/contralateral com as variáveis ecocardiográficas, espessura do septo interventricular, da parede posterior, e do índice de massa do ventrículo esquerdo nos pacientes WT e nas diferentes mutações. Foi utilizado teste de correlação de Spearman, dado variáveis de distribuição não gaussianas. **Resultados:** A casuística é composta de 58 pacientes, 55 hereditários, sendo 32 com V30M, 16 de início precoce e 16 de início tardio, 23 com V122I, e 3 pacientes WT. Foi identificada uma forte correlação entre os pacientes com V30M de início tardio para todos os parâmetros estruturais (Septo $r=0,7349$ $p<0,0001$), e entre os pacientes WT ($r=1,0$ $p=0,33$), uma correlação fraca entre os pacientes com V142I ($r=0,48$ $p=0,0773$) e uma correlação ainda mais fraca dos pacientes com V30M de início precoce ($r=0,43$ $p=0,10$) (Figura 1). **Conclusão:** Foram encontrados diferentes graus de correlação entre a captação de Pirofosfato e as variáveis ecocardiográficas dependendo da mutação, o que pode estar relacionado com a afinidade do Pirofosfato pelas fibrilas a depender fenótipo do paciente. O achado contribui para a melhor compreensão dos mecanismos que regem a captação miocárdica na cintilografia com Tc99m-Pirofosfato e ajuda a explicar a heterogeneidade da captação entre os pacientes com amiloidose.

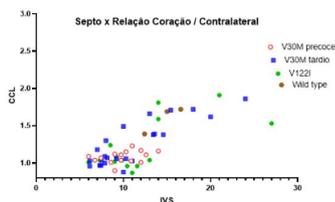


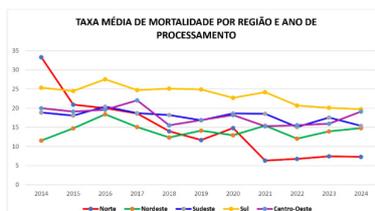
Figure 1 Scatter plot com a correlação entre Septo e relação coração contralateral entre as diferentes mutações. IVS: Septo Interventricular; CCL: relação coração-contralateral.

Análise da distribuição e mortalidade na implantação de marcapassos temporários transvenosos para reversão de bradiarritmias: um estudo temporo-espacial de 10 anos

ICARO SANTOS DA SILVA, WESLEY DE JESUS BATISTA, CLARA MARIA SOUSA, GABRIEL DOS ANJOS PIRES SILVA, LUCAS CORREIA SERRA, GABRIEL BISPO DE FRANÇA, MICHELLE DE SANTANA ARAÚJO, ELIS NATYELLE OLIVEIRA MORAES e LORENA XAVIER ANTUNES DE JESUS.

Faculdade Zarns, Salvador, BA, BRASIL - Unidompedro, Salvador, BA, BRASIL - UNIME, Lauro de Freitas, BA, BRASIL - Universidade do Estado da Bahia, Salvador, BA, BRASIL.

Fundamento: A implantação de marcapassos temporários transvenosos (MTTV) é uma abordagem terapêutica amplamente utilizada para a reversão de bradiarritmias, particularmente em condições emergenciais, como bloqueio atrioventricular de alto grau, bradicardia sinusal sintomática e em situações pós-cirúrgicas. A indicação para o uso do MTTV é crítica em contextos clínicos onde a estabilização do ritmo cardíaco é urgente, prevenindo complicações como síncope, insuficiência cardíaca ou parada cardíaca. **Objetivo:** Analisar a distribuição geográfica e os padrões de mortalidade associados à utilização de Marcapassos Temporários Transvenosos no manejo de Bradiarritmias, considerando uma abordagem temporo-espacial no Brasil ao longo de um período de 10 anos. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico e retrospectivo, com informações do Sistema de Produção Hospitalar (SIH/SUS), do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). No que concerne à análise estatística, foram utilizados o software Microsoft Office Excel e Word para tabulação e manuseio dos dados. As variáveis consideradas foram taxa média de casos, taxa de mortalidade e regiões brasileiras. **Resultados:** A análise das taxas de mortalidade associadas ao MTTV revelou os maiores índices nas regiões Sul (23,1%), Centro-Oeste (17,8%) e Sudeste (17,5%). Nos últimos 10 anos, identificou-se uma tendência geral de redução da mortalidade, com a região Norte registrando a maior variação percentual negativa. Em contraste, as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste mantiveram variações menos expressivas, indicando maior estabilidade nos índices de mortalidade. O Sudeste apresentou o maior volume de implantes de MTTV, com uma média anual de 2.876 procedimentos, correlacionando-se com uma taxa de mortalidade elevada. Por outro lado, a região Norte, com a menor média de implantes (1.392), demonstrou a maior redução na mortalidade ao longo do período, apesar da estabilidade no número de procedimentos realizados. **Conclusão:** O manejo do MTTV é um fator determinante no tratamento das bradiarritmias, tornando a análise estatística das taxas de mortalidade essencial para a otimização do procedimento. A avaliação das variações regionais possibilita a formulação de estratégias baseadas em evidências, visando aprimorar a segurança e a eficácia do uso do MTTV em diferentes contextos populacionais. A implementação de medidas específicas ajustadas às características de cada região pode impactar diretamente na redução das complicações e na melhoria dos desfechos clínicos, contribuindo para o aumento da sobrevida e da qualidade de vida dos pacientes.



TEMAS LIVRES - 05 e 06/06/2025
ORAL - RELATO DE CASO

Tromboembolismo pulmonar maciço refratário à trombólise: papel de uma rede de cuidado ao choque circulatório e ECMO-VA para a trombectomia mecânica segura

HUMBERTO DE SOUSA PIRES FILHO^{1*}, VITOR SALVATORE BARZILAI^{1,2}, LUIZ HENRIQUE BRITO ROCHA¹, ARTHUR CAVALCANTE BATISTA DE PAIVA¹, GIOVANI PREDIGER DOBRI¹ e JOSÉ SEVERIANO RABELO FERRO.

*Autor correspondente: humberto.pires@hotmail.com

¹ Instituto de Cardiologia e Transplantes do Distrito Federal, Brasília, DF, BRASIL - ² Hospital Brasília, Brasília, DF, BRASIL.

Resumo: O tromboembolismo pulmonar (TEP) maciço é uma condição grave, com alta mortalidade quando associada à instabilidade hemodinâmica e falência ventricular direita (VD). A trombólise sistêmica representa a terapia padrão inicial; porém, sua eficácia é limitada em cenários clínicos específicos, e o ambiente hemodinâmico pode dificultar a trombectomia mecânica, sendo frequente a ocorrência de parada cardiorrespiratória (PCR) em atividade elétrica sem pulso (AESP). Além disso, persiste frequentemente a disfunção do VD, com consequente disfunção orgânica, mesmo após tratamento. O desafio é maior quando o paciente encontra-se em região sem suporte circulatório extracorpóreo (ECLS) disponível localmente, exigindo acionamento remoto de uma rede especializada. Apresentamos o caso de um paciente masculino de 53 anos com TEP maciço refratário à trombólise realizada em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), evoluindo com choque obstrutivo grave e risco iminente de PCR. O paciente foi transferido ao hospital de referência regional, onde, devido à persistência de instabilidade hemodinâmica, foi acionada uma rede de suporte ao choque circulatório (RSCC). A logística envolveu transporte em suporte vasotrópico elevado, instalação precoce de ECMO Venoso-Arterial (ECMO-VA) e trombectomia aspirativa mecânica pulmonar imediata. Esta intervenção combinada permitiu estabilização hemodinâmica rápida, recuperação da função ventricular direita em 72 horas, extubação precoce e alta hospitalar após sete dias. O relato enfatiza o papel crucial da RSCC e ECMO-VA como estratégias eficazes e seguras em casos complexos de TEP. **Palavras-chave:** tromboembolismo pulmonar; ECMO-VA; trombectomia mecânica; choque circulatório; rede de suporte circulatório. **Fundamento:** O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma condição potencialmente fatal resultante da obstrução parcial ou total das artérias pulmonares, geralmente por êmbolos provenientes de trombose venosa profunda. Representa uma das principais emergências cardiovasculares, sendo a terceira maior causa de mortalidade cardiovascular global, atrás do infarto agudo do miocárdio e do acidente vascular cerebral. Entre suas formas clínicas, destaca-se o TEP maciço, definido pela presença de instabilidade hemodinâmica devido à insuficiência aguda do ventrículo direito (VD), com mortalidade superior a 50% sem intervenção adequada. O choque obstrutivo, decorrente da sobrecarga súbita imposta ao VD, que não consegue sustentar o aumento abrupto da resistência vascular pulmonar (RVP) causado pela obstrução maciça do leito arterial pulmonar, caracterizando o cor pulmonale agudo, desencadeia uma cascata fisiopatológica composta por dilatação do VD, desvio do septo interventricular para a esquerda e redução crítica do débito cardíaco. Esse cenário é frequentemente agravado por hipoxemia, acidose metabólica e liberação de mediadores vasoconstritores. Nesse contexto de refratariedade, a ECMO-VA torna-se uma estratégia emergencial eficaz para estabilizar hemodinamicamente o paciente, criando uma janela terapêutica para intervenções definitivas como a trombectomia mecânica. Este relato visa ilustrar essa abordagem integrada e seu impacto positivo nos desfechos clínicos. **Relato de caso:** Paciente masculino, 53 anos, com antecedentes de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, obesidade grau I e histórico prévio de trombose venosa profunda em membro inferior direito há dois anos, com adesão irregular à anticoagulação prolongada. Há três semanas do evento agudo, iniciou quadro progressivo de dispnéia aos esforços, associada à leve dor torácica atípica e episódios esporádicos de tosse seca, atribuído inicialmente aos sintomas ao sedentarismo. No 21º dia de evolução, apresentou síncope súbita seguida por intensa dispnéia em repouso, dor torácica e sudorese profusa, sendo levado à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Rio Verde - GO pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Na admissão, encontrava-se com desconforto respiratório agudo, taquipneico (FR 31 irpm), taquicárdico (FC 114 bpm), hipertenso (PA 163x97 mmHg) e saturando 97% com máscara de alto fluxo. Evoluiu rapidamente para abaixamento do nível de consciência e insuficiência respiratória aguda, necessitando de intubação orotraqueal e transferência para sala de emergência. O eletrocardiograma apresentou padrão S1Q3T3, sobrecarga ventricular direita e inversão de ondas T em precordiais. O D-dímero foi superior a 1.000ng/mL. Com alta suspeita de TEP maciço, foi realizada trombólise sistêmica com alteplase (100mg em 2 horas), associada a suporte vasopressor. Após 4 horas, mantinha-se instável hemodinamicamente com lactato crescente e elevado escore vasotrópico, indicando falha terapêutica. Neste momento, foi realizado contato médico para discutir a possibilidade de transferência aeromédica para Brasília (a 400km de distância), com realização de canulação secundária, ou, alternativamente, a viabilidade logística de canulação primária em Rio Verde, seguida de transferência. Foi transferido para hospital privado regional com UTI, onde angiogramografia de tórax confirmou obstrução extensa bilateral dos ramos principais da artéria pulmonar. O ecocardiograma transtorácico evidenciou dilatação do ventrículo direito (36 mm), acinesia do segmento médio da parede livre do VD com hipercontratilidade do ápice (Sinal de McConnell), septo interventricular retificado e apresentando movimento paradoxal, pressão sistólica da artéria pulmonar estimada em 35mmHg e função sistólica do ventrículo esquerdo preservada. Dada a indisponibilidade imediata de transporte primário em ECMO, pela chance de deterioração clínica do paciente, decidiu-se que um membro do time de choque se deslocaria a Rio Verde e garantiria o transporte com especialista no mesmo dia em UTI Aeromédica com avaliação já em Brasília e canulação secundária. O paciente foi admitido em hospital de referência localizado em Brasília, especializado em suporte circulatório avançado. Após breve reavaliação da função ventricular direita, cálculo do escore vasotrópico e estimativa do SAVE Score (Survival After Venous-Arterial ECMO), foi encaminhado ao setor de hemodinâmica, onde se realizou canulação periférica para ECMO venoarterial guiada por fluoroscopia, seguida de trombectomia mecânica utilizando o sistema Penumbra®. Permaneceu hemodinamicamente estável durante todo o procedimento, com progressiva redução e posterior retirada do suporte vasotrópico. A ECMO foi mantida com fluxo de 5L/min, gás a 2L/min, termorregulação a 37 °C e pressão arterial média (PAM) sustentada acima de 70mmHg. Durante o suporte circulatório com ECMO-VA, foi mantida anticoagulação contínua com heparina não fracionada ajustada por TTPA. Após 48 horas, ocorreu extubação com estabilidade clínica e respiratória, seguida por desmame progressivo da ECMO em 72 horas, após 4 testes de autonomia com fluxo abaixo de 1,5lpm ou fora de ECMO e observação de parâmetros ecocardiográficos e hemodinâmicos do VD favoráveis. Teve alta da UTI no quinto dia de internação e transicionada anticoagulação plena de HNF em infusão contínua para apixabana e alta hospitalar no sétimo dia com agendamento ambulatorial e acompanhamento multiprofissional. Após 12 meses, o paciente encontra-se assintomático e funcionalmente ativo. O ecocardiograma de controle evidenciava função biventricular preservada, normalização das dimensões das câmaras cardíacas e ausência de hipertensão pulmonar residual, consolidando um desfecho clínico e funcional altamente favorável. **Discussão:** O investimento na formação de times de resposta ao choque em regiões com baixo volume de procedimentos cardiovasculares ou sem acesso a cirurgia cardíaca pode inicialmente parecer desproporcional. No entanto, os eventos abordados neste relato são catastróficos e frequentemente ocorrem em cenários de emergência, exigindo respostas rápidas e altamente especializadas. Nesse contexto, a estruturação de uma logística baseada em um modelo HUB de referência regional configura-se como a estratégia mais eficaz, permitindo uma assistência organizada que otimiza o cuidado tanto local quanto remotamente. Além disso, essa centralização dos casos em equipes especializadas contribui para a manutenção da expertise e da prontidão técnica dos profissionais envolvidos. A Extracorporeal Life Support Organization (ELSO) oferece diretrizes que apoiam a formação de equipes móveis de ECMO (ECMO Mobile Teams), facilitando a implementação de protocolos regionais para o resgate de pacientes com indicação de suporte extracorpóreo, seja por síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), choque cardiogênico ou, como neste caso, tromboembolismo pulmonar (TEP) maciço. O TEP maciço representa uma forma de choque obstrutivo com alta letalidade, especialmente quando há instabilidade hemodinâmica refratária à trombólise ou contra-indicação absoluta ao seu uso. Atualmente, diversas modalidades de trombectomia estão disponíveis para o manejo do TEP agudo, e a definição da melhor abordagem deve integrar o escopo de atuação do time de resposta rápida ao TEP, uma subunidade especializada dentro da estrutura do time de choque. Nessa configuração, o suporte circulatório com ECMO-VA ou ECMO V-PA (veno-arterial pulmonar) pode ser empregado como ponte para a trombectomia percutânea, assegurando a estabilização sistêmica e a preservação da função ventricular direita até a resolução definitiva da obstrução vascular pulmonar. **Conclusão:** A integração do cuidado em Redes de Suporte Circulatório Crítico (RSCC), desde o ambiente pré-hospitalar, atuando como apoio técnico e influenciando o processo decisório, além da coordenação logística para transferência interestadual, com possibilidade de ativação da equipe ECMO Mobile, foram determinantes para o desfecho favorável. Este caso evidencia o impacto positivo e a importância estratégica de investir na consolidação das RSCC. **Referências:** 1. EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). *European Heart Journal*, v. 41, n. 4, p. 543-603, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz405>. 2. KONSTANTINIDES, S. V. et al. The management of pulmonary embolism: a systematic review. *JAMA*, v. 311, n. 7, p. 717-728, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2014.1140>. 3. TAPSON, V. F. Acute pulmonary embolism. *New England Journal of Medicine*, v. 385, p. 754-766, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMr2106541>. 4. McLAUGHLIN, V. V.; HUMBERT, M. Pulmonary arterial hypertension: the road ahead. *Circulation*, v. 133, n. 24, p. 2546-2562, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.022376>. 5. PRUSZCZYK, P. et al. Prognostic value of biomarkers in high-risk pulmonary embolism. *Circulation*, v. 136, p. 1820-1827, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.027497>. 6. PERRIER, A.; RIGHINI, M. Diagnosis and management of pulmonary embolism: state of the art. *European Respiratory Journal*, v. 53, n. 1, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1183/13993003.01961-2018>. 7. STEIN, P. D. et al. Obesity and the risk of pulmonary embolism: the effects of body mass index and waist circumference. *American Journal of Medicine*, v. 123, p. 1009-1015, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2010.05.016>. 8. KLINE, J. A. et al. Acute pulmonary embolism: correlation of clinical, laboratory, and imaging findings with the risk of adverse outcomes. *Annals of Internal Medicine*, v. 138, p. 447-457, 2003. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-6-200303180-00007>. 9. SIMONNEAU, G. et al. Updated classification of pulmonary hypertension. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 62, n. 25, p. 34-41, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2013.10.029>. 10. LABIB, A. et al. Extracorporeal Life Support Organization guideline for transport and retrieval of adult and pediatric patients with ECMO support. *ASAIO Journal*, v. 68, n. 4, p. 447-455, abr. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1097/MAT.0000000000001653>.

TEMAS LIVRES - 05 e 06/06/2025
POSTER - APRESENTAÇÃO POSTER

4871

Biomarcadores emergentes para insuficiência cardíaca: implicações prognósticas e clínicas

PEDRO GUILHERME MATOS MENEZES MOTA e AHMAD ALI HUSNI.

Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Brasília, DF, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição clínica complexa que representa uma das principais causas de internações e mortalidade cardiovascular no mundo. Identificar pacientes com maior risco de desfechos adversos é crucial para otimizar tratamentos e recursos. Nesse contexto, biomarcadores se destacam como ferramentas essenciais para aprimorar o diagnóstico e o prognóstico da IC. Biomarcadores tradicionais, como o peptídeo natriurético tipo B (BNP) e o NT-proBNP, são amplamente utilizados, enquanto avanços recentes apontam para o potencial de marcadores emergentes, como ST2 solúvel, galectina-3 e microRNAs. Este estudo explora como esses biomarcadores podem influenciar o manejo clínico da IC. **Objetivo:** Investigar o papel de biomarcadores emergentes na estratificação de risco e no prognóstico de pacientes com insuficiência cardíaca, com base em dados recentes da literatura científica. **Materiais e Métodos:** Foi realizada uma revisão sistemática em janeiro de 2025, utilizando as bases PubMed, BVS e SciELO. O objetivo foi identificar estudos relevantes sobre biomarcadores emergentes na IC. Os termos de busca utilizados foram: "Heart Failure" AND "biomarkers" AND "prognosis". Foram incluídos estudos publicados entre 2015 e 2024 que analisassem ST2 solúvel, galectina-3 e microRNAs em relação a desfechos clínicos da IC. Artigos duplicados, estudos fora do período ou que não correlacionassem biomarcadores com o prognóstico da IC foram excluídos. **Resultados:** Entre os 114 estudos encontrados, 7 atenderam aos critérios de inclusão. BNP e NT-proBNP reafirmaram sua relevância como marcadores clássicos, fortemente associados à gravidade da IC, hospitalizações e mortalidade. O ST2 solúvel destacou-se por refletir estresse mecânico e inflamação, sendo preditivo de desfechos desfavoráveis na IC aguda e crônica. A galectina-3, associada a processos inflamatórios e fibróticos, mostrou-se confiável na previsão de hospitalizações e mortalidade, especialmente na IC com fração de ejeção preservada. Os microRNAs emergem como marcadores promissores, com alta especificidade e ligação à remodelação cardíaca, oferecendo possibilidades personalizadas de estratificação de risco. A combinação de biomarcadores tradicionais e emergentes demonstrou potencial para melhorar a precisão prognóstica e capturar múltiplos aspectos da fisiopatologia da IC. **Conclusão:** Biomarcadores emergentes, como ST2, galectina-3 e microRNAs, ampliam as possibilidades de avaliação prognóstica na insuficiência cardíaca. Sua combinação com marcadores tradicionais oferece perspectivas promissoras para um manejo clínico mais eficaz e personalizado. Estudos adicionais são necessários para validar sua integração em protocolos clínicos e consolidar seu uso na prática médica diária.

4983

Doença de Barlow desmascarada por remodelamento ventricular reverso após implante de Dave

LUCAS OLIVEIRA DE MORAIS, FELIPE HOMEM VALLE, GÉRIS MAZZUTTI, LAURA HASTENTEUFEL, NADINE OLIVEIRA CLAUSELL e LIVIA ADAMS GOLDRACH.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, HCPA, Porto Alegre, RS, BRASIL.

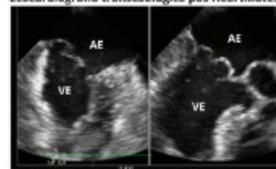
Fundamento: Insuficiência mitral secundária é comum em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER). No entanto, doenças primárias da válvula mitral podem ser mascaradas por dilatação do ventrículo esquerdo com tethering dos folhetos e estiramento de cordoalhas. Relatamos caso em que a degeneração primária da válvula mitral (doença de Barlow) foi detectada após implante de dispositivo de assistência ventricular esquerda (DAVE) implantável e remodelamento ventricular reverso. **Relato de caso:** Paciente masculino, branco, 67 anos, com ICFER avançada de etiologia isquêmica em status INTERMACS 3 foi contraindicado para transplante cardíaco por hipertensão pulmonar grave (pressão média na artéria pulmonar de 54mmHg). Comorbidades incluíam esternotomia por revascularização miocárdica, diabetes tipo II e doença renal crônica com componente cardiorenal. Ecocardiograma evidenciou ventrículo esquerdo dilatado (76-69mm) com fração de ejeção (FE) de 19% e insuficiência mitral funcional central moderada a grave (orifício regurgitante efetivo 0,34cm²; volume regurgitante 28mL; fração regurgitante 57%; vena contracta 0,65cm). A válvula mitral tinha morfologia normal, com dilatação do anel e mobilidade reduzida dos folhetos por baixo fluxo (Figura 1A). Foi realizado o implante de DAVE HeartMate 3 em mar/23, após o qual o paciente evoluiu sem complicações e com ganho funcional importante. Avaliação hemodinâmica 3 meses após o implante demonstrou descompressão ventricular esquerda adequada. Após 6 meses, ecocardiogramas seriados demonstraram remodelamento redução dos diâmetros do ventrículo esquerdo (66-50mm) e melhora parcial da FE (45%). Entretanto, os folhetos da válvula mitral tornaram-se espessados e prolapsados, compatível com doença de Barlow, e insuficiência valvar moderada-grave (Figura 1B). Após revisão, concluiu-se que o paciente apresenta ICFER de provável etiologia mista (isquêmica e valvular mitral primária). Apesar da recuperação parcial da função ventricular após o implante do Heartmate 3, alternativas terapêuticas estão em avaliação. **Conclusão:** Embora reconhecer a doença degenerativa primária da válvula mitral em pacientes com dilatação do ventrículo esquerdo seja desafiador, seu diagnóstico pode ter implicações terapêuticas e oportunizar intervenções tempo-sensíveis que auxiliem na otimização da função ventricular e estabilidade funcional, particularmente em pacientes suportados por DAVE. A insuficiência mitral funcional é um diagnóstico de exclusão, e a avaliação valvar mitral sistemática é recomendada.

Figura 1A
Ecocardiografia transesofágica pré HeartMate3.



AE = átrio esquerdo; VE = ventrículo esquerdo.

Figura 1B
Ecocardiografia transesofágica pós HeartMate3.



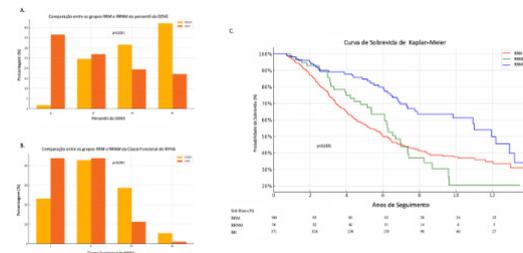
AE = átrio esquerdo; VE = ventrículo esquerdo.

Remodelamento reverso mantido na cardiomiopatia chagásica: impacto prognóstico na sobrevida a longo prazo

MARIA TEREZA SAMPAIO DE SOUSA LIRA, SILAS RAMOS FURQUIM, DANIEL CATTO DE MARCHI, PAMELA CAMARA MACIEL, RAFAEL CAVALCANTI TOURINHO DANTAS, FÁBIO FERNANDES, SILVIA MOREIRA AYUB-FERREIRA, EDUARDO GOMES LIMA e EDIMAR ALCIDES BOCCHI.

Instituto do Coração, FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A Cardiomiopatia Chagásica Crônica (CCC) é uma das principais causas de insuficiência cardíaca (IC) na América Latina. O remodelamento reverso mantido (RRM) tem sido associada a melhores desfechos clínicos, mas seu impacto prognóstico comparado à remodelamento reverso não mantido (RRNM) e ao remodelamento reverso negativo (RRN) permanece incerto na CCC com IC de fração de ejeção reduzida (ICFER). Este estudo investiga a RRM como um preditor de sobrevida a longo prazo. **Objetivo:** Avaliar a associação entre RRM e sobrevida em pacientes com CCC e ICFER e identificar os principais preditores de RRM. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo envolvendo 527 pacientes com CCC e fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) inicial <40%, acompanhados entre 2006 e 2023 e que possuem pelo menos 3 ecocardiogramas (ECOTT) com intervalos mínimo de 6 meses entre os exames. O RRM (n=100) foi definido como uma melhora sustentada na FEVE ≥40% ou ≥10% em pelo menos dois ECOTT consecutivos. O RRNM (n=56) foi definido como uma melhora inicial na FEVE ≥40% ou ≥10%, seguida por um declínio subsequente. O RRN (n=371) não apresentou melhora da FEVE. As análises estatísticas incluíram curvas de Kaplan-Meier e modelos de regressão de Cox para avaliar a sobrevida e regressão logística para identificar preditores de RRM. **Resultados:** O RRM foi associado a uma melhor sobrevida em 10 anos comparada ao RRNM (88% vs. 52%) e ao RRN (88% vs. 34%; p<0,001), sendo o RRM como um preditor independente de sobrevida (HR 0,44; IC 95% 0,30-0,67, p=0,007). Os principais preditores de RRM incluíram classe NYHA mais baixa (HR 0,567; IC 0,373-0,956, p=0,032) e menor diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo (DDVE) (HR 0,477; IC 0,333-0,683, p<0,001) no momento do segundo ecocardiograma. **Conclusão:** O RRM é um forte preditor de sobrevida em pacientes com CCC e ICFER. A identificação precoce de pacientes com potencial para RRM pode permitir intervenções mais personalizadas, otimizando a abordagem terapêutica. O monitoramento de BNP, a avaliação da classe funcional NYHA e o DDVE no segundo ecocardiograma também são essenciais para estratificação de risco e decisão terapêutica.

**Suporte circulatório mecânico em retransplante cardíaco: onde estamos frente a baixa oferta de órgão versus a alta mortalidade**

HELENA GARCIA BETINARDI BERNARDI, RENATA LOPES HAMES, JORGE HENRIQUE YOSCIMOTO KOROISHI, VICTOR GUALDA GALORO, JAIRO ALVES PINHEIRO JUNIOR e STEVAN KRIEGER MARTINS.

Hospital do Coração, HCOR, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A sobrevida de pacientes submetidos a transplante cardíaco aumentou significativamente, o que torna o retransplante cardíaco (RTxC) uma possibilidade e necessidade mais frequentes. Em comparação aos receptores primários, os pacientes submetidos ao RTxC tendem a ser mais sensibilizados e jovens, exibindo maior probabilidade de gravidade clínica e necessidade de Suporte Circulatório Mecânico (SCM). **Relato de caso:** Sexo feminino, 44 anos, submetida a transplante cardíaco (TxC) aos 32 anos por miocardiopatia dilatada idiopática. Após 12 anos, evoluiu com perda do enxerto. Ecocardiograma mostrou hipertrofia excêntrica, hipocinesia difusa e disfunção biventricular grave. Suspeita de rejeição tardia levou à pulsoterapia com corticoide, plasmaférese e timoglobulina, sem melhora. Biópsia endomiocárdica (BEM) 1R e painel imunológico com HLA sem DSA. Listada para ReTx, evoluiu com piora hemodinâmica, balão intra-aórtico e posterior implante Centrimag™ Abbott biventricular, opção considerada devido painel Classe II 65% e experiência do centro. Transplantada após 22 dias de SCM. Após transplante, rejeição celular 2R e disfunção de ventrículo direito tratada com pulsoterapia e BEM controle 1R. Ainda apresentou infecção por pseudomonas, monilíase oral e CMV. Recebeu alta após 59 dias do TxC com função biventricular preservada e reabilitada. **Discussão:** A literatura sobre RTxC é escassa, e devido à escassez contínua de órgãos, é essencial avaliar os resultados após esse procedimento. Estudo retrospectivo de 2019 analisou 123 RTxC e mostrou que, comparados aos pacientes de primeiro transplante cardíaco (TxC), os de RTx precisaram de mais diálise e suporte, mas não houve diferença nas complicações pós-operatórias. Esse caso difere principalmente pelo tempo entre o 1º TxC e RTxC e o uso de SCM, destacando novos perfis de pacientes e opções de tratamento. Outro estudo de 2019 com 464 RTxC, incluindo 81 com SCM (29 ECMO, 24 SCM temporário e destes 14 Centrimag), revelou uma sobrevida de 95,2% no grupo sem SCM e 82,2% no grupo com SCM. Embora a diferença significativa de sobrevida global, ela foi às custas do grupo ECMO. Ou seja, a mortalidade por SCM não-ECMO não diferiu, levantando a questão sobre o melhor SCM para esses pacientes. Uma pergunta para a qual não temos resposta, porém necessária ser feita frente a cada perfil de paciente. Considerações na decisão envolvem a mortalidade geral após listagem e maior risco de complicações em pacientes com SCM. **Conclusão:** A superioridade na sobrevida com a nova geração de SCM sugere melhorias nos dispositivos, tornando o uso de SCM temporário ou definitivo uma opção viável para conectar o paciente aos melhores resultados. Considerando o número limitado de RTxC bem-sucedidos e a controvérsia do tema, este relato visa auxiliar na decisão em casos complexos de RTxC.

Fig. 1: Paciente em Assistência Circulatória Mecânica Biventricular Centrimag



5259

Resultados da bandagem da artéria pulmonar no manejo da insuficiência cardíaca avançada na miocardiopatia dilatada. Experiência de um centro de cardiologia pediátrica

MARIA RENE ROCHA CLAURE, MARCIA CRISTINA RODRIGUES MATOS, RENATA BURINI CHACCUR, VANESSA AUGUSTO CANUTO NUNES, WANDA TEIXEIRA MOREIRA DO NASCIMENTO, LUIS OTAVIO CAMPANHA SANT ANNA, JOSE CICERO STOCOCO GUILHEN, CARLOS PEDRA e SIMONE ROLIM PEDRA.

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Miocardiopatia dilatada (MCD) é a principal causa de insuficiência cardíaca (IC) na faixa etária pediátrica. É caracterizada por dilatação e disfunção do ventrículo esquerdo, sendo a principal indicação de transplante cardíaco (TX). A falta de dispositivos de assistência ventricular duráveis e apropriados para crianças pequenas e os longos tempos de espera para TX levaram à busca de terapias alternativas como a bandagem da artéria pulmonar (BAP) para recuperação da função sistólica do ventrículo esquerdo. **Objetivo:** Analisar os efeitos da BAP em pacientes pediátricos com MCD, com objetivo de recuperação da função sistólica do VE ou como ponte para TX. **Materiais e Métodos:** Série de 7 casos de crianças com idade <2 anos com diagnóstico de MCD com função preservada do ventrículo direito, em classe funcional III ou IV, submetidas a BAP com fração de ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE) <40% e refratária ao uso de inotrópicos. Como pré-requisito, função do ventrículo direito preservada. O período de estudo foi de 2021 a 2024, aplicando-se o protocolo de terapêutico de Giessen. **Resultados:** A idade média foi de 9.4±5.7 meses, sendo 67% (n=4) do sexo masculino. O tempo de internação foi de 76.5±40 dias, sendo 44.8±28.6 dias em UTI. A FEVE pré foi de 23.7±6.4% e com aumento para 34.6± 9.3% aos 3 meses. Houve redução nos níveis de NT Pro-BNP em 57% dos pacientes a partir do terceiro mês. Dois pacientes tiveram aumento da FE acima de 50%. Um paciente não tolerou a BAP necessitando assistência de oxigenação por membrana extracorpórea e outro, após melhora inicial da CF, necessitou TX 17 meses após. Os outros estão com pelo menos 6 meses pós operatório e vêm apresentando melhora progressiva da classe funcional e da FE do VE. A atrioseptostomia de alívio foi realizada em 3 pacientes antes da BAP e em 1 durante a canulação para ECMO. No pós-operatório foi aplicado o esquema triplíce composto por lisinopril, bisoprolol e espironolactona. Um paciente apenas não apresentou complicações. A mortalidade foi de 0% até a presente data. **Conclusão:** A BAP é um procedimento simples, seguro e eficaz. Permitiu a melhora da classe funcional e da FEVE na maioria dos pacientes evitando o TX cardíaco em 71% da amostra. Parece-nos uma técnica promissora para lactentes e crianças pequenas considerando a paucidade de doadores nesta faixa etária.

5281

O que devemos fazer se o enxerto cardíaco apresenta uma anomalia coronariana congênita? Relato de caso

LUCAS OLIVEIRA DE MORAIS, FELIPE HOMEM VALLE, NADINE OLIVEIRA CLAUSELL, SILVANA MOLOSSI e LIVIA ADAMS GOLDRACH.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, HCPA, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: Anomalias coronárias congênitas (ACC) em corações transplantados são incomuns, identificadas durante ou após o transplante. A elucidação anatômica e fisiopatológica, juntamente com a busca por isquemia, são cruciais para definir a melhor intervenção. Este relato descreve a identificação de uma anomalia coronária congênita em um paciente transplantado cardíaco e a estratificação de risco subsequente. **Relato de caso:** Paciente masculino, branco, de 55 anos, com histórico familiar de cardiomiopatia dilatada, diabetes e gota apresentava IC avançada INTERMACS 4, com fração de ejeção de ventrículo esquerdo de 15% e consumo máximo de oxigênio de 9mL/Kg/min, listado para transplante cardíaco. O transplante ocorreu em novembro/2021 e foi complicado por sangramento pós-operatório, lesão renal aguda e reativação de gota. O doador foi homem de 19 anos, hígido, com eletro e ecocardiograma normais, que faleceu por trauma craneoencefálico após queda intencional de altura. A evolução clínica do receptor no primeiro ano pós-transplante foi complicada por quadros infecciosos que responderam favoravelmente ao tratamento. Após 1 ano, realizou a primeira cinecoronariografia para doença vascular do enxerto, demonstrando anomalia congênita na origem da artéria coronária direita, com origem no seio coronariano esquerdo, não previamente observada na captação do coração (Figura 1A, seta amarela). Avaliação hemodinâmica demonstrou pressões de enchimento ventriculares e débito cardíaco normais. Em equipe, foi optado por realizar estratificação de risco para eventos isquêmicos e arritmicos com ecocardiograma de estresse e ergoespirometria, que demonstraram função biventricular normal, aumento global da contratilidade e ausência de alterações de contração dos ventrículos esquerdo e direito, assim como pulso de oxigênio com aumento contínuo durante o exercício, achados que indicaram baixo risco cardiovascular relacionado à ACC. Definiu-se então por manejo conservador. Atualmente, o paciente completou 3 anos pós-transplante e apresenta função normal do enxerto cardíaco e comorbidades não-cardíacas controladas. **Conclusão:** Ao identificar uma ACC, as sociedades internacionais recomendam intervenção cirúrgica na presença de sintomas ou isquemia, identificados na avaliação clínica e exames complementares. No entanto, nem todas as ACC elevam o risco cardiovascular, logo, há necessidade de individualizar o tratamento conforme as características dos pacientes (Figura 1B). A literatura é escassa no que diz respeito à avaliação de risco e manejo de ACC em transplantados cardíacos. Neste sentido, sugere-se utilizar critérios e condutas semelhantes aos dos indivíduos com coração nativo.

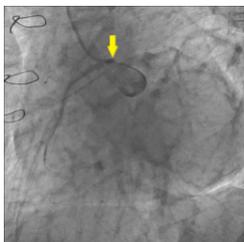


Figura 1A



Figura 1B

* Apresentação mais comum; ** Alto risco clínico e cardiovascular.
 † ACC = anomalias coronárias congênitas; AC = artéria coronária; TANE = captação ventricular não sustentada.

5302

Efeito da meditação Zazen na capacidade funcional e na fração de ejeção ventricular esquerda de pacientes pós-infarto agudo do miocárdio recente

SABRINA RODRIGUES DA SILVA, ROSANE MARIA NERY, EDUARDO LIMA GARCIA, VITOR AUGUSTO FRONZA, ALESSANDRA CARDOSO VARGAS, ADAMASTOR HUMBERTO PEREIRA e EMILIO HIDEYUKI MORIGUCHI.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: A capacidade funcional reduzida e a disfunção ventricular são fatores preditores de pior prognóstico em pacientes com histórico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Estratégias complementares, como a meditação Zazen, têm sido investigadas por seus possíveis efeitos benéficos na saúde cardiovascular, podendo melhorar a resposta autonômica, o desempenho funcional e a função ventricular desses pacientes. **Objetivo:** Avaliar o impacto da meditação Zazen na capacidade funcional e na fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE) de pacientes pós-IAM recente, comparando os grupos de intervenção (meditação) e controle (documentário). **Delimitação, Materiais e Métodos:** Ensaio Clínico Randomizado com pacientes pós-IAM recente, divididos em dois grupos: meditação Zazen (n=12) e controle (n=11). O protocolo de intervenção consistiu em 24 sessões de meditação, duas vezes por semana. A capacidade funcional foi avaliada pelo teste de caminhada de seis minutos (TC6), e a FEVE por Ecocardiograma antes e após 12 semanas de intervenção. Foi utilizada média e desvio-padrão ou frequências absolutas e relativas, teste de Shapiro-wilks: para verificar normalidade dos dados e, calculado delta entre os tempos 2 e 0 e teste t de Student para amostras independentes. **Resultados:** Média de idade dos pacientes foi de 58±14,79 anos no grupo intervenção e 58±9,81 anos no grupo controle. No grupo intervenção 58% eram do sexo feminino e 25% no grupo controle. Após o período de 12 semanas, os participantes do grupo intervenção apresentaram um aumento significativo na distância caminhada no TC6 (Δ 36,92±14,22) em relação grupo controle (Δ 7,55±27,41) (p=0,004). A FEVE não apresentou diferença entre os grupos no mesmo período. Dados apresentando delta da diferença entre metros caminhados no TC6, teste de caminhada de seis minutos e FEVE, fração de ejeção do ventrículo esquerdo, da linha de base e após 12 semanas de intervenção com meditação Zazen. **Conclusão:** A meditação Zazen melhorou a capacidade funcional de pacientes pós-IAM recente, evidenciado pelo aumento significativo na distância do TC6 no grupo intervenção. No entanto, não houve impacto na FEVE. Esses achados sugerem que a meditação pode ser uma estratégia complementar viável na reabilitação cardiovascular, promovendo melhor desempenho físico. Estudos futuros devem explorar seus efeitos a longo prazo e possíveis benefícios adicionais na função ventricular.

Tabela. Análise das variáveis do TC6 e FEV entre os grupos meditação e controle

Variáveis	Grupo intervenção	Grupo controle	Valor p
TC6 (m)	36,9167 (±14,21560)	7,545 (±27,409)	0,004
FEVE	0,583 (±7,680)	0,181 (±4,600)	0,882

Dados apresentando delta da diferença entre metros caminhados no TC6, teste de caminhada de seis minutos e FEVE, fração de ejeção do ventrículo esquerdo, da linha de base e após 12 semanas de intervenção com meditação Zazen.

5311

Eficácia da terapia de estimulação do nervo vago em pacientes com insuficiência cardíaca: uma meta-análise

YASMIN DA SILVA MOURA, RICHARD ALDIB, THEODORA CRISTINA CRUZ DE ASSIS, ANNE BERRIEL ABREU ALECRIN, THAIS OLIVEIRA CAVALCANTE, DANIELLE MARIA MARTINS CARNEIRO e JÚLIA PEREIRA CAVALCANTE MARQUES.

Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, BRASIL - Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, SP, BRASIL - Universidade Federal de São Carlos, UFSCar, São Carlos, SP, BRASIL - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Universidade Nove de Julho, Uninove, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome progressiva caracterizada pela incapacidade do coração de manter um débito adequado às demandas metabólicas, estando frequentemente associada a um desequilíbrio autonômico - aumento da atividade simpática e redução do tônus vagal, fatores que agravam o prognóstico e elevam a mortalidade. Nesse cenário, a estimulação do nervo vago (ENV) tem sido investigada como estratégia terapêutica inovadora para modular a atividade autonômica e melhorar os desfechos clínicos em pacientes com IC sintomática refratária aos tratamentos convencionais. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia da ENV na modulação autonômica e seus impactos na função cardíaca, frequência cardíaca, eventos adversos e mortalidade. **Materiais e Métodos:** Foram realizadas revisões sistemáticas e meta-análises de ensaios clínicos randomizados, utilizando as bases PubMed, Embase e Cochrane, para comparar a eficácia do ENV em pacientes com IC refratária. Os desfechos analisados incluíram a eficácia primária dos estudos, a incidência de eventos adversos, a melhora da frequência cardíaca e a mortalidade anual. A análise estatística foi conduzida pelo software RevMan, com a heterogeneidade avaliada pelo índice I². **Resultados:** O estudo englobou 4 ensaios clínicos randomizados, totalizando 1.098 pacientes. A ENV não demonstrou impacto estatisticamente significativo na eficácia primária dos estudos (OR=2.12; IC 95%: 0.71–6.34; P =0.18), com alta heterogeneidade (I² = 90%), indicando variabilidade metodológica e amostral. Em termos de segurança, a ENV não apresentou aumento significativo de eventos adversos em comparação ao grupo controle (OR=1.43; IC 95%: 0.94–2.18; P = 0.10; I² =0%), sugerindo um bom perfil de tolerabilidade. Quanto à modulação autonômica, observou-se uma redução significativa da frequência cardíaca nos pacientes submetidos à ENV (OR = 2.78; IC 95%: 1.60–4.84; P =0.0003), com heterogeneidade moderada (I² = 75%). Entretanto, a mortalidade anual não foi significativamente afetada (OR = 1.46; IC 95%: 0.91–2.32; P = 0.11; I² =0%). **Conclusão:** Em síntese, a ENV apresenta-se como uma estratégia promissora para a modulação autonômica e redução da frequência cardíaca em pacientes com IC, o que pode contribuir para a melhora da capacidade funcional. Contudo, não foram observados efeitos significativos sobre a mortalidade ou os desfechos clínicos primários, e a alta heterogeneidade dos dados de eficácia sugere influência de fatores metodológicos e populacionais. Apesar do perfil de segurança favorável, são necessários ensaios clínicos multicêntricos e de longo prazo para confirmar o impacto da ENV no manejo da insuficiência cardíaca e sua viabilidade na prática clínica.

5315

Perfil clínico e desfechos de crianças internadas por insuficiência cardíaca no SUS entre 2018 e 2023

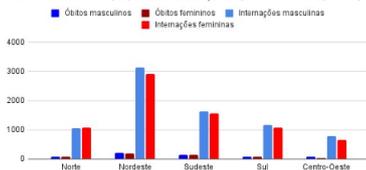
BEATRIZ FERREIRA DE CARVALHO, BRUNA MANCILHA DA SILVA COSTA, LUIZA MALICIA GUERREIRO DE MENDONÇA UNIARA e JULIA PEREIRA CAVALCANTE MARQUES.

Universidade de Araraquara, Araraquara, SP, BRASIL - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Universidade Prof. Edson Antônio Velano, Alfenas, MG, BRASIL - Universidade Santo Amaro, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição grave que afeta crianças, representando um desafio devido à alta morbimortalidade e à necessidade de internações prolongadas. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel crucial no atendimento, tornando essencial a análise de dados epidemiológicos para compreender os fenômenos hospitalares. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo analisar o perfil clínico e os desfechos de crianças internadas por insuficiência cardíaca no SUS nos últimos cinco anos para identificar padrões epidemiológicos recentes, a fim de contribuir ao aprimoramento das políticas públicas e otimização dos recursos hospitalares. **Delimitação, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo, transversal e descritivo, utilizando dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponíveis no DATASUS (Ministério da Saúde). A população do estudo foi recortada em crianças de 0 a 14 anos internadas por IC no Brasil entre 2018 e 2023, considerando todos os registros do SUS (hospitais públicos e conveniados). Analisou-se o número de óbitos e internações, além da média de permanência hospitalar, em relação ao sexo, raça e região. **Resultados:** No período estudado, foram registrados 1118 óbitos por IC em crianças e adolescentes. A distribuição regional expôs que o Nordeste apresentou o maior (401), enquanto o Centro-Oeste registrou o menor número de mortes (115). Em contrapartida, a taxa de mortalidade mais elevada se deu entre indivíduos do sexo masculino (9,22/1000 internações) na região Centro-Oeste. A análise por cor revelou maior número de óbitos na população parda (45,17%), e uma grande parcela de subnotificações (28,72% sem identificação de raça). Registrou-se 15032 internações por IC neste período, com maior incidência na região Nordeste (6043), seguida pelo Sudeste (3195), Sul (2234), Norte (2106) e Centro-Oeste (1454), seguindo um padrão semelhante aos dos óbitos. A média de permanência hospitalar foi de 11 dias no país, com destaque para a região Norte (15,9 dias), enquanto a menor média foi registrada no Nordeste (9,1). **Conclusão:** Os resultados evidenciam desigualdades regionais no impacto da insuficiência cardíaca entre crianças e adolescentes no Brasil, com maior número de internações e óbitos na região Nordeste, a qual, em contrapartida, teve menor tempo de permanência hospitalar; possivelmente, devido à maior população infantil e à disponibilidade de serviços hospitalares na região. A disparidade nos padrões de óbitos e internações por raça e sexo também sugere a importância de realizar um aprofundamento em determinantes sociais e acesso aos serviços de saúde.

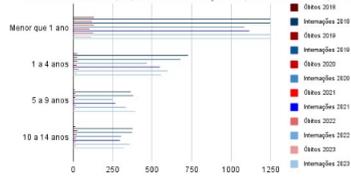
Perfil clínico de pacientes pediátricos com Insuficiência Cardíaca no SUS entre 2018 e 2023, segundo o sexo

Fonte: Ministério da Saúde (SUS) - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH (Dta2023)



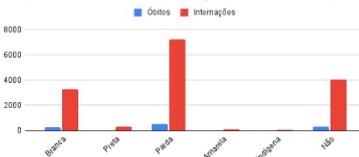
Perfil clínico de pacientes pediátricos com Insuficiência Cardíaca no SUS entre 2018 e 2023, segundo a faixa etária

Fonte: Ministério da Saúde (SUS) - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH (Dta2023)



Perfil clínico de pacientes pediátricos com Insuficiência Cardíaca no SUS entre 2018 e 2023, segundo a raça/cor

Fonte: Ministério da Saúde (SUS) - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH (Dta2023)



5350

Simpatectomia em paciente em fila de transplante cardíaco

HELENA GARCIA BETINARDI BERNARDI, MATHEUS CESARINO DE SOUZA MACHADO, JORGE HENRIQUE YOSCIKOTO KOROISHI, CAROLINA RODRIGUES TOSI PIRES, ANA CAROLINA FURLAN GALUBAN, FLAVIA TOMIE SAKAMOTO, RENATA LOPES HAMES, JAIRO ALVES PINHEIRO JUNIOR e SISSY LARA DE MELO.

Hospital do Coração da Associação Beneficente Síria, HCOR, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: As principais causas de mortalidade em insuficiência cardíaca (IC) crônica são morte súbita (MS) e IC progressiva e a disfunção autonômica pode ser um acelerador dessa progressão. A denervação simpática cardíaca esquerda (DSCE) é segura, barata e tem efeito anti-fibrilatório, mas pouco se sabe sobre seu impacto na MS, na progressão da IC e na qualidade de vida. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 51 anos, com Insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida (ICFER) de etiologia idiopática e CDI para profilaxia secundária, deu entrada no pronto-socorro devido a TV sustentada monomórfica, sendo submetida a cardioversão elétrica (CVE). Após estabilização, realizou estudo eletrofisiológico (EEF), que identificou uma zona cicatricial deflagradora na região pósterio-medio-septal. Realizado ablação e desconexão dos potenciais fragmentados. No quarto dia após EEF, houve recorrência de TV, com quatro episódios em 12h, revertidos com choques de CDI. Associado amiodarona, lidocaína e betabloqueador e mesmo com terapia otimizada, surgiram ainda novos episódios de TV. A paciente foi incluída na fila de transplante cardíaco (TxC) devido à arritmia refratária. Apresentou confusão mental devido à lidocaína, necessitando a suspensão da medicação. Após discussão em Heart Team, foi realizada simpatectomia por videotoracoscopia, com secção dos gânglios. Não houve intercorrências e a paciente está estável, sem novas arritmias ou internações após seis meses. **Discussão:** O procedimento DSCE remove a entrada noradrenérgica pró-arritmica para os ventrículos, aumentando o limiar de fibrilação ventricular sem prejudicar a contratilidade ou a frequência cardíaca. Um estudo piloto brasileiro de 2012 avaliou sua viabilidade e segurança em pacientes com ICFER, mostrando melhora da qualidade de vida, classe funcional e teste de caminhada, além de redução de eventos de óbito. O ponto levantado é, talvez, a subutilização dessa terapia como tratamento não farmacológico na ICFER, principalmente como medida para postergar o transplante cardíaco e com isso aumentar a sobrevida. Falamos tanto em não perder o momento da indicação de terapia avançada na ICFER que às vezes subutilizamos algumas disponíveis em nosso meio. **Conclusão:** Pacientes com arritmia refratária têm alto risco de MS. Mesmo com medicamentos, CDI e ablação, os resultados podem ser insatisfatórios. A simpatectomia é uma alternativa que pode evitar o TxC porém mais estudos são necessários para consolidar essa terapia como opção viável.

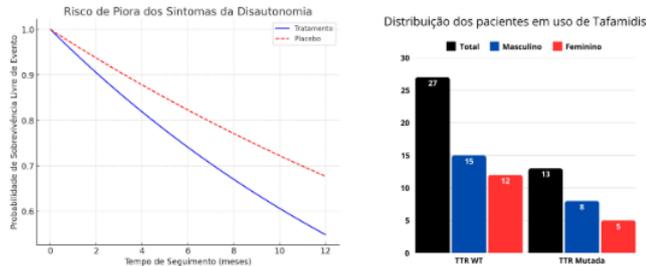
5357

Perfil clínico dos pacientes com amiloidose: um registro relevante

LUCAS GUIMARÃES DA ROCHA, LUIZ FLÁVIO ANDRADE PRADO, JULIANE DANTAS SEABRA GARCEZ, KAMILLA SOUZA DE JESUS AQUINO, THIAGO PETERSON PAES DE ARAÚJO, AUGUSTO CESAR MONTE ANDRADE, ERYCA VANESSA SANTOS JESUS, MARCO PAULO CUNHA CAMPOS e CARLOS AURÉLIO SANTOS ARAÇÃO.

Fundação Beneficente Hospital de Cirurgia, Aracaju, SE, BRASIL - Hospital São Lucas, Aracaju, SE, BRASIL - Universidade Tiradentes, Aracaju, SE, BRASIL.

Fundamento: A amiloidose é uma afecção caracterizada pelo depósito extracelular de fibrilas compostas por subunidades protéicas de baixo peso molecular. A deposição anômala da proteína amiloide promove alterações conformacionais nos peptídeos precursores, induzindo a adoção de uma estrutura beta-pregueada antiparalela, a qual apresenta elevada capacidade de auto agregação em protofibrilamentos fibrilares torcidos. Esse processo resulta na formação de depósitos altamente organizados, conferindo um padrão restritivo característico à cardiomiopatia amiloidótica. A manifestação clínica da doença é heterogênea, o que pode comprometer a abordagem terapêutica e o prognóstico. Destacam-se, dentre os principais subtipos, a amiloidose de cadeia leve (AL) e amiloidose associada à transtirretina (ATTR), ambas com implicações clínicas significativas. **Objetivo:** Avaliar o perfil clínico dos pacientes diagnosticados com amiloidose em dois hospitais terciários referência em cardiologia. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo observacional, descritivo, baseado em registro de prontuários de pacientes em acompanhamento diagnosticados com amiloidose. **Resultados:** Foram incluídos 76 pacientes, dos quais 68 diagnosticados com Amiloidose TTR e 8 com Amiloidose AL. No grupo dos TTR, 38,2% tiveram mutações detectadas, sendo o marcador V122I o mais prevalente, 69,2%. A média de idade (\bar{x}) nesse primeiro grupo fenotípico foi de 60,31 anos, com desvio padrão (σ) de 8,11 anos. 40 pacientes fizeram o uso do tafamidis, com melhora importante da classe funcional e da disautonomia. No grupo da Amiloidose AL, a média de idade (\bar{x}) foi de 45,5 anos, com desvio padrão (σ) de 14,83 anos. 50% dos pacientes com AL foram diagnosticados com mieloma múltiplo e disfunção ventricular, sendo que 1 deles apresentou choque cardiogênico grave no momento do diagnóstico. 100% tiveram ressonância cardíaca e biópsia positivas, além de realizarem tratamento quimioterápico. **Conclusão:** A amiloidose permanece uma doença subdiagnosticada, frequentemente identificada de forma tardia, com um intervalo médio de 6 meses a 1 ano entre o início dos sintomas e a confirmação diagnóstica. Esse atraso pode comprometer significativamente o manejo terapêutico, especialmente em casos em que a deposição anômala da proteína amiloide está associada a condições subjacentes de maior gravidade, como o mieloma múltiplo. Dessa forma, torna-se essencial uma vigilância clínica rigorosa para o reconhecimento precoce dos sinais e a instituição da abordagem terapêutica mais adequada para cada paciente, visando otimizar o prognóstico e minimizar complicações.



5515

Rejeição celular tardia após transplante cardíaco: relato de caso

KARINNE GOMES GUEDES DA SILVA.

Hospital Ana Nery, Salvador, BA, BRASIL.

Fundamento: Uma das complicações que interfere no sucesso do transplante cardíaco (TxC), é a rejeição do aloenxerto. Esta aumenta a morbidade e a mortalidade, diminuindo a sobrevida do paciente transplantado se não for tratada adequadamente. Podendo ser classificada em tipo celular, humoral ou mista. A rejeição celular aguda (RAC) pode ocorrer a qualquer momento após o TxC, porém é observada com mais frequência nos primeiros 3 meses após o transplante, seguida de redução da incidência, culminando em um baixo risco após o primeiro ano do procedimento. **Relato de caso:** Paciente A.F.C., 49 anos, submetido à transplante cardíaco ortotópico em setembro de 2016, por cardiomiopatia dilatada idiopática. Em uso de terapia imunossupressora com Micofenolato de sódio e Tacrolimus, este com níveis séricos adequados. Encontrava-se assintomático e sem alterações ecocardiográficas. Após consulta de rotina foi solicitado ecocardiograma transtorácico (ECOTT), realizado em agosto de 2023, que evidenciou remodelamento concêntrico do ventrículo esquerdo, dilatação de câmaras direitas, aumento de refrigência de pericárdio da parede lateral estendendo até ventrículo direito, disfunção diastólica tipo III e redução do Strain longitudinal global em comparação com exame prévio (de -18% para -14,4%). Prosseguiu investigação com novo ECOTT e ressonância magnética cardíaca que corroboraram os achados. Encontrava-se assintomático do ponto de vista cardiovascular, quando, em dezembro de 2023, referiu ganho ponderal, dispneia aos esforços e diminuição gradual na tolerância ao exercício físico. Não apresentava sinais clínicos de insuficiência cardíaca, porém apresentava extrasístoles supraventriculares frequentes (vistas em eletrocardiograma). Foi submetido a cineangiografia coronária em janeiro de 2024, sem achado de estenose coronariana significativa. Prosseguiu investigação com a realização de BEM, esta compatível com RAC grave - grau 3R (ISHLT 2004), e ausência de sinais de rejeição aguda mediada por anticorpos - pAMR 0 (ISHT, 2013). Com o objetivo de tratar a rejeição do aloenxerto, foi realizada pulsoterapia com metilprednisona parenteral por 3 dias e depois prednisona 1mg/kg/dia, que foi reduzida gradualmente. Após análise de painel imunológico, devido risco aumentado de rejeição humoral, foi optado por iniciar Timoglobulina 100 mg por 03 dias. Após duas semanas a BEM foi repetida mostrando rejeição celular leve e sem sinais de rejeição humoral. Evolutivamente, observou-se melhora clínica, com desfecho favorável. **Conclusão:** Paciente do estudo, após aproximadamente 07 anos de TxC, foi diagnosticado com RAC tardia, condição que ocorre em menos de 5% dos casos descritos, e representa um cenário clínico complexo e diagnóstico desafiador. Destaca-se a importância de considerar a rejeição mesmo em pacientes estáveis após o primeiro ano.

5517

Transição de betabloqueadores em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida: impacto na frequência cardíaca e pressão arterial

ANDREA ABREU CALISTA, FLAVIA MARKMANN, YOHANNA LEONILDES THURMAM e ANA KARYN EHRENFRIED FREITAS.

Hospital Cruz Vermelha, Curitiba, PR, BRASIL - Universidade Positivo, Curitiba, PR, BRASIL.

Fundamento: O uso de betabloqueadores é fundamental no manejo da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER), sendo o carvedilol e o bisoprolol as opções mais utilizadas. No entanto, efeitos adversos como hipotensão e tontura podem limitar a tolerabilidade ao carvedilol, levando à necessidade de transição para bisoprolol. Estudos comparativos entre essas drogas ainda são escassos, e compreender os efeitos dessa troca na frequência cardíaca (FC) e pressão arterial (PA) pode auxiliar na tomada de decisão clínica. **Objetivo:** Realizar uma análise retrospectiva para avaliar a segurança e a eficácia da transição do carvedilol para o bisoprolol no tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca, com foco no impacto sobre a pressão arterial e no controle da frequência cardíaca, a fim de determinar se o bisoprolol oferece vantagens clínicas superiores ao carvedilol, especialmente em termos de manejo de pressões limítrofes que podem interferir na otimização de outras terapias. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo observacional realizado em um hospital terciário, avaliando prontuários de 48 pacientes com ICFER submetidos à transição de carvedilol para bisoprolol entre junho de 2023 e maio de 2024. Foram analisados dados clínicos antes e após a transição, incluindo FC, PA, classe funcional (CF), necessidade de otimização terapêutica e eventos adversos. Testes estatísticos apropriados foram utilizados para comparação das variáveis ao longo do seguimento. **Resultados:** A troca para bisoprolol reduziu significativamente a FC média de $83,05 \pm 3,4$ bpm para $69,95 \pm 2,8$ bpm ($p=0,047$), sem impacto significativo na PA sistólica ($113 \pm 3,42$ mmHg para $111 \pm 4,3$ mmHg; $p=0,722$) ou diastólica ($72 \pm 3,33$ mmHg para $72 \pm 2,9$ mmHg; $p=0,961$). Houve melhora inicial na CF, com aumento da proporção de pacientes em CF I (40,4% para 48,6%) e redução da CF III (23,4% para 8,1%), indicando evolução favorável. Internações (4,3% para 13%) e necessidade de cardioversão elétrica (2,1% para 8,7%) não foram estatisticamente significativas. A otimização terapêutica incluiu aumento de ISRAA em 52% e introdução de iSGLT2 em 8,5%, evidenciando estabilidade clínica. **Conclusão:** A transição de carvedilol para bisoprolol demonstrou eficácia na redução da FC, sem impacto significativo na PA, e contribuiu para a melhora inicial da CF. A ausência de piora nos parâmetros hemodinâmicos reforça a segurança dessa estratégia, sendo uma alternativa viável para pacientes intolerantes ao carvedilol. Estudos prospectivos são necessários para confirmar o impacto a longo prazo dessa abordagem.

5519

Impacto dos inibidores de iSGLT2 no uso ambulatorial de furosemida em pacientes com insuficiência cardíaca

ISABELLE BOLFE, CAROLINE PRAGER, RAFAELA KAUCZ MENDEZ RIBEIRO e ANA KARYN EHRENFRIED FREITAS.

Hospital Cruz Vermelha, Curitiba, PR, BRASIL - Universidade Positivo, Curitiba, PR, BRASIL.

Fundamento: Os inibidores do cotransportador de sódio-glicose 2 (iSGLT2) são uma classe de fármacos originalmente desenvolvida para o tratamento do diabetes mellitus tipo 2, mas que demonstraram benefícios significativos no manejo da insuficiência cardíaca (IC), incluindo redução de hospitalizações e melhora da função cardíaca. O efeito diurético e natriurético dos iSGLT2 pode contribuir para a otimização do uso de diuréticos tradicionais, como a furosemida. O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto do uso ambulatorial dos iSGLT2 na necessidade de ajuste de dose de furosemida em pacientes com IC. **Objetivo:** Este estudo buscou analisar o impacto da introdução de iSGLT2 no manejo da insuficiência cardíaca, com ênfase na redução do uso ambulatorial de furosemida. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, realizado em um ambulatório de cardiologia de um hospital terciário, analisando prontuários de 85 pacientes com diagnóstico de IC entre janeiro de 2022 e junho de 2024. Foram incluídos pacientes em uso de furosemida no momento da prescrição do iSGLT2, com seguimento de pelo menos duas consultas subsequentes. A comparação das doses de furosemida ao longo do seguimento foi realizada utilizando o teste de Wilcoxon para dados pareados, considerando $p < 0,05$ como estatisticamente significativo. **Resultados:** A média de idade da amostra foi de 68,9 anos, sendo 56,5% do sexo masculino. As comorbidades mais frequentes foram hipertensão arterial sistêmica (80%), diabetes mellitus (48,2%) e doença arterial coronariana (44,7%). A dose média de furosemida inicial foi de $37,1 \pm 4,2$ mg, aumentando para $45,2 \pm 4,7$ mg na primeira consulta após introdução do iSGLT2 ($p=0,002$) e para $46 \pm 5,5$ mg na segunda consulta ($p=0,07$). Apesar do aumento da dose de furosemida, observou-se melhora clínica, com redução do inchaço jugular (32,9% para 24,7%) e do edema de membros inferiores (35,3% para 23,5%). A creatinina sérica apresentou discreta elevação ao longo do seguimento. **Conclusão:** O uso de iSGLT2 em pacientes com IC foi associado a um aumento na dose de furosemida, o que pode estar relacionado à otimização do tratamento e manejo da congestão. Apesar disso, houve melhora clínica dos pacientes, indicando um possível efeito de estabilização hemodinâmica promovido pelos iSGLT2. Estudos prospectivos são necessários para avaliar o impacto de longo prazo dessa associação terapêutica.

5523

Avaliação do volume sistólico por pocus em pacientes com insuficiência cardíaca submetidos a cardioversão elétrica para reversão da fibrilação atrial para ritmo sinusal

MAYARA JULIO BAPTISTA MIOTTO, CECÍLIA SCHNEIDER, EMILIE LUISE BROHL MADDALAZZO, ISABELLE TOMELIN ROTHENBURG, LUCAS KALINOWSKI VIEIRA, STEPHANIE CARDOSO HELFER, ALEJANDRO AUGUSTO LOPEZ SILVA, MARCELO EDUARDO BARRIL OTERO e ANA KARYN EHRENFRIED FREITAS.

Hospital Cruz Vermelha, Curitiba, PR, BRASIL - Universidade Positivo, Curitiba, PR, BRASIL.

Fundamento: A fibrilação atrial (FA) frequentemente coexiste com a insuficiência cardíaca (IC), agravando sintomas e aumentando a morbimortalidade. A cardioversão elétrica (CVE) é uma alternativa eficaz para a reversão ao ritmo sinusal (RS), especialmente em cenários nos quais a ablação não está amplamente disponível. O uso da ultrassonografia point-of-care (POCUS) para avaliação da integral velocidade-tempo (VTI) permite estimar mudanças no volume sistólico (VS) e analisar a resposta hemodinâmica ao procedimento. Este estudo busca avaliar os efeitos da CVE no VS de pacientes com FA e IC. **Objetivo:** O estudo tem como objetivo avaliar a melhora do VS pós-CVE em pacientes com FA e IC por meio da VTI, utilizando o POCUS. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo intervencionista incluindo 21 pacientes com FA e IC submetidos à CVE eletiva em um hospital terciário. A análise do VS foi realizada antes e 24 horas após a CVE utilizando o POCUS para cálculo do VTI. Foram coletados dados clínicos, laboratoriais e ecocardiográficos. A comparação entre os valores pré e pós-procedimento foi realizada pelo teste de Wilcoxon, considerando $p < 0,05$ como estatisticamente significativo. **Resultados:** A média de idade da amostra foi de 70,95 anos, sendo 61,9% do sexo masculino. Hipertensão arterial sistêmica foi a comorbidade mais prevalente (85,7%). A maioria dos pacientes apresentava IC com fração de ejeção reduzida (ICFER, 71,4%). A CVE foi bem-sucedida em 61,9% dos casos, com aumento significativo do VTI (média de 3,9cm; $p = 0,001$) e redução da frequência cardíaca média de 83,1 para 67,1bpm. Entre os pacientes com ICFER, observou-se um ganho significativo no VTI ($p = 0,05$), sugerindo melhora da função cardíaca após a reversão para RS. **Conclusão:** A CVE demonstrou ser uma estratégia eficaz para reversão da FA e melhora hemodinâmica, com aumento do VTI e redução da frequência cardíaca. Pacientes com ICFER apresentaram maior ganho funcional após o procedimento, sugerindo um impacto positivo na perfusão e função ventricular. O estudo reforça a importância da CVE como alternativa viável à ablação no manejo da FA em pacientes com IC.

5525

Eficácia da acupuntura na modulação da atividade simpática em pacientes com insuficiência cardíaca: uma meta-análise

YASMIN DA SILVA MOURA, RICHARD ALDIB, JOÃO LUCAS ANSELMO DOS SANTOS, NAYOBE KELEM DIAS GOCHS, QUÉZIA FABRÍCIA DA SILVA PARANHOS, CAROLINY YUMI HAYASHIDA SOUZA, PIETRA LOURENÇO GIRON, JULIA PEREIRA CAVALCANTE MARQUES e GIOVANNI POSSAMAI DUTRA.

Centro Universitário de Valença, Valença, RJ, BRASIL - Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, MS, BRASIL - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, BRASIL - Universidade Federal de Rondonópolis, Rondonópolis, MT, BRASIL - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) caracteriza-se pela progressiva disfunção cardíaca e pela ativação exacerbada do sistema nervoso simpático (SNS), fatores que agravam o prognóstico e aumentam a mortalidade. Embora tratamentos farmacológicos que visem reduzir essa ativação melhorem a sobrevida, abordagens alternativas, como a acupuntura, permanecem pouco exploradas. Estudos experimentais sugerem que a acupuntura exerce efeitos simpatoinibitórios e, em certas condições, hipotensores. Considerando que o estresse mental estimula o sistema nervoso autônomo, investiga-se se a acupuntura pode modular essa atividade em pacientes com IC avançada. **Objetivo:** Avaliar o impacto da acupuntura na regulação do SNS, considerando a variabilidade da frequência cardíaca (VFC), o tempo de recuperação pós-esforço e parâmetros hemodinâmicos. **Materiais e Métodos:** Foi realizada uma revisão sistemática nas bases de dados PubMed, Embase e Cochrane para identificar ensaios clínicos randomizados que avaliaram a acupuntura como intervenção terapêutica em pacientes com insuficiência cardíaca. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram selecionados três ensaios clínicos randomizados, totalizando 92 pacientes. Os desfechos analisados incluíram a modulação autonômica simpática, avaliada por meio da variabilidade da frequência cardíaca e do tempo de recuperação pós-esforço, além da pressão arterial sistólica e da frequência cardíaca. A análise estatística foi conduzida utilizando o software RevMan e a heterogeneidade foi avaliada pelo índice I^2 . **Resultados:** $OR = 0,95$; IC 95% 0,75-1,37; $P = 0,89$; $I^2 = 0\%$ nem na frequência cardíaca ($OR = 0,95$; IC 95% 0,71-1,24; $P = 0,76$; $I^2 = 0\%$), indicando efeito hemodinâmico limitado em repouso. Contudo, observou-se redução significativa na hiperatividade simpática, evidenciada pelo aumento da VFC em repouso ($OR = 1,45$; IC 95% 1,08-1,93; $P = 0,02$; $I^2 = 0\%$) e pela melhora no tempo de recuperação pós-esforço (diferença média padronizada de -6,2 segundos; $P = 0,04$). A baixa heterogeneidade reforça a consistência dos achados. **Conclusão:** Em suma, a acupuntura mostra-se uma promissora alternativa terapêutica para a melhora prognóstica da IC, ao reduzir a atividade autonômica simpática, ainda que sem apresentar efeitos hipotensores em situações de estresse mental. A melhora na VFC e no tempo de recuperação pós-esforço reforça seu potencial benefício na regulação autonômica associada à IC. Contudo, estudos multicêntricos de alta qualidade são necessários para validar esses achados e estabelecer diretrizes clínicas para o uso da acupuntura como terapia complementar no manejo da IC.

5527

Amiloidose cardíaca por transtirretina hereditária em paciente com insuficiência cardíaca: um relato de caso

MAYNNE LARISSA VIANA, ADONIRAN PIMENTEL, GISELLE LAURITZEN e GIULLYAN PRIMO.

Dom Helder Câmara, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A amiloidose cardíaca é uma condição rara, caracterizada pelo depósito extracelular de fibrilas de proteínas no miocárdio. Quando associada à transtirretina (ATTR), essa condição pode se manifestar de forma hereditária ou senil. Ela costuma ser subdiagnosticada, especialmente entre pacientes mais velhos com insuficiência cardíaca. Este relato descreve um caso de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) devido à ATTR hereditária, com foco nos desafios tanto do diagnóstico quanto do manejo, além de ilustrar como o diagnóstico pode ser alcançado sem a necessidade de biópsia. **Relato de caso:** Paciente masculino, 74 anos, hipertense diabético, previamente diagnosticado com ICEFER, apresentou dispneia a esforços moderados, edema de membros inferiores e fraqueza em membro superior direito. O eletrocardiograma mostrava baixa voltagem e bloqueio de ramo direito. O ecocardiograma transtorácico evidenciou fração de ejeção de 28%, observou-se hipocinesia difusa, espessamento miocárdico com padrão em vidro fosco, aumento atrial e discreto derrame pericárdico. Prosseguida investigação com Ressonância magnética cardíaca, com presença de hipersinal nas sequências de realce tardio, sugerindo infiltração difusa. Nos exames laboratoriais, a pesquisa de cadeias leves monoclonais foi negativa, favorecendo a hipótese de ATTR. A cintilografia com pirofosfato de tecnécio (99mTc-PYP) revelou captação intensa, confirmando o diagnóstico. Foi submetido a teste genético, o qual identificou suscetibilidade para amiloidose associada ao gene TTR com substituição do aminoácido valina na posição 142 por isoleucina. O paciente foi transferido para centro especializado, onde iniciou estabilizadores de transtirretina. **Conclusão:** A amiloidose cardíaca é frequentemente subdiagnosticada, especialmente em pacientes com ICEFER e sinais como baixa voltagem no eletrocardiograma e espessamento miocárdico desproporcional. O ecocardiograma e a ressonância magnética são cruciais para identificar características sugestivas. A cintilografia com 99mTc-PYP é método sensível e específico para ATTR, permitindo diferenciá-la de outras formas de amiloidose. O diagnóstico precoce é essencial para iniciar terapias como estabilizadores de transtirretina, que reduzem a progressão e melhoram a qualidade de vida. Este caso destaca a relevância de incluir amiloidose cardíaca no diagnóstico diferencial de ICEFER, especialmente em idosos. A investigação integrada, com exames de imagem, testes laboratoriais e genéticos, possibilita diagnóstico preciso e tratamento oportuno, impactando positivamente o prognóstico.

5528

Reanimação cardiopulmonar pediátrica: desenvolvimento de uma plataforma de ensino de reanimação cardiopulmonar gamificada

THAYANNE MENDES DE ANDRADE, JULIA PEREIRA CAVALCANTE MARQUES, THAIS ROCHA SALIM, GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA, MARIARA L C MARQUES, MARIA EDUARDA MIRANDA DE SOUZA, CAROLINA S. DE MEDEIROS e GERALDO XEXEO.

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A parada cardiorrespiratória (PCR) é a via final e mecanismo de morte de diversas situações clínicas ou traumáticas que variam com a idade do paciente e local de ocorrência. A reversão da PCR e o prognóstico após o evento dependem da identificação e instituição de medidas de reanimação de alta eficácia. Na pediatria, suas principais etiologias diferem das do adulto, sendo de maior incidência morte súbita infantil (20-60%), trauma (19 - 53%) e causas respiratórias (4 - 41%). O sucesso na reversão depende do treinamento e qualificação da equipe de saúde. Portanto o investimento em estratégias educacionais para inovação no treinamento desses profissionais permitiria maiores taxas de retorno à circulação espontânea, sobrevida e melhora na condição neurológica dos pacientes. **Objetivo:** Construir uma plataforma de ensino para conhecimento e atuação de profissionais e alunos de graduação da área da saúde, habilitando-os no reconhecimento da PCR, técnicas de execução e atualizações da RCP em Suporte Básico e Avançado de Vida em Pediatria. **Materiais e Métodos:** Desenvolvimento de plataforma de treinamento gamificada em RCP pediátrica em suporte básico e avançado de vida para profissionais da área da saúde, a partir de prototipagem. Posteriormente, ocorrerá a validação da plataforma através de pré-teste e pós-teste, em ambiente virtual, e avaliação em ambiente de simulação prática presencial após conclusão do treinamento virtual. Os dados estatísticos sobre a declaração de óbito (DO) e TM foram obtidos pelo DATASUS através do SIM, pelo IBGE e SINASC. **Resultados:** No Brasil, de 1996-2019, a principal causa básica de morte com descrição de PCR na sequência de óbito foi a doença do sistema respiratório, nos menores de 20 anos. Quando observado o local de ocorrência desses óbitos em que a PCR foi descrita na sequência de morte, 83% ocorreram em ambiente intra-hospitalar. Como estratégia para mudar o desfecho desse prognóstico, foi produzida uma plataforma de ensino gamificada, alocada no moodle, apresentando pré-teste e pós-teste com 25 questões em suporte básico e avançado de vida pediátrico, um e-book com o algoritmo em RCP pediátrico e dois módulos de ensino gamificado, divididos entre RCP voltado ao lactente e ao escolar, com pontuação mínima para aprovação. **Conclusão:** A implementação de uma plataforma gamificada dedicada à RCP pediátrica representa uma abordagem inovadora e promissora para melhorar os desfechos clínicos e reduzir a mortalidade em crianças com parada cardiorrespiratória. Essa estratégia não apenas fortalece a competência dos profissionais de saúde e do público em geral, mas também demonstra o potencial transformador da tecnologia na medicina.

5530

Perfil de morte por todas as causas e o comportamento das doenças do aparelho circulatório e parada cardiorrespiratória na infância entre 2019 e 2022, no Brasil

THAYANNE MENDES DE ANDRADE, JULIA PEREIRA CAVALCANTE MARQUES, THAIS ROCHA SALIM, GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA, MARIARA L. C. MARQUES e MARIA EDUARDA M. DE SOUZA.

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: Entre os anos de 2020 e 2023, a pandemia da COVID-19 gerou impactos diretos na saúde da população. No Brasil, não encontramos estudos de correlação entre taxa de mortalidade e comportamento das causas básicas, doenças do aparelho circulatório e parada cardiorrespiratória nos menores de 20 anos, no período da pandemia de COVID-19, e níveis socioeconômicos dos seus municípios. **Objetivo:** Realizar uma análise populacional das taxas de mortalidade por causas básicas de morte, no BR, nos menores de 20 anos, nos anos de 2019 a 2022, nas regiões federativas do país, além de avaliar o perfil de morte por doenças do aparelho circulatório (DAC) no mesmo período e faixa etária, e a descrição de PCR como causa básica de óbito nas declarações de óbito (DO), a fim de entender o impacto da pandemia na forma de morrer na infância. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo ecológico de série temporal, de 2019 a 2022, de óbitos em menores de 20 anos, no qual avaliou-se as taxas de mortalidade e mortalidade proporcional por causa básica de óbito, em ambos os sexos, no Brasil. Ainda, foi analisada a distribuição por quartis das taxas de morte por causas básicas, a taxa de mortalidade por DAC e a descrição da PCR nas DO, na mesma faixa etária e período, nas regiões federativas do país, além da tendência de nascidos vivos, renda per capita, número de estabelecimentos de saúde por habitante e da taxa de mortalidade por todas as causas. Os dados sobre os óbitos foram obtidos no sítio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) através do sistema de informação sobre mortalidade (SIM). Foram utilizados os programas STATA e excel para análise estatística. **Resultados:** No BR, de 2019 a 2022, ocorreram 243.358 óbitos em menores de 20 anos por todas as causas básicas de morte, em ambos os sexos, com taxa de mortalidade de 101,7 por 100 mil habitantes no período e com maiores taxas de óbito entre os menores de 1 ano de vida, independente da causa básica de morte. As principais causas de morte foram perinatais, externas e malformações congênitas, respectivamente. A TM apresentou uma queda de 9% entre os anos de 2019 e 2020 e de 0,1% entre os anos de 2020 e 2021, com um aumento de 4,08% entre 2021 e 2022, ocorrendo uma redução de 10% no número de nascidos vivos durante todo o período. As maiores taxas de mortalidade, ocorreram nas regiões Norte e Nordeste. A TM por doenças do aparelho circulatório, no geral, sofreu redução entre 2019 e 2021, com algumas exceções, com posterior aumento no ano de 2022. A descrição de PCR na DO durante todo o período não se mostrou expressiva em todas as faixas etárias. **Conclusão:** A mortalidade geral e a taxa de nascidos vivos caíram. O Norte e Nordeste, de menor renda, tiveram maior mortalidade. Em maiores de 15 anos, mortes circulatórias aumentaram na pandemia, enquanto PCR nas DO reduziu.

5531

O valor de NT PROBNP na predição de eventos cardiovasculares nos pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada

RODRIGO MOREL VIEIRA DE MELO, RAISA MAINARTE FRANCO BARROS, NATÁLIA DUARTE BARROSO, TAINÁ TEIXEIRA VIANA, NINA COUTINHO, RAFAEL FELIPE COELHO DE SIQUEIRA, JOÃO PEDRO FERNANDES, LUIZ PAULO OLIVEIRA MARTINS e DJAINE HAILA SILVA ROCHA.

Hospital São Rafael, Rede D'Or, Salvador, BA, BRASIL.

Fundamento: Os níveis séricos de peptídeos natriuréticos são amplamente utilizados para o diagnóstico e prognóstico da insuficiência cardíaca. Apesar de comumente dosados nos pacientes hospitalizados pela doença, ainda é incerto qual valor de NT Pro-BNP pode prever eventos durante o internamento e até seis meses após a descompensação. **Objetivo:** Avaliar qual valor de NT Pro-BNP dos pacientes internados com insuficiência cardíaca descompensada (dosados na admissão, na alta hospitalar, ou a diferença entre ambos) é melhor em prever eventos cardiovasculares maiores. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo observacional e retrospectivo, do tipo coorte. Incluiu indivíduos acima de 18 anos admitidos em protocolo de insuficiência cardíaca entre 01 de fevereiro de 2022 a 31 de janeiro de 2023 do hospital São Rafael. O desfecho primário foi a ocorrência de evento cardiovascular maior, composto por morte por todas as causas e reinternação por insuficiência cardíaca descompensada em trinta dias e seis meses. **Resultados:** Foram incluídos 209 pacientes (idade média de 78 anos, 52,6% mulheres), dos quais 47,8% tinham ICFEP e 52,2% ICFER. A principal causa de descompensação foi infecção (40,2%), seguida por uso inadequado de medicação (12%). Pacientes com ICFER apresentaram NT-proBNP mais elevado na admissão (12.224±13.283pg/mL vs. 5.844±6.445pg/mL), mas a redução percentual foi semelhante entre os grupos (42,2% vs. 39,8%). O NT-proBNP na alta foi o melhor preditor de mortalidade e reinternação em 30 dias (AUC 0,685; IC 95% 0,589 - 0,782; P =0,001). Para seis meses, tanto a redução percentual quanto o NT-proBNP na alta foram preditores de desfechos adversos (P =0,03 e P =0,002, respectivamente), com melhor acurácia do NT-proBNP da alta (AUC 0,647; IC 95% 0,559 - 0,735; P =0,002). A análise de risco proporcional de COX sugeriu a relação do NT-proBNP da alta com o desfecho combinado (RR 1,019; IC 95% 1,011 - 1,028; P <0,001), enquanto a redução percentual apresentou associação significativa com reinternação ou morte em 30 dias e 6 meses (RR 1,017; IC 95% 1,011 - 1,022; P <0,001 e RR 1,006; IC 95% 1,001 - 1,011; P =0,023, respectivamente). **Conclusão:** Os achados deste estudo reforçam o papel do NT-proBNP na estratificação de risco de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada. Os níveis na alta hospitalar foram os melhores preditores de mortalidade e readmissão em 30 dias, enquanto, em 6 meses, a redução percentual e os valores na alta mantiveram relevância prognóstica. Esses resultados destacam a importância da avaliação dinâmica do NT-proBNP para otimizar o manejo pós-alta e melhorar desfechos clínicos.

5534

Cardiotoxicidade precoce induzida por quimioterapia: um relato de caso

LUCAS GABRIEL CASTRO CARVALHO, MANOELA MASSA MOURA, JULIANO CINTRA TAVEIRA TUPINA ALMEIDA, ALEXANDRE JOSÉ DOS SANTOS SILVA, MARIANA MOREIRA DA CONCEIÇÃO, NAIRA OLIVEIRA FERREIRA e LUCAS MARTINS MOURA.

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF, BRASIL - Faculdade Metropolitana, Porto Velho, RO, BRASIL - Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF, BRASIL - Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, BRASIL - Universidade de Brasília, Brasília, DF, BRASIL.

Fundamento: A cardiotoxicidade induzida por quimioterapia é uma complicação significativa no tratamento do câncer, afetando a homeostase do sistema cardiovascular. A incidência e a gravidade dessa condição variam conforme o quimioterápico utilizado, a dose cumulativa - como no caso da Daunorrubicina - e a presença de comorbidades. A disfunção cardíaca geralmente se manifesta de forma tardia, sendo a sua incidência em 10 dias após o uso de antraciclina menor do que dois por cento. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 34 anos, sem comorbidades prévias, foi admitido em serviço de saúde em 19/12/2024 com diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda. O tratamento quimioterápico foi iniciado em 20/12/2024, com ciclofosfamida, 200mg/m² intravenoso (IV), seguida por daunorrubicina, 45mg/m² IV, e vincristina, 2mg IV, conforme o protocolo GMALL. Em 08/01/2025, o paciente foi transferido para o Centro de Pacientes Agudos devido a miocardite pós-quimioterapia e choque misto (infecioso e cardiogênico), além de gastroenterocolite neutropênica, candidemia e insuficiência renal aguda. Foram iniciados antimicrobianos de amplo espectro e suporte hemodinâmico. No dia 09/01/2025, o paciente apresentou dor torácica em aperto e alterações no eletrocardiograma (ECG), com supradesnivelamento do segmento ST e elevação dos níveis de troponina (0,490ng/mL). O cateterismo cardíaco revelou disfunção e dilatação do ventrículo esquerdo, com coronárias normais, sugerindo infarto agudo do miocárdio do tipo II. Transferido para a Unidade de Terapia Intensiva em 13/01/2025, o paciente teve que interromper a quimioterapia devido à deterioração clínica. O ecocardiograma realizado em 11/01/2025 demonstrou uma fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 37-41%, em comparação a 73% em 23/12/2024, ventrículo esquerdo com dimensões da cavidade aumentada de grau moderado e sua função sistólica comprometida de grau moderado. **Conclusão:** Este caso ilustra a rara ocorrência de cardiotoxicidade precoce induzida por quimioterápicos, evidenciando uma rápida deterioração da função cardíaca. Embora a dose cumulativa de daunorrubicina recebida pelo paciente tenha sido de aproximadamente 180mg/m² - inferior ao limiar de risco - a associação com ciclofosfamida pode ter contribuído para a progressão rápida da insuficiência cardíaca. Alterações no ECG, como as observadas, ocorrem em cerca de 10% dos pacientes em tratamento com Daunorrubicina, podendo ser transitórias e assintomáticas. A detecção precoce e o tratamento agressivo são cruciais, sublinhando a necessidade de considerar a cardiotoxicidade como um diagnóstico diferencial durante a quimioterapia. A vigilância contínua é essencial para prevenir e tratar essa complicação, que, em certos casos, pode ser reversível, dependendo da extensão da lesão.

5538

NT-PROBNP desproporcionalmente baixo na insuficiência cardíaca avançada com indicação de transplante cardíaco: uma série de casos

PLÍNIO JOSÉ WHITAKER WOLF, JOÃO MANOEL ROSSI, MARCO AURÉLIO FINGER, CAROLINA CASADEI DOS SANTOS, RAPHAEL MACHADO ROSSI, VICTOR BEMFICA DE MELLO MATTOS, GUILHERME EGIDIO ROCHA SCATOLA, TATIANE BATALHA e LANA FERRAZZA DA SILVA.

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Os peptídeos natriuréticos são produzidos pelos cardiomiócitos em situações de estiramento miocárdico, consequência do aumento de pressões e volumes nas câmaras cardíacas. Em especial, o peptídeo natriurético do tipo B (BNP) se eleva consideravelmente em condições de insuficiência cardíaca (IC) avançada, apresentando, juntamente com a porção N-terminal do proBNP (NT-proBNP), importante função como biomarcador cardíaco. Contudo, em raras ocasiões, observa-se níveis desproporcionalmente reduzidos desse peptídeo, conforme descrito nessa série de casos. **Objetivo:** Avaliar o perfil clínico dos pacientes portadores de insuficiência cardíaca avançada com NT-proBNP baixo no perioperatório do transplante cardíaco (TxC). **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo, unicêntrico, observacional de série de casos. NT-proBNP pré TxC avaliado no momento da inclusão da fila do transplante e NT-proBNP após TxC avaliado até três dias após procedimento. **Resultados:** Relatamos 3 pacientes, dois deles do sexo feminino, que apresentavam IC avançada, secundária a cardiomiopatia dilatada idiopática. Idade média de 53,3±7,9 anos, todos hipertensos controlados, com mínimas comorbidades adicionais, sendo que nenhum dos pacientes era portador de obesidade (índice de massa corpórea de 27,1±2kg/m²). Ao ecocardiograma, observou-se fração de ejeção de ventrículo esquerdo de 35±9,9%, sem disfunção ventricular direita. Apresentavam-se, todos, em classe funcional IV, conforme comprovou o teste cardiopulmonar (TCP), que evidenciou um VO₂ médio de 11,5±0,61mL/kg/minuto e VE/VCO₂ Slope médio de 44,6, levando à indicação de transplante cardíaco. Dosagens do NT-proBNP persistentemente baixas, com média, dentre os três pacientes, de 24±12pg/mL. Dois deles foram submetidos ao TxC, com melhora clínica importante, seguida da elevação do NT-proBNP após a cirurgia. **Conclusão:** Descrevemos três pacientes com alteração estrutural cardíaca importante, associada à restrição significativa da capacidade funcional, confirmada pelo TCP, com níveis paradoxalmente baixos de NT-proBNP. Recomenda-se a dosagem desse biomarcador principalmente na avaliação diagnóstica e prognóstica da IC, contudo, não se deve utilizar unicamente desse biomarcador na análise desses parâmetros, pois, conforme relatado, existe a possibilidade de níveis desproporcionalmente baixos do mesmo. Ainda, sabe-se que o BNP possui importante ação compensatória diante de um quadro de IC, devido aos efeitos natriuréticos, diuréticos, vasodilatadores e inibitórios do remodelamento cardíaco. Assim, a deficiência do peptídeo poderia estar associada a maior repercussão clínica às variações de volume e pressão cardíacas. Por fim, a série de casos reforça a possibilidade do estado de deficiência de BNP, de maneira pouco descrita, por se tratarem de pacientes com indicação de TxC, sem evidência de obesidade.

Tabela 1. Características basais clínicas, ecocardiográficas e laboratoriais

Paciente	Sexo	Idade (anos)*	AP	IMC (kg/m ²)	FEVE (%)	DDVE/DSVE (mm)	AE (mL/m ²)	PSAP (mmHg)	CF	VO ₂ pico (mL/kg/min)	VE/VCO ₂ Slope	NT-proBNP (pg/mL)*	Desfecho	NT-proBNP após TxC (pg/mL)**	CF após TxC
P1	F	45	HAS, TVP	28	22	68/61	78	60	IV	12	46	41,3	TxC	21.600	II
P2	M	51	HAS	24,3	42	58/41	33	21	IV	12	38	14	TxC	2800	I
P3	F	64	HAS, DLP	29	42	49/37	27	20	IV	10.7	50	18	Fila TxC	NR	NR

*Parâmetros avaliados no momento da inserção do paciente na fila de transplante cardíaco. **Dosagem de NT-proBNP após transplante cardíaco (primeira dosagem nos primeiros três dias de pós-operatório). AE: átrio esquerdo; AP: antecedente pessoal; CF: classe funcional; DDVE: diâmetro diastólico de ventrículo esquerdo; DLP: dislipidemia; DSVE diâmetro sistólico de ventrículo esquerdo; FEVE: fração de ejeção de ventrículo esquerdo; HAS: hipertensão arterial sistêmica; IMC: índice de massa corporal; P: paciente; NT-proBNP: porção N-terminal do proBNP; TxC: transplante cardíaco TVP: trombose venosa profunda.

5540

Ressecção endocárdica na endomiocardiofibrose associada a sobrevida prolongada: relato de caso

PLINIO JOSÉ WHITAKER WOLF, EDILEIDE DE BARROS CORREIA, ANGELO SAPAGNOL TOMASI KEPPEM, MAURICIO RICARDO GOLFETTO DOS SANTOS, RODRIGO ARAÇÃO ANDRADE, LUIS DELLA VECCHIA FRESCHI, FRANCISCO NORBERTO NETTO, FERNANDA DE BRITO FORTUNA e VICTOR BEMFICA.

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A endomiocardiofibrose (EMF) é considerada, segundo a literatura, a cardiomiopatia restritiva mais frequente no mundo, apresentando prognóstico desfavorável quando sintomática, momento em que a sobrevida média passa a ser de apenas dois anos, segundo os primeiros registros. Descrevemos um relato de caso de EMF cuja sobrevida alcançou 31 anos após abordagem invasiva. **Relato de caso:** Mulher, 29 anos, previamente ex-tabagista e portadora de fibrilação atrial, procurou o Serviço de Referência em Cardiologia com relato de dispneia progressiva há um ano, admitida em classe funcional (CF) III, com sinais e sintomas de insuficiência cardíaca predominantemente direita. Ao ecocardiograma (ECOTT), evidenciou-se obliteração do ápice e disfunção de ventrículo direito (VD), aumento importante de átrio direito, disfunção diastólica grau III, fração de ejeção de ventrículo esquerdo (FEVE) de 47%, sem aumento de átrio esquerdo ou insuficiência mitral, associado a insuficiência tricúspide importante. Realizada a ressecção endocárdica, bem como troca valvar tricúspide (bioprótese nº31) e implante de marcapasso definitivo (bloqueio atrioventricular no pós-operatório). A paciente apresentou melhora significativa após cirurgia. Biópsia com intensa fibrose endocárdica, confirmando EMF. Após 15 anos, mantendo-se CF I, ECOTT com FEVE preservada (60%), prótese tricúspide com refluxo moderado e aumento de câmaras direitas. Após 31 anos de pós-operatório, foi admitida com piora da dispneia, em CF III e febril, sendo diagnosticada com endocardite de prótese valvar tricúspide, complicada com disfunção protética importante (estenose importante e insuficiência moderada). Submetida à antibioticoterapia dirigida e reoperação para troca valvar tricúspide e explante de fios de marcapasso, com sucesso. Aos 60 anos, apesar do comprometimento biventricular, encontra-se em CF II, ECOTT com prótese tricúspide normofuncionante, FEVE de 46%, aumento de átrio esquerdo e disfunção leve de VD (FAC=31%). **Conclusão:** Trata-se de um raro caso de EMF com acometimento biventricular, cuja evolução foi extremamente favorável após a cirurgia de ressecção endocárdica. A sobrevida, segundo dados recentes, é de aproximadamente 37% em 10 anos. Contudo, quando realizado o tratamento invasivo, há redução significativa na mortalidade, sendo relatada sobrevida de 68% em 10 anos, podendo alcançar, em 17 anos, 55%. Não encontramos registros de sobrevida acima dos 30 anos após o diagnóstico de EMF, portanto, o presente relato reforça a importância do tratamento invasivo nesse contexto.



Figura 1. Tomografia de tórax com contraste, realizada 30 anos após a ressecção endocárdica e troca valvar tricúspide (prévia à reabordagem), evidenciando aumento importante do átrio direito (com trombo em seu interior), moderado de átrio esquerdo, presença de prótese tricúspide e cabos de marcapasso em câmaras direitas.

5547

Efeito de 8 semanas de reabilitação cardíaca sobre a capacidade funcional e qualidade de vida de uma paciente com insuficiência cardíaca: estudo de CA

FABÍOLA ANTONIETA MAMEDE, GABRIELA OLIVEIRA TELES, CAMILA GRASIELE ARAUJO OLIVEIRA, VINICIUS RAMOS REZENDE, YASMIN FERREIRA CARVALHO e ANA CRISTINA SILVA REBELO.

Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, BRASIL.

Fundamento: A Insuficiência cardíaca é uma das principais causas de morbimortalidade do mundo; e a primeira no Brasil com relação às internações no Sistema Único de Saúde por doenças cardiovasculares. Pacientes com esse quadro clínico podem apresentar um declínio na capacidade funcional e prejuízo na qualidade de vida. A reabilitação cardíaca (RC), intervenção multifacetada e multidisciplinar, tem se mostrado uma estratégia essencial para promover a recuperação e prevenir recorrências, favorecendo a melhora de parâmetros de saúde e a retomada de uma vida ativa. **Objetivo:** Relatar os efeitos de 8 semanas de um programa de RC sobre a capacidade funcional e qualidade de vida de uma mulher com histórico de infarto agudo do miocárdio. **Materiais e Métodos:** Estudo de caso, por um período de 8 semanas de treino misto (ergométrico - bicicleta; e musculação) em um hospital público em Goiânia/Goiás. Participou do estudo uma paciente do sexo feminino, com 70 anos de idade. Utilizou-se o questionário de qualidade de vida SF-36; o Teste de Caminhada de 6 minutos (TC6M) para verificar a distância percorrida (DP) e o teste da velocidade da marcha de 4 metros (V4M), a fim de avaliar a capacidade funcional e a frequência cardíaca inicial (FCin) e final (FCfin), nos momentos pré e pós-intervenção. **Resultados:** Paciente de 70 anos de idade, com índice de massa corporal de 31kg/m². Após 16 sessões de RC, houve aumento de 22% na distância percorrida (DP1=368m; DP2=450m; Δ=82m), e nos escores do SF-36 (Pré=89,37; Pós=93,37; Δ=4); e uma redução de 4,81% no tempo da V4M (Pré=4,13; Pós=3,93; Δ=0,20 seg), e na FC de repouso (FCin1=89bpm; FCin2=84bpm; Δ=5bpm) e pico (FCfin1=148bpm, FCfin2=135bpm, Δ=13bpm) demonstrando a eficiência da reabilitação cardíaca na capacidade funcional e na qualidade de vida da paciente. **Conclusão:** O programa de RC, com 8 semanas de treino promoveu melhora significativa na capacidade funcional e na qualidade de vida de uma paciente idosa com insuficiência cardíaca.

5550

Há espaço para o tocilizumabe no transplante cardíaco? Uma série de casos

BERNARDO MAY GOMEL, ALI IBRAHIM YASSINE, LARA DO NORTE GARCIA, JOSE LEUDO XAVIER JUNIOR, GABRIELA CAMPOS CARDOSO LIMA, SANDRIGO MANGINI e FERNANDO BACAL.

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A rejeição humoral (AMR) permanece um grande desafio no transplante cardíaco, sendo associada a disfunção do enxerto, vasculopatia acelerada e pior sobrevida. O tocilizumabe (TCZ), um inibidor do receptor de IL-6, surge como uma alternativa ao modular a resposta inflamatória e suprimir a ativação de células B e T efectoras, sem depender da remoção direta de anticorpos. Estudos demonstraram que seu uso em receptores cardíacos com AMR refratária resultou em melhora clínica e recuperação da função do enxerto, mesmo sem redução dos anticorpos doador-específicos (DSA). Além disso, o TCZ tem sido investigado como adjuvante em protocolos de dessensibilização pré-transplante, permitindo transplantes em pacientes hipersensibilizados sem aumento de rejeições agudas. Experiências em transplantes renais e pulmonares reforçam seu potencial, demonstrando redução da atividade dos anticorpos e possível benefício na rejeição crônica. **Relato de caso:** Caso 1: Homem, 49 anos, com doença de Chagas e transplante cardíaco (TC) em 2021, apresentou sinais de hipervolemia. Ecocardiograma mostrou disfunção diastólica grau III e hipertrofia ventricular. Biópsia endomiocárdica (BEM) revelou C4d fortemente reativo e DSA (DQ5 16.745 MFI). Foi tratado com 12 sessões de imunoglobulina intravenosa (IgIV) e plasmáfese (PF), interrompidas temporariamente por infecção viral. Rituximabe foi usado para controle do DSA, mas metotrexato não foi tolerado. Devido à piora clínica, iniciou TCZ. Após 3 meses, assintomático, com melhora da hipertrofia ventricular. Caso 2: Mulher, 31 anos, com miocardiopatia dilatada pós-miocardite e TC em 2022, apresentava ascensão de DSA (DQ7 19.708 MFI) e sinais de rejeição celular na BEM. Foi tratada com pulsoterapia, IgIV e PF. Com piora clínica, recebeu rituximabe, totalizando 18 sessões de PF e IgIV. Sem resposta na redução dos títulos de DSA, foi submetida a TCZ. Após 10 meses, assintomática, sem disfunção ventricular, mas ainda com DSA. Caso 3: Mulher, 57 anos, com miocardiopatia dilatada de etiologia valvar, dependente de inotrópico, foi considerada inelegível para TC em outro serviço devido à alta sensibilização HLA (classe I =98%, classe II = 53%). Internada para dessensibilização com 14 sessões de PF e IgIV, seguida de TCZ. Após dois meses, submetida ao TC com crossmatch virtual positivo em títulos baixos (A26: 3.063 MFI, B7: 2.122, DR13: 2.513). Indução imunossupressora com metilprednisolona e timoglobulina. Após 4 meses, sem disfunção do enxerto. **Conclusão:** Ensaios clínicos serão fundamentais para definir seu papel definitivo no TC, mas as evidências atuais indicam que o bloqueio da IL-6 pode representar um avanço importante no manejo da rejeição humoral e na otimização da sobrevida do enxerto.

5552

Congestão subclínica na insuficiência cardíaca: relação entre alta hospitalar e taxa de reinternação

ANA CAROLINE ABDO, FERNANDA SIMÕES FORTES GUIMARÃES, KRISTIE ERDMANN CORDEIRO, LETÍCIA KAYURI FORTI, TAINÁ TONIOLO, THAIS MANUELLA BERARDINI CARSTENS, ALEJANDRO AUGUSTO LOPEZ SILVA e ANA KARYN EHRENFRIED DE FREITAS.

Hospital da Cruz Vermelha, Curitiba, PR, BRASIL - Universidade Positivo, Curitiba, PR, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade hospitalar, com altas taxas de reinternação. Embora sinais clínicos de congestão sejam utilizados para avaliação, a congestão subclínica - aquela não detectável pelo exame físico, mas identificada por Point-of-Care Ultrasound (POCUS) - pode representar um marcador de risco de reinternação. **Objetivo:** Avaliar a presença de congestão subclínica na alta hospitalar e determinar a correlação com reinternações em 60 dias. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo com 75 pacientes maiores de 18 anos internados por IC descompensada em um hospital de Curitiba. A congestão subclínica foi avaliada por POCUS, analisando diâmetro e variabilidade da veia cava inferior, além da presença de Linhas B para congestão pulmonar. Dados clínicos como idade, comorbidades, fração de ejeção e sinais clínicos de congestão foram registrados. O desfecho primário foi a reinternação em até 60 dias, analisado por correlação de Pearson e regressão logística. **Resultados:** A amostra incluiu 75 pacientes, sendo 57,3% homens, com média de idade de 68,32±1,39 anos. Destes, 24% (n=18) foram reinternados em 60 dias. As etiologias da IC foram 36% isquêmica, 13,3% valvar e 32% idiopática. Quanto à função cardíaca, 56% tinham fração de ejeção reduzida, 8% levemente reduzida e 21,3% preservada. As comorbidades mais comuns foram hipertensão (84%), doença arterial coronariana (49,3%), dislipidemia (48%) e tabagismo (48%). Durante a alta, 9,3% apresentaram ingurgitamento jugular, 25,3% edema de membros inferiores, 17,3% murmúrio vesicular reduzido e 4% derrame pleural, enquanto 52% apresentaram Linhas B ao POCUS. Não houve diferença significativa no diâmetro da veia cava entre reinternados e não reinternados (p=0,684), mas a variabilidade da veia cava foi menor nos reinternados (26,8%) em comparação aos não reinternados (35,25%) (p=0,131), sem correlação com reinternação na regressão logística. Nenhuma variável clínica mostrou associação significativa com reinternação (p>0,05). **Conclusão:** Embora a congestão subclínica seja comum em pacientes com IC descompensada, sua presença na alta não esteve significativamente associada ao risco de reinternação em 60 dias. A avaliação por POCUS continua sendo uma ferramenta útil para o manejo intra-hospitalar, mas, devido ao pequeno tamanho da amostra, não foi possível estabelecer sua validade como preditor de desfechos. Estudos adicionais com maior poder estatístico são necessários para esclarecer essa relação.

5557

Aplicabilidade do metotrexato em pacientes pós-transplante cardíaco

NATÁLIA CARVALHINHO CARLOS DE SOUZA, ALINE CARBONERA, FABIANA G MARCONDES BRAGA, MONICA SAMUEL AVILA GRINBERG, IASCARA WOZNIAC DE CAMPOS, SANDRIGO MANGINI, LUIS FERNANDO BERNAL DA COSTA SEGURO, GABRIEL AULICINO e FERNANDO BACAL.

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da USP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: O metotrexato é uma medicação atualmente utilizada em alguns cenários no pós transplante cardíaco, como em pacientes com rejeição celular ou humoral. Porém, há uma escassez de dados na literatura sobre sua aplicação. O objetivo deste trabalho é descrever e analisar a aplicabilidade e a segurança do uso do metotrexato em pacientes após transplante cardíaco. **Materiais e Métodos:** Foram incluídos pacientes adultos submetidos a transplante cardíaco, que fizeram uso de metotrexato no período de 2015 a 2024 no pós transplante. Foi realizada análise retrospectiva, com busca em banco de dados do Redcap e do prontuário eletrônico. **Resultados:** Foram incluídos 51 registros de uso de metotrexato no período, em 48 pacientes. 74% eram do sexo masculino, 68% de raça branca. A média de idade foi de 38 anos. 94% estavam em uso de tacrolimus e 98% em uso de micofenolato. As etiologias da cardiopatia de base mais frequentes foram chagásica (29%) e dilatada idiopática (29%). O tempo médio de uso do metotrexato foi de 8 semanas. Os motivos para uso do metotrexato foram: rejeição celular persistente (29 casos), controle de donor specific antibody - DSA (11 casos) e rejeição humoral (11 casos). Um paciente cursou com reativação de citomegalovírus durante o uso do metotrexato, sendo necessária a suspensão da medicação. Em 4 casos (8%), foi necessária a suspensão do metotrexato devido a infecção, e uma paciente evoluiu a óbito devido a choque séptico de foco pulmonar. 2 pacientes (4%) tiveram o metotrexato suspenso devido a efeitos colaterais gastrointestinais. Em um paciente, foi necessária a suspensão por leucopenia e úlceras orais. Não houve casos de hepatotoxicidade. Dos pacientes que utilizaram o metotrexato para controle de rejeição celular persistente, 65% (19 casos) apresentaram melhora no grau de rejeição na biópsia de controle. Não houve óbitos. Dos 11 que receberam para controle de DSA, 45% evoluiu com queda nos títulos de MFI, e um ainda está em uso da droga. Foram relatados 11 casos de uso do metotrexato após episódio de rejeição humoral, como quarta droga mantida após a alta. 8 (72%) pacientes tinham biópsia compatível com rejeição humoral, e, destes, 37% tiveram melhora do padrão. Houve um óbito ainda em uso da medicação, de causa não definida. 88% dos casos (45 pacientes) apresentavam fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) preservada ($\geq 50\%$) desde o início do tratamento, com manutenção após. 11% tinha disfunção ventricular esquerda, sem recuperação significativa ($\geq 10\%$). Não houve queda importante da FEVE em nenhum paciente. **Conclusão:** Nesta casuística, o metotrexato no pós transplante cardíaco foi uma droga segura e com aplicabilidade para rejeição celular, rejeição humoral e controle de DSA.

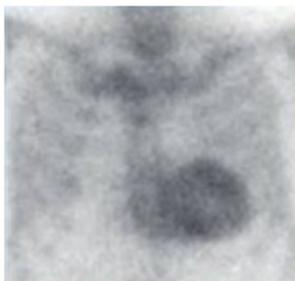
5561

Caso raro de reativação de amiloidose TTR pós-transplante duplo coração-fígado

LUCAS GUIMARÃES DA ROCHA, LUIZ FLÁVIO ANDRADE PRADO, CLEVERTON CANUTO ARAGÃO, VICTOR YURI SANTOS RAMOS, ISACK BRUNO NEVES MARQUES KONTTANY, ROBERTO CINTRA AZEVEDO ARAGÃO, GUILHERME HENRIQUE GURGEL PEREIRA BATISTA, TATIANA BASTOS ALMEIDA e CARLOS AURÉLIO SANTOS ARAGÃO.

Fundação Beneficente Hospital de Cirurgia, Aracaju, SE, BRASIL - Universidade Tiradentes, Aracaju, SE, BRASIL.

Fundamento: A amiloidose é uma doença considerada rara, caracterizada pelo aumento da produção de proteínas fibrilares que, quando em excesso, se deposita nos órgãos gerando disfunção, sendo o coração um dos mais acometidos. Os dois principais fenótipos são AL e a ATTR, esta última a que mais acomete o coração, podendo ser mutante ou selvagem e é causada por mutações no gene TTR. Em casos graves de insuficiência cardíaca associada à ATTR, o tratamento curativo é o transplante duplo coração-fígado, que elimina a fonte da TTR mutante. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 42 anos, hipertenso, em acompanhamento ambulatorial devido a amiloidose por transtirretina (ATTR) com acometimento cardíaco, evoluindo com insuficiência cardíaca (IC) avançada desde agosto de 2018. Em fevereiro de 2019, foi submetido a transplante duplo de coração e fígado, resultando na remissão da amiloidose e no início da terapia imunossupressora com Tacrolimus, Micofenolato Sódico e Prednisona. Entretanto, três anos após o procedimento, em fevereiro de 2022, apresentou quadro de disautonomia associado à recorrência de sinais e sintomas de insuficiência cardíaca. Foram realizados eletrocardiograma, que demonstrou baixa voltagem no plano frontal, e ecocardiograma evidenciando um fenótipo restritivo, fração de ejeção (FE) de 51%, hiperrefringência miocárdica e redução do strain global longitudinal para -8%, com padrão característico de apical sparing. A investigação para amiloidose AL não evidenciou a presença de paraproteínas monoclonais. A cintilografia miocárdica com pirofosfato demonstrou captação grau III, compatível com acometimento cardíaco pela amiloidose por transtirretina (ATTR). A pesquisa de mutação no gene TTR, resultou negativa. Assim, a reativação da amiloidose na forma de transtirretina selvagem. Follow-up: No momento, o paciente segue acompanhado em serviço especializado IC, com melhora parcial dos sintomas e da disautonomia após a introdução do Tafamidis em dose 80mg/dia, que é a medicação que reduz a síntese e promove clareamento da transtirretina. Segue em vigência de imunossupressão, entretanto com a menor dose possível, Tacrolimus 2mg/dia, Micofenolato sódico 720mg/dia e Prednisona 5mg/dia, para evitar rejeição e piora da amiloidose TTR. **Conclusão:** O caso apresentado é considerado raro, uma vez que a amiloidose ATTR foi reativada em sua forma não mutada, pela imunossupressão, com acometimento cardíaco associado, impactando na morbidade do paciente.



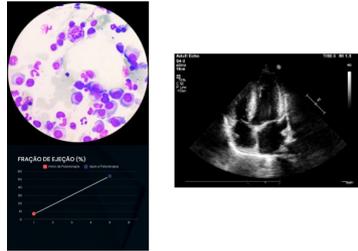
5563

Apresentação rara de amiloidose AL cardíaca fulminante

LUCAS GUIMARÃES DA ROCHA, LUIZ FLÁVIO ANDRADE PRADO, EMANUELLA MACHADO SILVA, GUILHERME MACHADO DE SANTANA, ROBERTO CINTRA AZEVEDO ARAGÃO, TATIANA BASTOS ALMEIDA, AUGUSTO CESAR MONTE ANDRADE, MAYRA PEREIRA SOUZA BARROS e CARLOS AURÉLIO SANTOS ARAGÃO.

Fundação Beneficente Hospital de Cirurgia, Aracaju, SE, BRASIL - Universidade Tiradentes, Aracaju, SE, BRASIL.

Fundamento: A Amiloidose é uma doença rara caracterizada pela deposição, de intensidade variável, da proteína amiloide dobrada de forma anômala no interstício dos tecidos orgânicos, substituindo miócitos por material fibrilar. Dessa forma, ocorre o espessamento das paredes cardíacas gerando um padrão restritivo à cardiomiopatia. A apresentação mais comum de amiloidose é a ATTR, porém a que evolui mais grave é a amiloidose AL, caracterizada pela deposição de imunoglobulinas de cadeias leves (Kappa ou Lambda), podendo levar a uma Insuficiência Cardíaca rapidamente progressiva. **Relato de caso:** Paciente masculino, 33 anos, sem comorbidades, iniciou quadro de Insuficiência Cardíaca característico com dispnéia paroxística noturna, ortopnéia e turgência de jugulares. Ao exame físico, notava-se macroglossia e equimose periorbital bilateral. O eletrocardiograma evidenciou ritmo sinusal, eixo de +5°, 72 BPM e baixa voltagem no plano frontal e raio x de tórax com sinais de congestão pulmonar. Os exames laboratoriais não evidenciaram alterações renais, hepáticas ou distúrbio hidroeletrólítico, sendo solicitado um ecocardiograma. Após 1 mês, o paciente retornou com exame evidenciando Fração de ejeção: 64%; DDVE: 48 mm; DSVE: 36mm; Septo interventricular: 14mm; PP: 13mm, com hiper-refringência em septo interventricular; Vol. indexado de AE: 40 ml. Diante do quadro, suspeitou-se de Amiloidose, sendo solicitada eletroforese de proteínas séricas e urinárias e retorno ao ambulatório. Após 5 meses, o paciente deu entrada no Hospital de Urgências com quadro de choque cardiogênico, FE: 7%, dependente de inotrópicos positivos - Dobutamina 20mcg/kg/min e Milrinone 0,375mcg/kg/min. A Eletroforese de proteínas séricas e urinárias detectou pico monoclonal com inversão da relação albumina/globulina. Freelite kappa/lambda 0,1 (>0,26 excesso de cadeia lambda). Houve a suspeita forte de mieloma múltiplo e quadro cardiológico de amiloidose AL primário. Foi solicitada avaliação da hematologia e biópsia de medula, ainda no hospital, detectando 24% de plasmócitos, confirmando mieloma múltiplo. Foi iniciada pulsoterapia com metilprednisolona, com melhora clínica significativa, saindo do quadro de choque cardiogênico e desmame de inotrópicos em 3 dias. No ecocardiograma houve um incremento da FE para 54%. Após 5 dias de pulsoterapia e recuperação total do quadro cardiogênico, foi iniciada quimioterapia com Bortezomibe. O paciente segue assintomático e em acompanhamento com a cardiologia e a hematologia. **Conclusão:** Apesar de ser raro o comprometimento cardíaco na amiloidose, deve-se suspeitar de sua apresentação fulminante quando o paciente se apresenta em choque cardiogênico com indícios prévios de amiloidose, sendo um dos principais diagnósticos diferenciais da apresentação de insuficiência cardíaca fulminante.



5564

Incidência e preditores de readmissão hospitalar em uma coorte retrospectiva de pacientes com insuficiência cardíaca

BEATRIZ CORRÊA MOREIRA SILVA, BRUNA RENÓ DI NICOLÓ, GABRIEL SOUZA PETRINI, LAURA BERGER LEAL, LUIZ FERNANDO ANDRAUS MARCONDES NASCIMENTO, MARJORIE SECATTO BATISTA e ANA KARYN EHRENFRIED FREITAS.

Hospital da Cruz Vermelha, Curitiba, PR, BRASIL - Universidade Positivo, Curitiba, PR, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) representa um desafio significativo para os sistemas de saúde devido às frequentes descompensações e consequentes readmissões hospitalares, impactando a morbimortalidade e os custos hospitalares. Identificar fatores preditores de readmissões pode contribuir para intervenções precoces e otimização do manejo clínico desses pacientes. **Objetivo:** Identificar e analisar os fatores preditores de readmissões hospitalares em pacientes com insuficiência cardíaca em hospital terciário. Isso inclui investigar a incidência dessas readmissões e avaliar como variáveis demográficas, histórico clínico, características da insuficiência cardíaca e resultados de exames laboratoriais estão relacionados ao risco de readmissões. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo, unicêntrico, incluindo pacientes com diagnóstico prévio de IC atendidos em hospital terciário entre julho de 2022 e agosto de 2024. Foram analisados dados clínicos, laboratoriais e terapêuticos de 215 prontuários eletrônicos. Comparações entre pacientes readmitidos e não readmitidos foram realizadas por testes estatísticos adequados, e a análise de regressão logística identificou fatores preditores de readmissão, considerando $p < 0,05$ como estatisticamente significativo. **Resultados:** Entre os pacientes rehospitalizados, não houve diferença significativa na idade ($65,25 \pm 11,8$ vs. $64,2 \pm 11,09$ anos; $p = 0,189$) e no sexo masculino ($53,6\%$ vs. $62,6\%$; $p = 0,189$). As comorbidades DRC ($42,9\%$ vs. $28,2\%$; $p = 0,027$) e tabagismo ($65,4\%$ vs. $49,2\%$; $p = 0,022$) foram associadas a maior risco de readmissão. A classe funcional NYHA esteve fortemente correlacionada com hospitalizações, apresentando um aumento de $73,7\%$ no risco de reinternação para cada classe adicional ($p = 0,02$). O uso dos quatro pilares terapêuticos recomendados para IC foi mais prevalente entre os pacientes readmitidos ($29,8\%$ vs. $19,8\%$), o que pode refletir uma maior oportunidade de otimização do tratamento no ambiente hospitalar, sem indicar necessariamente uma piora clínica. **Conclusão:** A DRC, o tabagismo e a classe funcional NYHA elevada foram identificados como fatores preditores de readmissão hospitalar em pacientes com IC. O ambiente hospitalar se mostrou crucial para otimização do tratamento, sugerindo que estratégias ambulatoriais mais eficazes são necessárias para evitar descompensações e reduzir reinternações.

5567

Reconhecer para cuidar: Identificação de pacientes cardiológicos elegíveis para cuidados paliativos

MARIANNA CAVINA FIGUEIREDO, YASMIN CZERVENNY SCHOEMBERGER, KELLY KARINE SALES ZEM, ISABELLI ZEITZ CASTRO e ANA KARYN EHRENFRIED FREITAS.

Hospital da Cruz Vermelha, Curitiba, PR, BRASIL.

Fundamento: A integração dos cuidados paliativos (CP) na cardiologia visa melhorar a qualidade de vida de pacientes com doenças cardiovasculares avançadas. No entanto, a identificação desses pacientes ainda é um desafio na prática clínica. O SPICT-BR (Supportive and Palliative Care Indicators Tool) é uma ferramenta validada que pode auxiliar na triagem de pacientes elegíveis para CP, permitindo intervenções mais precoces e eficazes. O objetivo deste estudo foi identificar a prevalência de pacientes cardiológicos elegíveis para CP utilizando o SPICT-BR em um hospital terciário. **Objetivo:** Identificar e triar, através da primeira etapa do questionário SPICT-BR, pacientes ambulatoriais com doenças crônicas cardiovasculares que podem ser beneficiados ao serem introduzidos em cuidados paliativos (se SPICT-BR positivo) em associação à terapia modificadora da doença. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo transversal realizado em um Ambulatório de Cardiologia de um hospital terciário. Foram incluídos pacientes com doenças cardiovasculares crônicas (IC, DAC, arritmias, valvopatias graves), idade ≥ 18 anos. O SPICT-BR foi aplicado na forma de questionário adaptado, identificando pacientes com pelo menos dois indicadores gerais e uma condição cardiovascular avançada. Dados clínicos foram analisados com o software IBM SPSS Statistics, utilizando testes estatísticos apropriados, incluindo regressão logística para avaliação de fatores associados ao SPICT positivo ($p < 0,05$). **Resultados:** Foram incluídos 70 pacientes, com média de idade de 68 anos, sendo 55% do sexo masculino. A IC foi a condição cardiovascular mais prevalente (70%), seguida de DAC (61,4%) e arritmias (30%). No total, 62,9% dos pacientes foram SPICT positivo. A presença de IC ($p = 0,005$) e histórico de AVC ($p = 0,032$) foram significativamente associadas à elegibilidade para CP. Observou-se uma relação inversa entre IMC e SPICT positivo ($p = 0,03$), sugerindo maior necessidade de CP em pacientes com menor índice de massa corporal. **Conclusão:** A alta prevalência de pacientes cardiológicos elegíveis para CP reforça a necessidade de sua incorporação precoce na prática clínica. A IC e o AVC foram fatores preditores importantes, destacando a relevância da abordagem multidisciplinar. O SPICT-BR mostrou-se uma ferramenta viável para triagem desses pacientes, contribuindo para um cuidado mais humanizado e eficiente.

5569

Avaliação retrospectiva da acetazolamida em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada e resistência diurética

LEONARDO VINICIUS MAZZALI, LUIZA MIYUKI SAITA, JOAO VITOR CALASANS e ANA KARYN EHRENFRIED FREITAS.

Hospital da Cruz Vermelha, Curitiba, PR, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) descompensada representa uma das principais causas de internação hospitalar, sendo a sobrecarga volêmica um fator determinante na evolução clínica. O manejo da congestão é desafiador, especialmente em pacientes com resistência diurética ao tratamento padrão com diuréticos de alça. A acetazolamida, um inibidor da anidrase carbônica, tem sido estudada como terapia adjuvante para otimizar a diurese e reduzir a morbimortalidade associada à congestão refratária. O presente estudo tem como objetivo avaliar o impacto da acetazolamida na evolução clínica de pacientes internados com IC descompensada e resistência diurética. **Objetivo:** Avaliar o impacto do tratamento combinado de diuréticos de alça e acetazolamida na sobrecarga volêmica de pacientes internados com IC descompensada. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo observacional realizado em um hospital terciário, analisando prontuários de 91 pacientes internados entre janeiro de 2023 e setembro de 2024 com IC descompensada. Foram comparados dois grupos: pacientes tratados com acetazolamida associada à furosemida ($n = 38$) e pacientes tratados apenas com furosemida e outras estratégias diuréticas ($n = 53$). Foram analisados dados clínicos, laboratoriais, tempo de internação e resposta diurética. Análises estatísticas foram realizadas utilizando testes de Wilcoxon e qui-quadrado, considerando significância estatística para $p < 0,05$. **Resultados:** O grupo tratado com acetazolamida apresentou maior gravidade clínica, com maior incidência de sinais de congestão ($p < 0,001$), pior função renal inicial ($p = 0,043$) e necessidade de doses mais elevadas de furosemida ($p < 0,001$). Apesar da maior gravidade, a diurese total não foi significativamente diferente entre os grupos ($p = 0,24$). O tempo de internação foi maior no grupo acetazolamida ($p < 0,001$), possivelmente devido à sua introdução tardia em pacientes mais graves. **Conclusão:** A acetazolamida foi utilizada predominantemente em pacientes com resistência diurética e maior gravidade clínica, refletindo um perfil de pior prognóstico. Apesar da ausência de diferença na diurese total, os achados sugerem que a introdução precoce pode ser benéfica no manejo da congestão refratária. Estudos prospectivos e randomizados são necessários para validar essa estratégia terapêutica e definir seu papel na otimização do tratamento da IC descompensada.

5571

Terapia imunossupressora em paciente com miocardite linfocítica aguda fulminante

HENRIQUE MOTOKI OLIVEIRA, CAIQUE FONSECA PEREIRA, BENOIT JEAN NEMR, FERNANDO CAETANO MORBIN PINI, MATHEUS CESARINO DE SOUZA MACHADO, ALEXANDRE MATOS SOEIRO, THIAGO MARQUES MENDES, CAMILLA VILELA VIEIRA e BRUNO BISELLI.

Hospital do Coração de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A miocardite linfocítica, frequentemente associada a infecções virais, é a forma mais comum de miocardite em adultos. O uso de imunossupressão no tratamento é controverso, sendo geralmente reservado para casos fulminantes com evolução desfavorável e painel infeccioso negativo. **Relato de caso:** Paciente de 42 anos, sexo masculino, apresentou febre e tosse por 3 semanas, evoluindo com dispneia progressiva e queda do estado geral. No pronto-socorro, apresentava taquicardia, pressão arterial convergente, bloqueio de ramo esquerdo novo no eletrocardiograma, redução da atividade elétrica difusa e troponina positiva. A cineangiogramiografia não revelou lesões coronarianas obstrutivas. O ecocardiograma mostrou disfunção biventricular grave e derrame pericárdico discreto. A ressonância magnética confirmou redução importante da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 11%, trombos no ápice dos ventrículos direito e esquerdo, realce tardio transmural difuso e elevação dos mapas T1 e T2, confirmando o diagnóstico de miocardite aguda. Culturas, sorologias e reação em cadeia da polimerase para vírus e bactérias foram negativos. Em 48 horas, evoluiu com choque cardiogênico, associado a tempestade elétrica, necessitando de dobutamina, noradrenalina, balão intra-aórtico (BIA) e membrana de circulação extracorpórea (ECMO). Diante do quadro de miocardite fulminante, iniciou-se terapia imunossupressora com Metilprednisolona (1g/dia por 3 dias) e Imunoglobulina (IVIG) (0,4g/kg/dia por 4 dias). O paciente permaneceu com BIA por 7 dias e ECMO por 5, tolerando a retirada da dobutamina após 21 dias. Houve melhora progressiva da FEVE e resolução dos trombos intracavitários. A biópsia endomiocárdica revelou infiltrado linfomononuclear, com imuno-histoquímica negativa para adenovírus e citomegalovírus. Após 1 mês de internação, evoluiu com FEVE 21% e recebeu alta com terapia para insuficiência cardíaca de FEVE reduzida e manutenção com prednisona (0,5mg/kg) e azatioprina (200mg/dia). **Conclusão:** O tratamento de miocardites fulminantes é desafiador devido à incerteza etiológica e ao alto risco de mortalidade precoce. Nesse contexto, terapias empíricas, como a imunossupressão, são utilizadas, apesar da evidência limitada. Descrevemos um caso de miocardite linfocítica fulminante com tempestade elétrica que respondeu positivamente ao esquema de Metilprednisolona e IVIG, permitindo recuperação parcial da FEVE e alta hospitalar com terapia de manutenção e tratamento para insuficiência cardíaca.

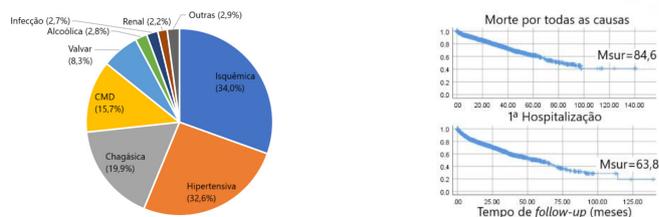
5573

Registro ambulatorial de insuficiência cardíaca de Brasília (BORHF): primeiros dados de uma coorte regionalmente-representativa de um país de renda média

VINÍCIUS CARVALHO FIUSA, GABRIEL CARVALHO FIUSA, BEATRIZ FRANÇA CABRERA, LEVI DURÃES BATISTA DA SILVA, GABRIEL CORRÊA DA SILVA, ADRIANA J B A GUIMARÃES, ANA CLAUDIA C NOGUEIRA, ALEXANDRE ANDERSON S M SOARES e LUIZ SÉRGIO FERNANDES DE CARVALHO.

Grupo de Pesquisa em Doença Cardiovascular de Brasília, Escola Superior de Ciências da Saúde, ESCS, Brasília, DF, BRASIL - Instituto Aramari Apo, Brasília, DF, BRASIL - Laboratório de Dados para Qualidade do Cuidado e Pesquisa de Desfechos, (LaDaQCOR), Universidade Católica de Brasília, UCB, Brasília, DF, BRASIL - Universidade de Brasília, UnB, Brasília, DF, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma doença altamente prevalente, com altos custos de saúde e grande impacto na qualidade de vida e produtividade. Faltam dados robustos sobre a qualidade do cuidado e os desfechos de pacientes com IC no Brasil. **Objetivo:** O Registro Ambulatorial de Insuficiência Cardíaca de Brasília (BORHF) tem como objetivo avaliar a qualidade do cuidado e os desfechos de pacientes com IC que receberam acompanhamento do ambulatorial no sistema público de saúde de Brasília, Brasil. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um registro de 2.314 pacientes com IC acompanhados em ambulatorio de cardiologia em 5 hospitais públicos de Brasília (HB, HRGu, HRG, HRL, e HRS) entre agosto/2010 e setembro/2024. Os pacientes foram incluídos sequencialmente, de forma retrospectiva por meio de análise de prontuários (n=1.383), e prospectiva após consultas ambulatoriais ou exames de imagem cardíaca (n=931). Dados de mortalidade também foram obtidos a partir da plataforma Vigilância DF. As seguintes categorias de variáveis foram observadas: epidemiologia, história patológica, uso de medicação, exames laboratoriais, exames de imagem cardíaca, e desfechos clínicos. Casos apenas com dados referentes a exames de imagem cardíaca foram excluídos (n=546). Utilizamos o pacote MICE no RStudio para imputação múltipla de variáveis não-desfecho com até 50% dos dados faltantes (m=50, maxit=20). Utilizamos a ferramenta Kaplan-Meier para estimar a sobrevida. **Resultados:** Dados de 1.768 pacientes foram analisados. A população foi 57,1% masculina, com idade média de 64,3 anos, e seguimento médio de 25,9 meses. As etiologias de IC mais frequentes foram: isquêmica (34,0%); hipertensiva (32,6%); chagásica (19,9%); cardiomiopatia dilatada (15,7%); valvar (8,3%). Observamos que poucos indivíduos tem acesso a drogas mais modernas como o sacubitril-valsartana (24,2%), e que menos da metade dos pacientes recebem as doses preconizadas de várias classes de medicamentos. Um total de 371 pacientes (22,1%) morreram durante o acompanhamento. O tempo de sobrevida médio foi estimado em 84,6 meses. Um total de 492 pacientes (32,8%) foram hospitalizados pelo menos 1 vez, e 150 (10,0%) pelo menos 2 vezes. As causas mais frequentes de morte e de hospitalização foram: descompensação da IC (35,3% e 33,3%); e infecção (21,0% e 32,1%). **Conclusão:** Esse estudo, baseado em uma coorte regionalmente-representativa, fornece insights importantes sobre a qualidade do cuidado e os desfechos de pacientes com IC no sistema público de saúde de Brasília. Nossos achados podem ter implicações para além do contexto local, refletindo desafios e oportunidades comuns a outras regiões de média-renda no Brasil e no mundo.



5582

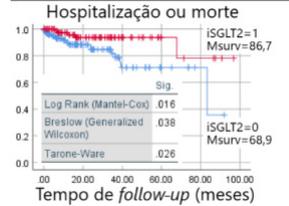
Tratamento medicamentoso e desfecho clínico na insuficiência cardíaca com fração de ejeção levemente reduzida (ICFELR): dados do Registro Ambulatorial de Insuficiência Cardíaca de Brasília (BORHF)

VINÍCIUS CARVALHO FIUSA, GABRIEL CARVALHO FIUSA, BEATRIZ FRANÇA CABRERA, RODRIGO GÓES DE OLIVEIRA GALVÃO, ADRIANA J B A GUIMARÃES, ANA CLAUDIA CAVALCANTE NOGUEIRA, ALEXANDRE ANDERSON S M SOARE e LUIZ SÉRGIO FERNANDES DE CARVALHO.

Grupo de Pesquisa em Doença Cardiovascular de Brasília, Escola Superior de Ciências da Saúde, ESCS, Brasília, DF, BRASIL - Instituto Aramari Apo, Brasília, DF, BRASIL - Laboratório de Dados para Qualidade do Cuidado e Pesquisa de Desfechos, LaDaQCOR, Universidade Católica de Brasília, UCB, Brasília, DF, BRASIL - Universidade de Brasília, UnB, Brasília, DF, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca com fração de ejeção levemente reduzida (ICFELR) inclui pacientes com IC, e FE maior que 40% e menor que 50%. Faltam evidências robustas para o uso de algumas das principais classes de medicamentos para IC nessa população. **Objetivo:** Avaliar o impacto dos inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), bloqueadores de receptores da angiotensina (BRA), sacubitril-valsartana, betabloqueadores, espironolactona e inibidores do cotransportador sódio-glicose 2 (iSGLT2) sobre os desfechos de pacientes com ICFELR. **Materiais e Métodos:** Utilizamos dados do BORHF, um registro retrospectivo e prospectivo de 2.314 pacientes com IC acompanhados ambulatorialmente em 5 hospitais públicos de Brasília entre agosto/2010 e setembro/2024. Incluímos apenas indivíduos com FEIR (n=241). Desfechos observados: morte por todas as causas, morte cardiovascular, hospitalizações, e classe funcional. Utilizamos os testes qui-quadrado de Person* e exato de Fisher† para investigar possíveis associações. Modelos de regressão logística multivariados foram utilizados para confirmar associações independentes. Utilizamos a ferramenta Kaplan-Meier para estimar a sobrevida. **Resultados:** A população foi 56,0% masculina, com idade média de 64,9 anos, e seguimento médio de 28,5 meses. Após ajuste para sexo, idade e função renal, observamos associações independentes para: sacubitril-valsartana e menor mortalidade geral (B=-1,615; p=0,038); espironolactona e menor mortalidade geral (B=-0,872; p=0,034); iSGLT2 e menor mortalidade geral (B=-1,453; p=0,004), menor mortalidade cardiovascular (B=-1,244; p=0,038), e menor hospitalização ou morte (B=-0,865; p=0,008). Não foram observadas diferenças significativas para IECA, BRA ou betabloqueadores. **Conclusão:** Em nossa coorte de pacientes com ICFELR, o uso de sacubitril-valsartana, espironolactona e iSGLT2 foi associado a melhores desfechos.

V	S/ sacubitril-valsartana (n=182)	C/ sacubitril-valsartana (n=44)	p
Morte, n(%)	35(19,2)	2(4,5)	0,013†
Morte CV, n(%)	23(12,6)	1(2,3)	0,055†
Hospitalização ou morte, n(%)	64(34,8)	16(36,4)	0,683*
Melhora NYHA, n(%)	39(21,3)	15(34,1)	0,444*
V	S/ espironolactona (n=138)	C/ espironolactona (n=99)	p
Morte, n(%)	24(28,9)	14(10,2)	0,001*
Morte CV, n(%)	15(18,9)	10(7,4)	0,022*
Hospitalização ou morte, n(%)	42(50,0)	41(33,6)	0,018*
Melhora NYHA, n(%)	15(20,0)	39(35,1)	0,038*
V	S/ 650/72 (n=126)	C/ 650/72 (n=82)	p
Morte, n(%)	32(25,8)	6(7,3)	0,001*
Morte CV, n(%)	21(17,2)	4(4,9)	0,009†
Hospitalização ou morte, n(%)	60(48,0)	23(28,0)	0,004*
Melhora NYHA, n(%)	22(28,0)	22(24,2)	0,222*



5587

Reativação da sarcoidose cardíaca em um coração transplantado: um caso incomum de disfunção do enxerto

DANIELLE LOUVET GUZZELLI, HELEUTÉRIO DA CONCEIÇÃO NICOLAU MADOGOLELE, MANUELA CRISTINA RIBEIRO DIAS BARROSO, SANDRIGO MAGINI, GABRIEL AULICIN, FABIANA GÓURLART MARCONDES-BRAGA, MONICA AVILA, LUIS SEGURO e FERNANDO BACAL.

INCOR, HC FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A disfunção do enxerto após transplante cardíaco pode ter diversas etiologias, incluindo rejeição celular, doença vascular do enxerto (DVE) e reativação de doenças sistêmicas. A sarcoidose cardíaca (SC) é rara, e sua reativação após o transplante é incomum, mas clinicamente relevante. Relatamos um caso de disfunção do enxerto secundária à reativação da SC, destacando a importância da vigilância contínua, do diagnóstico diferencial e da abordagem terapêutica adequada. **Relato de caso:** Paciente diagnosticada com sarcoidose cardíaca (SC) aos 37 anos, manifestada inicialmente por BAV de alto grau e confirmada por biópsia endomiocárdica. Evoluiu posteriormente com insuficiência cardíaca avançada e foi submetida a transplante cardíaco (TX) aos 39 anos. Sem intercorrências no pós-operatório, com biópsias de vigilância sempre negativas. A terapia imunossupressora incluía prednisona 5mg/dia, ciclosporina e micofenolato. Onze anos após o transplante, permanecia assintomática, porém ECO de rotina evidenciou queda de FE do VE (64% para 45%). Mediante o resultado do ECO, a paciente foi internada para investigação da nova disfunção do enxerto. Nesse cenário, consideraram-se como diagnóstico diferencial: rejeição celular, DVE e reativação da SC. Na investigação: biópsia endomiocárdica revelou rejeição celular 1R, sem rejeição humoral; o painel imunológico não detectou DSA e, cateterismo sem sinais de DVE. A ressonância magnética cardíaca (RMC) mostrou edema e realce tardio multifocal meso-subepicárdico, predominando nas regiões inferosseptal e inferolateral do VE, sugerindo miocardiopatia inflamatória. O PET/CT revelou captação heterogênea e multifocal discreta do radiofármaco nas paredes inferosseptal, inferior e inferolateral do VE, indicando atividade inflamatória. Com a confirmação da reativação da SC, optou-se por aumentar a dose de prednisona para 0,5mg/kg. Realizado ECO de controle 8 semanas após o aumento do corticoide, que mostrou melhora da FE, retornando para 60%. **Conclusão:** A recorrência da sarcoidose após transplante é rara, variando entre 5% e 18%. Reativação de SC ou rejeição celular pós-transplante podem ter manifestações sobrepostas, incluindo piora da insuficiência cardíaca, arritmias e redução da FEVE. Diferente da rejeição celular, que é geralmente aguda, a SC frequentemente evolui de forma insidiosa, com alterações em exames de imagem precedendo os sintomas clínicos. O diagnóstico da SC recorrente após transplante cardíaco continua desafiador, devido à apresentação clínica inespecífica e limitações das ferramentas diagnósticas usuais. A diferenciação entre SC e rejeição celular requer uma abordagem combinada de dados clínicos, de imagem e histopatológicos.

5588

Insuficiência cardíaca e Covid-19: tendências de mortalidade e internação no Distrito Federal entre 2017 e 2022

MANOELA MASSA MOURA e LUCAS GABRIEL CASTRO CARVALHO.

UNB, Brasília, DF, BRASIL.

Fundamento: As doenças cardiovasculares, responsáveis por 33% dos óbitos globais em 2019 segundo a OMS, são a principal causa de morte no mundo. No Distrito Federal, esse grupo de doenças também predomina, com 41.110 mortes registradas entre 2010 e 2022. Em 2020 e 2021, durante a pandemia de Covid-19, as doenças infecciosas lideraram a mortalidade geral, mas a mortalidade cardiovascular absoluta não diminuiu. Estudos sugerem, inclusive, maior gravidade dos casos de insuficiência cardíaca (IC) nesse período, possivelmente por descompensação pelo SARS-CoV-2 e redução do acompanhamento médico. **Objetivo:** Este estudo visa comparar perfis epidemiológicos, internações e mortalidade por IC nos períodos pré-pandêmico (2017-2019) e pandêmico (2020-2022) no Distrito Federal. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico de série temporal baseado em dados do Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SUS), disponíveis no DATASUS. Do SIH, foram analisados internações e o perfil epidemiológico (sexo, faixa etária e etnia) dos óbitos por insuficiência cardíaca (CID I50) no Distrito Federal entre 2017 e 2022. Do SIM, foram extraídos os óbitos por residência no mesmo período. **Resultados:** No período analisado, foram registradas 14.797 internações e 829 óbitos por IC. 58% das internações ocorreram entre 2017 e 2019, com 2017 apresentando o maior número (3.214) e 2020 o menor (1.847). Já 60% dos óbitos concentraram-se na pandemia, sendo 2021 o ano com mais mortes (179) e 2018 o com menos (101). Em consonância, 2021 teve a maior taxa de mortalidade (6,1) e 2018 a menor (3,51), com médias de 3,92 no período pré-pandêmico e 5,57 no pandêmico. O perfil epidemiológico manteve-se estável ao longo dos períodos, com maior prevalência de óbitos no sexo feminino (57%), em idosos ≥ 70 anos (71%) e entre brancos (52%), seguidos por pardos (37,5%), pretos (8,4%) e amarelos ou indígenas (2,1%). **Conclusão:** Os achados indicam que a pandemia não alterou significativamente o perfil epidemiológico dos óbitos, mas pode ter influenciado a redução das internações e o aumento da mortalidade. A queda nas hospitalizações pode estar associada à sobrecarga do sistema de saúde, à limitação de atendimentos e ao receio em buscar assistência. Já o aumento da mortalidade sugere maior gravidade dos casos, possivelmente devido à descompensação induzida pelo SARS-CoV-2 e ao atraso no manejo dos portadores de IC. Esses achados reforçam a necessidade de estratégias para garantir a continuidade do atendimento cardiológico em crises e de pesquisas que avaliem os impactos a longo prazo da pandemia sobre a insuficiência cardíaca. O uso de dados secundários, principal limitação do estudo, impede análises individuais e a comprovação de causalidade, e possibilita subnotificações.

5593

Pulso alternante como marcador de taquicardia inapropriada em insuficiência cardíaca descompensada

ANTONIO ALMEIDA FILHO, DANIELLE LOUVET GUAZZELI, NATÁLIA CARVALHINHO, BRUNO BISELLI, DEBORAH BELFORT, PAULO ROBERTO CHIZOLLA, ROBINSON MUNHOZ, SÍLVIA MOREIRA AYUB-FERREIRA e EDIMAR ALCIDES BOCCHI.

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: O pulso alternante caracteriza-se pela variação na amplitude do pulso em ciclos consecutivos, indicando falência ventricular grave, demandando atenção especialmente quando associado a taquicardia. **Relato de caso:** Mulher, 31 anos, com IC dilatada e fração de ejeção reduzida (NYHA I), apresentou piora progressiva (NYHA III/IV) em julho/2024, com taquicardia sinusal persistente (frequência cardíaca [FC] média de 110bpm em Holter) e intolerância a vasodilatadores. Admitida na emergência em novembro/2024 por choque cardiogênico. Apresentava pressão arterial de 90x70mmHg, FC de 120bpm e pulsos filiformes. A monitorização invasiva evidenciou variação da pressão de pulso (VPP de 40%), caracterizando pulso alternante. Iniciou-se dobutamina (5mcg/kg/min) e nitroprussiato de sódio, com melhora e estabilização hemodinâmica significativa porém mantendo-se com FC em torno 120bpm. A identificação do pulso alternante como marcador de taquicardia inapropriada levou à introdução de ivabradina (2,5mg 12/12h). Após 48 horas, houve redução da frequência cardíaca para 115bpm e VPP para 30%, permitindo o aumento da dose de nitroprussiato (0,7 para 1,4mcg/kg/min). A dose da ivabradina foi ajustada para 5mg 12/12h, e, no segundo dia após ajuste, a FC reduziu-se para 100 bpm e VPP para 20%, com melhora clínica significativa e desmame progressivo da dobutamina. Imagem 1: diferença entre a VPP no início do quadro (FC 123 e VPP 41%) e após melhor controle da FC (FC 102 e VPP 20%) Tabela 1: evolução dos parâmetros hemodinâmicos e doses das medicações. **Conclusão:** A taquicardia inapropriada é um marcador de mau prognóstico na IC com fração de ejeção reduzida, estando associada a reinternações e instabilidade hemodinâmica. O pulso alternante, reflexo da alternância na amplitude do volume sistólico, nesse contexto, pode atuar como um marcador de taquicardia inapropriada. O fenômeno resulta de alterações do ciclo cardíaco, onde um volume sistólico reduzido leva a maior enchimento diastólico subsequente, promovendo alternância nos batimentos. Este se exacerba em pacientes com IC diante de distúrbios do cálcio intracelular. O caso descrito neste relato enfatiza a importância da identificação e do manejo da taquicardia inapropriada em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada, que pode ser sugerida pela presença de pulso alternante. O controle da frequência cardíaca (nesse caso realizado com Ivabradina) resultou em redução de VPP e significativa melhora clínica, incluindo maior tolerância à vasodilatação intravenosa e redução da dependência de inotrópicos.



Imagem 1: diferença entre a VPP no início do quadro (FC 123 e VPP 41%) e após melhor controle da FC (FC 102 e VPP 20%)

Dia	PAM	FC	VPP	DOBUTAMINA (mcg/kg/min)	NITROPRUSSIATO (mcg/kg/min)	IVABRADINA (mg/dia)
00	76	123	40%	5	0,7	0
02	80	117	30%	5	1,4	5
04	87	102	20%	3	1,4	10

Tabela 1: evolução dos parâmetros hemodinâmicos e doses das medicações

5601

Uso de espironolactona em pacientes com insuficiência cardíaca e doença renal crônica: dados do Registro Ambulatorial de Insuficiência Cardíaca de Brasília (BORHF)

VINÍCIUS CARVALHO FIUSA, ANDREA D STEPHANUS, RENATO DE CARVALHO BARROS, ADRIANA J B A GUIMARÃES, ANA CLAUDIA CAVALCANTE NOGUEIRA, ALEXANDRE ANDERSON S M SOARES e LUIZ SÉRGIO FERNANDES DE CARVALHO.

Grupo de Pesquisa em Doença Cardiovascular de Brasília, Escola Superior de Ciências da Saúde, ESCS, Brasília, DF, BRASIL - Instituto Aramarí Apo, Brasília, DF, BRASIL - Laboratório de Dados para Qualidade do Cuidado e Pesquisa de Desfechos, LaDaQCOR, Universidade Católica de Brasília, UCB, Brasília, DF, BRASIL - Univerdade de Brasília, UnB, Brasília, DF, BRASIL.

Fundamento: A espironolactona é um dos pilares no tratamento da insuficiência cardíaca (IC), entretanto seu uso em pacientes com doença renal crônica (DRC) pode ser limitado pelo risco de complicações como hipercalemia e deterioração da função renal. Evidências para uso de espironolactona em doentes com IC e DRC ainda são escassas. **Objetivo:** Avaliar o impacto do uso de espironolactona sobre os desfechos de pacientes com IC e DRC. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Utilizamos dados do BORHF, um registro retrospectivo e prospectivo de 2.314 pacientes com IC acompanhados ambulatorialmente em 5 hospitais públicos de Brasília entre ago/2010 e set/2024. Incluímos apenas indivíduos com DRC (n=584). Utilizamos o pacote MICE no RStudio para imputação múltipla de variáveis não-desfecho com até 40% dos dados faltantes (m=40, maxit=20). Características foram comparadas pelos testes qui-quadrado de Person*, exato de Fisher†, T de Student independente‡, e Mann-Whitney§. Modelos de regressão logística e linear multivariados foram utilizados para confirmar associações independentes. Utilizamos a ferramenta Kaplan-Meier para estimar a sobrevida. **Resultados:** A população foi 27,0% masculina, com idade média de 71,8 anos, e seguimento médio de 27,8 meses. Um total de 340 (62,0%) pacientes fez uso de espironolactona. Após ajuste para sexo, idade, fração de ejeção e função renal, observamos associações independentes para espironolactona e menor mortalidade por todas as causas (B=-0,687; p=0,002), menor mortalidade cardiovascular (B=-0,646; p=0,013), menor número de hospitalizações (B=-0,203; p=0,020), menor hospitalização ou morte (B=-0,713; p=0,001), e maior melhora da classe funcional (B=-0,725; p=0,006). **Conclusão:** Em nossa coorte de pacientes com IC e DRC, o uso de espironolactona foi associado a melhores desfechos.

V	S/ espironolactona (n=208)	C/ espironolactona (n=346)	p
Sexo masc. n(%)	63(30,5)	65(19,1)	<0,001*
Idade (anos), M±SD	73,8±13,0	70,5±11,6	0,002‡
Fração de ejeção (%), M±SD	43,00±0,56	37,00±0,50	<0,001§
TFG (mL/min), M±SD	46,50±0,55	46,80±1,55	0,067§
Obesidade, %IC95pool	26,2(26,0-26,5)	27,0(26,9-27,2)	0,815*
HAS, %IC95pool	82,4(82,3-82,4)	74,7(74,7-74,7)	0,037*
DM, %IC95pool	51,4(51,4-51,4)	47,1(47,1-47,1)	0,319*
Dislipidemia, %IC95pool	61,2(61,0-61,3)	64,2(64,0-65,0)	0,382*
Tabagismo, %IC95pool	36,4(36,4-36,4)	31,5(31,5-31,5)	0,051*
Morte, n(%)	62(30,0)	81(24,0)	<0,001*
Morte CV, n(%)	54(27,4)	58(16,1)	0,002*
Hospitalizações, µSD	6,75(6,97)	6,48(6,78)	0,004‡
Hospitalização ou morte, n(%)	127(60,5)	140(40,2)	<0,001*
Melhora NYHA, n(%)	31(15,0)	83(23,1)	0,011*



5607

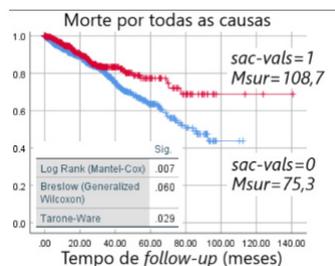
Resultados do mundo real de sacubitril-valsartana vs. IECA/BRA na insuficiência cardíaca: dados do Registro Ambulatorial de Insuficiência Cardíaca de Brasília (BORHF)

VINÍCIUS CARVALHO FIUSA, RENATO DE CARVALHO BARROS, GABRIELLE NAIR TIM, VICTORIA TESSA VIEIRA GOULART, GUSTAVO TRAJANO DE MOURA, CIAO HENRIQUE MACEDO NASCIMENTO, ADRIANA J B A GUIMARÃES, ALEXANDRE ANDERSON S M SOARES e LUIZ SÉRGIO FERNANDES DE CARVALHO.

Grupo de Pesquisa em Doença Cardiovascular de Brasília, Escola Superior de Ciências da Saúde, ESCS, Brasília, DF, BRASIL - Instituto Aramarí Apo, Brasília, DF, BRASIL - Laboratório de Dados para Qualidade do Cuidado e Pesquisa de Desfechos, LaDaQCOR, Universidade Católica de Brasília, UCB, Brasília, DF, BRASIL - Univerdade de Brasília, UnB, Brasília, DF, BRASIL.

Fundamento: Grandes ensaios clínicos demonstraram superioridade do sacubitril-valsartana sobre inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e bloqueadores do receptor de angiotensina (BRA) no tratamento da insuficiência cardíaca (IC). A validação desses resultados em cenários do mundo real, com populações diversas, é fundamental para consolidar seu papel na prática clínica. **Objetivo:** Comparar desfechos de pacientes com IC tratados com sacubitril-valsartana ou IECA/BRA no mundo real. **Materiais e Métodos:** Utilizamos dados do BORHF, um registro retrospectivo e prospectivo de 2.314 pacientes com IC acompanhados ambulatorialmente em 5 hospitais públicos de Brasília entre ago/2010 e set/2024. Incluímos apenas pacientes com uso das drogas em questão (n=1.323). Utilizamos o pacote MICE no RStudio para imputação múltipla de variáveis não-desfecho com até 40% de dados faltantes (m=40, maxit=20). Características foram comparadas pelos testes qui-quadrado de Person*, T de Student independente‡, e Mann-Whitney§. Modelos de regressão logística multivariados foram utilizados para confirmar associações independentes. Utilizamos a ferramenta Kaplan-Meier para estimar a sobrevida. **Resultados:** A população foi 56,2% masculina, com idade média de 63,1 anos, e seguimento médio de 27,6 meses. Um total de 380(28,7%) pacientes fez uso de sacubitril-valsartana, 434(32,8%) de IECA, e 509(38,5%) de BRA. Após ajuste para sexo, idade, fração de ejeção e função renal, observamos associações independentes para sacubitril-valsartana e menor mortalidade por geral (B=-0,594; p=0,002), menor hospitalização ou morte (B=-0,421; p=0,004), e maior melhora da classe funcional (B=-0,524; p=0,001). **Conclusão:** Nossa coorte de mundo real sugere que sacubitril-valsartana está associado a melhores desfechos clínicos no tratamento da IC em comparação com IECA/BRA.

V	IECA/BRA (n=943)	Sacubitril-valsartana (n=380)	p
Sexo masc. n(%)	536(56,8)	218(57,4)	0,598*
Idade (anos), M±SD	63,3±13,9	62,8±12,9	0,522‡
Fração de ejeção (%), M±SD	40,00±0,55	31,00±0,42	<0,001§
TFG (mL/min), M±SD	74,00(73,8-74,1)	74,10(73,8-74,2)	0,633§
Obesidade, %IC95pool	29,2(29,1-29,3)	29,5(29,5-29,6)	0,869*
HAS, %IC95pool	71,2(71,3-71,3)	64,2(64,2-64,3)	0,012*
DM, %IC95pool	42,7(42,7-42,7)	38,4(38,4-38,4)	0,150*
Dislipidemia, %IC95pool	54,2(54,2-54,3)	61,8(61,9-62,0)	0,011*
Tabagismo, %IC95pool	36,7(36,7-36,7)	33,2(33,2-33,2)	0,229*
Morte, n(%)	178(19,2)	54(14,4)	0,039*
Morte CV, n(%)	115(12,8)	40(10,6)	0,350*
Hospitalizações, µSD	6,46(6,62)	6,38(6,76)	0,074‡
Hospitalização ou morte, n(%)	320(40,0)	123(32,7)	0,017*
Melhora NYHA, n(%)	176(26,4)	134(37,2)	<0,001*



5609

Tratamento de neoplasia de endométrio em paciente com síndrome de Eisenmenger e lesão de tronco de artéria coronária esquerda: relato de caso

MATHEUS HENRIQUE SICUPIRA LIMA, ISABELLA DE LUNA KALIL, THAIS BAPTISTA TEIXEIRA, ANA CRISTINA SAYURI TANAKA, NATÁLIA SILVA ASSIS, NANA MIURA, GUSTAVO FORONDA, ALESSANDRA COSTA BARRETO e ANA CAROLINA BUSO FACCINETTO.

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL - Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A Síndrome de Eisenmenger (SE) ocorre em pacientes com cardiopatias congênitas que desenvolvem lesão vascular pulmonar irreversível devido à hipertensão arterial pulmonar (HAP) severa, em resposta ao aumento do fluxo sanguíneo pulmonar. Quando a resistência vascular pulmonar supera a resistência sistêmica, ocorre a reversão do shunt, resultando em hipoxemia e cianose. As comunicações interatriais (CIA) representam 30-40% das cardiopatias congênitas em adultos, e a SE é observada em 5-10% dos pacientes com CIA não reparada. A SE leva a uma diminuição da qualidade de vida e risco de morte elevado. Pacientes com SE apresentam estratificação de risco cirúrgico elevado, sendo necessárias considerações sobre comorbidades. **Relato de caso:** Paciente feminina, 66 anos, com CIA ostium secundum (OS) não operada e SE há 15 anos (pressão média do tronco da pulmonar de 38 mmHg em cateterismo direito no diagnóstico, fluxo bidirecional pela CIA OS de 28 mm em ecocardiograma transtorácico e radiografia de tórax, vide foto 1), em uso de vasodilatadores pulmonares e varfarina. Após 6 meses de tratamento otimizado, a paciente apresentou sangramento vaginal importante, levando à suspensão do anticoagulante e investigação, que resultou no diagnóstico de adenocarcinoma de endométrio, confirmado por biópsia. A princípio, a histerectomia total seria o padrão-ouro para tratamento. Realizou-se estratificação de risco, sendo classificada como alto risco cardiovascular associado a comorbidades significativas: diabetes, tromboembolismo pulmonar crônico e dislipidemia. Cateterismo cardíaco revelou lesão no tronco da coronária esquerda (TCE), devido à compressão extrínseca pelo tronco pulmonar. A radioterapia foi indicada, sem sucesso. Como alternativa, foi realizada embolização das artérias uterinas, procedimento escolhido devido ao alto risco cirúrgico da paciente. A embolização foi realizada com sucesso e sem intercorrências. **Conclusão:** O aumento da sobrevida dos pacientes com SE trouxe consigo um desafio: o manejo da multimorbidade em pacientes particularmente frágeis. Neste caso, a paciente necessitava de anticoagulação crônica, em virtude de trombose pulmonar crônica e SE. A lesão do TCE, neste caso, foi manejada clinicamente, pois a paciente era assintomática nesse sentido. A angioplastia seria indicada em casos de isquemia comprovada. É importante a decisão multidisciplinar e a realização de tratamento individualizado.

5611

Uso de iSGLT2 na insuficiência cardíaca chagásica: dados do Registro Ambulatorial de Insuficiência Cardíaca de Brasília (BORHF)

VINICIUS CARVALHO FIUSA, GABRIEL CARVALHO FIUSA, BEATRIZ FRANÇA CABRERA, CAMILLY VITÓRIA SILVA DOS SANTOS, ADRIANA J B A GUIMARÃES e LUIZ SÉRGIO FERNANDES DE CARVALHO.

Grupo de Pesquisa em Doença Cardiovascular de Brasília, Escola Superior de Ciências da Saúde, ESCS, Brasília, DF, BRASIL - Instituto Aramari Apo, Brasília, DF, BRASIL - Laboratório de Dados para Qualidade do Cuidado e Pesquisa de Desfechos, LaDaQCOR, Universidade Católica de Brasília, UCB, Brasília, DF, BRASIL - Univerdade de Brasília, UnB, Brasília, DF, BRASIL.

Fundamento: Os inibidores do cotransportador sódio-glicose 2 (iSGLT2) são um dos novos pilares do tratamento da insuficiência cardíaca (IC). No Brasil, a IC de etiologia chagásica tem maior representatividade do que em outros países. Faltam dados sobre o uso de iSGLT2 em paciente com IC chagásica. **Objetivo:** Avaliar o impacto do uso de iSGLT2 sobre os desfechos de pacientes com IC chagásica. **Materiais e Métodos:** Utilizamos dados do BORHF, um registro retrospectivo e prospectivo de 2.314 pacientes com IC acompanhados ambulatorialmente em 5 hospitais públicos de Brasília entre ago/2010 e set/2024. Incluímos apenas pacientes com IC chagásica (n=307). Utilizamos o pacote MICE no RStudio para imputação múltipla de variáveis não-desfecho com até 40% de dados faltantes (m=40, maxit=20). Características foram comparadas pelos testes qui-quadrado de Person*, exato de Fisher†, T de Student independent†, e Mann-Whitney§. Modelos de regressão logística e linear multivariados foram utilizados para confirmar associações independentes. Utilizamos a ferramenta Kaplan-Meier para estimar a sobrevida. **Resultados:** A população foi 49,8% masculina, com idade média de 66,9 anos, e seguimento médio de 29,3 meses. Após ajuste para sexo, idade, fração de ejeção e função renal, observamos associações independentes para iSGLT2 e menor mortalidade geral (B=-1,245; p=<0,001), menor mortalidade cardiovascular (B=-1,224; p=0,001), menor número de hospitalizações (B=-0,329; p=0,001), e menor hospitalização ou morte (B=-1,203; p=<0,001). **Conclusão:** Em nossa coorte de pacientes com IC chagásica, o uso de inibidores de SGLT2 foi associado a melhores desfechos.

V	S/ iSGLT2 (n=173)	C/ iSGLT2 (n=134)	p
Sexo masc., n(%)	93(53,8)	65(44,8)	0,119*
Idade (anos), Méd	67,1(13,5)	66,6(12,5)	0,695§
Fração de ejeção (%), Mann QR pool	38,0(28,0-48,0)	32,0(24,2-42,0)	0,042§
TFG (mL/min), Méd QR pool	68,4(52,7-82,2)	65,3(42,5-79,6)	0,160§
Obezidade, % IC95 pool	17,1(6,8-17,3)	18,4(18,2-18,7)	0,735*
HAS, % IC95 pool	53,2(53,2-53,2)	57,5(57,5-57,5)	0,454*
Diabetes, % IC95 pool	26,6(26,6-26,6)	32,8(32,8-32,8)	0,233*
Dislipidemia, % IC95 pool	49,3(49,1-49,5)	57,5(57,5-57,5)	0,138*
Tabagismo, % IC95 pool	36,6(36,6-36,6)	27,6(27,6-27,6)	0,095*
Fibrilação atrial, % IC95 pool	28,9(28,9-29,3)	25,4(25,4-25,4)	0,309*
Morte, n(%)	58(33,5)	24(17,9)	0,003*
Morte CV, n(%)	43(25,7)	20(15)	0,024*
Hospitalizações, µ±SD	0,65(0,92)	0,94(0,69)	0,001†
Hospitalização ou morte, n(%)	96(55,5)	45(33,6)	<0,001*
Melhora NYHA, n(%)	37(26,8)	46(35,4)	0,129*



5616

Reabilitação cardiopulmonar: melhora da função ventricular e impacto da qualidade de vida: relato de caso

EDUARDO AUGUSTO BISPO ARRUDA NASCIMENTO, MAYARA SOARES DE SOUZA, MYLENE SOARES DE SOUZA, YASMIN DAHER KOZAK, THAIENE MARTINS MIRANDA SEVERINO, ANA CAROLINA PEREIRA MATOS DOMINGUES e ANTOINETTE OLIVEIRA BLACKMAN.

UNICEPLAC, Brasília, DF, BRASIL.

Fundamento: A reabilitação cardiopulmonar trata-se de uma intervenção multidisciplinar no manejo da insuficiência cardíaca, melhorando a capacidade funcional, reduzindo sintomas e melhorando a qualidade de vida. Esse programa envolve treinamento físico supervisionado, suporte nutricional, acompanhamento psicológico e educação sobre a doença, promovendo a adesão ao tratamento. A insuficiência cardíaca, a disfunção ventricular e as alterações no miocárdio resultam em intolerância ao exercício e piora prognóstica. A reabilitação cardiopulmonar pode atenuar esses efeitos, reduzindo a mortalidade cardiovascular. Dessa forma, representa uma estratégia fundamental na abordagem da insuficiência cardíaca. **Relato de caso:** Paciente masculino, 39 anos, previamente hígido procura atendimento hospitalar com história dor torácica bilateral/faixa, em queimação, inicialmente leve, sem irradiação, logo após duas horas de praticar musculação. Relatou fazer uso de substâncias estimuladoras como termogênicos, suplementos e anabolizantes, há 1 ano. Foi admitido em pronto socorro referindo dor precordial de intensidade 10/10. Realizou-se ECG, o qual constatou Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSSLT) anterior e lateral alto, sendo então feito procedimento de cateterismo. Feitos AAS 300mg, Clopidogrel 300mg. Realizado trombolise com alteplase, paciente apresentou reação alérgica do tipo rash durante a infusão. Realizou TC de Tórax, evidenciando padrão de vidro fosco, o que levou a suspeita de infecção por SARS-CoV-2, porém, descartada em seguida. Paciente apresentou pico febril de 38.0°C e leucocitose em exames laboratoriais. Evoluiu com desconforto respiratório importante (pO₂ 60% em gasometria arterial), sendo então iniciado VNI, com boa resposta. Em UTI coronariana, evoluiu com insuficiência cardíaca Perfil B pós Infarto Agudo do Miocárdio (IC Perfil B pós-IAM), sendo classificado em IAM Killip 3. Após sete dias, recebeu alta, e encaminhamento para reabilitação cardiopulmonar. Na admissão para reabilitação cardiopulmonar, o eco revelou comprometimento segmentar do VE, disfunção sistólica global moderada, disfunção diastólica grau III, insuficiência mitral e tricúspide, e sinais de hipertensão pulmonar. Após sete meses, evoluiu com melhora da função ventricular. **Conclusão:** A reabilitação cardiopulmonar é benéfica e recomendada para pacientes com Insuficiência Cardíaca, melhorando qualidade de vida, capacidade funcional e redução de hospitalizações. Apesar de seguro e indicado nas diretrizes, é subutilizado, especialmente no Brasil, onde o acesso é restrito a centros de referência e hospitais universitários no SUS. Mais estudos são necessários para ampliar sua implementação como padrão de atendimento.

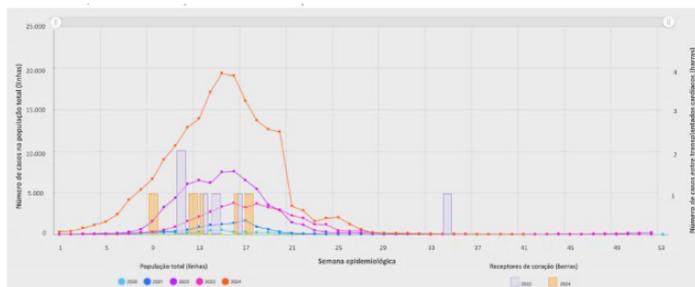
5623

Impacto da Dengue em receptores de transplante cardíaco: experiência durante anos recentes de epidemia no Brasil

LAURA CAROLINE TAVARES HASTENTEUFEL, FERNANDA LOUREGA CHIEZA, LETICIA ORLANDIN, MARCELLE DUARTE ALVES, NADINE CLAUSELL e LIVIA ADAMS GOLDRAICH.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: Houve aumento expressivo do número de casos de dengue no Brasil nos últimos anos, incluindo regiões usualmente menos endêmicas. Apesar da elevada morbimortalidade relacionada à doença, há escassez de dados na literatura sobre o curso clínico da dengue em pacientes transplantados cardíacos. **Objetivo:** Descrever a incidência, a apresentação clínico-laboratorial e o curso clínico de casos confirmados para dengue em uma coorte de transplantados cardíacos. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Coorte retrospectiva de pacientes transplantados cardíacos consecutivos entre 2015-2024 em único centro do Sul do Brasil com quadro confirmado de dengue entre Jan/2022-Mai/2024. Foram revisados dados clínico-laboratoriais em prontuário eletrônico e realizadas entrevistas telefônicas. **Resultados:** Em uma coorte de 104 pacientes, a incidência de dengue foi 9,4% (n=10) e acompanhou o incremento de casos na população geral do estado do Rio Grande do Sul (Figura). Entre os 10 casos, a idade média foi 60 + 10 anos, 60% eram homens e as principais comorbidades foram hipertensão (90%), diabetes (50%) e doença renal crônica (40%). O tempo entre a realização do transplante e o diagnóstico de dengue foi 4 [1,2-5] anos; os testes diagnósticos mais utilizados foram antígeno NS1 (n=6) e sorologia (n=3). A imunossupressão basal consistia em tacrolimus (70%), ciclosporina (30%), micofenolato (50%), inibidor da mTOR (40%) e corticoide (60%). Os principais sintomas foram febre (60%), astenia (60%), mialgia (60%) e anorexia (60%), e a duração dos sintomas foi 9,5 [5,8-11,1] dias. Rash cutâneo e dor abdominal foram incomuns. Oito pacientes necessitaram hospitalização com tempo médio de 8,4 dias. As principais complicações observadas foram plaquetopenia (90%), injúria renal aguda (50%) e infecção secundária (30%). Nenhum paciente desenvolveu sangramento ou necessitou internação em terapia intensiva; não houve óbitos. Um paciente apresentou dois episódios de dengue. Após o diagnóstico, a imunossupressão foi reduzida na maioria dos casos (redução ou suspensão de micofenolato e/ou inibidor da mTOR) durante o curso da doença. **Conclusão:** Dengue apresentou elevada incidência entre os receptores de transplante cardíaco. A apresentação clínica com sintomas inespecíficos demonstra necessidade de alta suspeição clínica para o diagnóstico, particularmente durante períodos de epidemia. Hospitalizações foram frequentes para otimização do manejo de suporte e de complicações.



5666

Caso raro de miocardite: febre de Oropouche

DANIELLA COSTA-DAN, MARCELO BORG, ARTHUR DUTRA, ARIANE LEAL, FABIOLA IZOTON, PEDRO CELLIA, BRUNO IZOTON, MARYVELLYM SANTOS e THIAGO PASSAMANI.

Hospital Meridional, Cariacica, ES, BRASIL.

Fundamento: A febre Oropouche é causada pelo vírus Oropouche (OROV), transmitido principalmente pela picada de mosquitos infectados, principalmente do gênero Culicoides. **Relato de caso:** Paciente sexo feminino 35 anos, sem comorbidades prévias admitida em departamento de emergência com relato de síncope. Refere que há 3 dias prévios à admissão apresentou episódio de febre intermitente, mialgia e astenia. Evoluiu com piora dos sintomas, hipotensão postural e posterior síncope. Ao exame clínico se apresentava com perfusão capilar periférica reduzida, edema nos membros inferiores e abdome, obnubilada e pressão arterial de 90x60mmHg. Referiu contactantes com febre de OROV. ECG apresentava ritmo sinusal, taquicárdico e exames laboratoriais com troponina ultrasensível de 1.6 (VR 0.015. Rx tórax com infiltrado pulmonar sugestivo de congestão. RT PCR positivo para OROV e negativo para Zika, dengue, Chikungunya, Febre do Nilo Mayaro. Introduzido dobutamina 10mcg/kg/min e realizado ecocardiograma que mostrou função ventricular esquerda (FEVE) de 33% com hipocinesia difusa, sem lesão valvar e ventrículo direito normofuncionante. A hipótese de miocardite viral foi aventada e após 12h de suporte inotrópico e medidas anticongestivas, paciente evoluiu com melhora clínica. Devido à vigência de disfunção ventricular e posterior estabilidade clínica, iniciado terapia modificadora de prognóstico para IC com fração de ejeção reduzida. Ecocardiograma 48h pós desmame de inotrópico evidenciou melhora significativa da função ventricular e derrame pericárdico leve. Procedido com ressonância cardíaca que evidenciou função biventricular preservada, derrame pericárdico sem presença de realce tardio significativo ou alterações sugestivas de miocardiopatias incipientes. Devido a achados de imagem compatíveis com recuperação da FEVE, baixo risco para doença arterial coronariana, melhora clínica significativa e ausência de critérios de pior prognóstico de ressonância não foi optado por biópsia endomiocárdica ou estratificação coronariana. Paciente evoluiu com desmame progressivo efetivo de inotrópico, melhora clínica progressiva e posterior alta hospitalar no 13º dia após admissão hospitalar. **Conclusão:** O presente caso traz à tona uma infecção, causada pelo vírus Oropouche, uma condição frequente de infecção no Brasil e em alguns países da América central e do sul. Embora as taxas de mortalidade sejam baixas, e a maior parte dos pacientes apresentem boa evolução, documentamos uma condição cardiológica não incomum entre as infecções virais, todavia sob nossa ótica sem descrição na literatura especificamente sobre o vírus Oropouche como causa etiológica de miocardite até o momento. Tal fato deixa o alerta quanto a monitorização e cuidados ao paciente a fim de detecção e suporte precoce.

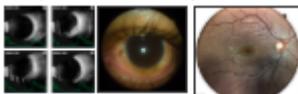
5667

Retinite por citomegalovírus e endoftalmite fúngica em um receptor de transplante cardíaco após rejeição mediada por anticorpos NAO-HLA

BIANCA ALICE SOUZA, MARIA TEREZA SAMPAIO DE SOUSA LIRA, MARIA DE FATIMA OLIVEIRA DA SILVA FILHA e RODRIGO MORENO DIAS CARNEIRO.

Instituto Materno Infantil Fernando Figueira, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: O caso apresentado demonstra a necessidade de uma abordagem multidisciplinar envolvendo doenças infecciosas para atendimento integral de pacientes transplantados, juntando ferramentas na condução de infecções por CMV e Aspergillus no contexto rejeição mediadas por anticorpos (AMR). **Relato de caso:** Homem de 54 anos com história de cardiomiopatia dilatada não isquêmica, provavelmente relacionado ao uso prolongado de álcool e hipertensão, submetido a transplante cardíaco ortotópico em 25 de abril de 2024. Após o transplante, iniciou uso de tacrolimus, micofenolato de mofetil e prednisona oral. Uma biópsia endomiocárdica confirmou pAMR 2 (rejeição mediada por anticorpos) sem evidência de rejeição celular. Os testes de imunofluorescência indicaram a presença de depósito de complemento, enquanto painéis para antígenos leucocitários humanos de classe I e classe II foram negativos. Ele recebeu altas doses pulsoterapia intravenosa com metilprednisolona, timoglobulina, cinco sessões de plasmaférese e imunoglobulina intravenosa (IVIG). Cerca de quatro meses após o transplante, ele desenvolveu sintomas respiratórios. Realizada tomografia computadorizada de tórax revelou novas lesões nodulares sugestivas de infecção fúngica. Uma biópsia dessas lesões confirmou Aspergillus flavus. Enquanto isso, PCR do CMV positivo necessitando início de ganciclovir intravenoso. Paciente queixou-se de perda visual súbita no olho esquerdo precedida de hiperemia conjuntival. A avaliação oftalmológica, incluindo exame de fundo de olho, mostrou atrofia retiniana, oclusão vascular e nervo óptico dano, com retinite por CMV sobreposta à endoftalmite fúngica. Foi iniciado voriconazol intravenoso para tratar a aspergilose e o ganciclovir intravenoso foi continuado para controle do CMV. Foram feitas injeções intravítreas e uma cirurgia ocular foi realizada. Apesar da terapia agressiva, o paciente apresentou perda irreversível da visão no lado esquerdo olho. Após dois meses de uso concomitante de antifúngicos e terapia antiviral, seu olho direito permaneceu livre de infecção e os níveis de PCR de CMV tornaram-se indetectáveis. **Conclusão:** Este caso ilustra as complexidades do manejo de um receptor de transplante cardíaco que desenvolveu retinite por citomegalovírus e endoftalmite fúngica após intensificação imunossupressão para rejeição mediada por anticorpos não HLA. O tratamento é crucial para prevenir a progressão da doença e a perda permanente da visão. A estreita colaboração multidisciplinar entre cardiologistas, especialistas em doenças infecciosas, e os oftalmologistas continuam a ser fundamentais.



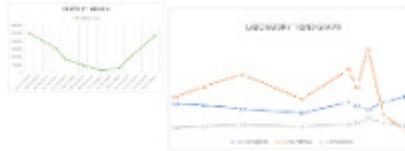
5668

Microangiopatia trombótica induzida por inibidores de calcineurina em um receptor de transplante cardíaco

BIANCA ALICE SOUZA, MARIA TEREZA SAMPAIO DE SOUSA LIRA, MARIA DE FATIMA OLIVEIRA DA SILVA FILHA e RODRIGO MORENO DIAS CARNEIRO.

Instituto Materno Infantil Fernando Figueira, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: O caso apresenta características clínicas e os achados laboratoriais sugestivos de microangiopatia trombótica (TMA) em receptores de transplante cardíaco em uso de inibidores de calcineurina, enfatizando a necessidade de modificações cautelosas no regime imunossupressor para alcançar um equilíbrio entre a prevenção da rejeição do aloenxerto e a limitação ao dano endotelial. **Relato de caso:** Homem de 27 anos com cardiomiopatia isquêmica, com fração de ejeção de 23% e com múltiplas hospitalizações por insuficiência cardíaca descompensada, foi submetido a transplante cardíaco ortotópico em 21 de agosto de 2024. Após o transplante, o paciente recebeu inicialmente tacrolimus, micofenolato de sódio e prednisona em baixas doses como parte de um regime imunossupressor padrão, juntamente com antibióticos de amplo espectro e antifúngicos e antivirais profiláticos. Ele desenvolveu anemia pós-transplante, estabilizando os níveis de hemoglobina em torno de 7g/dL. Realizados endoscopia e colonoscopia que mostraram candidíase esofágica e colite isquêmica. Ainda feito cintilografia com hemácias marcadas que identificaram pequenas fontes de sangramento; no entanto, as fezes do paciente eram consistentemente normais. O esquema imunossupressor foi modificado devido a reativações recorrentes do CMV, feita a suspensão do micofenolato e a introdução do sirolimus. Os achados laboratoriais passaram a incluir trombocitopenia persistente, hemoglobina entre 4-6g/dL e marcadores hemolíticos positivos (LDH elevado, baixo haptoglobina, esquisócitos no esfregaço periférico e hematúria microscópica intermitente). Os achados do mielograma foram normais, e o teste ADAMTS13 excluiu púrpura trombocitopênica trombótica (PTT). Medula óssea a aspiração e a biópsia não foram dignas de nota, descartando malignidades hematológicas. O agravamento da trombocitopenia, juntamente com a hemólise e a exclusão da PTT, foi relacionado ao uso de tacrolimus e sirolimus, ambos associados à lesão endotelial e processos microangiopáticos. A equipe clínica optou por uma redução gradual imunossupressão. O tacrolimus foi descontinuado e substituído pela ciclosporina, enquanto o micofenolato foi reintroduzido em dose reduzida. Repetido os ecocardiogramas confirmaram a boa função do aloenxerto, as biópsias não mostraram rejeição. Nos dois meses subsequentes, a contagem de plaquetas e os níveis de hemoglobina do paciente melhorou de forma constante. **Conclusão:** Este caso ressalta os desafios no diagnóstico e manejo da anemia e trombocitopenia pós-transplante. Os resultados destacaram microangiopatia trombótica induzida por um inibidor da calcineurina, tratada com sucesso através de ajustes imunossupressores e atendimento multidisciplinar.



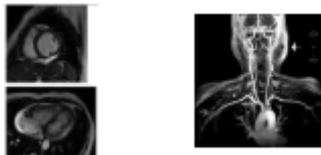
5670

Desafios inflamatórios multissistêmicos: imitação de arterite de grandes vasos com aterosclerose avançada na insuficiência cardíaca

BIANCA ALICE SOUZA, MARIA TEREZA SAMPAIO DE SOUSA LIRA, MARIA DE FATIMA OLIVEIRA DA SILVA FILHA e RODRIGO MORENO DIAS CARNEIRO.

Instituto Materno Infantil Fernando Figueira, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: Para diferenciar aterosclerose grave das aortopatias inflamatórias, incluindo arterite de Takayasu se fazem necessários exames clínicos, laboratoriais e de imagem. O caso relatado enfatiza a necessidade de suporte hemodinâmico cuidadoso, monitoramento de esteroides, dos efeitos colaterais e acompanhamento para minimizar complicações e otimizar resultados a longo prazo. **Relato de caso:** Mulher de 44 anos com histórico de eclâmpsia, hipotireoidismo e múltiplas hospitalizações por sintomas de insuficiência cardíaca foi transferida para nossa instituição para condução clínica. Paciente apresentava fadiga progressiva, edema periférico e tolerância reduzida ao exercício. Em maio de 2024, apresentou piora dos sintomas sistêmicos, incluindo edema e letargia progressiva. Suspeitou-se de descompensação do hipotireoidismo, mas foram identificados doença renal crônica, derrame pericárdico leve e cardiomiopatia dilatada com fração de ejeção reduzida (FE 15%). A angiografia coronária revelou doença coronária multiarterial grave, contraindicada para revascularização por vasos de fino calibre. Estudos angiográficos adicionais demonstraram estenoses significativas em artérias renais e ilíacas, levantando suspeita de arterite de Takayasu ou outra forma de inflamação de grandes vasos. Foi iniciada corticosteroides e metotrexato. Em dezembro de 2024, ela apresentou outro episódio de descompensação aguda insuficiência cardíaca, com necessidade de inotrópicos intravenosos. Realizada ressonância magnética cardíaca com extensa fibrose não isquêmica, estenoses vasculares graves e um aneurisma da aorta infrarenal. Foi solicitado painel autoimune, incluindo imunoglobulina G4 (IgG4), antineutrófilos anticorpos citoplasmáticos (ANCA) e marcadores inflamatórios, que foram negativos. Embora esses achados sugiram comprometimento vascular, nenhuma inflamação ativa processo foi observado dentro da parede aórtica. Imagens de acompanhamento, incluindo uma angiografia por TC atualizada, mostrou doença aterosclerótica aórtica avançada, mas estável. Intervenções vasculares cirúrgicas ou percutâneas não foram recomendadas neste momento, dada a natureza difusa das lesões vasculares e a ausência de sinais claros alvos para reparo. Imagens radiográficas do caso. **Conclusão:** A apresentação clínica do paciente destaca características sobrepostas de aterosclerose grave, doença coronariana multiarterial e suspeita de vasculopatia inflamatória. Este caso reforça a importância da adoção de uma abordagem abrangente e interdisciplinar para casos desafiadores onde processos inflamatórios e doenças vasculares degenerativas coexistem, garantindo atendimento individualizado e centrado no paciente cuidado.



5692

Insuficiência cardíaca secundária a infecção por Schistosoma mansoni

RENATA BERLINGER SARAIVA, LUANA MONFERDINI, PEDRO PASSAGLIA NETO, FABIO GIOVANETTI MORANO, FLAVIA MARIA DOS SANTOS BERGAMI, LUMI NISHIMORI, FERNANDA BETANHO MORI, NATHALIA DOS REIS DE MORAES e MARCELA ARRUDA CAMARGO DE LUCCA.

Hospital e Maternidade Celso Pierro, Campinas, SP, BRASIL - Hospital Municipal Dr Mario Gatti, Campinas, SP, BRASIL.

Fundamento: A esquistossomose é uma doença tropical negligenciada, com limitado número de casos e incidência em locais sem infraestrutura. É transmitida pela penetração de larvas de Schistosoma na pele. Pode levar a complicações cardiovasculares como isquemia do miocárdio, disfunção ventricular, miocardite, hipertensão pulmonar (HP) e pericardite. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 27 anos, previamente hígido, natural de Arapiraca/Alagoas, admitido com sinais e sintomas de insuficiência cardíaca perfil B, predominante a direita com edema periférico, turgência jugular, ascite, hepatomegalia e refluxo hepatojugular. Início dos sintomas há 6 meses. Coletado peptídeo natriurético tipo B (BNP) 3523, eletrocardiograma com alterações inespecíficas de repolarização, ecocardiograma transtorácico (ECO TT) com evidência de disfunção biventricular e HP. Optado por realização de ressonância cardíaca com evidência de dilatação de câmaras esquerdas e direitas, disfunção biventricular importante - função ventricular esquerda (FEVE) 18%, com realce tardio de padrão não coronariano mesocárdico septal basal, sem sinais de edema miocárdico (sugerindo miocardite prévia). Paciente negava pródomos infecciosos, antecedentes familiares de miocardiopatias e abuso de substâncias lícitas e ilícitas. Sorologia Chagas negativo. Referia contato prévio com caramujos em lagoa que se banhava. Endoscopia digestiva alta sem varizes esofágicas, tomografia computadorizada de tórax e abdome com sinais de broncopatia e derrame pleural bilateral, fígado de dimensões aumentadas e ascite moderada. Pesquisa de anticorpos IgM por imunofluorescência indireta para esquistossomose com resultado reagente. Feito praziquantel (PZQ) e iniciado terapias modificadoras de insuficiência cardíaca em doses máximas preconizadas. Evoluiu estável, assintomático, BNP 311, último ECO TT com FEVE 36%, com recuperação de função ventricular direita e sem sinais de HP. **Discussão:** Schistosoma mansoni é a principal espécie que infecta os humanos. As manifestações clínicas e o tratamento dependem da fase da doença e os desfechos cardiovasculares são pouco compreendidos. A complicação mais importante é HP, levando a insuficiência cardíaca direita. Há uma lacuna em termos de diagnóstico uma vez que não há método padrão ouro, portanto exposição prévia e passagem em áreas endêmicas deveriam levantar suspeita clínica. Envolvimento cardíaco agudo deve ser tratado com corticosteroide e crônico com PZQ, feito ao longo do curso da doença. **Conclusão:** Complicações cardíacas na esquistossomose carecem de mais dados. A elaboração de estratégias de diagnóstico e tratamento são essenciais.

5801

Alterações na função da lipoproteína de alta densidade (HDL) na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida

MILENA NOVAES CARDOSO CURIATI, FATIMA RODRIGUES FREITAS, PRISCILA OLIVEIRA CARVALHO, JOSEFA M HORA SILVA LIMA, ANTONIO CARLOS PEREIRA BARRETO, RAUL DIAS SANTOS, RAUL CAVALCANTE MARANHÃO e MUCIO TAVARES OLIVEIRA JR.

Casa de Saúde Santa Marcelina, São Paulo, SP, BRASIL - Instituto do Coração, InCor, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital das Clínicas HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Alterações no metabolismo das lipoproteínas têm sido alvos de investigação em pacientes com insuficiência cardíaca (IC). Apesar das evidências de que baixa concentração de colesterol da lipoproteína de alta densidade (HDL) está relacionada com pior prognóstico da IC, outros aspectos funcionais da HDL devem ser levados em consideração. **Objetivo:** Avaliar a transferência de colesterol para HDL, um importante aspecto do metabolismo desta lipoproteína, em pacientes com IC de etiologias isquêmica e não isquêmica, comparando-se com pacientes portadores de coronariopatia sem disfunção ventricular e com pacientes hipertensos. **Materiais e Métodos:** Foram avaliados 101 pacientes, sendo 48 com IC sintomática com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) <40% e de classes funcionais NYHA II e III (24 de etiologia isquêmica e 24 de etiologia não isquêmica), e 53 pacientes sem IC (26 com doença aterosclerótica coronariana e 27 com apenas hipertensão arterial sistêmica). As transferências de colesterol não esterificado e esterificado para a HDL foram medidas por ensaio in vitro. **Resultados:** Apesar do HDL-c ser semelhante nos quatro grupos, a transferência de colesterol esterificado foi menor nos dois grupos de pacientes com IC em comparação aos sem IC ($p < 0,05$), e a transferência de colesterol não esterificado foi menor apenas no grupo de IC não isquêmica ($p < 0,05$). As transferências de colesterol esterificado e não esterificado para HDL correlacionam-se com parâmetros anatômicos e funcionais cardíacos ($p < 0,05$): positivamente com FEVE, pressão arterial diastólica e sistólica, e negativamente com o diâmetro diastólico final do ventrículo esquerdo. Ademais, as transferências de colesterol apresentaram correlações negativas com o peptídeo natriurético tipo B (BNP) ($p < 0,01$). Em uma análise secundária com todos os pacientes do estudo, as transferências de colesterol, tanto esterificado quanto não esterificado, foram menores nos pacientes em uso de bloqueadores beta-adrenérgicos (betabloqueadores) em relação aos não usuários ($p < 0,01$), de maneira dependente da dose. **Conclusão:** O fato de a transferência de colesterol esterificado para HDL ter sido menor em pacientes com IC, independentemente da etiologia, pode anunciar um novo marcador para IC. Além disso, como as transferências de colesterol se correlacionam com os parâmetros funcionais e anatômicos do remodelamento cardíaco, fenômeno característico da IC, e com a BNP, o principal parâmetro bioquímico sérico da gravidade da IC, é possível que menores taxas de transferências de colesterol possam ter valor prognóstico ou talvez participar de mecanismos de agravamento da IC. Os efeitos dose-dependentes dos betabloqueadores na transferência de colesterol sugerem que alterações no metabolismo da HDL também podem estar envolvidos em usuários de betabloqueadores.

5816

BNP como marcador de estresse cardíaco em indivíduos sem insuficiência cardíaca: papel na predição de desfechos de longo prazo em um estudo populacional

HUMBERTO VILLACORTA, DAVYSON GERHARDT DE SOUZA, MARIA LUIZA GARCIA ROSA, EVANDRO TINOCO MESQUITA e ANTONIO JOSÉ LAGOEIRO JORGE.

Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: O peptídeo natriurético do tipo B (BNP) é um marcador diagnóstico e prognóstico na insuficiência cardíaca (IC). No entanto, não é claro seu papel prognóstico em populações com fatores de risco cardiovascular sem IC basal. **Objetivo:** Avaliar o papel do BNP na predição de eventos cardiovasculares de longo prazo em uma população sem IC basalmente. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Análise retrospectiva de um estudo de base populacional, onde 633 indivíduos com idade >45 anos foram randomicamente selecionados de um programa de atenção primária à saúde. No presente estudo, foram incluídos 527 indivíduos que completaram pelo menos 5 anos de seguimento. Foram excluídos pacientes portadores de IC ou história de cardiopatias, como infarto agudo do miocárdio (IAM), valvopatias ou disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (VE) assintomática. O BNP foi dosado basalmente. O desfecho primário foi tempo até morte ou hospitalização cardiovasculares. **Resultados:** A média de idade da população foi de 59±9,9 anos e 191 (36,2%) eram homens. A média da fração de ejeção do VE foi de 62±5,7% e a mediana de BNP foi de 15 (quartis 1 e 3=10-28) g/mL. Cinquenta e oito (11%) indivíduos apresentaram desfecho. Um corte de BNP de 22pg/mL apresentou sensibilidade de 68,4%, especificidade de 68,6% e valor preditivo negativo de 94,6% em relação ao desfecho primário (área sob a curva de 70% [IC 95% 0,63-0,77], p<0,0001). A taxa de sobrevida livre de eventos foi menor nos indivíduos com BNP>22pg/mL (65% vs 94%, log rank p<0,0001). Em análise multivariada pelo modelo de riscos proporcionais de Cox as variáveis independentemente relacionadas ao desfecho foram idade (HR 1,05 [1,02-1,08], p=0,006), BNP (HR 1,01 [1,0-1,01], p=0,022) e creatinina (HR 2,61 [1,04-6,53], p=0,04) (HR para aumentos de 1 unidade, para as três variáveis contínuas). **Conclusão:** BNP é um preditor independente de eventos de longo prazo em indivíduos livres de IC ou outras cardiopatias basalmente, sendo, portanto, um marcador de estresse cardíaco.

5819

Miocardite aguda fulminante: indicação de ECMO para tratamento de tempestade elétrica

BARBARA REIS TAMBURIM, TALITA FRANCO SILVEIRA, SIOMARA TAVARES FERNANDES YAMAGUTI, THIAGO MARQUES MENDES, CAMILLA VILELA VIEIRA, BRUNO BISELLI e ALEXANDRE MATOS SOEIRO.

Hospital do Coração, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A miocardite pode ser definida como doença inflamatória do miocárdio e a real incidência de miocardite é difícil de ser determinada, uma vez que as apresentações clínicas são muito heterogêneas e grande parcela dos casos cursa de forma subclínica. **Relato de caso:** Masculino, 42 anos, sem comorbidades, iniciou há 3 semanas com episódio de febre e sudorese. Apresentou recorrência do quadro, acompanhado agora de tosse produtiva. Tratado como pneumonia com levofloxacino, deu entrada no hospital taquicárdico e taquipneico. Durante avaliação inicial apresentou dor torácica retroesternal de moderada intensidade com elevação de troponina, supradesnível de ST difuso no ECG e ECOTT mostrando FEVE de 23%. O paciente foi transferido para hospital terciário e nesse mesmo dia apresentou déficit neurológico sendo realizado protocolo de AVC (NIHSS 17) e exame evidenciou oclusão de ACMD, sendo indicado tromboectomia mecânica, sem déficits focais. Paciente evoluiu em choque cardiogênico com necessidade de dobutamina. Frente ausência de sinais infecciosos ativos e elevado grau de inflamação miocárdica cursando com disfunção biventricular importante e instabilidade hemodinâmica e na impossibilidade de BEM pela presença de trombos em VD, foi iniciada pulsoterapia com solumedrol e imunoglobulina. No dia seguinte o paciente apresentou múltiplos episódios de TVS, sendo iniciados amiodarona e passado BIA. Os episódios de arritmias progrediram e frente a instabilidade elétrica e hemodinâmica não ajustada, optado por escalonamento de SCM para ECMO VA periférica. Após a ECMO, foi mantida HNF dose plena, além de dobutamina, levosimendan e nitropussiato de sódio, sendo associado milrinone. Não houve mais recorrência de TV e começou a apresentar sinais de recuperação com FEVE 35% e VD normal. Após 5 dias houve decanulação da ECMO sem intercorrências. Evoluiu com desmame progressivo de inotrópicos. Realizada BEM compatível com miocardite ativa com áreas de edema e fibrose. Realizado implante de CDI antes da alta hospitalar. **Conclusão:** Conforme relato em literatura, o curso clínico da miocardite fulminante é usualmente mais sombrio que outros tipos de miocardites, com menor chance de recuperação da função ventricular, maior mortalidade e maior chance de transplante cardíaco. A identificação da deterioração clínica precoce associada a uma intervenção rápida, contribuiu para melhoria dos desfechos. No relato de caso, pudemos observar intervenção com BIA e instalação da ECMO. Após implante da ECMO houve resolução das arritmias ventriculares sustentadas. A utilização de ECMO deve ser indicada precocemente antes de disfunção orgânica múltipla instalada. No caso apresentado, além da melhora hemodinâmica, a assistência circulatória foi capaz de encerrar a tempestade elétrica e permitir a recuperação ventricular.

5853

Correlação da ressonância magnética cardíaca com a presença de infiltrado inflamatório e viral na biópsia endomiocárdica em pcts com miocardite

MARCELO WESTERLUND MONTERA, ARNALDO RABISCHIOVSKY, AMARINO OLIVEIRA JUNIOR, LUIS ANTONIO CARVALHO, JULIANA SERAFIM e ANDRE VOLSCHAN.

Hospital Procardíaco, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A Ressonância Magnética Cardíaca(RMC) é um importante instrumento na avaliação diagnóstica dos pcts com suspeita de Miocardite(Mc). A sua correlação com os achados de infiltrado inflamatório na biópsia endomiocárdica(BEM) não estão bem definidos na Mc de fase subaguda(Mc FSA). **Objetivo:** Avaliar a associação dos achados da RMC com a presença de infiltrado inflamatório e Viral na BEM em pcts com Mc FSA. **Delimitação, Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, de único centro, c/167 pcts com suspeita de Mc FSA, que foram submetidos à BEM com análise histológica e imunohistoquímica para presença e quantificação de infiltrado inflamatório miocárdico (CD3, CD45R, LAFT1, MAC, HLADR, ICAM) associado a pesquisa de vírus cardioprotófico. Foram avaliados pela RMC: FEVE; presença de realce tardio (RT) com gadolínio e edema Miocárdico. Foram realizadas análises comparativas dos achados da BEM e da RMC através de análise univariada com teste de T para amostras independentes, qui-quadrado e correlação linear sendo considerado valores associativos significativos com $p < 0,05$. **Resultados:** Foram diagnosticados 96 pcts Mc positiva (57%) sendo 24% Mc viral positiva e 61 pcts Mc negativa(53%) pela BEM. Não foram observados correlação significativa entre o diagnóstico de Mc positiva, quantificação do infiltrado inflamatório, e a presença de Mc viral com os achados da RMC de RT e edema Miocárdico. Os pcts com Mc não Viral apresentaram maior grau de disfunção ventricular. (Tabela 1, 2 e 3) Tabela 1: Coeficiente de relação do grau de infiltrado inflamatório da BEM com RT da RMC. **Conclusão:** Em pacientes com suspeita de MC FSA os achados na RMC de RT e edema não demonstraram correlação com a presença e grau de inflamação miocárdica ou presença de Mc Viral. Os pcts com Mc não Viral apresentaram maior disfunção ventricular. A BEM é o único método capaz de diagnosticar e quantificar a inflamação e a presença viral em pcts com suspeita diagnóstica de Mc FSA.

Tabela 1 : Coeficiente de relação do grau de infiltrado inflamatório da BEM com RT da RMC.

Infiltrado Inflamatório	Coeficiente de Correlação	IC	p
CD3	$r=0,29$	-0,25-0,65	0,25
CD45R	$r=0,18$	-0,38-0,65	0,45
LAFT1	$r=0,15$	-0,35-0,57	0,5
MAC	$r=0,13$	-0,37-0,57	0,6

Tabela 2: Correlação dos achados da RMC com Miocardite na BEM

	Miocardite Positiva	Miocardite Negativa	p
FEVE	30±12%	31±11%	0,7
RT positivo	67,4%	66,9%	0,9
Edema	12%	13,6%	0,7
Localização do RT:			
Anterior	26%	18,3%	0,2
Septal	41,6%	36,6%	0,5
Inferior	32%	33,8%	0,8
Lateral	35,4%	32,4%	0,6

Tabela 3: Correlação dos achados da RMC com Miocardite Viral na BEM

	Miocardite Viral	Miocardite não Viral	p
FEVE	38±16%	28±10%	0,004
RT positivo	52%	68%	0,1
Edema	36,6%	25%	0,3

5856

Correlação das características clínicas e métodos diagnósticos não-invasivos com a presença de miocardite na biópsia endomiocárdica

MARCELO WESTERLUND MONTERA, ARNALDO RABISCHIOVSKY, AMARINO OLIVEIRA JUNIOR, JULIANA SERAFIM, LUIS ANTONIO CARVALHO e ANDRE VOLSCHAN.

Hospital Procardíaco, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A acurácia das características clínicas (CCI) e dos métodos diagnósticos não invasivos (MDNI) em prever o diagnóstico da miocardite (Mc) variam de acordo com a fase da Mc. A biópsia endomiocárdica (BEM) se mantém como único método com precisão para diagnosticar a Mc. **Objetivo:** Avaliar a associação das CCI e achados dos MDNI com a presença de Mc na BEM. **Delimitação, Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, de único centro, com 226 pcts com suspeita de Mc, que foram submetidos à BEM com análise histológica e imunohistoquímica para diagnóstico de Mc. Foram avaliadas as CCI e os achados dos MDNI: eletrocardiograma (ECG): alteração da repolarização ventricular, BRE; ecocardiograma (ECO): alteração segmentar da parede (ASP); Ressonância Magnética Cardíaca (RMC): FEVE; presença de realce tardio com gadolínio (RT) e edema Miocárdico. Foram realizadas comparação com análise univariada com teste de T para amostras independentes e qui-quadrado, para identificação das variáveis associadas a Mc positiva. Valores considerados significativos com $p < 0,05$. **Resultados:** Foram diagnosticados 134 pcts Mc positiva (60%) e 92 pcts Mc negativa(40%) pela BEM. Não foram observados correlação significativa entre as características clínicas, início do quadro clínico e os achados dos MDNI com a presença ou ausência de Mc pela BEM. (Tabela 1 e 2). **Conclusão:** Em pacientes com suspeita de MC a avaliação clínica, início do quadro clínico e os MDNI, não demonstraram correlação com o diagnóstico de MC pela BEM. A BEM demonstrou ser o único método capaz de diagnosticar com certeza a Mc em pcts com suspeita clínica de Mc.

Correlação das características clínicas e MDNI com presença de Mc na BEM

	Miocardite Positiva	Miocardite Negativa	p
Sexo masculino	54,8%	56%	0,2
Idade(anos)	46±18	47±17	0,7
História de infecção	29,5%	19%	0,09
Quadro clínico:			
Insuficiência cardíaca	78%	67%	0,1
Dor precordial	15,6%	10,7%	0,7
Palpitações	19%	14,3%	0,4
Início do quadro clínico			
1 mês	19%	10,7%	0,1
meses	49%	56%	0,3
> 6 meses	32%	33%	0,8
ECG alterações:			
BRE	32%	45%	0,05
Alt. repolarização	27%	21%	0,3
ECO: Alter. segmentar	9,3%	12,8%	0,47

Tabela 2 : Correlação da RMC com presença de Mc na BEM

	Miocardite Positiva	Miocardite Negativa	p
FEVE	30±12	31±11	
RT positivo	67,4%	66,9%	0,9
Edema	12%	13,6%	0,7
Localização do RT:			
Anterior	26%	18,3%	0,2
Septal	41,6%	36,6%	0,5
Inferior	32%	33,8%	0,8
Lateral	35,4%	32,4%	0,6

5872

Uso intermitente de levosimendana em paciente com insuficiência cardíaca descompensada: relato de caso

THAYNARA BIANCA CORDEIRO LOPES, MARCELO DREY GONCALVES, XIMENA ALEJANDRA NAVARRO LACERDA, PAULO VICTOR MEDINA RODRIGUES, JEMIMA SANTANNA, GUILHERME ALVES ROCHA, ALEX JUNIOR ARAUJO, VICENTE REZENDE SILVA e CAIO RIBEIRO ALVES ANDADRE.

Socor, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamento: O levosimendana é um agente inotrópico sensibilizador de cálcio e vasodilatador utilizado no tratamento de insuficiência cardíaca (IC) descompensada, especialmente em pacientes com fração de ejeção (FE) reduzida. Tem como benefício melhorar a contratilidade cardíaca sem aumentar significativamente o consumo de oxigênio no miocárdio. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 71 anos, com histórico de IC com FE reduzida (23%) de etiologia isquêmica, classe funcional III-IV (NYHA). Apresentando internações frequentes devido a sintomas de baixo débito com necessidade do uso de inotrópico. Após várias internações frequentes por descompensação da IC, foi iniciada a estratégia de infusões intermitentes de levosimendana (0,1mcg/kg/min por 24 horas a cada 4 semanas), associada ao tratamento clínico otimizado. Após introdução do protocolo houve uma redução significativa no número de reinternações por IC, houve melhora dos sintomas com progressão para classe funcional II (NYHA), houve a preservação da função renal e estabilidade hemodinâmica e principalmente uma melhora da qualidade de vida relatada pelo paciente.

Conclusão: O uso intermitente de levosimendana pode ser uma estratégia eficaz para reduzir hospitalizações em paciente com IC avançada, principalmente naqueles que não são candidatos a transplante cardíaco. Essa medicação possui efeito inotrópico e vasodilatador prolongado que pode contribuir para estabilizar pacientes em nível ambulatorial sem aumentar os riscos de arritmias ou outros efeitos adversos. Nesse caso o uso intermitente de levosimendana demonstrou-se eficaz na redução de reinternações e melhora na qualidade de vida do paciente.

5885

Heartmate III como terapia de destino em paciente com miocardiopatia hipertrófica e contra-indicação para transplante cardíaco: reversão completa e com sucesso de situação dramática de sangramento intracraniano e impossibilidade de anticoagulação APO

BÁRBARA REIS TAMBURIM, TALITA FRANCO SILVEIRA, SIOMARA TAVARES FERNANDES YAMAGUTI, CAMILLA VILELA VIEIRA, THIAGO MARQUES MENDES, BRUNO BISELLI e ALEXANDRE MATOS SOEIRO.

Hospital do Coração, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: O transplante cardíaco (TC) é considerado o tratamento-padrão em pacientes com IC avançada e refratária, entretanto é um procedimento limitado pelo número de doadores disponíveis e possíveis contra-indicações que o inviabilizam. **Relato de caso:** Paciente feminina, 49 anos, diagnóstico de miocardiopatia hipertrófica com início dos sintomas há 26 anos. Referia também antecedente de FA paroxística, DLP, anemia ferropriva por hipermenorrea, tireoidopatia com amiodarona e implante de RSC/CDI implantável. Evoluiu com piora da CF tendo apresentado 3 internações por IC descompensada no último ano sendo readmitida em devido progressão da doença com FEVE 28% pelo ECOTT e com necessidade de uso de inotrópico endovenoso. Foi iniciada avaliação para TC, no entanto, exame de reatividade contrapainel (PRA) apresentou resultado de 90,65% contraindicando o TC por hipersensibilização imunológica. Foi optado por implante de DAV heartmate III que ocorreu com CEC 106min, sem outras intercorrências. Após 4 dias apresentou piora neurológica, com sonolência, agitação e desvio de olhar, não atendendo comandos (Glasgow <8). Tomo de crânio mostrou com hemorragia de fossa posterior e hidrocefalia aguda, compressão e herniação cerebelar, encaminhada no mesmo dia para CC para drenagem de fossa posterior com pupilas médio fixas. Evoluiu com pupilas mióticas e não fotorreagentes, permaneceu com com hidrocefalia evoluindo com sinais de piora de HIC. Após 15 dias iniciou despertar agitado e cerca de 20 dias depois com abertura ocular espontânea e busca de olhar o examinador. Durante todo o período permaneceu sem heparinização, retornando profilaxia química profilática somente após 30 dias da cirurgia. Varfarina foi introduzida somente 37 após o sangramento. Paciente evoluiu alerta, contactante, hemodinâmica compensada. Recebeu alta da UTI após 2 meses e meio e alta hospitalar 5 meses após o evento, consciente e orientada, homecare para reabilitação motora, discreta alteração em fala e diminuição da força motora no lado direito grau IV. **Conclusão:** Nota-se aumento progressivo nos últimos anos do número de implantes de DAV em pacientes menos graves e como terapia de destino para aqueles não candidatos a TC. O paciente descrito foi considerado candidato a implante de DAV como terapia de destino devido a hipersensibilização imunológica. Apresentou evento hemorrágico intracraniano 5 dias após implante de DAV, permanecendo 37 dias sem ACO e sem repercussão no funcionamento da DAV. Tal evento é considerado catastrófico tanto pelo prognóstico neurológico quanto pela possibilidade de coagulação do sistema do DAV. No entanto, esse caso mostra a possibilidade reversão de situações consideradas quase irreversíveis desde que manejadas em centro terciário e com equipe multidisciplinar e de multiespecialidades precocemente.

5903

Diagnóstico genético de Fabry e surgimento de gradiente intraventricular em ecocardiograma com estresse: um relato de caso

PEDRO LUCAS DE OLIVEIRA TORRES, DANIELE SCHIAVI, YURI COELHO BARBOSA, FELIPE DE OLIVEIRA XAVIER, ANDRE FELIPE CAVALCANTI FONSECA, GLAUBER MELO DE ARAÚJO, ANDREA BEZERRA DE MELO DA SILVEIRA LORDSLEEM, SANDRO GONÇALVES DE LIMA e DIEGO RAFAEL FREITAS BERENGUER.

UFPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A doença de Fabry (DF) é a mais prevalente entre as doenças de armazenamento lisossomal hereditárias, resultante da deficiência da enzima alfa-galactosidase A, promovendo o acúmulo progressivo de globotriaosilceramida em múltiplos tecidos. O acometimento cardíaco é expressivo, frequentemente evoluindo para cardiomiopatia hipertrófica, com ou sem obstrução do trato de saída do ventrículo esquerdo (VE). Entretanto, a presença de gradiente intraventricular (GI) significativo em pacientes com DF sem obstrução evidente ao ecocardiograma transtorácico (ETT) é um achado pouco descrito na literatura. Trazemos um caso singular de um paciente com diagnóstico genético confirmado de DF, na qual um GI expressivo foi identificado durante ecocardiografia sob estresse. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 38 anos, compareceu ao ambulatório com febre intermitente matinal e noturna, acompanhada de perda de peso não quantificada e urina espumosa persistente há cerca de um ano. O exame laboratorial revelou proteinúria subnefrótica (1.296mg/24h). A ETT evidenciou disfunção diastólica do VE de grau I (alteração do relaxamento) e hipertrofia concêntrica significativa do VE, com índice de massa de 206,3g/m² e espessura relativa de 0,67. No ecocardiograma de estresse, observou-se progressão da disfunção diastólica para grau 2, além de hipertrofia concêntrica importante do VE, com índice de massa de 194,8g/m² e espessura relativa de 0,65. Houve aumento significativo do GI durante a infusão de dobutamina. O Strain Global Longitudinal estava reduzido (11%), com padrão inespecífico. Diante da suspeita de cardiomiopatia infiltrativa, foi solicitada ressonância magnética cardíaca (RM), que evidenciou hipertrofia e fibrose miocárdica no segmento anterolateral medial, de padrão não isquêmico, sem sinais de obstrução do trato de saída do VE. O painel genético para miocardiopatias confirmou uma variante patogênica no gene GLA, identificada em hemizigose (chrX:101.398.822 TCAA>T) associada à DF. Este caso destaca uma manifestação fenotípica atípica e de início tardio da DF, evidenciada por proteinúria subnefrótica e hipertrofia do VE. **Conclusão:** O achado de GI ao ecocardiograma de estresse sem obstrução aparente da via de saída do VE identificada no ETT e na RM é incomum, ressaltando a importância da avaliação ecocardiográfica sob estresse e da RM cardíaca para uma caracterização mais precisa da cardiomiopatia na DF. Tal peculiaridade reforça a necessidade de estudos adicionais sobre os mecanismos fisiopatológicos envolvidos nessa rara apresentação.

5904

Amiloidose TTR: relato de caso com heterozigose composta e resposta ao tratamento específico

ÂNDREA VIRGÍNIA FERREIRA CHAVES, EVELINE BARROS CALADO, BRUNO BARROS BORGES DE OLIVEIRA, CARLA MANUELLA CAMPELO GUERRA QUEIROZ CAMPOS, MIRELA DA SILVEIRA ARENAS e ANNA PAULA PARANHOS MIRANDA COVALESK.

Centro Educacional Uninassau, Recife, PE, BRASIL - Hospital Agamenon Magalhães, Recife, PE, BRASIL - Hospital das Clínicas, Recife, PE, BRASIL - Rarus, Centro de Referência em Doenças Raras, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A amiloidose transtiretina (ATTR) é uma doença rara causada pelo depósito de fibrilas amiloides nos tecidos, afetando principalmente o coração e os nervos. A forma hereditária está associada a mutações no gene da transtiretina (TTR). A presença de uma heterozigose composta é rara e desafiadora, principalmente quando há progressão rápida da doença. Este relato descreve o caso de uma paciente com ATTRv e heterozigose composta (Val30Met e Val122Ile) que não respondeu ao tratamento inicial, tendo apresentado uma melhora clínica significativa com a vutrisirana, um silenciador gênico baseado em RNA de interferência. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 58 anos, diagnosticada com ATTRv (duas mutações no gene TTR, Val30MET e Val122Ile) e polineuropatia amiloidótica familiar estágio 2 de início tardio. Foi encaminhada ao nosso serviço para avaliação e acompanhamento. Os sintomas tiveram início dois anos antes da nossa avaliação, com fraqueza muscular progressiva, diarreia, perda ponderal (8Kg), hipotensão postural, diminuição da sensibilidade nos membros inferiores e mãos, além de cardiopatia. Na avaliação cardiológica, o eletrocardiograma revelou baixa voltagem com bloqueio atrioventricular de primeiro grau e o ecocardiograma uma fração de ejeção normal (62%) com disfunção diastólica tipo 2. Na ocasião estava em uso de um estabilizador da transtiretina, mas devido à piora clínica, optamos pela troca para a vutrisirana o que incorreu em melhora clínica considerável já após a segunda dose, tendo recuperado a mobilidade e estabilização da doença. **Conclusão:** Este caso destaca os desafios no manejo da amiloidose ATTR com heterozigose composta, especialmente em pacientes com mutações de início tardio. Este caso corrobora os achados da literatura quanto a melhor resposta ao tratamento com o silenciador gênico, vutrisirana, dos pacientes com a variante Val30Met de início tardio e ressalta a importância do diagnóstico genético preciso e da individualização terapêutica em doenças raras.

5908

Infarto agudo do miocárdio com artérias coronárias não obstrutivas necessitando de transplante cardíaco: uma evolução incomum

BRUNO NOSCHANG BLAAS, BIANCA FERNANDES TÁVORA ARRUDA, BRUNO POMÁRICO DE OLIVEIRA, KALIANA MARIA NASCIMENTO DIAS DE ALMEIDA NASCIMENTO, ROGÉRIO MUYLAERT DE CARVALHO BRITTO, MARINA CARVALHO GIANNINI, KELVYN MELO VITAL, BARBARA PORTO VALENTE e CAROLINA CASADEI DOS SANTOS.

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A prevalência de “Myocardial infarction with non obstructive coronary arteries” (MINOCA) dentre os pacientes que apresentam infarto agudo do miocárdio (IAM) é baixa (cerca de 5%) e, por ser uma doença muito heterogênea e com diferentes causas possíveis, os dados de prognóstico são limitados; mas uma meta-análise de Pasupathy S et al., observou uma mortalidade por todas as causas em 12 meses de 4,7%, comparada a 6,7% em pacientes com IAM com obstrução coronariana. Além disso, o estudo SWEDEHEART observou uma prevalência de IC após MINOCA de 6,4% e este foi um preditor de pior prognóstico. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 52 anos, com histórico de IAM em 2011, na ocasião tendo realizado cateterismo cardíaco o qual constatou ausência de lesões obstrutivas, bem como uma ressonância magnética cardíaca compatível com sequela de IAM prévio e fração de ejeção de 31%. Sendo assim, definido como um caso de MINOCA. Após este episódio, evoluiu com insuficiência cardíaca (IC) e manteve seguimento em nosso serviço. Durante o seguimento foram realizados alguns testes cardiopulmonares, sendo o mais recente em 2022 com VO2 máximo 16,3ml.kg (36% VO2 predito) e restrição moderada de capacidade funcional. Apesar do seguimento frequente num serviço especializado e terapia medicamentosa otimizada, o mesmo apresenta descompensação de IC em perfil C e necessidade de internação em Julho de 2023 e uso de dobutamina (INTERMACS 3). Paciente foi incluído na lista de transplante em Agosto de 2023, sendo realizado em Setembro de 2023. Evoluiu com melhora clínica e recebeu alta hospitalar após duas semanas, em uso de imunossupressão. Na última consulta, em dezembro de 2024, o paciente mantinha-se clinicamente estável e assintomático do ponto de vista cardiovascular. **Conclusão:** Este caso ilustra a evolução de um paciente com IC avançada secundária a MINOCA, com necessidade de transplante cardíaco. Cabe ressaltar a importância de realizar corretamente o diagnóstico de MINOCA, manter o acompanhamento destes pacientes e considerar transplante cardíaco para pacientes que evoluem para IC avançada. Além disso, este caso ilustra que a ausência de obstrução coronariana não significa necessariamente uma evolução favorável do paciente.

5909

O complexo caso de mutação do gene PRKAG2 e suas apresentações clínicas: relato de caso

BIANCA FERNANDES TÁVORA ARRUDA, BRUNO NOSCHANG BLAAS, BRUNO POMÁRICO DE OLIVEIRA, ROGÉRIO MUYLAERT DE CARVALHO BRITTO, MARINA CARVALHO GIANNINI, KALIANA MARIA NASCIMENTO DIAS DE ALMEIDA NASCIMENTO e CAROLINA CASADEI DOS SANTOS.

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A síndrome do PRKAG2 é uma doença genética rara, autossômica dominante e de início precoce, caracterizada por pré-excitação ventricular, arritmias supraventriculares e hipertrofia cardíaca. Frequentemente, associa-se à incompetência cronotrópica e bloqueios cardíacos avançados, levando ao implante precoce de marcapasso. Afeta o gene PRKAG2, que codifica a subunidade regulatória $\gamma 2$ da proteína quinase ativada por AMP, essencial no metabolismo energético celular. Essas mutações, raras, estão associadas à miocardiopatia hipertrófica familiar não sarcomérica com síndrome de Wolff-Parkinson-White. A síndrome pode apresentar variabilidade na expressão da hipertrofia ventricular e das manifestações arrítmicas, variando de casos assintomáticos a morte súbita. Em alguns pacientes, pode evoluir para insuficiência cardíaca ou envolver outros sistemas. **Relato de caso:** Paciente masculino, 17 anos, com diagnóstico de Síndrome de Wolff-Parkinson-White aos 2 meses, após duas paradas cardiopulmonares. Aos 14 anos, foi identificado com cardiomiopatia hipertrófica assimétrica septal obstrutiva, fibrose <15% e função biventricular preservada. Em 2020, ecocardiograma de estresse revelou gradiente máximo de 75mmHg. Em uso de propranolol e espironolactona. Em 2021, Holter evidenciou PR curto, onda delta e pré-excitação. Optou-se por estudo eletrofisiológico com ablação das vias acessórias póstero-septal direita e lateral esquerda. Durante o procedimento, houve fibrilação atrial pré-excitada e fibrilação ventricular, necessitando reanimação e desfibrilação. Devido ao risco arrítmico, implantou-se cardiodesfibrilador (CDI). Painel genético revelou variante de significado incerto no gene PRKAG2. Permaneceu assintomático em 2022, sem terapias de choque pelo CDI, mas com progressão da hipertrofia ventricular esquerda e discreta redução da fração de ejeção (FEVE: 49%). Posteriormente, apresentou piora da dispneia classe funcional 2-3 e internação por flutter atrial, revertido com cardioversão elétrica. Ecocardiograma evidenciou FEVE de 29% e disfunção do ventrículo direito com hipertensão pulmonar. Seguiu-se manejo para insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida com otimização terapêutica otimizada (enalapril, metoprolol, espironolactona, dapagliflozina e furosemida). Em setembro de 2024, diante de baixo débito e dispneia refratária, foi implantado balão intra-aórtico e posteriormente submetido ao transplante cardíaco, evoluindo com estabilidade clínica. Seguiu assintomático, com FEVE de 63% e strain longitudinal de 31%. **Conclusão:** O caso destaca a complexidade da cardiomiopatia associada à mutação PRKAG2 e necessidade de mais estudos sobre as patologias genéticas. O transplante cardíaco, quando bem indicado, segue como terapêutica modificadora do curso natural da doença.

5914

Cardiomiopatia em paciente com miopatia congênita típica, com variante genética do gene ACTA1

ORNELLA PAOLA GAMBARINI, BIANCA FERNANDES TÁVORA ARRUDA, BRUNO NOSCHANG BLAAS, MARINA CARVALHO GIANNINI, BRUNO POMÁRICO DE OLIVEIRA, ROGÉRIO MUYLAERT DE CARVALHO BRITTO, KALIANA MARIA NASCIMENTO DIAS DE ALMEIDA NASCIMENTO, EDUARDO MIKIO SASSAKI e PLÍNIO JOSÉ WHITAKER WOLF.

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: As miopatias congênitas são doenças caracterizadas por anomalias nas fibras musculares, com curso estável ou progressivo, resultando em hipotonia, hipotrofia, fraqueza muscular, deformidades faciais ou ósseas e comprometimento respiratório, como hipoventilação noturna. O acometimento miocárdico é raro, mas pode ocorrer em variantes dos genes MYH7, TTN e, raramente, ACTA1. No gene ACTA1, o acometimento geralmente é como miocardiopatia dilatada. A prevalência é de 1 em 26.000 nascidos vivos. Apresenta-se o caso de um paciente com miopatia congênita, variante genética do gene ACTA1 e comprometimento miocárdico. **Relato de caso:** Paciente masculino, 23 anos, com fenótipo de miopatia desde a infância, apresentando alta estatura, baixo peso, hipotrofia muscular, fácies alongada e dispneia progressiva. Após quadro infeccioso respiratório (pneumonia viral) em julho de 2024, foi internado, diagnosticado com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER), com fração de ejeção (FEVE) de 26%, hipocinesia do ventrículo esquerdo e prolapso mitral com refluxo discreto. Ressonância magnética cardíaca não revelou sinais de fibrose. Iniciado tratamento otimizado para ICFER com metoprolol, enalapril, dapaglifozina e espirolactona, sendo encaminhado para seguimento ambulatorial. Em consulta subsequente, o paciente apresentou melhora sintomática, mas ainda em Classe funcional III. Exame físico revelou hipotrofia muscular, peso de 29,15kg e IMC de 9,51kg/m². Novo ecocardiograma mostrou hipocontratilidade miocárdica difusa, disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (FEVE 38%) e de ventrículo direito, prolapso mitral com refluxo moderado. O paciente também foi diagnosticado com apneia obstrutiva do sono, iniciando tratamento com CPAP. O sequenciamento do exoma revelou variante provavelmente patogênica em heterozigose no gene ACTA1, com variante c.16G>A;p. (Glu6Lys). Conforme avaliado pela equipe de genética, trata-se de uma variante é patogênica que justifica a miopatia e a cardiomiopatia do paciente. Este segue em acompanhamento ambulatorial com tratamento otimizado para ICFER e fisioterapia motora. **Conclusão:** As miopatias congênitas ainda são um complexo de doenças com apresentação clínica muito variável e diagnóstico desafiador, com o acometimento cardíaco infrequente, visto que os pacientes geralmente cursam com alterações secundárias à hipotonia dos músculos esqueléticos. A patologia nemalínica descrita cursou com cardiomiopatia dilatada, sendo o tratamento principalmente de suporte e de cuidado multidisciplinar. Mais estudos são necessários na busca do tratamento específico.

5928

Takotsubo com choque cardiogênico pós-cesariana, uma situação clínica rara

MARCELO WESTERLUND MONTERA, ARNALDO RABISCHOFFSKY, ANA LUIZA SALES, AMARINO OLIVEIRA JUNIOR, JULIANA SERAFIM e CLAUDIO TINOCO MESQUITA.

Hospital Procardíaco, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A síndrome de Takotsubo (Tk) no pó cesariana é raro e pouco descrito na literatura. Pode evoluir para choque cardiogênico (CC), exigindo suporte mecânico circulatório (SMC). Relatamos um caso de Takotsubo pós cesariana com choque cardiogênico (CC), tratado com oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO), resultando em recuperação completa. **Relato de caso:** Mulher 45 anos, submetida a parto cesáreo, e apresentou forte emoção pelo recém nato apresentado insuficiência respiratória. Evoluiu com Flutter atrial com alta resposta ventricular associado com insuficiência respiratória com suporte mecânico ventilatório e CC, necessitando de inotrópicos e vasoconstritores. O ecocardiograma (ECO) demonstrava importante disfunção ventricular esquerda com hipocinesia difusa e acinesia apical e disfunção do ventrículo direito (Figura 1). Evoluiu com de CC refratário, necessitando de SMC e/ECMO. Após 12 dias de ECMO, evoluiu com melhora da função ventricular, explante da ECMO e implante de BIA por 48 horas. Evoluiu com estabilidade hemodinâmica, retirada dos inotrópicos e retirada do suporte mecânico ventilatório com extubação. Em novo Eco, apresentava normalização da função ventricular. A RMC demonstrou função biventricular normal e ausência de realce tardio ou edema miocárdico. A angio-TC de coronárias, com ausência de doença obstrutiva coronariana. A cintilografia miocárdica com MIBG demonstrou anormalidade na inervação adrenérgica cardíaca global e segmentar, predominantemente nos segmentos apical, anterior (apical), septoapical e lateroapical, com padrão cintilográfico de Takotsubo. A pct teve alta após 33 dias de internação (Figura 2). **Conclusão:** Este relato demonstra a importância do diagnóstico precoce de Tk pós cesariana e sua diferenciação de cardiomiopatia periparto. A estratégia precoce de suporte com ECMO no tratamento da Tk com CC, teve impacto na recuperação da função ventricular e melhora clínica materna. A investigação de Tk pela RMC e Cintilografia com MIBG confirmaram a Tk pós-cesariana.

Figura 1 : ECO com balonamento VE

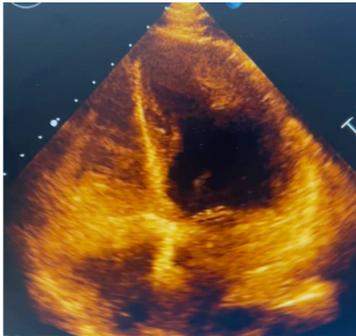
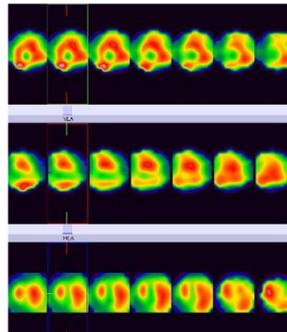


Figura 2 : Cintilografia com MIBG



5929

Entre a infância e a idade adulta: enfrentando a cardiopatia congênita tardia

KAMILI JAMIL ARAUJO SALEM, CAIO VICTOR PEREIRA BARBOZA, VITÓRIA FREIRE DE MENEZES FONSÊCA, KARYNI ARAUJO GUTIERREZ e ANTONIO DIEGO CAMPOS FALCÃO.

Faculdade de Medicina de Olinda, Olinda, PE, BRASIL.

Fundamento: A comunicação interventricular (CIV) é a cardiopatia congênita mais comum, geralmente presente ao nascimento, com uma incidência de 5-50/1.000 nascidos vivos. Define-se por um defeito no septo que separa os ventrículos, formando uma ligação anormal entre as câmaras inferiores do coração. Os sintomas variam conforme o tamanho da falha e incluem taquidispnéia, uso de musculatura acessória, dificuldade para amamentar, infecções respiratórias recorrentes e perda de peso. **Relato de caso:** Mulher, 23 anos, 77kg e 1,65m, procura atendimento cardiológico com dor torácica e dispnéia. Tem histórico de 10 atendimentos na UPA por ansiedade. Relata que, na infância, a mãe a impediu de fazer esforços devido a um problema no coração. ECOTT de 2003 mostrou CIV perimembranosa e alterações. No seguimento, outros exames confirmaram a CIV e estenose pulmonar, com repercussão hemodinâmica e dilatação das câmaras cardíacas. Na adolescência, paciente apresentou palpitações; na fase adulta, crises de ansiedade, taquicardia e perda de peso de 5kg. Em ECOTT de 2022, evidenciou-se uma CIV de 5,5x3,5cm com shunt E-D e aumento da pressão pulmonar. Foi prescrito metoprolol e furosemida, e, sem controle da frequência cardíaca, acrescentou-se Ivabradina. Perda de 32kg e sintomas sugestivos de tuberculose, iniciou-se tratamento empírico, que foi suspenso após diagnóstico de bronquiectasia. Em exames de rotina, evidenciaram-se anemia e leucocitose, sendo tratado com sulfametoxazol-trimetoprima e suplementação de ferro e proteína. A cirurgia foi adiada devido a complicações. Em junho de 2023, novo ECOTT indicou hipertensão pulmonar e aumento biatrial importante, a paciente apresentou melhora no peso e na anemia. A cirurgia ocorreu em 01/05/2024, com boa evolução clínica. No pós-operatório imediato, ECOTT demonstrou hipertrofia leve do ventrículo esquerdo e septo íntegro. Em seguimento, nova avaliação indicou insuficiências mitral e tricúspide leves e disfunção diastólica tipo 1. Evolução clínica: Paciente retorna 2 meses pós-cirurgia, relatando melhora significativa na qualidade de vida, completamente assintomática. Exame físico: EGB, eupneico, acianótico, normocorada, anictérica, com ganho de 20kg. ACV: RCR em 2T BNF com sopro sistólico em foco mitral 3+/6+. AR: MV+ em AHT S/RA. MMII: sem edema. Pulsos: presentes e simétricos nos 4 membros. **Conclusão:** As cardiopatias congênitas representam 40% das malformações, com alta morbimortalidade. A CIV é a mais comum, geralmente corrigida na infância. Cerca de 25% a 75% dos defeitos do septo ventricular fecham sozinhos, nos primeiros 2 anos. O tratamento depende do grau e evolução da lesão. O diagnóstico precoce e a conduta adequada são essenciais para melhorar a qualidade de vida e sintomas em adultos com CIV congênita como evidenciado em casos atípicos com desfechos favoráveis.

5935

Fatores associados a hipocalemia em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: possíveis preditores de pior prognóstico?

PEDRO CASTELLO BRANCO MORAES, PEDRO PIMENTA MELLO SPINETI, BRUNO REZNIK WAJSBROT, MARCELO IMBROINISE BITTENCOURT, ANA LUIZA FERREIRA SALES, FELIPE NEVES ALBUQUERQUE, MARIANA DE BARROS CASTELLANETA, ANA LUIZA DO CARMO DE SOUZA e RICARDO MOURILHE ROCHA.

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: Os distúrbios da homeostase do potássio, denominados discalemias, são comuns em pacientes internados com insuficiência cardíaca descompensada (ICD). Em análise prévia, observamos que a hipocalemia durante a internação esteve correlacionada a óbito hospitalar. **Objetivo:** Avaliar a associação entre variáveis clínicas e demográficas de pacientes internados por ICD e a presença de hipocalemia durante a internação hospitalar. **Delimitação, Materiais e Métodos:** Estudo de coorte retrospectiva realizado em hospital universitário. Foram incluídos pacientes admitidos com ICD entre setembro de 2019 e dezembro de 2022. Os níveis séricos de potássio foram registrados na admissão e ao longo da internação. Dados clínicos, demográficos e laboratoriais foram aferidos conforme registro em prontuário. Hipocalemia foi definida como potássio sérico <3,5mmol/L. Taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) foi calculada pela equação CKD-EPI 2021. As análises estatísticas foram realizadas no software SPSS, adotando-se um nível de significância estatística de 5%. A taxa de dados ausentes foi inferior a 10%. **Resultados:** Foram incluídos 328 pacientes (56,6% homens, idade média 62,9±14,3 anos). Disfunção sistólica esteve presente em 67,7%, com etiologia isquêmica em 31% e valvar em 12,4%. Hipertensão foi observada em 65,8%, diabetes em 33,7%, Fibrilação ou Flutter atrial em 30,6% e doença renal crônica (TFGe<60ml/min) em 21,7%. Hipocalemia foi identificada em 12,2% dos pacientes na admissão e em 31,6% durante a internação. Os seguintes fatores na admissão foram preditores de hipocalemia ao longo da internação: menor pressão arterial sistólica (PAS: 110 vs. 120mmHg, p<0,018), maior nível de sódio sérico (139 vs. 136mmol/L, p<0,013), menor nível de potássio sérico (3,2 vs. 4,4mmol/L, p<0,001), maior ureia sérica na admissão (54,5 vs. 43mg/dL, p<0,014) e maior dose prévia de furosemida (60 vs. 40mg/dia, p<0,029). **Conclusão:** A hipocalemia foi frequente em nossa amostra de pacientes internados por ICD. Este distúrbio apresentou associação com maior dose prévia de furosemida, menor PAS, maiores níveis séricos de sódio e uréia, além hipocalemia no ato da admissão.

5937

Perfil cardiológico de pacientes com amiloidose por transtirretina em um centro de doenças raras no estado de Pernambuco

ÂNDREA VIRGÍNIA FERREIRA CHAVES, ANDRÉ GUSTAVO PONTES MIRANDA, EVELINE BARROS CALADO, MANUEL MARKMAN, MIRELA DA SILVEIRA ARENAS, BRIVALDO MARKMAN FILHO e ANNA PAULA PARANHOS MIRANDA COVALESK.

Centro de Referência em Doenças Raras, Recife, PE, BRASIL - Centro Educacional Uninassau, Recife, PE, BRASIL - Hospital Agamenon Magalhães, Recife, PE, BRASIL - Hospital das Clínicas, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A amiloidose é considerada uma doença rara pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e resulta do depósito de fibrilas amiloides, ocasionando disfunção orgânica. Por ser uma doença sistêmica, pode acometer coração, sistema nervoso, rins, olhos e fígado. O fenótipo cardíaco pode cursar com hipertrofia ventricular, disfunção diastólica, insuficiência cardíaca e arritmias, reduzindo a sobrevida desses pacientes. Pode ser encontrada nas formas AL, por transtirretina (ATTR) ou secundária. As duas formas mais comuns são a AL e a ATTR. Essa última pode se apresentar no tipo selvagem (ATTRwt) ou no hereditário (ATTRh). A ATTRh decorre de uma falha no cromossomo 18, e manifesta-se, no Brasil, por meio de duas principais mutações, a Val50Met e a Val142Ile. A primeira é de origem portuguesa e a segunda afro-americana. A suspeição clínica deve ser feita principalmente por meio de acometimento cardíaco associado a sintomas neurológicos e o diagnóstico estabelecido através de métodos não invasivos. O tratamento é feito com estabilizador da transtirretina, tafamidis, ou com silenciadores gênicos como o patisiran e o vutrisiran. **Objetivo:** Descrever o perfil clínico e epidemiológico de pacientes com ATTR em um centro de Pernambuco. Avaliar a associação entre a mutação Val142Ile e a raça/etnia. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, observacional e descritivo realizado em um centro de doenças raras de Pernambuco. Foram coletados os dados clínicos, laboratoriais e de exames de imagem dos prontuários de 40 pacientes com diagnóstico de ATTR. **Resultados:** A mediana de idade dos pacientes foi 54 anos, 25% dos pacientes são naturais das cidades de Garanhuns e Recife, em proporções iguais. Observou-se um acometimento cardíaco isolado em 25% e cardíaco e neurológico em 50% dos casos. As medianas dos parâmetros ecocardiográficos encontraram-se dentro dos valores de normalidade. Em 38,88% dos pacientes, os eletrocardiogramas apresentaram-se alterados, sendo baixa voltagem (27,77%), bloqueio atrioventricular (BAV) (8,33%) e fibrilação atrial (8,33%) os achados mais prevalentes. A captação média na cintilografia com pirofosfato foi de 1,62 na escala de Perugine. O padrão de hipertrofia septal assimétrica e de realce tardio subendocárdico foram encontrados na ressonância nuclear magnética (RNM) miocárdica. 72,5% dos indivíduos tem a mutação Val142Ile. Não foi encontrada associação entre a mutação Val142Ile e a raça/etnia negra ($p = 0,113$). **Conclusão:** Apesar de não ter apresentado significância estatística neste estudo, a associação entre a mutação Val142Ile e a raça/etnia deve ser melhor estudada em Pernambuco, uma vez que foi demonstrada uma prevalência desta mutação muito acima dos outros centros nacionais.

5943

Análise de pacientes com insuficiência cardíaca melhorada de um ambulatório do sul de Minas Gerais

SASHA BARBOSA COSTA PIMENTA DUARTE, JULIANA MARILIA PEREIRA OLIVEIRA, NATALI MARCILIO RODRIGUES, SOFIA MIRELA SCHREIER RODRIGUES e GUSTAVO ANDRADE GODOI MOREIRA.

Complexo Hospitalar Samuel Libânio, Pouso Alegre, MG, BRASIL.

Fundamento: A IC é uma doença com alta morbidade e mortalidade e possui várias formas de classificação, sendo que a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) é a mais amplamente usada. IC melhorada é aquela na qual a FEVE é inicialmente menor que 40% e que, no curso da doença, aumenta 10 pontos percentuais e torna-se maior do que 40%. A literatura que versa sobre essa condição é escassa e suas recomendações de tratamento contidas na última diretriz brasileira são baseadas em um único trabalho. **Objetivo:** Análise descritiva dos casos de ICM atendidos em um ambulatório de IC no sul de Minas Gerais, através de levantamento de dados de prontuário. Avaliar o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes, com ênfase na evolução da FEVE e tratamentos instituídos, fazendo um paralelo com a literatura atual. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo observacional retrospectivo. Realizadas coletas de dados de 64 pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Ambulatório de IC do Complexo Hospitalar Samuel Libânio, em Pouso Alegre, Minas Gerais, através do prontuário eletrônico presente na instituição (Tasy), no período de janeiro de 2023 a maio de 2024. Critérios de inclusão: Ter realizado pelo menos uma consulta de janeiro de 2023 a maio de 2024; ter realizado duas ou mais consultas no tempo total de seguimento no ambulatório; ter realizado dois ou mais ecocardiogramas desde o diagnóstico de ICFER. Critérios de exclusão: Ter realizado apenas uma consulta no ambulatório; ter realizado apenas um ecocardiograma. Variáveis analisadas: Idade dos pacientes; comorbidades; tempo de seguimento no ambulatório; etiologia da IC; Classe funcional de NYHA; características ecocardiográficas iniciais; características ecocardiográficas do seguimento; exames laboratoriais. **Resultados:** Foram atendidos 65 pacientes no período analisado, e 43 possuíam ICFER no início do seguimento. Destes, 17 foram excluídos e os 26 restantes foram divididos em dois grupos para análise (remodelamento versus não remodelamento reverso). A porcentagem que evoluiu com ICM foi de 30% com um incremento médio de FEVE de 23,7 pontos percentuais. Com relação ao tratamento, a porcentagem de pacientes com doses intermediárias a altas das medicações modificadoras de sobrevida foi maior no grupo com ICM, com 100% de pacientes em uso de 3 das 4 classes. Em nossa amostra 87,5% dos pacientes que remodelaram possuem a etiologia conhecida, contra 65% dos pacientes com etiologia conhecida no grupo que não fez remodelamento. **Conclusão:** O tratamento otimizado está presente em uma porcentagem maior no grupo que fez remodelamento. A mortalidade em nossa amostra foi menor do que a descrita em literatura. A busca da etiologia da IC parece fazer diferença na evolução para ICM e são necessários novos estudos para comprovar essa hipótese.

5945

Re-hospitalização e mortalidade na insuficiência cardíaca aguda: a fração de ejeção importa no período vulnerável?

ANA CAROLINA KRACHINSKI DE ANDRADE GAMA, GUSTAVO SAROT, KAROLINE CORDEIRO VERCKA, MATHEUS BISSA DUARTE FERREIRA, JORGE TADASHI DAIKUBARA NETO, RAPHAEL HENRIQUE DEA CIRINO, FABIO PAPA TANIGUCHI e MIGUEL MORITA FERNANDES-SILVA.

UFPR, Curitiba, PR, BRASIL.

Fundamento: O "período vulnerável" (PV) na insuficiência cardíaca (IC) refere-se aos meses subsequentes a uma internação por IC aguda, quando o risco de reinternação e óbito é elevado. O manejo dessa fase crítica é pouco sistematizado e, embora a fração de ejeção (FE) seja amplamente estudada na IC, poucos estudos focam especificamente em sua influência no PV. **Objetivo:** Comparar re-hospitalização e/ou mortalidade no PV entre pacientes internados por IC aguda com FE $\leq 40\%$ e FE $>40\%$, e identificar preditores independentes desses desfechos. **Delimitação, Materiais e Métodos:** Estudo de coorte prospectivo com pacientes internados por IC aguda em 20 hospitais brasileiros participantes do programa Boas Práticas em Cardiologia, entre 2016 e 2022. Características demográficas, clínicas e de exames complementares foram coletadas na admissão e na alta hospitalar. O desfecho primário de morte e/ou re-hospitalização foi avaliado em até 180 dias pós-alta, e seus preditores foram analisados a partir de regressão de Cox com seleção de variáveis tipo stepwise forward. **Resultados:** Foram incluídos 2858 pacientes (60 \pm 15 anos, 43% mulheres, FE 41 \pm 17%, variando entre 9 e 90%), dos quais 678 apresentaram o desfecho primário, e 257 foram a óbito no seguimento (sendo 78% dos óbitos por causas cardiovasculares). Pacientes com FE $\leq 40\%$ (59% da amostra) apresentaram incidência discretamente maior do desfecho primário nos 180 dias após alta, comparado àqueles com FE $>40\%$ (24 vs 23%, $p=0,036$, Figura 1). Na FE $\leq 40\%$, os preditores de maior risco foram a etiologia chagásica (Hazard Ratio [HR]: 1,59; IC95% 1,15-2,19; $p=0,004$), IC crônica prévia (HR: 1,35; IC95% 1,08-1,70; $p=0,008$), e uso de cardiodesfibrilador implantável (HR: 1,52; IC95% 1,07-2,15; $p=0,017$), enquanto os fatores protetores foram uso de Inibidores do Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (HR: 0,73; IC95% 0,57-0,93; $p=0,011$), pressão arterial sistólica mais alta (HR: 0,99; IC95% 0,98-0,99; $p=0,019$) e aconselhamento sobre vacinação (HR: 0,75; IC95% 0,61-0,92; $p=0,008$). Na FE $>40\%$, os únicos preditores foram sexo feminino (HR: 1,45; IC95% 1,12-1,89; $p=0,005$), índice de comorbidade de Charlson (HR: 1,08; IC95% 1,01-1,16; $p=0,024$) e a creatinina sérica na alta (HR: 1,09; IC95% 1,00-1,19; $p=0,033$). **Conclusão:** Nesta coorte multicêntrica de pacientes com IC aguda, a FE $\leq 40\%$ foi associada a maior risco de re-hospitalização e/ou óbito no PV em comparação a FE $>40\%$. Os preditores de risco diferiram entre os grupos, refletindo mecanismos fisiopatológicos distintos: enquanto na FE $<40\%$ foram mais relacionados à etiologia da IC e ao tratamento, na FE $>40\%$ foram associados ao sexo feminino, à função renal e às comorbidades.

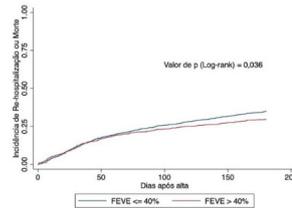


Figura 1. Incidência de re-hospitalização ou morte por todas as causas no período vulnerável de pacientes internados por insuficiência cardíaca aguda, conforme a Fração de Ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE). Fonte: Os autores.

5949

Medicina de precisão no diagnóstico e manejo de cardiomiopatia dilatada: utilizando a genética para indicar transplante cardíaco em paciente pouco sintomático

BEATRIZ LIMA CORRÊA DE ARAÚJO, CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO, ESTHEFANY DIAS BARBOSA, CICERO ROBERTO PINHEIRO GRANGEIRO JUNIOR, MARIA JULIANA DE ARRUDA QUEIROGA, THAYNA DE ALMEIDA BATISTA, GABRIELA BRITO BEZERRA, LUIZ HEITOR DE MIRANDA MENEZES e IANE DA ROCHA TEMPORAL.

PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: Cardiomiopatia dilatada (CMD) é definida como a dilatação do ventrículo esquerdo (VE) não atribuída a condições obstrutivas ou à doença arterial coronariana. É a principal causa de insuficiência cardíaca (IC) nos jovens e a predisposição genética está presente em mais de 50% dos pacientes. O regulador molecular de chaperonas 3 (BAG3) é um gene responsável por codificar uma proteína envolvida em diversas funções intracelulares cardíacas. CMD causada pela mutação do BAG3 caracteriza-se por pior prognóstico em homens, com baixa resposta ao tratamento clínico quando comparada a outras causas genéticas. **Relato de caso:** Homem, 47 anos, com história de dispneia aos moderados esforços, ortopneia, dispneia paroxística noturna e edema de membros inferiores há um mês. Negava comorbidades, tabagismo, etilismo ou uso de drogas ilícitas. Não fazia uso de medicações. Tinha parentes de primeiro grau com diagnóstico de IC e alguns com morte súbita inexplicada. Ao exame físico apresentava sinais de hipervolemia sistêmica e pulmonar. Eletrocardiograma evidenciou ritmo sinusal regular com bloqueio de ramo esquerdo. Exames laboratoriais iniciais foram normais e radiografia de tórax demonstrou cardiomegalia com sinais de congestão pulmonar. Ecocardiograma transtorácico revelou disfunção ventricular esquerda severa, dilatação do VE (diâmetro diastólico final 86 milímetros e diâmetro sistólico final de 76 milímetros), hipocinesia global e fração de ejeção de 16%. Tratamento medicamentoso com sacubitril-valsartana, empagliflozina, succinato de metoprolol e furosemida foi iniciado. A investigação etiológica foi negativa para doença tireoidiana, doença de Chagas, hepatite, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e doenças autoimunes. Ressonância magnética cardíaca demonstrou padrão compatível com fibrose do VE em parede septal (mesocárdio linear) e apical da parede lateral. Teste genético revelou mutação truncada no gene BAG3 codificando a proteína p.Arg123Ter. Mesmo após otimização terapêutica, o paciente evoluiu com internações frequentes por descompensação clínica, retornando para classe funcional I. Ecocardiogramas seriados demonstraram fração de ejeção persistentemente reduzida. O transplante cardíaco foi indicado devido ao mau prognóstico da doença. **Conclusão:** A genética tem um papel importante na investigação e no manejo das cardiomiopatias. Em pacientes com sintomas leves a moderados, ela pode ser crucial na tomada de decisão acerca de transplante cardíaco, ao prover informação sobre prognóstico e predição de risco de eventos cardíacos adversos, possibilitando melhores desfechos clínicos.

5951

Health economic analysis of telemonitoring care for heart failure: the message-HF trial

MARIANA GUIMARÃES BLACHER, LUIS EDUARDO ROHDE, FELIX RAMIRES, AMANDA CARVALHO, ALEXANDRE CAVALCANTI, DANIELLE PEREIRA, ANA PAULA ETGES e CARISI ANNE POLANCZYK.

Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Background: Heart failure (HF) is recognized as a leading cause of morbidity and mortality worldwide, imposing substantial socioeconomic burden due to the use of extensive healthcare resources. Given this scenario, telemedicine, notably home telemonitoring, emerges as a promising approach to improve HF management and reduce associated costs. **Objective:** To evaluate the cost of a short-message service (SMS) monitoring program in heart failure (HF) patients after discharge from HF decompensation admission in Brazil, and to describe the annual costs of patients with HF after hospitalization under the Brazilian Public Health System perspective. **Methods:** This is a nested-study on the "MESSAGE-HF" clinical trial in Brazil, which evaluated the feasibility and effectiveness of a SMS text message-based telemonitoring program following hospital discharge for decompensated HF. Direct hospital costs were evaluated at a microcosting level, with the cost information stratified in medication consumption, medical visits, exams, and hospitalizations, allowing for a comparison of differences in cost composition between the intervention and control groups over 6 months. A final analysis evaluated the overall study sample, encompassing the estimated costs of HF patients in Brazil. The results were described and statistically analyzed using the non-parametric Mann-Whitney-Wilcoxon test. The analyses were conducted using RStudio© software. **Results:** The cost per patient under the SMS program was R\$ 5,717 (Int\$ 2,215), while in the control group was R\$ 5,571 (Int\$ 2,159), during the 180 trial period. Patients under the SMS program registered higher costs in most categories, except for hospitalization costs, which were lower compared to the control group, suggesting that the telemonitoring program tended to reduce hospitalization-related costs. The cost per HF patient was estimated at R\$ 5,644 (SD R\$ 12,676) (Int\$ 2,187.59) per 180 days, or approximately R\$11,290 (Int\$ 4,375.96) per year. **Conclusion:** The MESSAGE-HF cost analysis obtained contemporary and relevant information on the costs of HF patients in Brazil and demonstrated that there are no significant cost differences in patients under a SMS program or not. These data can be a solid foundation for defining public policies considering telemedicine support.

5952

Doença vascular do enxerto precoce em paciente transplantada cardíaca

YASMIN FAGUNDES MAGALHÃES, ADEGIL HENRIQUE MIGUEL DA SILVA, EMANUELLA CHAVES DE MOURA, ANA CAROLINA LOBATO MAYA, ARIELLY CARVALHO ROSA, PAULO D'ARCADIA DE BRITO NETO, ANNA BEATRIZ SALLES RAMOS, JOÃO LUCAS MORAES DO NASCIMENTO e NATALIA YURIÉ IWAMOTO.

Instituto de Cardiologia e Transplantes do Distrito Federal, Brasília, DF, BRASIL.

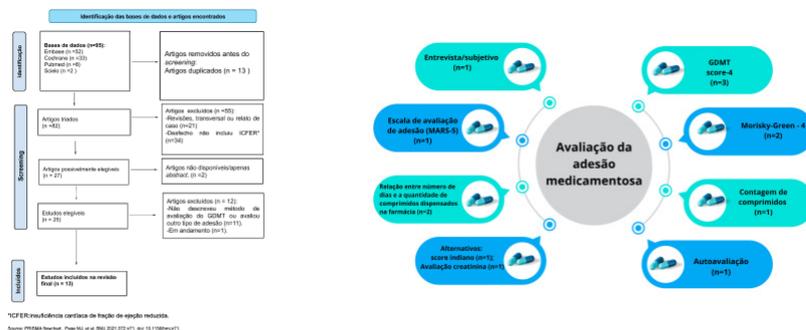
Fundamento: A doença vascular do enxerto (DVE) é uma complicação grave e progressiva do transplante cardíaco, sendo uma das principais causas de falência do enxerto. Sua forma precoce, dentro do primeiro ano pós-transplante, está associada a pior prognóstico e representa um grande desafio diagnóstico. O reconhecimento e a intervenção precoce são fundamentais para otimizar a sobrevida dos pacientes. **Relato de caso:** Paciente 50 anos, sexo feminino, portadora de hipertensão, diabetes, obesidade, dislipidemia, com histórico de miocardiopatia dilatada de etiologia à esclerose, evoluindo com insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida. Submetida a transplante cardíaco em 2022 no ICTDF, com boa evolução inicial, sob imunossupressão com tacrolimus, micofenolato e prednisona. Em novembro de 2023 realizou cateterismo cardíaco, para investigação de doença vascular do enxerto, sem evidências de lesões obstrutivas coronarianas, mantendo seguimento ambulatorial. Em janeiro de 2025, paciente apresentou dor torácica do tipo aperto, com irradiação para MSE, tanto ao esforço quanto em repouso, sendo realizado novo cateterismo para investigação que evidenciou doença coronária grave multarterial, com lesão de 95 % em terço distal de tronco coronariano, descendente anterior ocluída no óstio, primeiro ramo marginal com ateromatose difusa e lesão de 80 % óstio proximal e 60 % em terço médio, diagonais com ateromatose difusa e lesão de 70 % no óstio. Presença de circulação colateral intercoronária para DA de grau acentuado. Diante do quadro, foi realizada discussão com Heart team, sendo indicada cirurgia de revascularização miocárdica, com enxerto da mamária para descendente anterior e safena marginal. A ponte radial-marginalis não foi possível devido à fragilidade do vaso. Após o procedimento, paciente segue acompanhamento ambulatorial multidisciplinar, com tratamento clínico otimizado e realização de exames complementares periódicos. **Conclusão:** A DVE resulta de mecanismos imunomediados e fatores de risco tradicionais, levando a aterosclerose difusa e disfunção endotelial. A maioria dos pacientes são assintomáticos e alguns podem cursar mais tardiamente com angina, insuficiência cardíaca ou arritmias. O manejo envolve controle rigoroso dos fatores de risco cardiovasculares, ajuste da imunossupressão e uso de estatinas. Em casos graves, pode ser necessária intervenção cirúrgica ou percutânea ou re-transplante em casos ainda mais avançados. Conclusão: A DVE precoce continua sendo um desafio clínico relevante. O diagnóstico precoce e intervenções terapêuticas adequadas são essenciais para melhorar a sobrevida dos pacientes transplantados.

Avaliação da adesão medicamentosa na insuficiência cardíaca: estamos utilizando a estratégia correta?

KALIANA MARIA NASCIMENTO DIAS DE ALMEIDA NASCIMENTO, BIANCA FERNANDES TÁVORA ARRUDA, ROGÉRIO MUYLAERT DE CARVALHO BRITTO, CAMILA MOTA GUIDA, KELVIN HENRIQUE VILALVA, MARINA CARVALHO GIANNINI, BRUNO NOSCHANG BLAAS, BRUNO POMÁRICO DE OLIVEIRA e CAROLINA CASADEI DOS SANTOS.

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca tem uma prevalência estimada de 64 milhões de pessoas globalmente, e a adesão medicamentosa (AM) tem sido alvo de crescente atenção no mundo. Apesar dos benefícios terapêuticos dos fármacos orientados pelas principais diretrizes, cerca de 50% dos pacientes não aderem adequadamente aos medicamentos conforme prescrito. Tal problemática implica no aumento dos desfechos desfavoráveis, como reinternações e mortalidade. **Objetivo:** Avaliar a metodologia utilizada para a AM com base no tratamento médico guiado por diretrizes (guideline-direct medical treatment-GDMT) para o tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER), que inclui betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueadores do receptor tipo 1 da angiotensina II, inibidores do receptor de angiotensina-neprilissina, antagonistas dos receptores mineralocorticoides e inibidores do cotransportador sódio-glicose 2 (ISGLT2). **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura que utilizou como bases de busca Embase, Cochrane, Pubmed e Scielo. Foram incluídos artigos originais sobre ICFER, de 2021 a 2025, levando-se em consideração a inclusão do ISGLT2 nas diretrizes. Foram excluídos estudos não disponíveis na língua inglesa, revisões, relato de caso, e transversais. **Resultados:** Foram encontrados 95 artigos, sendo 13 avaliados ao final da revisão (figura 1). As principais estratégias utilizadas para avaliação da adesão medicamentosa ao GDMT foram "GDMT score-4", "Escala de Morisky-green", contagem de comprimidos, entre outros (figura 2). **Conclusão:** Apesar do expressivo número de artigos sobre GDMT na insuficiência cardíaca, a avaliação da adesão medicamentosa é insuficiente e heterogênea. Reitera-se a importância de valorizar tal avaliação, a fim de compreender e aprimorar a terapêutica medicamentosa e alcançar os desfechos relevantes descritos nos estudos. **Palavras-chave:** Guideline-direct medical therapy; guideline adherence; compliance; medication; drug compliance; adherence medication; drug adherence; systolic heart failure; heart failure; reduced ejection fraction.



Desafios no manejo de pacientes com dispositivo de assistência ventricular esquerda de longa permanência em terapia ambulatorial de substituição renal

FERNANDA LOUREGA CHIEZZA, LAURA CAROLINE TAVARES HASTENTEUFEL, CASSIANE NUNES DA SILVA, GUILHERME CLEMONI MONTEIRO, LETICIA ORLANDIN, NADINE OLIVEIRA CLAUSELL e LIVIA ADAMS GOLDRACH.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: A lesão renal está entre as principais complicações após o implante de dispositivos de assistência ventricular (DAV) de longa permanência. A terapia de substituição renal (TSR) no paciente com DAV é complexa e ainda representa um desafio para as equipes assistenciais, particularmente no cenário ambulatorial. Descrevemos o caso de paciente com DAV que evoluiu com necessidade de hemodiálise intermitente (HDI). **Relato de caso:** Paciente feminina, 59 anos, negra, com de insuficiência cardíaca (IC) avançada de etiologia não-iscêmica em status INTERMACS 3, insuficiência tricúspide grave e disfunção moderada de ventrículo direito (VD) foi indicada para implante de DAV como terapia de destino por hipersensibilização imunológica e hipertensão pulmonar. Comorbidades incluíam hipotireoidismo, diabetes insulínica dependente e doença renal crônica (TGF 20). Foi realizado o implante de DAV HeartMate 3 com plastia tricúspide e retirada dos cabos de cardiodesfibrilador implantável concomitantes. Apresentou desde o transoperatório disfunção grave de VD com necessidade de suporte com Centrimag oxigenado, o qual se prolongou por 20 dias e subsequente internação prolongada em terapia intensiva por complicações perioperatórias: choque hemorrágico abdominal (punção acidental de baço), hemodiálise contínua temporária por hipervolemia refratária por disfunção de VD persistente e falha da plastia tricúspide com insuficiência grave. Três meses após o implante precisou reiniciar HDI por sobrecarga hídrica refratária para possibilitar alta hospitalar. Foram realizados treinamentos com equipe multidisciplinar do setor de hemodiálise para manejo básico do DAV e emergências. Recebeu então alta com prescrição de HDI 4x/semana em regime ambulatorial, ajuste de peso seco, ultrafiltração e anticoagulação. Durante as sessões de HDI, mantém estabilidade hemodinâmica, sem alarmes no dispositivo, e controle volêmico adequado. A Figura sugere itens a serem integrados ao cuidado do paciente com DAV em TRS ambulatorial para capacitação das equipes e desfechos favoráveis. **Conclusão:** A insuficiência renal crônica é uma potencial complicação da disfunção de VD após implante de DAV, e a hemodiálise pode ser desafiadora e complexa pelo potencial de instabilidade, sangramento e trombose. No entanto, com planejamento e treinamento multidisciplinar adequados, a HDI pode permitir o controle da volemia e desospitalização com segurança.

- 1** **Cuidados com DAV em HDI**
 Conectar DAV ao power module (preferencialmente)
 Monitorização de parâmetros do DAV (flow, power, rotações, energia)
- 2** **Cuidados com pacientes com DAV**
 Avaliação da anticoagulação
 Pesagem padronizada do paciente (com as baterias)
 Avaliação sistemática de volemia (integração de exame físico e ecografia pulmonar)
 Monitorização dos parâmetros clínicos (aferição de PAM e FC)
 Prevenção e identificação de complicações relacionadas ao acesso vascular para HDI
- 3** **Atendimento de intercorrências**
 Alarmes do dispositivo e intercorrências associadas ao DAV
 Intercorrências associada à HDI em pacientes com DAV

DAV, dispositivo de assistência ventricular; FC, frequência cardíaca; HDI, hemodiálise intermitente; PAM, pressão arterial média

5976

Distúrbios de condução irreversíveis pós-transplante cardíaco por acometimento microvascular de doença vascular do enxerto: relatos de casos

ALINE CARBONERA, NATÁLIA CARVALHINHO CARLOS DE SOUZA, DANIELLE LOUVET GUZZELLI, FABIANA GOULART MARCONDES-BRAGA, MÔNICA SAMUEL AVILA, IÁSCARA WOZNIK DE CAMPOS, LUIS FERNANDO BERNAL DA COSTA SEGURO, SANDRIGO MANGINI e FERNANDO BACAL.

Instituto do Coração do HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A doença vascular do enxerto (DVE) é uma das principais causas de mortalidade tardia após transplante cardíaco e pode se apresentar de formas variadas. Relataremos 2 casos raros de pacientes jovens transplantados cardíacos que evoluíram com distúrbios de condução irreversíveis devido a acometimentos microvasculares por DVE. **Relato de caso:** Caso 1: Masculino, 28 anos, transplante cardíaco há 8 anos. Histórico prévio de rejeições humorais e celulares. Bem aderente ao tratamento e exames ambulatoriais sem evidência de DVE. Interna por síncope, sendo diagnosticada nova rejeição humoral. Iniciado tratamento com metilprednisolona, plasmáfereze e imunoglobulina, período no qual evoluiu com bloqueio atrioventricular total (BAVT) e indicado implante de marcapasso. O procedimento foi realizado após conclusão do tratamento e, imediatamente após o posicionamento dos eletrodos, evoluiu com parada cardiorespiratória (PCR) não responsiva às manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP). Toracotomia imediata excluiu complicações do procedimento e exames laboratoriais não sugeriram outros possíveis fatores causais. Paciente evoluiu para óbito. Em avaliação anatomopatológica foi identificado espessamento intimal da artéria nutridora do nó atrioventricular, além de substituição fibrosa focal do nó sinoatrial e comprometimento das artérias coronárias por DVE. Caso 2: Masculino, 32 anos, transplantado cardíaco há 15 anos. Histórico de rejeições humorais, sendo a última há 4 meses. Interna por sinais de congestão, sendo diagnosticada rejeição humoral. Tratamento realizado com metilprednisolona e plasmáfereze. Evoluiu com bloqueio atrioventricular 2:1, 3:1 e BAVT intermitentes, e então realizado implante de marcapasso definitivo após conclusão de tratamento, sem intercorrências intraoperatórias. Imediatamente após, evoluiu com PCR em assistolia, não responsiva às manobras de RCP. Marcapasso operante e sem captura, assim como o dispositivo endovenoso, e ausência de sinais de complicações do procedimento ao ecocardiograma. Paciente evoluiu para óbito. Na avaliação anatomopatológica foi identificado comprometimento difuso das artérias coronárias epicárdicas e intra-cardíacas, com possível comprometimento das artérias nutridoras do sistema de condução cardíaco, além de presença de infarto recente da parede atrial responsável pela disfunção do nó sinoatrial. **Conclusão:** A DVE é uma doença fibroproliferativa de vasos coronários epicárdicos e microvasculatura, comprometendo a perfusão tecidual após transplante cardíaco. Distúrbio de condução irreversível secundário a comprometimento microvascular (especificamente das artérias nutridoras do sistema de condução) como primeira manifestação de DVE é raro. Os dois casos relatados reforçam a importância do comprometimento microvascular na progressão da doença.

5977

Causas de morte de doadores e o impacto do gender mismatch no transplante cardíaco

LORENA ALVES DE SOUZA LEAL DE ARAUJO, LETÍCIA GONÇALVES DA SILVA, JARDEL MOITA DO NASCIMENTO, ANA BEATRIZ BRAGA DIAS, GERMANA PORTO LINHARES DE ALMEIDA, LAURA LEITE DA ESCÓSSIA MARINHO, GLAUBER GEAN DE VASCONCELOS, JUAN ALBERTO COSQUILLO MEJÍA e JEFFERSON LUÍS VIEIRA.

Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade de Fortaleza, UNIFOR, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade Estadual do Ceará, Campus FACISC, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: As causas de morte dos doadores de transplante cardíaco (TC) variam conforme o sexo e podem impactar a alocação dos órgãos. Além disso, a incompatibilidade entre o sexo do doador e do receptor (gender mismatch) tem sido associada a potenciais diferenças na função do enxerto e na sobrevida pós-TC. **Objetivo:** Avaliar as principais causas de morte dos doadores de TC e investigar a influência do gender mismatch nos desfechos clínicos em um centro de alta complexidade. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo de TC realizados entre outubro de 1997 e março de 2023 em um único centro. Foram analisadas as causas de morte dos doadores, a distribuição dos transplantes segundo o sexo e os impactos do gender mismatch na função do enxerto e na sobrevida. **Resultados:** A principal causa de morte foi trauma cranioencefálico em homens (62%) e acidente vascular cerebral em mulheres (56%) (figura 1). A alocação dos órgãos mostrou que corações de doadoras mulheres foram mais frequentemente transplantados para receptores homens, enquanto os órgãos de doadores homens foram predominantemente alocados para receptores do mesmo sexo. Não houve diferença significativa de disfunção primária do enxerto ou sobrevida em 30 dias entre os grupos de acordo com a compatibilidade de sexos ($p = NS$) (figura 2), embora a sobrevida inicial observada nos transplantes de doadoras mulheres para receptores homens tenha sido numericamente menor. Não foram identificadas diferenças significativas na taxa de rejeição ou no desenvolvimento de vasculopatia do enxerto entre transplantes com gender mismatch e aqueles com doadores e receptores do mesmo sexo. **Conclusão:** As causas de morte dos doadores variam de acordo com o sexo, com trauma predominando em homens e AVC em mulheres. A distribuição dos órgãos resultou em maior frequência de gender mismatch nos transplantes com doadoras mulheres. No entanto, essa incompatibilidade não impactou significativamente a função do enxerto, a sobrevida ou a taxa de rejeição. Esses achados reforçam a necessidade de uma abordagem criteriosa na alocação de órgãos, considerando fatores epidemiológicos e clínicos para otimizar os desfechos do transplante cardíaco.

FIGURA 1. Causa de morte do doador de acordo com o gênero

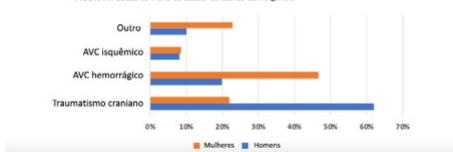
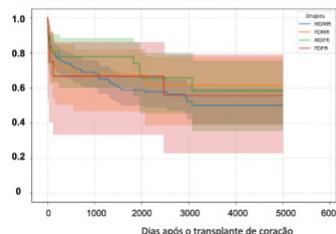


FIGURA 2. Sobrevida após o transplante de acordo com a compatibilidade de sexos



5980

Diferenças entre homens e mulheres no perfil clínico de receptores e doadores de transplante cardíaco em um centro de alta complexidade

LORENA ALVES DE SOUZA LEAL DE ARAUJO, LUMA MARIA TAVARES DE SOUSA, GERMANA PORTO LINHARES DE ALMEIDA, LAURA LEITE DA ESCÓSSIA MARINHO, GLAUBER GEAN DE VASCONCELOS, JUAN ALBERTO COSQUILLO MEJÍA, JOÃO DAVID DE SOUZA NETO, DHAYN CASSI DE ALMEIDA FREITAS e JEFFERSON LUIZ VIEIRA.

Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: A escassez de doadores representa um desafio para o transplante cardíaco (TC). O Brasil possui o maior sistema público de transplantes de órgãos do mundo, com diferenças notáveis entre os sexos tanto em doadores quanto em receptores. **Objetivo:** Avaliar as diferenças entre os sexos feminino e masculino no perfil clínico de receptores e doadores de transplante cardíaco em um centro de alta complexidade. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo de coorte incluindo receptores adultos de TC entre outubro de 1997 e março de 2023 e doadores oferecidos ao mesmo centro entre janeiro de 2013 e março de 2023. **Resultados:** Entre os 426 receptores, 80,7% eram homens, que apresentavam idade média superior às mulheres (48,4±12,0 vs. 44,8±11,1 anos, P = 0,014). Mulheres tinham maior prevalência de hipertensão em comparação aos homens (14,6% vs. 6,7%, P=0,03), enquanto não houve diferenças significativas na taxa de diabetes mellitus (P=0,16) ou doença renal crônica (P=0,99). Os valores médios de creatinina sérica foram maiores em homens do que em mulheres (1,24±0,28 vs. 1,14±0,24 mg/dL, P=0,003). Entre os 185 doadores incluídos, a maioria era do sexo masculino (83,9%). Doadores do sexo feminino eram mais velhos do que os do sexo masculino (34,8±12,8 vs. 28,8±9,4 anos, P=0,003) e apresentavam maior prevalência de hipertensão (20% vs. 4,5%, P=0,008). Não foram observadas diferenças significativas entre os sexos para diabetes (P=0,98), necessidade de suporte vasotativo pré-transplante (P=0,23) ou infecção ativa (P=0,72). **Conclusão:** Homens continuam a ser a maioria entre os receptores e doadores de TC. Mulheres receptoras apresentam maior prevalência de hipertensão e menores níveis de creatinina sérica, enquanto mulheres doadoras são mais velhas e têm maior prevalência de hipertensão do que os doadores do sexo masculino. Esses achados reforçam a necessidade de considerar diferenças entre os sexos no processo de transplante cardíaco.

TABELA. Características Básicas

RECEPTORES			
Característica	Feminino (N = 82)	Masculino (N = 344)	P
Idade (anos)	44,8 ± 11,1	48,4 ± 12,0	0,014
IMC, kg/m ²	23,7 ± 2,9	24,7 ± 7,4	0,23
Doença renal crônica, n (%)	3 (3,6%)	13 (3,8%)	0,99
Creatinina sérica (mg/dL)	1,14 ± 0,24	1,24 ± 0,28	0,003
Diabetes mellitus, n (%)	24 (29,3%)	132 (38,4%)	0,16
Hipertensão, n (%)	12 (14,6%)	23 (6,7%)	0,03
DPOC, n (%)	2 (2,4%)	2 (0,6%)	0,35
SupORTE inotrópico pré, n (%)	24 (29,3%)	123 (35,7%)	0,33
SupORTE mecânico pré, n (%)	4 (7,3%)	21 (6,1%)	0,52
Sensibilização ao HLA, n (%)	12 (14,6%)	37 (10,8%)	0,43
DOADORES			
Característica	Feminino (N = 30)	Masculino (N = 155)	P
Idade (anos)	34,8 ± 12,8	28,8 ± 9,4	0,003
IMC, kg/m ²	26,6 ± 4,0	26,6 ± 5,3	0,97
Hipertensão, n (%)	6 (20,0%)	7 (4,5%)	0,008
Diabetes mellitus, n (%)	1 (3,3%)	2 (1,3%)	0,98
SupORTE inotrópico pré, n (%)	24 (80,0%)	139 (89,7%)	0,23
Infecção ativa, n (%)	15 (50,0%)	86 (55,5%)	0,72

5981

VCAM-1 como biomarcador de alterações fenotípicas cardíacas precoce em pacientes com doença de Fabry portadores da variante GLA P.ARG363HIS

DANIELLI OLIVEIRA DA COSTA LINO, GDAYLLOM CAVALCANTE MENESES, IGOR MOREIRA DE ALMEIDA, ALICE MARIA COSTA MARTINS, CARLOS JOSE MOTA DE LIMA, AMANDA JORGE DE SOUSA VASCONCELOS, SUELLEN BERGAMIN TAVARES, RICARDO PAULO DE SOUSA ROCHA e GERALDO DA SILVA BEZERRA JUNIOR.

Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: A Doença de Fabry (DF) é uma doença rara e hereditária ligada ao cromossomo X, causada pela deficiência da enzima alfa-galactosidase A e consequentemente gera acúmulos celulares e teciduais de glicosíngolipídeos (Gb3/Lyso-Gb3). O fenótipo mais clássico cardíaco é a Hipertrofia Ventricular Esquerda, porém esta é um marcador mais tardio da doença. Biomarcadores são substâncias mensuráveis que indicam algum tipo de processo biológico indicando acometimento patológico, sendo uma das características principais desejáveis a precocidade. A detecção precoce de acometimento cardíaco na DF faz-se necessário frente as possibilidades terapêuticas precoces e redução de morbimortalidade. **Objetivo:** O presente trabalho visa comparar as dosagens de biomarcadores associados à inflamação/disfunção endotelial versus fenótipo cardíaco em um grupo de pacientes com DF diagnosticados após screening em cascata familiar associado a um variante não descrita na população brasileira. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal para avaliação clínica de pacientes portadores de variante GLA e realização de exames de screening cardiológico tais como eletrocardiograma, ecocardiograma e ressonância nuclear magnética cardíaca para avaliação de alterações estruturais e funcionais, além da dosagem de biomarcadores de inflamação e disfunção endotelial - molécula de adesão de célula vascular-1 (VCAM-1), IL-6 e Syndecan-1 (comparado a 30 indivíduos controle). **Resultados:** Quatorze pacientes, sendo 3 (21,4%) do sexo masculino e 11 femininos (78,6%) foram avaliados. Tais pacientes apresentam idade média de 30 anos, com mediana de 6 (3-14) anos de sintomas. Em 71,4% o sistema neurológico foi apontado como primeira sintomatologia, e o cardiovascular em 14,3%. Palpações (50%) foi o sintoma CV mais comum. Apenas um paciente apresentava padrão HVE concêntrica (com septo <12mm). Disfunção diastólica estava presente em 42,9% da amostra. O strain global longitudinal (SGL) estava alterado em 28,6%. Dentre os biomarcadores, o VCAM-1 estava consideravelmente mais elevado em relação ao grupo controle (671.7(490.3-765.1)ng/mL vs. 2.634.2(2.048.7 -3.173.6)ng/mL (p < 0.001) e encontrava-se elevado nos pacientes com remodelamento ventricular (p=0.045) e com possível correlação linear com SGL (Rho =0.526, p=0.053). **Conclusão:** Níveis elevados de VCAM-1 foram encontrados em pacientes com DF em relação ao grupo controle, bem como níveis elevados nos pacientes com remodelamento ventricular e tendência a correlação com SGL em pacientes com padrão fenotípico pré-hipertrofico.

Performance do escore prognóstico MAGGIC em homens e mulheres com insuficiência cardíaca: validação em uma população brasileira

GABRIELA GOMES DE PAULA, HENRIQUE IAHNKE GARBIN, MARIA EDUARDA KAMINSKI, DAYANA DIAS MENDONÇA, GABRIELA CORRÊA SOUZA, LUIS EDUARDO PAIM ROHDE, LUIS BECK DA SILVA NETO e ANDREIA BILOLO.

Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, BRASIL - Programa de Pós-Graduação em Cardiologia e Ciências Cardiovasculares da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, BRASIL - Serviço de Cardiologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: O escore Meta-Analysis Global Group in Chronic Heart Failure (MAGGIC) é uma ferramenta amplamente utilizada para estratificação de risco e predição de mortalidade na insuficiência cardíaca (IC). Porém, seu desempenho na população brasileira e possíveis diferenças em sua capacidade preditiva relacionadas ao sexo ainda não estão bem estabelecidos. **Objetivo:** Validar o escore MAGGIC em pacientes brasileiros com IC e avaliar possíveis diferenças em seu desempenho discriminativo e de calibração entre homens e mulheres. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo de coorte retrospectiva em pacientes ≥ 18 anos em acompanhamento no ambulatório de IC do Hospital de Clínicas de Porto Alegre entre 2008 e 2014. Foi avaliado o desempenho do escore MAGGIC separando os pacientes em 3 grupos de risco: baixo (≤ 20), médio (21-28) e alto (≥ 29). Para cada grupo, foi consultada a mortalidade esperada - conforme escore médio - e comparada com a respectiva mortalidade observada. O desfecho foi mortalidade por todas as causas em seguimento de 3 anos. A acurácia do escore foi analisada com a construção da curva ROC; para análise de sobrevivência foi utilizado o método Kaplan-Meier e testes Log-Rank; a calibração foi analisada pelo teste de Hosmer-Lemeshow. As análises foram realizadas para a coorte geral e para homens e mulheres separadamente. **Resultados:** Foram incluídos 866 pacientes (63,4% homens, idade média 60 ± 13 anos, 76% brancos). Em 3 anos, a mortalidade foi de 33,4%: 36,4% para homens e 27,8% para mulheres ($p = 0,01$); a mortalidade prevista foi de 20,9% (escore MAGGIC médio $18,3 \pm 7$); 22,7% ($19,1 \pm 7$) para homens e 19,1% ($16,8 \pm 7$) para mulheres. A comparação da mortalidade prevista com a mortalidade observada nos 3 grupos de risco pode ser visualizada na Figura 1, para a coorte geral (1A), homens (1B) e mulheres (1C). A mortalidade observada no médio risco foi maior do que a esperada e mais próxima da observada no alto risco [51,1% observada (34,2% esperada) e 55,8% (62,5%), respectivamente]. A curva ROC demonstrou capacidade discriminativa com uma área sob a curva de 0,72 (0,68-0,75), semelhante para homens [0,70 (0,66-0,74)] e mulheres [0,73 (0,67-0,79)]. O teste de Hosmer-Lemeshow sugeriu uma boa calibração tanto para a população geral ($X^2 = 1,1$, $p = 0,99$) quanto para homens ($X^2 = 0,9$, $p = 0,99$) e mulheres ($X^2 = 1,3$, $p = 0,99$). **Conclusão:** O escore MAGGIC apresentou boa discriminação e calibração nesta coorte brasileira, sem diferença significativa entre os sexos. No entanto, sua capacidade discriminativa entre os grupos de moderado e alto risco foi limitada. Esses resultados apoiam sua aplicabilidade em pacientes brasileiros, independente do sexo, porém, uma validação multicêntrica é necessária para confirmar sua aplicabilidade em diferentes regiões do país.



Figura 1. Comparação de Mortalidade (Observada vs. Esperada) na Coorte Geral e por Sexo. 1A. Coorte geral. 1B. Pacientes do sexo masculino. 1C. Pacientes do sexo feminino.

Benefício do diagnóstico precoce do choque cardiogênico no resgate de disfunção orgânica

MATHEUS COSTA SILVA DYONISIO, THAISA RODRIGUES GARCIA, ERIC COSTA ALMEIDA, FERNANDO O RANGEL e MARCELO W MONTERA.

Hospital ProCardíaco, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: O choque cardiogênico (CC) é uma síndrome clínica grave na qual há hipoperfusão tecidual e disfunção orgânica, onde o reconhecimento precoce impacta na estratégia terapêutica e consequente sobrevida do paciente. Este caso clínico demonstra o impacto do diagnóstico precoce do CC na definição da estratégia terapêutica e na evolução do paciente. **Relato de caso:** Paciente de 49 anos, masculino, portador de cardiomiopatia dilatada não isquêmica apresentando dispnéia progressiva há 3 semanas, associado a quadro de náuseas e hipotensão. Foi admitido eupneico, sem ortopneia, FC: 112ppm; FR=22rpm; PA: 105x80; SP02:95%;ACV: RCR, 3T (B3), SS +3/+6 FMAR: MV diminuído nas bases com estertores crepitantes em bases sem edemas de MIS. Ecocardiograma admissional: FEVE =14%, hipocinesia difusa, movimento paradoxal do SIV, IM moderada. Disfunção contrátil do VD. Diurese de 50ml/hora pós-furosemida com urina concentrada e iniciado bisoprolol, losartana e eplerenona. Diagnóstico inicial na emergência de ICAD perfil frio-seco. No segundo dia de internação, mantém quadro clínico, PA=105 x 80mmHg, sendo avaliado por equipe de IC, onde foi realizado US pulmonar que evidenciou importante congestão pulmonar (oito pontos) e lactato arterial: 2,7mg/dl, TGO: 1237; TGP: 946 INR:1,78 BNP 12.400; Cr: 2,2, Mantendo-se oligoanúrico. Foi feito diagnóstico de CC fase C, perfil Frio-Congesto, com disfunção orgânica múltipla. Iniciado Primacor 0,35mcg/Kg/min, furosemida IV e suspensos medicamentos orais. Após introdução de inotrópico, paciente evoluiu com importante melhora clínica, metabólica e resgate das disfunções orgânicas com descalonamento da fase C para B e posteriormente fase A de Choque Cardiogênico. (tabelas 1 e 2). **Conclusão:** Em conclusão, este caso demonstra a importância do diagnóstico do CC em um paciente com IC avançada através dos critérios clínicos, hemodinâmicos e metabólicos que definiram a mudança na estratégia terapêutica com o uso de inotrópico em um paciente aparentemente clinicamente estável, com impacto na melhora clínica e resgate das disfunções orgânicas, destacando a importância de avanços contínuos tanto no diagnóstico quanto na abordagem dessa condição crítica.

Tabela 1 : Evolução Laboratorial

Lab	Pré-Primacor	Pós-Primacor
Creatinina	2,23	0,78
Lactato	2,6	1,01
TGO/TGP	1237 / 946	237 / 178
NT-ProBNP	12.400	759
INR	1,78	1,2

Tabela 2 : Evolução Clínica

Critérios Clínicos	Choque Cardiogênico	Após Primacor
PA	105 x 80 mmHg	120 x 70 mmHg
FC	112bpm	70 bpm
Diurese	Oligúrico	1,5mlkg/h
US pulmonar	Importante congestão	Leve congestão

6003

Prevalência e determinantes clínicos da terapia farmacológica otimizada na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida: análise prospectiva

ANDERSON OLIVEIRA ESTEVAN, ANA LUISA GUEDES FRANCA E SILVA, SALVADOR RASSI FILHO, AGUINALDO FIGUEIREDO FREITAS JR e SALVADOR RASSI.

Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, BRASIL.

Fundamento: O tratamento medicamentoso otimizado (TMO), isto é, betabloqueador, IECA/BRA ou sacubitril/valsartana, espirinolactona e inibidor de SGLT2, combinados na dose-alvo preconizada ou máxima tolerada, demonstrou eficácia em reduzir morbimortalidade na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER). Apesar disso, evidências de mundo real revelam subutilização do TMO. **Objetivo:** Avaliar a prevalência e possíveis associações clínicas que interferiram na utilização do TMO na prática clínica. **Delimitação, Materiais e Métodos:** Análise prospectiva de uma amostra por conveniência de pacientes ambulatoriais adultos com diagnóstico de ICFER atendidos consecutivamente entre 2022 e 2023 em ambulatório de insuficiência cardíaca de um hospital terciário. Fatores clínicos associados ao tratamento foram avaliados por regressão logística binária conduzida em duas etapas: regressão univariada seguida de inclusão de variáveis com $p < 0,20$ no modelo multivariado. Foi construído um modelo para cada variável resposta (uso de TMO e uso de cada classe modificadora de doença), com intervalo de confiança a 95%. **Resultados:** 266 pacientes com ICFER foram analisados (idade média de 61 anos, 62,4% do sexo masculino). 113 (42,5%) eram de etiologia Chagásica. A fração de ejeção média foi 34,2%. Vasodilatadores, betabloqueadores, antagonistas mineralocorticóides e glicozinas foram prescritos em 88%, 95,9%, 85,3% e 27,4%, respectivamente. A prevalência do TMO foi de 7,8% (21 pacientes). Diabetes foi associado a maior probabilidade de uso da TMO ($p=0,034$). DRC, idade >60 anos, pressão arterial <100 mmHg e uso de furosemida foram associados negativamente ao uso de vasodilatadores ($p=0,003$; $0,025$, $0,010$ e $0,046$, respectivamente). DRC foi associada a menor uso de espirinolactona ($p=0,002$). Diabetes ($p=0,002$) e uso de furosemida ($0,005$) foram associadas com maior uso de iSGLT2. Doença de Chagas foi associada com menor probabilidade de receber vasodilatadores ($p=0,015$) e com maior chance de uso de furosemida, amiodarona e digoxina ($p < 0,001$, $<0,001$ e $0,005$). A figura abaixo resume os principais achados. **Conclusão:** Observou-se prevalência relativamente elevada das drogas modificadoras de doença, mas seu uso em doses-alvo ou máximas toleradas (TMO) foi significativamente menor que o esperado. DRC, idade avançada, hipotensão arterial e uso concomitante de furosemida foram associados a menor probabilidade de receber drogas modificadoras do prognóstico na ICFER, enquanto a presença de diabetes foi associada com maior chance de uso do TMO. Os achados refletem desafios reais da prática clínica e destacam a necessidade de vigilância contínua sobre fatores que comprometem a otimização terapêutica na ICFER.



6004

Evolução morfofuncional cardíaca e impacto prognóstico em pacientes com Doença de Chagas

GEORGINA DEL CISNE JADÁN LUZURIAGA, KEVIN RAFAEL DE PAULA MORALES, VICTOR RUEDA, BARBARA MARIA IANNI, DANIELA DO CARMO RASSI FROTA, JULIANO NOVAES CARDOSO, EDIMAR ALCIDES BOCCHI, FABIO FERNANDES e VIVIANE TIEMI HOTTA.

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A diminuição da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) está frequentemente relacionada a desfechos cardiovasculares, porém os preditores de redução da FEVE em pacientes com Doença de Chagas (DC) ainda não estão bem estabelecidos. **Objetivo:** Descrever a evolução morfofuncional cardíaca e os preditores de redução da FEVE ($<50\%$) em pacientes com DC. **Delimitação, Materiais e Métodos:** Estudo observacional retrospectivo de um centro de referência nacional (INCOR-HFMUSP). As análises foram feitas a partir dos dados de prontuário médico do período 2002-2022, a evolução e os preditores associados à FEVE $<50\%$ e, ao mesmo tempo, à fibrilação atrial (FA)/flutter atrial (Fla), taquicardia ventricular não sustentada (TVNS), hospitalizações e óbitos por todas as causas. A evolução e os preditores consideraram variáveis clínicas, laboratoriais, eletrocardiográficas (incluindo monitoramento com holter) e ecocardiográficas. Para analisar a associação entre as variáveis e os desfechos, foram ajustados modelos de regressão logística. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo para todas as análises. **Resultados:** De 4498, foram incluídos 787 pacientes (idade média de $54,3 \pm 11,1$ anos, 55,4% mulheres e 75,7% brancos). Observamos deterioração progressiva da classe funcional, aumento de FA/Fla, TVNS e redução da FEVE. BNP >100 pg/ml foi um preditor independente para redução da FEVE (OR 4,75, IC [2,28, 9,92], $p < 0,001$) e para FA/Fla ($p < 0,05$). FEVE $<50\%$ foi preditor de TVNS ($p < 0,01$). No total, 426 (54,1%) pacientes registraram hospitalização, sendo a FEVE $<50\%$ ($p < 0,001$) e níveis de BNP >100 pg/ml ($p < 0,001$) as variáveis preditivas. Durante o período de acompanhamento (tempo médio de $7,8 \pm 2,8$ anos), houve 107 (13,6%) mortes por todas as causas, e o diâmetro do átrio esquerdo ($p < 0,01$), FEVE $<50\%$ ($p < 0,01$), BNP >100 pg/ml ($p < 0,01$) e bloqueio divisional ântero-superior ($p < 0,05$) foram preditores associados. **Conclusão:** Pacientes com DC evoluem com piora da classe funcional, incremento de arritmia e queda da FEVE. Níveis séricos de BNP >100 pg/ml são preditores associados a FEVE reduzida, aparecimento de FA/Fla/TVNS, hospitalizações e morte por todas as causas em pacientes com DC.

6009

Transplante cardíaco em paciente jovem com miocardiopatia hipertrófica não obstrutiva: relato de caso

FELIPE NOGUEIRA AFFIUNE SILVA, PAULO D'ARCADIA DE BRITO NETO, MARCELO BOTELHO ULHOA JUNIOR e ISABELLA CAROLINE DE FREITAS DOMINGOS.

Instituto de Cardiologia e Transplantes do Distrito Federal, Brasília, DF, BRASIL.

Fundamento: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é a doença cardíaca genética mais comum, caracterizando-se por hipertrofia do ventrículo esquerdo (VE) sem causa aparente, podendo se apresentar de forma obstrutiva ou não obstrutiva. Entre os genes associados, mutações no MYH7 estão entre as principais identificadas, determinando uma expressão fenotípica extremamente variada, desde quadros assintomáticos até formas avançadas de hipertrofia e insuficiência cardíaca (IC). Em pacientes com deterioração progressiva da classe funcional (CF) e baixa capacidade de exercício, o transplante cardíaco torna-se a única alternativa terapêutica viável. **Relato de caso:** Paciente masculino, 19 anos, diagnosticado com CMH não obstrutiva em 2016, portador de mutação no gene MYH7. A ressonância magnética cardíaca (RNM) de 02/09/2020 evidenciou hipertrofia excêntrica assimétrica do VE, com predomínio septal, anterior e inferior mediobasal, espessura máxima de 19 mm e ausência de obstrução da via de saída do VE. Fe 47% Com dilatação discreta do VE (VDF 187mL, VSF 99mL) e índice de massa aumentado (165g/m²). Notou-se extensas áreas de fibrose miocárdica, predominantemente mesocárdica e subendocárdica no septo interventricular mediobasal, segmentos anterior e inferior mediobasais, além da parede lateral médio-apical do VE, sugestivas de CMH avançada. Em 2021, foi implantado CDI para prevenção primária. O ecocardiograma transtorácico de 2023 pontou fração de ejeção de 43%, hipertrofia global assimétrica de grau acentuado e aumento discreto do átrio esquerdo. Em 2024, cateterismo cardíaco direito demonstrou comprometimento grave da reserva funcional, com baixo débito cardíaco em repouso, pressão arterial pulmonar média elevada (41mmHg), resistência vascular pulmonar discretamente aumentada (3,18 UW) e padrão hemodinâmico restritivo - fatores preditores de mau prognóstico na CMH avançada. Seguiu em uso de espironolactona, amiodarona, enalapril e dapagliflozina, porém sem possibilidade de otimização devido à hipotensão sintomática. Diante do quadro de IC refratária, foi listado para transplante cardíaco em maio de 2024, com o procedimento realizado em 13/02/2025, sem intercorrências. Atualmente, encontra-se em imunossupressão com tacrolimus e micofenolato, apresentando melhora funcional precoce para CF II já na segunda semana pós-operatória, com FE de 68%. **Conclusão:** O caso ilustra a progressão clínica da CMH não obstrutiva, destacando sua evolução para IC refratária, mesmo sem comprometimento inicial significativo da FE. O transplante cardíaco permanece a única alternativa terapêutica em casos avançados, proporcionando melhora funcional precoce. O seguimento pós-transplante exige vigilância rigorosa, especialmente quanto ao risco de rejeição e complicação valvar.

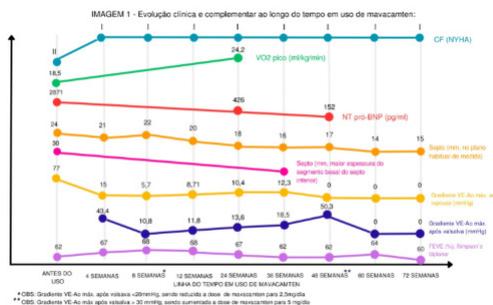
6012

Cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva: 72 semanas com mavacamten

CHRISTOPHER BOAVENTURA DO COUTO FERREIRA, SOFIA MIRELA SCHREIER RODRIGUES, JULIANA MARÍLIA PEREIRA DE OLIVEIRA, LETÍCIA GROSSI BESSA ROCHA GONZAGA, MARIA CLARA COSTA MONTEIRO SILVA e SASHA BARBOSA DA COSTA PIMENTA DUARTE.

AISTRA Clínica, Pouso Alegre, MG, BRASIL - Complexo Hospitalar Samuel Libânio, Pouso Alegre, MG, BRASIL - Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, MG, BRASIL.

Fundamento: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é uma doença caracterizada por espessamento do ventrículo esquerdo (VE), com disfunção diastólica associada a dispnéia, angina e arritmia. A hipercontratilidade do músculo cardíaco é uma alteração fisiopatológica importante e determinante da obstrução da via de saída do VE. O tratamento é indicado para pacientes sintomáticos, com medicamentos e intervenções invasivas. O medicamento mavacamten (inibidor alostérico da miosina cardíaca) vem como uma nova opção terapêutica para os pacientes sintomáticos. A desregulação do relaxamento da miosina e formação excessiva de pontes cruzadas são características da CMH obstrutiva, com maior contratilidade e estresse miocárdico. O tratamento é baseado em uso de BB, verapamil/diltiazem ou opções invasivas para casos refratários (alcoolição do septo ou miectomia). O mavacamten atua diminuindo o número de pontes miosina-actina e contratilidade, sendo atualmente incorporado no tratamento da CMH (classe IIA, nível de evidência A para CMH obstrutiva sintomática em adição ao uso de BB). Houve evidência de melhora significativada CF e de sintomas, além de segurança com o medicamento (estudo EXPLORER-HCM) com boa experiência na prática clínica. **Relato de caso:** Mulher, 57 anos, quadro de angina e dispnéia CF II (ergoespirometria com VO2 pico: 18,5ml/kg/min), com diagnóstico de CHM obstrutiva, gradiente de via de saída do VE (GVSVE) ao repouso de 77mmHg, FEVE de 67% e disfunção diastólica grau II. Ressonância miocárdica com 32mm em septo medial e fibrose de 6.7% do VE. Holter de 24h com arritmia ventricular complexa (TVNS) e NTproBNP: 2.871. Teste genético com presença de variante patogênica em heterozigose no gene MYBPC3. Vinha em uso de betabloqueador (BB) em dose máxima, mantendo sintomas, sendo iniciado mavacamten 5mg 1x/dia. Paciente evoluiu com queda rápida de GVSVE (sem gradiente em repouso e 13,6mmHg após valsalva) e redução de septo após mavacamten, além de melhora de CF e angina, com evolução conforme imagem 1. Realizou implante de CDI profilaxia primária. **Conclusão:** Mavacamten surge como uma nova opção terapêutica para CMH obstrutiva sintomática, atuando não apenas na sintomatologia, mas na doença subjacente, sendo uma droga promissora para pacientes até então elegíveis para tratamentos invasivos.



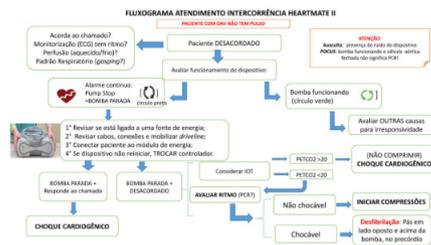
6013

Short-to-shield: desafios no manejo na parada de bomba do dispositivo de assistência ventricular de longa permanência e reconhecimento de parada cardiorrespiratória

FERNANDA LOUREGA CHIEZA, LAURA CAROLINE TAVARES HASTENTEUFEL, BRENDA GONÇALVES DONAY ALVES, CLÁUDIA SEVERGNINI EUGÊNIO, LAURA MARIANA FRAGA MERCALI, MELINA MARIA TROJAHN, SIMONI DE SOUZA FANTIN, LETÍCIA ORLANDIN e LIVIA ADAMS GOLDRACH.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: Complicações mecânicas relacionadas ao uso de dispositivo de assistência ventricular (DAV) de longa duração são um desafio particular no cenário nacional, onde a terapia ainda é emergente. O short-to-shield (STS) é uma falha mecânica relacionada ao condutor de impulsão (driveline) que pode resultar em redução de fluxo e parada da bomba, culminando em choque cardiogênico e parada cardiorrespiratória (PCR). **Relato de caso:** Paciente masculino, 60 anos, em suporte de HeartMate II desde 2018 por insuficiência cardíaca avançada de etiologia isquêmica foi hospitalizado após síncope por pump-stop. Já havia apresentado um episódio de STS assintomático por dano na driveline há 12 meses, quando foi indicado uso de cabo aterrado, mas a falha mecânica progrediu por fratura da driveline. Durante a internação, apresentou novo pump-stop de 6 segundos com síncope e foi transferido para terapia intensiva, onde permaneceu monitorizado. Na ocasião, a troca do dispositivo foi contra-indicada após o diagnóstico de infecção crônica da driveline, sem sinais flogísticos no óstio, identificada durante as avaliações. Visando o reconhecimento assertivo de PCR em episódio de pump-stop e o adequado atendimento do paciente, elaborou-se um fluxograma de atendimento (Figura). Apesar do risco elevado para transplante cardíaco, o paciente foi listado e priorizado por falha mecânica no centro de origem após revisão do caso com centro de referência no país. Durante a internação (cerca de 4 meses), foram observados mais de dez episódios de pump stop de duração variável, com apresentação clínica desde assintomático até choque cardiogênico e parada cardíaca com necessidade de compressões torácicas (4 episódios de PCR com necessidade de reanimação; maior ROSC 7 minutos). O treinamento das equipes e a execução do fluxograma de atendimento durante os episódios de pump stop (Figura) foi fundamental para o sucesso da reanimação. Após internação prolongada, foi transplantado (circulação extracorpórea 220 minutos) com evolução favorável. Apresentou disfunção leve a moderada de enxerto e fibrilação atrial transitórias, além de reintervenção para retirada de remanescentes da driveline, mas recebeu alta e permanece com boa evolução após 4 meses do transplante. **Conclusão:** Instituir um fluxograma de atendimento para favorecer compreensão e comunicação entre os membros da equipe, buscando um plano de cuidado sistematizado e individualizado, contribuiu para o desfecho favorável. Ressalta-se que há escassez de estudos referentes à assistência ao paciente com DAV em situações de emergência e divergências na literatura quanto aos fluxogramas desses pacientes quando inconscientes, de modo que cada instituição de referência deve organizar o atendimento destas situações com suas particularidades.



6014

Papel do screening em cascata na detecção precoce de alterações fenotípicas cardiovasculares em pacientes com cardiomiopatia genética: uma experiência com a doença de Fabry

DANIELLI OLIVEIRA DA COSTA LINO, GDAYLLON CAVALCANTE MENESES, IGOR MOREIRA DE ALMEIDA, SUELLEN BERGAMIN TAVARES, AMANDA JORGE DE SOUSA VASCONCELOS, JEAN CARLOS SOUZA MACHADO DOS SANTOS, LORENA ALVES DE SOUZA LEAL DE ARAUJO, RICARDO PAULO DE SOUSA ROCHA e GERALDO DA SILVA BEZERRA JUNIOR.

Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: A Doença de Fabry (DF) é uma doença rara e hereditária ligada ao cromossomo X, causada pela deficiência da enzima alfa-galactosidase A. Apresenta um perfil clínico e epidemiológico variável, o que promove um alto índice de subdiagnóstico, apesar da necessidade de tratamento precoce por sua alta morbimortalidade, principalmente no âmbito cardiovascular. O diagnóstico precoce permite melhor eficácia nos tratamentos vigentes atuais, porém sua diversidade fenotípica dificulta a detecção precoce baseado nos sintomas. **Objetivo:** Com base nessa perspectiva, essa pesquisa visa investigar uma série de casos de uma família acometida por DF diagnosticados através de screening em cascata avaliando suas características clínicas e fenotípicas cardiovasculares atuais. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo em duas fases: 1 - transversal retrospectivo, com a revisão de prontuários em um centro de referência de Fortaleza, Ceará; 2 - estudo transversal para avaliação clínica dos pacientes e realização de exames de screening cardiológico, eletrocardiograma, ecocardiograma e ressonância nuclear magnética cardíaca para avaliação de alterações estruturais e funcionais, além de coletados exames laboratoriais. **Resultados:** Quatorze pacientes, sendo 3 (21,4%) do sexo masculino e 11 femininos (78,6%) foram avaliados, com mediana de idade de 30,5 anos. A taxa de positividade nas duas gerações familiares testadas (29 familiares) foi em torno de 55%. Tais pacientes possuíam 6 anos de sintomas, sendo idade média dos primeiros sintomas 20 anos. Em 71,4% o sistema neurológico foi apontado como primeira sintomatologia, e o cardiovascular (CV) em 14,3%. Palpitações (50%) foi o sintoma CV mais comum. Apenas um paciente apresentava padrão hipertrófico inicial (porém com septo <12mm). Disfunção diastólica estava presente em 42,9% e 28,6% já possuíam alterações no strain global longitudinal (SGL). Alterações de músculo papilar, hipertrabeculações e anomalias do aparelho mitral foram os achados morfológicos mais comuns à ressonância cardíaca, com apenas 2 pacientes apresentando realce tardio (fibrose) e alterações no MAPA T1. **Conclusão:** O screening em cascata permitiu detectar um número elevado de pacientes em uma mesma família, em idade jovem, com tempo reduzido de doença clínica e com apresentação fenotípica pré-hipertrofica, porém com alterações morfofuncionais que possibilitam efetivar tratamento precoce e redução de possíveis desfechos cardiovasculares maiores.

6016

O desafio no caso de um jovem adulto com fistula coronariana, arritmia, bronquiectasia e disfunção bi-ventricular: o seguimento clínico conservador é uma opção?

VANESSA SIMIONI FARIA, DANIELLE GUAZZELLI, HELENA BERNARDI, SILVIA AYUB FERREIRA, BRUNO BISELLI e EDIMAR BOCCHI.

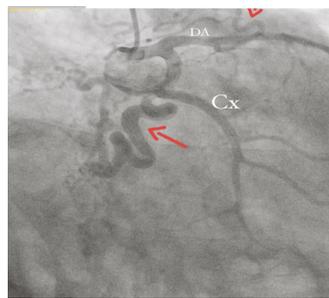
Incor, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A fistula de artéria coronária (FAC) é uma conexão anormal entre uma ou mais artérias coronárias e uma câmara cardíaca ou os principais vasos torácicos. FACs são raras, afetando 0,1-0,2% da população, e geralmente congênitas. As câmaras cardíacas direitas são o local de drenagem habitual, sendo incomuns as fistulas para vasos pulmonares e artérias sistêmicas. Pode haver múltiplas artérias suprimindo um único ponto de drenagem ou ainda múltiplos locais de drenagem. **Relato de caso:** Homem, 39 anos, admitido por palpitações e taquicardia. Refere dois episódios de síncope "desliga-liga", na última semana. Negou dor torácica. Em segunda ocasião, relata síncope em momento de esforço, distinto de primeiro episódio, antecedido por pródromos visuais e ao repouso. É admitido em Emergência, evidenciado taquicardia supraventricular (180bpm), esta revertida espontaneamente para ritmo sinusal. Troponina com curva de 190 para 694 (faixa de referência (FR) 0-34), e BNP 389 (FR <100). Histórico de infecções pulmonares recorrentes na infância, ablação bem sucedida de via acessória posterior esquerda e diagnóstico recente de hipertensão. Submetido à RM cardíaca: Disfunção ventricular direita, fração de ejeção (FE) de 35% e disfunção ventricular esquerda (FE 37%). Realize tardio juncional e subendocárdico em segmento basal inferolateral. Com 13% de extrassístoles ventriculares, submetido a estudo eletrofisiológico, sem indução de arritmia maligna. Tentado ablação de músculo papilar lateral, sem sucesso. Angiotomografia coronariana revelou fistula Arteria circunflexa - Arteria brônquica esquerda, com achados de múltiplas bronquiectasias. Angiografia coronária, encontradas fistula circunflexa-átrio direito e pequena fistula em artéria descendente anterior. A cateterização cardíaca direita mostrou QP/QS de 1,38 e 2,3WU de RVP. Cintilografia de perfusão miocárdica sem isquemia. Em discussão multidisciplinar, shunt considerado não hemodinamicamente significativo por Equipe hemodinâmica, e impossibilidade técnica de fechamento percutâneo. Em acompanhamento, retorno no 1 mês, com melhora na FE com medicações (FE VE 45%), e melhora de arritmias ventriculares, sem síncope. **Conclusão:** É incerta a indicação para fechamento das FACs na literatura. A decisão é dependente de sintomas, tamanho da fistula, características anatômicas e hemodinâmicas. Fistulas de grande calibre podem causar fenômeno de "roubo de fluxo". O tratamento convencional envolve fechamento cirúrgico ou embolização por cateter. Resultados a longo prazo ainda incertos. No caso, as opiniões se dividiam. Optado por terapia conservadora (farmacológica modificadora de doença), com atenção ao seguimento próximo.

Local	Pressões				Saturação O2(%)
	Sistólica	Diastólica1	Diastólica2	Média	
VCS					66,1
VCI					48,2
Átrio Direito				8	
Ventrículo Direito	35	5	8		
Tronco Pulmonar	35	22		33	71,3
Capilar Pulmonar				22	

Comentários

Frequência Cardíaca= 71bpm; Qp:Qs= 1,38; Em uso de CN O2 2L/min; Peso: 111kg; Altura: 1,80m; PA: 130x70 (90) mmHg; SO2 97%; DC por termodiluição 8,6L/min; Qp (fick) 4,8L/min; Qs 3,5L/min; RVP 2,3WU (utilizando DC por Fick)



6022

Jovem com cardiomiopatia hipertrófica médio - ventricular associado a dupla lesão mitro-aórtica de etiologia reumática: relato de caso

MARIA JULIANA ARRUDA QUEIROGA, CÍCERO ROBERTO PINHEIRO GRANGEIRO JUNIOR, THAYNA ALMEIDA BATISTA, GABRIELA BRITO BEZERRA, BEATRIZ LIMA CORREA ARAUJO, ESTHEFANY DIAS BARBOSA, MAGDA SUENNY ROCHA SILVA, ANDREA FREITAS PIMENTEL TOSCANO e CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO.

PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é uma doença cardíaca genética comum global. É um distúrbio genético heterogêneo mais frequentemente causado por mutações sarcoméricas resultando em hipertrofia ventricular esquerda, fibrose, hipercontratibilidade, podendo ser do tipo obstrutiva ou não obstrutiva, além da presença de complacência reduzida. É a condição cardíaca monogênica hereditária mais comum, afetando 0,2% da população. Entretanto, a associação com doença reumática valvar é rara. **Relato de caso:** Paciente feminina, 52 anos, hipertensa, atendida em serviço de emergência em hospital terciário, com quadro de mal estar súbito, associado a palpitação, diaforese e dispneia, evoluindo com dor torácica típica. No exame físico cardiológico apresentava ritmo cardíaco irregular com sopro sistólico em foco aórtico e sopro diastólico em foco mitral. Eletrocardiograma com ritmo de fibrilação atrial de alta resposta, além de troponina elevada, suspeitando-se de síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento do segmento ST, sendo realizado cateterismo cardíaco com artérias coronárias isentas de ateromatose significativa. Durante o internamento, realizado ecocardiograma transtorácico com evidência de cardiomiopatia hipertrófica septal assimétrica, com turbulência na região médio ventricular e na via de saída do VE, apresentando gradiente 23/29mmHg com aumento durante o esforço para 37/59mmHg. Presença de dupla lesão mitral - estenose moderada a importante, com folhetos espessados e folheto anterior com abertura em domo, associado a refluxo discreto - e dupla lesão aórtica - com estenose moderada e insuficiência discreta, ambas com características de acometimento reumático. Ventriculo esquerdo com dimensões reduzidas, associado a hipertrofia de grau importante da região septal médio-basal (septo interventricular 31mm). Paciente segue com melhora dos sintomas após otimização de diuréticos e betabloqueador, em programação de abordagem cirúrgica de troca valvar mitral e aórtica e avaliação de possibilidade de realização de miectomia no intra-operatório. **Conclusão:** A CMH pode apresentar posicionamento anormal do músculo papilar ou das cordas tendíneas, movimento anterior sistólico (SAM) da valva mitral, associada ao tipo obstrutiva, além de formas hipertróficas apicais não obstrutivas. Entretanto, há poucos casos relatados na literatura envolvendo CMH e lesões valvares de etiologia reumática, o que confere preciosismo ao nosso relato.

6029

Dor torácica em paciente com hipertrofia ventricular: isquemia e/ou miocardiopatia hipertrófica?

VICTORIA PIRES PINTO, DEBORA GUIMARAES DE SOUZA ARAUJO, MARCELA DIOGO YOUNG, MÔNICA FELIPPE DE LIMA, MELLANY SOARES BITTENCOURT, RODRIGO ARAUJO BALDESSARINI, GABRIEL CIMADA DA SILVA, LILIAN KAZUKO SHIO e DIANE XAVIER DE ÁVILA.

Faculdade de Medicina de Maricá, Maricá, RJ, BRASIL - Hospital Municipal Conde Modesto Leal, Maricá, RJ, BRASIL.

Fundamento: A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) é uma das principais causas de morbimortalidade cardiovascular, frequentemente associada à aterosclerose grave. No entanto, casos onde a isquemia miocárdica ocorre concomitantemente a uma cardiomiopatia hipertrófica genética representam um desafio diagnóstico e terapêutico. Apresentamos um caso de SCA em paciente hipertenso e diabético com doença arterial coronariana triarterial e hipertrofia septal significativa não investigada previamente. **Relato de caso:** Homem, 58 anos, hipertenso e diabético controlados, possui hipertrofia ventricular documentada previamente, apresentou dor torácica típica e procurou a emergência. Marcadores de necrose miocárdica confirmaram o infarto agudo do miocárdio, com eletrocardiograma sem supra do segmento ST porém com sinais de sobrecarga ventricular esquerda. Exames laboratoriais como hemograma, coagulograma, hepatograma, e função renal dentro da normalidade, com NT-proBNP elevado. O ecocardiograma evidenciou hipertrofia septal (16mm) e disfunção diastólica grau II, função ventricular preservada, sem obstrução do trato de saída do ventrículo esquerdo e sem alteração segmentar. O cateterismo revelou doença arterial coronariana grave: descendente anterior com 90% de obstrução, circunflexa e coronária direita com 70%, além de oclusão da marginal. O paciente foi submetido à revascularização do miocárdio com enxertos da artéria mamária e safena, com sucesso. Paciente realizou o painel genético para hipertrofias, evidenciando a mutação gene MYBPC3, que codifica a proteína C de ligação à miosina, fundamental para a estabilidade sarcomérica. **Conclusão:** Mutação no MYBPC3 está associada à miocardiopatia hipertrófica não obstrutiva, predispondo o paciente a arritmias ventriculares malignas e disfunção diastólica. O diagnóstico tardio deste paciente reforça a necessidade do cuidado e investigação dos pacientes que possuem fenótipo hipertrófico para o seu melhor tratamento e estratégias preventivas de morte súbita. A coexistência da hipertrofia com doença coronariana enfatiza a interação dessas duas condições na gênese da isquemia miocárdica e implica no manejo clínico personalizado do paciente. Este caso destaca a complexidade do diagnóstico diferencial entre isquemia coronariana e disfunção miocárdica primária. O rastreo genético quando sugerido pela história familiar pode antecipar medidas preventivas e otimizar o manejo dos mesmos. O reconhecimento da cardiomiopatia hipertrófica antes do desenvolvimento de complicações graves pode modificar a história natural da doença, prevenindo arritmias fatais e insuficiência cardíaca.

6031

Importância do teste genético para definição de etiologia da hipertrabeculação miocárdica: relato de caso

MARIA JULIANA DE ARRUDA QUEIROGA, CICERO ROBERTO PINHEIRO GRANGEIRO JUNIOR, THAYNA DE ALMEIDA BATISTA, GABRIELA BRITO BEZERRA, BEATRIZ LIMA CORREA DE ARAÚJO, ESTHEFANY DIAS BARBOSA, ANDREA DE FREITAS PIMENTEL TOSCANO, MAGDA SUENNY ROCHA E SILVA e CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO.

PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: Hipertrabeculação do ventrículo esquerdo (VE), previamente conhecida como miocárdio não compactado, é uma anormalidade do miocárdio caracterizada pelo aumento da trabeculação do VE. Seu diagnóstico é realizado através de exames de imagem, sendo o diagnóstico por ecocardiograma o mais comum. A hipertrabeculação do VE possui diversas etiologias, podendo estar presentes em pessoas saudáveis, gestantes, e atletas. Etiologias patológicas incluem diversas condições genéticas, congênitas ou adquiridas. Há descrição de variações genéticas em cerca de um terço dos pacientes com diagnóstico de miocárdio não compactado. **Relato de caso:** Paciente com história de diagnóstico, aos 11 anos, de miocárdio não compactado após mal estar e dispnéia com avaliação em outro serviço, e acompanhamento irregular desde então. Aos 18 anos, sem seguimento cardiológico desde então, evoluiu com dispnéia aos esforços, por vezes em repouso de forma súbita, associada a palpitações. Realizado holter sem alterações. Ecocardiograma transtorácico com evidência de ventrículo esquerdo com dimensões aumentadas, com trabeculações proeminentes na sua ponta, função sistólica reduzida (fração de ejeção 35%) e hipocinesia difusa, além de átrio esquerdo aumentado e ventrículo direito hipertrofiado com função sistólica reduzida. O pai do paciente possuía história de cardiopatia não investigada, não sendo identificado outro fator de risco. Realizado teste genético, evidenciando variante genética, classificada como provavelmente patogênica, de acordo com os critérios do colégio americano de genética médica e genômica - gene TBX20. Realizado introdução de tratamento para insuficiência cardíaca (IC), com melhora clínica. Assim, o mesmo segue em acompanhamento regular com equipe de cardiomiopatia com tratamento otimizado para IC. **Conclusão:** Há grande debate acerca se o miocárdio não compactado, deveria ser considerado uma cardiopatia distinta ou um fenótipo anatômico, não havendo consenso acerca de aumento de risco de IC ou arritmias em associação com este fenótipo. Atualmente, a tendência é a mudança do termo miocárdio não compactado para hipertrabeculação miocárdica, sendo esta encarada como um fenótipo para o qual existem diversas etiologias. No caso descrito, o teste genético foi determinante para a identificação da etiologia responsável pela hipertrabeculação, demonstrando, assim, a importância do teste genético em pacientes com história clínica sugestiva associados a alterações ecocardiográficas para realização do diagnóstico.

6035

Perfil epidemiológico da insuficiência cardíaca: um comparativo entre as cinco macrorregiões do Brasil entre 2019 e 2024

THAINARA VILANI, LARA CARNEIRO IUNES, SARAH PAMELLY PAIVA DE ARAÚJO e JULIA PEREIRA CAVALCANTE MARQUES.

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) como patologia consiste em uma dificuldade do músculo cardíaco em atuar como bomba ejetora de sangue, não atendendo de maneira satisfatória as necessidades tissulares e metabólicas. Possui etiologias diversas a depender de peculiaridades regionais, como isquêmica, chagásica, doença hipertensiva e reumática. A senescência populacional e mudanças socioeconômicas no Brasil podem influenciar no perfil epidemiológico da IC, ratificando a importância de estudá-la a fim de se elaborar medidas adequadas de prevenção e tratamento. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo comparar o perfil epidemiológico das internações por insuficiência cardíaca nas cinco macrorregiões do Brasil entre 2019 e 2024, utilizando dados secundários disponíveis no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Materiais e Métodos:** Analisando os dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) entre 2019 e 2024, observou-se um total de 1.127.821 internações por insuficiência cardíaca no Brasil. **Resultados:** A distribuição racial revelou que a maioria das internações ocorreu entre pessoas autodeclaradas pardas (40,8%) e brancas (38,3%), seguidas por pretas (5,6%), amarelas (1,7%) e indígenas (0,1%), com 13,5% sem identificação de raça. A distribuição por gênero aponta para 539.244 internações em mulheres e 588.577 em homens no período analisado. As internações foram predominantemente concentradas na Região Sudeste, que respondeu por aproximadamente 43% do total, seguida pelo Nordeste e Sul, com cerca de 22% cada. As regiões Centro-Oeste e Norte apresentaram os menores percentuais, com cerca de 7% e 6%, respectivamente. Essa tendência se manteve consistente ao longo dos anos, destacando a influência demográfica e estrutural do Sudeste no acesso e utilização dos serviços de saúde. O número anual de internações por insuficiência cardíaca apresentou uma tendência de crescimento até 2023, com um pico de 205.570 casos, seguido por uma redução em 2024, com 173.442 internações. A Região Sudeste liderou o número de internações em todos os anos analisados, sublinhando a necessidade de estratégias de saúde específicas para essa região. **Conclusão:** A análise do perfil epidemiológico das internações por insuficiência cardíaca no Brasil (2019-2024) revela a complexidade e a heterogeneidade da doença em diferentes contextos regionais e demográficos. Predomínio de internações entre pardos e brancos, concentração no Sudeste e tendência de crescimento seguida de redução anual, destacam a necessidade de estratégias de saúde pública específicas e adaptadas a cada região. Considerar acesso, socioeconomia e senescência é crucial para medidas de prevenção e tratamento mais eficazes e equitativas em todo o país.

6039

Jovem com cardiomiopatia hipertrofica septal assimétrica com acometimento raro de ventrículo direito: relato de caso

MARIA JULIANA DE ARRUDA QUEIROGA, CICERO ROBERTO PINHEIRO GRANGEIRO JUNIOR, THAYNA DE ALMEIDA BATISTA, GABRIELA BRITO BEZERRA, BEATRIZ LIMA CORREA DE ARAÚJO, ESTHEFANY DIAS BARBOSA, ANDREA DE FREITAS PIMENTEL TOSCANO, MAGDA SUENNY ROCHA E SILVA e CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO.

PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: Antigamente considerada uma etiologia rara de cardiomiopatia dilatada, a cardiomiopatia hipertrófica tem sido cada vez mais diagnosticada, especialmente após os avanços ecocardiográficos. O ventrículo esquerdo é classicamente afetado, entretanto a doença também pode atingir ventrículo direito. Seus fenótipos incluem um amplo espectro de perfis clínicos. **Relato de caso:** Paciente masculino, 30 anos, com antecedente de cardiomiopatia hipertrófica (CMH) com diagnóstico em 2015 após quadro de anasarca e dispnéia aos pequenos esforços. Evoluiu em 2022 com quadro de hipervolemia e síncope, sendo identificado bloqueio atrioventricular total, e implantado marcapasso definitivo com cardioversor desfibrilador implantável. Realizado ecocardiograma transtorácico sendo evidenciado ventrículo esquerdo com hipertrofia miocárdica importante com predomínio septal, sem obstrução da via de saída do ventrículo esquerdo, com fração de ejeção 55%, átrio direito aumentado com ventrículo direito hipertrofiado com TAPSE 2,1. Após alta hospitalar, seguiu em acompanhamento ambulatorial com o setor de cardiomiopatias para investigação da CMH. Dentre as possibilidades foi pesquisado hemocromatose, porém cinética de ferro dentro da normalidade e realizado teste genético negativo para Fabry. Realizado painel genético com resultado positivo para MYH7 - cardiomiopatia hipertrófica, dilatada e miopatia esquelética, sendo responsável por herança autossômica dominante com penetração incompleta e expressividade variável. Paciente seguiu em acompanhamento ambulatorial, com boa evolução clínica. **Conclusão:** A CMH é a principal doença que afeta o músculo cardíaco e é determinada por características genéticas, morfológicas, funcionais e clínicas heterogêneas. É uma doença hereditária que afeta 1 em cada 200 a 500 pessoas e sua marca registrada é a hipertrofia ventricular esquerda, embora o ventrículo direito possa ser acometido também. A hipertrofia ventricular direita é um subtipo relativamente raro de CMH, no qual a hipertrofia miocárdica afeta principalmente o ventrículo direito, o que é geralmente ignorado na prática clínica, além que frequentemente é considerada "secundária" às alterações do ventrículo esquerdo. Consequentemente, as características anatômicas, genéticas, clínicas e prognósticas de pacientes e a relevância clínica dessas características não foram bem descritas na literatura. No entanto, é sabido que o ventrículo direito desempenha um papel importante na fisiopatologia cardíaca e é um preditor independente de morte secundária à insuficiência cardíaca. Logo, o acometimento do ventrículo direito é um fenótipo incomum na CMH e é caracterizado por deterioração clínica progressiva e um prognóstico relativamente ruim.

6042

Miocardite de células gigantes: uma revisão sobre os relatos de casos recentes

JULIA PEREIRA CAVALCANTE MARQUES, EDUARDA TORMEM GIOTTO, MARIANNA BIBIANO RONCATO, VÍTOR GUERCHE GRUND, PÂMELLA REGINA ANDRADE PEVIDOR e GIOVANNI POSSAMAI DUTRA.

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A miocardite de células gigantes (GCM) é uma condição inflamatória rara e letal com menos de 300 casos descritos na literatura. Sua baixa incidência e manifestação tardia dificultam a construção de evidências consolidadas sobre diagnóstico, manejo e prognóstico. A GCM manifesta sintomas semelhantes aos de infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca (IC). Seu prognóstico é desfavorável, com altas taxas de mortalidade por IC e taquiarritmia ventricular. No entanto, avanços em técnicas cirúrgicas, métodos de imagem e suporte circulatório mecânico (SCM) têm melhorado os desfechos. **Objetivo:** Analisar relatos de casos publicados nos últimos 5 anos que descrevem pacientes com GCM, sintetizando os métodos diagnósticos, e terapias utilizadas. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Realizou-se uma revisão integrativa e qualitativa na base de dados PubMed, utilizando a palavra-chave "giant cell myocarditis". Selecionou-se 37 artigos de acesso aberto, publicados entre 2018 e 2023, que descreveram o manejo e desfecho clínico. **Resultados:** A GCM afeta predominantemente adultos jovens e de meia-idade, sem predomínio de sexo, mas com forte fator autoimune associado. Observou-se associações da GCM a reações imunológicas após vacinas contra COVID-19. Os sintomas mais comuns incluem IC de rápida progressão, arritmias ventriculares e bloqueios atrioventriculares, frequentemente confundidos com outras condições cardíacas, como infarto do miocárdio. O diagnóstico definitivo depende da biópsia endomiocárdica (BE), que identifica infiltrados inflamatórios com células gigantes multinucleadas e sinais de necrose. Avanços como ressonância magnética cardíaca e tomografia por emissão de pósitrons (PET-TC) auxiliam na detecção de áreas inflamadas e no direcionamento da biópsia, mas ainda têm limitações. O tratamento baseia-se na imunossupressão com corticosteroides e agentes como ciclosporina e micofenolato mofetil, que podem retardar a progressão da doença. Casos graves exigem SCM, como oxigenação por membrana extracorpórea, ou transplante cardíaco, que melhora muito a sobrevida em longo prazo, embora haja risco de recidiva no enxerto. **Conclusão:** Apesar de avanços em diagnóstico e manejo (BE, ressonância magnética cardíaca, PET-CT, SCM) a GCM continua associada a alta mortalidade, sobretudo em casos de diagnóstico tardio. A integração de técnicas diagnósticas, a investigação correta e a otimização do manejo pós-transplante são fundamentais para melhorar os desfechos. Estudos futuros devem focar na identificação de biomarcadores precoces e desenvolvimento de novas terapias imunomoduladoras.

6043

Cardiomiopatia restrita com diagnóstico póstumo: uma entidade esquecida?

REBECA CAVALCANTE SILVA FERREIRA, DÉCIO PEDRO ALVES DE OLIVEIRA, JAELE RIOJA GAMBOA, ÁLVARO MONTEIRO PERAZZO, LÊA MARIA MACRUZ FERREIRA DEMARCHI e FABIANA GOULART MARCONDES-BRAGA.

Instituto do Coração, FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Cardiomiopatia restrita (CR) pode ser decorrente de fatores herdados, adquiridos ou por associação desses fatores. Por sua natureza heterogênea, o diagnóstico pode ser desafiador e surpreendente, como iremos descrever com o relato abaixo. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 39 anos, natural e procedente de Suzano, São Paulo, ex-tabagista, iniciou acompanhamento ambulatorial em outubro/2022, com história de diagnóstico de insuficiência cardíaca, após última gestação, há cerca de um ano. Evoluiu com internamentos recorrentes e após falha em desmame de suporte inotrópico, foi iniciada avaliação para terapia avançada. Durante a investigação da doença de base, foi aventada a hipótese de autoimunidade, visto que paciente apresentava alopecia, lesões de pele e episódios trombóticos recorrentes, com pesquisa de anticorpos negativa e avaliação da reumatologia descartando tal possibilidade. Hematologia não identificou trombofilias, porém orientou anticoagulação perene. Dermatologia e Psiquiatria definiram caráter psicogênico de lesões de pele (autoinduzidas). Laboratório não evidenciava eosinofilia. Eletrocardiograma apresentava ritmo sinusal e ausência de onda R em parede anterior. Ecocardiograma evidenciou aumento biventricular, ventrículo esquerdo com dilatação (64x58mm, Septo e Parede Posterior 9mm), função sistólica reduzida (15%) e achados de Doppler compatíveis com padrão restritivo. Ventrículo direito apresentava hipocinesia moderada e Insuficiência Tricúspide importante. Apresentava ainda imagem hiperecogênica extensa, sésil, em região apical de todas as paredes, compatível com trombo mural. Também realizou Ressonância Magnética Cardíaca com descrição de aumento do T1 nativo miocárdico (1087ms) e de volume extracelular, sugerindo fibrose miocárdica intersticial e ausência de realce tardio miocárdico. Cateterismo direito realizado apontou Índice Cardíaco 2,7 l/min, Resistência Vascular Pulmonar 0,86 UW, Pressão Arterial Pulmonar 43x21mmHg, Pressão Capilar 24mmHg, Pressão Venosa Central 9 mmHg. Em abril/2024, paciente foi submetida a transplante cardíaco. O órgão explantado foi enviado para análise anatomopatológica e estudo foi compatível com o diagnóstico de endomiocardiopatia restrita (EMF). **Conclusão:** A EMF é uma importante causa de cardiomiopatia restrita, caracterizada por espessamento fibroso extenso do subendocárdio e do miocárdio adjacente, com obliteração apical ventricular e progressiva distorção arquitetural. Não há etiologia definida, porém pode estar associada a síndromes hipereosinofílicas, infecções parasitárias ou autoimunidade. Ainda que se apresente com menor frequência nos últimos anos e não associada aos fatores de risco clássicos, tal condição deve ser lembrada em pacientes com sinais de cardiomiopatia restrita, para diagnóstico precoce e abordagem específica.

6045

Importância do teste genético na definição da etiologia da cardiopatia secundária a distrofia muscular de Duchenne

MARIA JULIANA DE ARRUDA QUEIROGA, CICERO ROBERTO PINHEIRO GRANGEIRO JUNIOR, THAYNA DE ALMEIDA BATISTA, GABRIELA BRITO BEZERRA, BEATRIZ LIMA CORREA DE ARAÚJO, ESTHEFANY DIAS BARBOSA, ANDREA DE FREITAS PIMENTEL TOSCANO, MAGDA SUENNY ROCHA E SILVA e CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO.

PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A distrofia muscular de Duchenne é um dos principais fenótipos de distrofinopatias, doença grave e progressiva que atinge células musculares, sendo uma das principais causas de distúrbios neuromusculares em meninos. O envolvimento miocárdico é frequente e não raramente, culmina em insuficiência cardíaca ou morte. Tal envolvimento como sintoma inicial e isolado da patologia é raro. **Relato de caso:** Paciente masculino, 42 anos, sem comorbidades prévias, com história de palpitações, sendo realizado ecocardiograma transtorácico (ECOTT) com evidência de miocardiopatia dilatada com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) 48% em 2014. Foi iniciada investigação de etiologia com evidência de sorologia para HIV e chagas negativas, holter sem alterações, hormônios tireoidianos dentro da normalidade, além de cintilografia miocárdica sem isquemia e cateterismo sem evidência de lesões coronarianas. Foi solicitada ressonância magnética, entretanto, esta não foi realizada. Em 2019, paciente apresentou perda de seguimento, apenas retornando o acompanhamento em 2022, onde foi evidenciado redução de FEVE para 26% associado com piora de classe funcional. Paciente apresentava importante história familiar de cardiopatia, com 3 irmãos do gênero masculino com cardiopatia, tendo dois deles evoluído a óbito. Foi realizada pesquisa genética com evidência de mutação de DMD (distrofinopatia/duchene). Solicitado exames laboratoriais com creatinoquinase (CK) dentro da normalidade. Paciente seguiu em acompanhamento ambulatorial, com melhora clínica com terapia otimizada para insuficiência cardíaca. **Conclusão:** Cardiomiopatia dilatada é uma das principais causas de transplante cardíaco no mundo, sendo seu diagnóstico de grande importância para programação terapêutica e prognóstica. O acometimento miocárdico como sintomatologia inicial, não acompanhado de alteração muscular ou alteração de CK como ocorreu no caso descrito é incomum. Desta forma, é importante ressaltar a importância do teste genético, principalmente em situações em que a etiologia da cardiopatia não está bem definida através dos exames de imagem ou laboratoriais.

6047

Síndrome de platipneia-ortodeoxia em um receptor de transplante cardíaco: hipoxemia secundária a forame oval patente do coração transplantado

GIOVANA PEREIRA BELITARDO, DANIELLE LOUVET GUAZZELLI, ANTONIO ALMEIDA, LORENA ALVES DE SOUZA LEAL DE ARAUJO, NATANIA DUARTE, VANESSA SIMIONI FARIA, MONICA AVILA, FABIANA GOULART MARCONDES MACHADO e FERNANDO BACAL.

Instituto do Coração da USP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: O forame oval patente é uma anomalia cardíaca congênita que acomete aproximadamente 25% da população. Embora frequentemente assintomático, o FOP pode ocasionalmente levar a sequelas clínicas significativas, particularmente quando associado a condições como AVC criptogênico, embolia sistêmica ou hipoxemia refratária. Em pacientes pós-transplante cardíaco, a presença de um FOP pode se manifestar como dispnéia ou hipoxemia inexplicadas devido ao desvio de sangue da direita para a esquerda. Este relato de caso descreve uma apresentação de dispnéia progressiva em uma paciente após o transplante cardíaco, atribuída, no final, a um FOP. **Relato de caso:** Uma paciente do sexo feminino, de 53 anos, com histórico de transplante cardíaco ortotópico aos 31 anos devido a cardiomiopatia isquêmica, apresentou-se ambulatorial com queixas de platipneia persistente e hipoxemia nos últimos seis meses. Aventadas as possibilidades de tromboembolismo pulmonar, disfunção do enxerto e rejeição aguda - todas descartadas. O eco transtorácico revelou uma válvula tricúspide com regurgitação moderada e uma estrutura sugestiva de forame oval patente com desvio da esquerda para a direita - medindo 13x7mm com uma PSAP de 24mmHg. Para descartar doença vascular do enxerto e rejeição do transplante, foram realizados cateterismo coronariano e biópsia endomiocárdica, ambos sem alterações significativas. Devido aos sintomas persistentes, foi realizada uma cateterização do coração direito com achados de uma PSAP de 20mmHg, pressão de capilar pulmonar de 7mmHg e PVC de 10mmHg. O fechamento do FOP não foi indicado neste estágio. Um ano depois, a paciente relatou piora dos sintomas, com novo ecocardiograma demonstrando piora da regurgitação tricúspide e deslocamento do desvio da direita para a esquerda. A cateterização do coração direito revelou PSAP de 16mmHg, saturação de oxigênio no tronco pulmonar de 60%, saturação de oxigênio na aorta de 88% e uma razão Qp/Qs de 0,79. Dado que a regurgitação tricúspide importante havia levado a inversão do desvio e deterioração hemodinâmica, a intervenção cirúrgica foi indicada. A paciente foi submetida à reparação da válvula tricúspide e ao fechamento do FOP resultando em melhora completa da hipoxemia - saturação de 97% em ar ambiente e melhora da dispnéia. **Conclusão:** A presença de um FOP pode apresentar desafios únicos em receptores de transplante cardíaco, como demonstrado neste caso. A dispnéia e a hipoxemia nesses pacientes costumam levar a investigação de disfunção do enxerto, rejeição ou complicações pulmonares, mas o FOP não deve ser negligenciado. Sua persistência pode resultar de pressões elevadas no átrio direito ou alterações hemodinâmicas. O fechamento cirúrgico é uma modalidade de tratamento eficaz oferecendo alívio sintomático e benefícios a longo prazo.

6048

Diagnóstico etiológico e tipificação do choque cardiogênico em jovem após quimioterapia com Linfoma de Hodgkin: relato de caso

ISABELLA GUILHERME DE CARVALHO COSTA, MARIA JULIANA DE ARRUDA QUEIROGA, CICERO ROBERTO PINHEIRO GRANGEIRO JUNIOR, THAYNA DE ALMEIDA BATISTA, BEATRIZ LIMA CORREA DE ARAÚJO, GABRIELA BRITO BEZERRA, ESTHEFANY DIAS BARBOSA, ANDREA DE FREITAS PIMENTEL TOSCANO e CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO.

PROCAPE, Recife, PE, BRASIL - Real Hospital Português, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: O choque cardiogênico é uma condição de alta morbimortalidade, sendo ainda mais dramático em jovens. O diagnóstico etiológico pode ser ainda mais difícil em pacientes que realizam quimioterapia, tanto pelo risco de cardiotoxicidade, como também pela imunossupressão. **Relato de caso:** Paciente 24 anos, portador de Linfoma de Hodgkin em remissão completa após último esquema de quimioterapia com doxorubicina, bleomicina, vimblastina e dacarbazina há 15 dias. Na admissão, apresentou-se em choque cardiogênico de instalação aguda, com congestão sistêmica e pulmonar, associado a sinais de baixo débito. Realizado ecocardiograma transtorácico com evidência de disfunção ventricular esquerda (fração de ejeção por Simpson 16%) e comprometimento sistólico do ventrículo direito. Evoluiu com piora progressiva de função renal, com início de terapia renal substitutiva. Devido difícil manejo, foi realizado cateterismo cardíaco direito que confirmou baixo índice cardíaco, em vigência de dobutamina 10mcg/kg/min e resistência vascular sistêmica no limite inferior (896 dynas.s.cm-5). Cateterismo cardíaco esquerdo excluiu lesões coronarianas obstrutivas. Diante gravidade do quadro, foi indicado biópsia endomiocárdica (BEM) e evidenciado infiltração linfocítica discreto focal e edema intersticial, com sofrimento agudo de fibras musculares, sugestivo de miocardite. Tal etiologia foi reforçada posteriormente pela ressonância cardíaca e pelo próprio quadro clínico de imunossupressão associado. Diante de vasoplegia observada em cateterismo direito, foi iniciado corticoide oral de forma empírica, visando melhora da vasoplegia e servindo como ponte para a tolerabilidade dos vasodilatadores orais. Paciente apresentou melhora completa do quadro, em seguimento ambulatorial. **Conclusão:** Diante choque cardiogênico em paciente pós quimioterapia, outras hipóteses diagnósticas devem ser aventadas, principalmente no contexto do risco de infecções oportunistas devido à imunossupressão. A tipificação do choque cardiogênico com a realização do cateterismo direito foi crucial na condução medicamentosa do paciente, a partir da evidência da baixa resistência vascular sistêmica. O uso do corticoide nessa circunstância auxiliou a otimização terapêutica, sendo necessário mais estudos sobre essa abordagem terapêutica.

6050

Insuficiência cardíaca após transplante hepático recente: em que pensar?

REBECA CAVALCANTE SILVA FERREIRA, CAROLINA MARIA SIMON, DÉCIO PEDRO ALVES DE OLIVEIRA, MATHEUS CARVALHO ALVES NOGUEIRA, JOSÉ RICARDO RIBEIRO MIGUEL SCANDIUZZI, JOÃO PAULINO NETO, HERNAN PATRICIO GARCIA MEJÍA, BRUNO BISELLI e EDIMAR ALCIDES BOCCHI.

Instituto do Coração da USP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Pacientes em avaliação para transplante hepático necessitam de atenção especial para identificação de condições cardíacas subclínicas que podem influenciar o risco cirúrgico e o prognóstico a longo prazo, como é o exemplo do caso descrito a seguir. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 44 anos, natural e procedente de São Paulo, foi admitido em Pronto Socorro universitário, 5 meses após realização de transplante hepático por Doença Hepática Crônica (sem etiologia definida), com sinais de insuficiência cardíaca (IC) descompensada. Possuía avaliação cardíaca pré-transplante com fração de ejeção (FEVE) preservada (64%) e disfunção diastólica, porém novo ecocardiograma evidenciava FEVE reduzida (35%), hipocinesia difusa e Insuficiência Mitral importante. Diante de dificuldade de compensação clínica e necessidade de suporte inotrópico, paciente foi transferido para serviço de cardiologia, onde apresentou melhora clínica após início de tratamento para IC e consequente desmame de suporte inotrópico. Durante internamento, foram investigadas possíveis etiologias de IC. Doença isquêmica foi afastada através de AngioTomografia de Coronárias e paciente já possuía sorologia para Chagas negativa. Chamava atenção exame laboratorial isolado com elevação de ferritina e saturação de transferrina em 45%. Discutido caso com a equipe assistente da Hepatologia, momento em que foi resgatado resultado anatomopatológico de fígado explantado, cujo estudo foi compatível com hepatopatia crônica com siderose significativa. Ressonância magnética (RM) cardíaca foi realizada cujo laudo descreveu dilatação do ventrículo esquerdo, disfunção sistólica importante, realce tardio de padrão não isquêmico (linear mesocárdico septal), MAPA T1 nativo reduzido, aumento do volume extracelular e T2* reduzido, achado compatível com cardiomiopatia dilatada secundária a depósito de ferro miocárdico. Paciente foi encaminhado para acompanhamento com equipe da hematologia após alta hospitalar. **Conclusão:** O caso acima chama atenção para a importância da investigação específica de hemocromatose cardíaca com RM, ainda que paciente não apresente disfunção ventricular. Além disso, estágios avançados da doença hepática crônica cursam com vasodilatação sistêmica crônica e consequente redução de pós carga cardíaca, o que pode mascarar a disfunção ventricular associada e após o transplante hepático, com normalização da pressão portal e aumento da resistência sistêmica, tal disfunção passa a ser manifesta e expressa pela redução do débito cardíaco. Esse fenômeno ressalta a importância de uma avaliação cardíaca pré operatória minuciosa para assegurar um bom prognóstico e evitar surpresas após o procedimento.

6051

Características clínicas de pacientes portadores de amiloidose com acometimento cardíaco em ambulatório especializado no estado do Rio de Janeiro

DIANE XAVIER DE ÁVILA, GABRIEL DE MORAES MANGAS, CLARA ROCHA DA SILVA PEREIRA e EVANDRO TINOCO MESQUITA.

Complexo Hospitalar de Niterói, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: A amiloidose é uma doença sistêmica ainda subdiagnosticada e de abordagem multidisciplinar. É causada pela deposição de proteínas insolúveis em diversos órgãos, incluindo o coração, principalmente pela cadeia leve (AL) ou transtirretina (TTR) mutada (ATTRv) ou selvagem (ATTRw). A diferenciação diagnóstica é importante e exige cautela para direcionamento aos tratamentos, que são de alto custo, são modificadores e reduzem eventos cardiovasculares, morte e hospitalização. **Objetivo:** Descrever as características clínicas dos pacientes portadores de amiloidose diagnosticados em ambulatório especializado no Rio de Janeiro, no período de 12 meses. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Foi realizado estudo observacional transversal, desde a suspeição ao manejo clínico, de pacientes com amiloidose, de acordo com comitê de ética e a lei geral de proteção de dados, e através do fluxograma diagnóstico do posicionamento da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Foram coletadas informações clínicas, laboratoriais, de imagem e desfechos dos pacientes ao longo dos 12 meses. **Resultados:** Os 40 pacientes que foram rastreados assistencialmente durante o período do estudo apresentavam septo interventricular 14 ± 8 mm, parede posterior 13 ± 7 mm, fração de ejeção por Simpson $59 \pm 24\%$, NYHAI-IV, 27 homens (67%), 11 com história de taquicardia atrial, fibrilação ou flutter atrial (27,5%), 4 com taquicardia ventricular não sustentada documentada (10%), 22 portadores de ATTRv (55%) e 7 ATTRw (17,5%), 2 ATTRv associada a gamopatia de significado incerto (MGUS, 0,05%), 5 com AL (12,5%), 4 MGUS (10%). Dos hereditários, 8 pacientes com ATTRv-Val50met e 14 ATTRv-Val142Ile, todos com envolvimento cardíaco e neuropático associado, além da variedade dos sintomas disautônômicos. As formas hereditárias e AL apresentaram eletroencefalografia com polineuropatia sensorio-motora axonal, história de síndrome do túnel do carpo bilateral com média de 5 a 10 anos antes do quadro cardiológico. Os pacientes ATTRv e ATTRw realizaram cintilografia miocárdica com pirofosfato de tecnécio, grau 3 de captação, confirmados em SPECT e relação coração contralateral >1.5 . Neste período 5 evoluíram a óbito, 4 por insuficiência cardíaca descompensada e 1 por sangramento intracraniano. **Conclusão:** A suspeita de amiloidose deve ir além do fenótipo hipertrófico, considerando sinais sistêmicos de alerta da doença. A caracterização clínica detalhada de pacientes por meio de pesquisa clínica permite a definição de fenótipos e subgrupos de risco, melhora o diagnóstico precoce e viabiliza tratamentos personalizados, além de contribuir para o monitoramento da evolução da doença e prognóstico.

6052

Perfil de doenças cardiológicas raras, de etiologia genética presumível, atendidas em hospital terciário de referência para doenças cardiovasculares, no nordeste do Brasil

MARIA ELISA LUCENA SALES DE MELO ASSUNÇÃO, MYCHELLE PASCOALINE DE MIRANDA SILVA, REBECA VAZ VIEIRA DE CASTRO, MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, IRIS CAROLINE DE OLIVEIRA MOURA, MARIA EDUARDA ANTUNES PARREIRAS, BRUNA MARTINIANO LIMA, EZEQUIAS LUCIO DE LIMA e NORMA LUCENA CAVALCANTI LICÍNIO DA SILVA.

FIOCRUZ, Recife, PE, BRASIL - Instituto Aggeu Magalhães, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, Hospital do Coração, PROCAPE, Recife, PE, BRASIL - Universidade Maurício de Nassau, UNINASSAU, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: As cardiopatias raras de etiologia genética podem ser estruturais congênitas, cardiomiopatias, arritmias ou cardiopatias associadas a síndromes genéticas. O Hospital do Coração, PROCAPE, pertencente ao complexo hospitalar da Universidade de Pernambuco, é uma instituição de atendimento terciário, público e de referência no tratamento de cardiopatias nas crianças e adultos. Em parceria com a Rede Genômica do Nordeste (ReGeNE)/ FIOCRUZ, PE, um grande estudo em doenças raras se propôs a realizar o perfil fenotípico e genotípico daqueles com doenças raras com manifestações cardiovasculares. **Objetivo:** Determinar a prevalência fenotípica e genotípica das doenças cardíacas raras em crianças e adultos atendidos no PROCAPE além de oferecer o rastreio genético familiar naqueles cuja hereditariedade seja comprovada. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo observacional, transversal, descritivo, de pacientes com cardiopatias raras, de provável causa genética, atendidos no PROCAPE entre janeiro e julho de 2024. Após a assinatura do termo de consentimento/assentimento, os pacientes responderam às perguntas incluídas em ficha clínica própria e tiveram o sangue coletado para estudo genético e enviado para FIOCRUZ/PE, instituição que viabilizará o sequenciamento do painel de genes por NGS. **Resultados:** O estudo incluiu 139 probandos afetados com idades entre 0 e 61 anos, sendo 54% homens. A renda familiar foi menor que um salário-mínimo em 24% das famílias. Foram procedentes da Região metropolitana do Recife 41,7% dos participantes. Cerca de 5,0% vieram de outros Estados. Em relação ao fenótipo da cardiopatia apresentada, a cardiopatia estrutural congênita ocorreu em 66 (29%) dos pacientes, as cardiomiopatias em 64 (28%), dessas, 25 (39%) dilatadas, 20 (31%) hipertróficas, 8 (12,5%) cardiomiopatias não dilatadas do ventrículo esquerdo, 6 (9,3%) arritmogênicas, 3 (4,6%) restritivas, uma infiltrativa (1,5%) e uma histiocitose (1,5%). No grupo das arritmias houve 45 (19%) probandos, sendo 32 (71%) com arritmias ventriculares. Síndromes genéticas com distúrbios foram 55 (24%) casos, sendo 41,8% de síndrome genética não identificada. Síndrome de Noonan, DiGeorge e Holt-Oram, cada uma correspondendo a 10,9%, e síndrome de Marfan, 5,45%. Todos os pacientes encaminhados para realização do teste genético aceitaram fazer parte do estudo. Os exames genéticos ainda não foram disponibilizados. **Conclusão:** Foi encontrado um perfil fenotípico diversificado que demanda recursos humanos, diagnósticos e terapêuticos específicos. Conhecer esse perfil permite um planejamento de gestão em diversas esferas para oferecer uma assistência de saúde integral e multidisciplinar adequada para cada fenótipo encontrado além de fomentar a pesquisa em busca de inovações diagnósticas e terapêuticas com incentivo para formação de recursos humanos capacitados.

6053

Perfil epidemiológico das internações por insuficiência cardíaca no Distrito Federal nos últimos 5 anos

MARIA LUIZA VASCONCELOS MONTENEGRO, MARIA JULIANA DE ARRUDA QUEIROGA, CICERO ROBERTO PINHEIRO GRANGEIRO JUNIOR, THAYNA DE ALMEIDA BATISTA, BEATRIZ LIMA CORREA DE ARAÚJO e GABRIELA BRITO BEZERRA.

Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma doença de elevada morbimortalidade e se caracteriza pela ineficiência do coração em bombear corretamente o sangue. A IC possui uma franca tendência de crescimento mundial, tendo sido registrados cerca de 57 milhões de casos em 2021. Ainda são escassos os dados epidemiológicos a respeito do comportamento da IC na população brasileira. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico das internações por IC no Distrito Federal nos últimos 5 anos. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal de séries temporais, realizado a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, sobre as internações por IC no Distrito Federal no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2025. Incluiu-se as seguintes variáveis: sexo, idade, etnia, número de internamentos e caráter do atendimento. A análise de dados foi realizada através de métodos estatísticos descritivos simples. O presente projeto não se valeu da submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, tendo em vista o uso de dados pertencentes ao domínio público. **Resultados:** Registrou-se 10.230 internamentos por IC no Distrito Federal entre os anos investigados. Os anos com maior número de registros corresponderam a 2022 com 2.070 casos (20,2%), 2024 com 2.055 casos (20%) e 2021 com 1.985 casos (19,4%) respectivamente. A maior parte das pessoas acometidas nesse período eram do sexo masculino, correspondendo a 5.545 (54,2%) indivíduos. De acordo com a etnia, houve predominância das raças parda (51,4%), branca (14,7%) e preta (5,3%), entretanto destaca-se 27,5% da amostra que foi classificada como sem informação. As faixas etárias mais velhas obtiveram o maior número de casos, com prevalência dos 80 anos ou mais (16%), dos 65 aos 69 anos (11,8%) e dos 70 aos 74 anos (11,5%). Segundo o caráter do internamento, 9.989 casos (97,6%) foram classificados como internações de urgência e apenas 241 (2,3%) foram eletivas. **Conclusão:** No Distrito Federal entre os anos de 2020 a 2025, o perfil epidemiológico das internações por IC foi composto, principalmente, por homens, indivíduos com 80 anos ou mais, pessoas da raça parda e que aqueles que adentraram no hospital com caráter de urgência.

6057

Ablação por radiofrequência no tratamento da tireotoxicose induzida por amiodarona em insuficiência cardíaca avançada

LIGIA LOPES BALSALOBRE TREVIZAN, BARBARA CAPRIOLI PAGAN YEPES PEREIRA, LETICIA PINTO TEIXEIRA, BRUNA TURCO DE ARAUJO, MARIANA RIBEIRO PAIXÃO, ANNA BEATRIZ LINS PONCHIROLLI, THAIS DE PAULA SICKLER, ANTONIO RAHAL JUNIOR e SANDRIGO MANGINI.

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A amiodarona é o antiarrítmico de escolha para pacientes com insuficiência cardíaca; no entanto, devido ao seu elevado conteúdo de iodo (37%) e à sua longa meia-vida, pode haver uma predisposição ao desenvolvimento de disfunção tireoidiana. A tireotoxicose induzida pela amiodarona ocorre em cerca de 3 a 5% dos pacientes tratados com o fármaco, os quais apresentam ingestão adequada de iodo. O tratamento medicamentoso da tireotoxicose pode ser ineficaz, e, embora a tireoidectomia total constitua uma alternativa definitiva, o alto risco cirúrgico associado a este procedimento limita sua indicação em pacientes com insuficiência cardíaca avançada. **Relato de caso:** Paciente masculino, 59 anos, hipertenso, diabético, com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) idiopática (fração ejeção ventrículo esquerdo 26%) (FEVE), em terapia medicamentosa otimizada, portador de cardiodesfibrilador implantável e ressinronizador, procurou pronto socorro devido à desconspensação da insuficiência cardíaca, associada a desconforto cervical e palpitações. Utilizava amiodarona (200mg/dia) há três anos após diagnóstico de taquicardias ventriculares (TV) em Holter. Durante a internação, evoluiu com piora clínica, apresentando exames laboratoriais compatíveis com crise tireotóxica e anticorpos (TRAB e anti-TPO) negativos. Evoluiu com piora clínica e redução da FEVE para 19%, além de episódios de TV não sustentada (TVNS) e de fibrilação atrial com alta resposta ventricular. Iniciado tratamento medicamentoso com metimazol, prednisona e colestiramina, além da suspensão da amiodarona, com resposta parcial observada após dois meses (ver Tabela 1), além de efeitos colaterais relacionados à imunossupressão (infecção por citomegalovírus - CMV e osteopenia). Diante da contraindicação à tireoidectomia pelo elevado risco cirúrgico, optou-se pela ablação total da tireoide por radiofrequência, procedimento que ocorreu com sucesso e sem intercorrências em 30 de janeiro 2025. Dada a persistência das TVNS, a amiodarona foi reintroduzida. O paciente recebeu alta um mês após o procedimento e segue em acompanhamento, com normalização dos hormônios tireoidianos e estabilização da insuficiência cardíaca. **Conclusão:** A tireotoxicose induzida por amiodarona representa um desafio clínico, especialmente em pacientes com ICFER, devido à gravidade do quadro e às suas repercussões cardiovasculares. O manejo dessa condição requer monitoramento rigoroso da função tireoidiana e uma abordagem individualizada, considerando a relação risco-benefício da continuidade do antiarrítmico, além da escolha da estratégia terapêutica para a tireotoxicose. A ablação por radiofrequência surge como uma alternativa em pacientes que não respondem à terapia farmacológica e apresentam alto risco para a cirurgia convencional.

Tabela 1:

Data	TSH (µU/mL)	T4L (ng/dL)	T4L* (ng/dL)	T3 total (ng/dL)	T3 total (ng/dL)	Metimazol (mg/dia)	Prednisona (mg/dia)	Colestiramina (g/dia)	Observações
10.11.2024	<0,01	18,7	>17	-	-	-	-	-	Suspensão amiodarona
13.11.2024	-	-	-	4,17	>24,8	40	30	-	Início do tratamento
20.11.2024	<0,01	4,79	>17	1,43	24,7	60	50	4	-
23.11.2024	<0,01	4,79	>17	1,43	24,7	60	50	8	-
26.11.2024	-	4,68	>17	1,55	23	60	50	12	-
29.12.2024	<0,01	4,08	4,75	0,99	12,3	60	50	16	-
02.01.2025	<0,01	3,84	3,81	0,92	10,1	60	40	16	PCR CMV (150 células)
16.01.2025	-	2,78	3,53	0,85	13,9	60	30	4	PCR CMV (25 células)
27.01.2025	-	2,46	2,36	-	12,3	60	30	-	PCR CMV (34 células)
30.01.2025	-	2,09	1,81	-	12,9	60	20	4	Medição tireoide
31.01.2025	-	5,83	>17	1,55	-	60	20	4	-
03.02.2025	-	>16	-	-	24	60	10	4	-
05.02.2025	-	-	-	-	-	20	10	8	-
10.02.2025	0,03	-	-	-	3	20	10	-	Reintrodução amiodarona
16.02.2025	-	-	2,19	-	-	10	5	-	-
19.02.2025	0,21	2,89	2,4	-	-	10	5	-	-
17.09.2025	0,74	-	1,85	-	-	5	-	-	-

Valores de referência: TSH 0,4 - 4,3 µU/mL; T4L 0,70 - 1,90 ng/dL; T3L 2,38 - 3,91 ng/dL; T3 total 0,83 - 1,51 ng/dL; T4 total 5,3 - 9,7 ng/dL
*T3 livre **T4 livre

6061

Morbimortalidade por insuficiência cardíaca em Pernambuco 2014-2024: um panorama epidemiológico

SABRINNA FERNANDA ANDRADE ARRUDA, CLARISSA ALENCAR MACAU FURTADO, ANNA LUIZA SANTA CRUZ MARTINS SERAFIM BEZERRA, JEFFERSON FREITAS AZEVEDO, VICTÓRIA MADALENA SILVA HONÓRIO QUEIROGA, JENIFFER LAYANE VIEIRA DA SILVA, FRANÇOIS TALLES MEDEIROS RODRIGUES e THAYANE REBECA ALVES DOS SANTOS.

Afya Faculdade de Ciências Médicas, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) destaca-se pelo impacto epidemiológico no Brasil, devido à sua alta incidência. É caracterizada pelo bombeamento inadequado de sangue, comprometendo a qualidade de vida, devido aos sintomas físicos e emocionais, e gerando elevados custos aos sistemas de saúde. **Objetivo:** Analisar a evolução do cenário de morbimortalidade por IC no estado de Pernambuco entre 2014 e 2024. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de estudo epidemiológico descritivo e em retrospectiva baseado em dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do DATASUS, referentes ao período dos anos de 2014 a 2024. Foram incluídos todos os óbitos registrados com CID-10 I50 da IC, como causa básica ou associada. As variáveis analisadas incluem faixa etária, sexo, etnia, total de internamentos (urgência e eletivos). Os resultados foram apresentados de forma linear para permitir a identificação de possíveis padrões epidemiológicos. **Resultados:** Entre 2014 e 2024, Pernambuco registrou 9.809 óbitos por IC, com taxa média de mortalidade de 10,22 por 100 mil habitantes. O maior índice foi observado em 2017 (13,67/100 mil), enquanto 2023 apresentou a menor taxa (8,50/100 mil). A mortalidade foi mais expressiva entre idosos com 80 anos ou mais, totalizando 2.912 óbitos, o que evidencia o impacto do envelhecimento e das comorbidades na progressão da IC. Entretanto, um dado preocupante foi a ocorrência de 371 óbitos em indivíduos entre 35 e 44 anos, o que sugere um agravamento precoce da doença, possivelmente associado ao aumento de fatores de risco cardiovasculares. A distribuição por sexo não apresentou grande variação, com 4.918 óbitos em homens e 4.891 em mulheres. Em relação à cor/raça, a maioria dos óbitos ocorreu em indivíduos pardos (6.439), seguidos de brancos (734) e pretos (158). O impacto da IC no sistema de saúde também é evidente pelo elevado número de internações, totalizando 95.948 hospitalizações, sendo 88.028 de urgência. Nesse contexto, o número expressivo de hospitalizações sugere que a IC continua sendo diagnosticada tardiamente e manejada de forma subótima na atenção primária. A alta mortalidade em adultos jovens demonstra que a IC de início precoce está associada a pior prognóstico e maior impacto socioeconômico, especialmente em populações com menor acesso a cuidados especializados e oportunos. **Conclusão:** A IC permanece um desafio de saúde pública em Pernambuco, afetando majoritariamente idosos, mas também impactando adultos jovens. A queda na mortalidade sugere avanços no manejo, mas o alto número de internações reforça a necessidade de melhor prevenção e controle. Políticas públicas para diagnóstico e tratamento adequados são essenciais para reduzir a morbimortalidade.

6063

Impacto do uso de antineoplásicos na insuficiência cardíaca em pacientes com câncer de mama: revisão integrativa

CLARISSA ALENCAR DE MACAU FURTADO, SABRINNA FERNANDA DE ANDRADE ARRUDA, ISMAEL CEFAS ALBUQUERQUE DA SILVA, HELLEN VITÓRIA LEANDRO DA LUZ SILVA, GUSTAVO DA SILVA, ROBSON SILVA LUCENA, LORENA CARLA DE LIMA BORBA, FRANÇOIS TALLES MEDEIROS RODRIGUES e THAYANE REBECA ALVES DOS SANTOS.

Afya, Faculdade de Ciências Médicas de Jaboatão, Jaboatão dos Guararapes, PE, BRASIL.

Fundamento: Mulheres com câncer de mama (CM) têm maior risco de insuficiência cardíaca (IC) devido à cardiotoxicidade dos antineoplásicos. As antraciclinas (A) causam lesões irreversíveis nos cardiomiócitos em doses cumulativas, enquanto inibidores de Her-2, como trastuzumabe (T), têm melhor perfil de segurança. A IC relacionada à terapia contra o câncer (ICRTC) segue diretrizes de cardio-oncologia, com monitoramento clínico e ecocardiográfico. Pesquisas buscam biomarcadores mais precisos e estratégias aprimoradas de cardioproteção. **Objetivo:** Identificar evidências recentes sobre ICRTC com foco em biomarcadores, ecocardiografia e estratégias preventivas, para orientar pesquisas e aprimorar a prática clínica. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa que aborda os principais aspectos da ICRTC entre 2020 e 2025. A busca foi realizada nas bases PubMed, Scopus e BVS, utilizando os descritores "breast cancer" e "heart failure". Foram identificados 2.066 estudos, dos quais 78 foram selecionados após a aplicação de critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos estudos que definiram cardiotoxicidade em CM como redução da fração de ejeção do ventrículo esquerdo ou IC. Excluíram-se revisões sistemáticas, meta-análises e pesquisas sobre outras doenças cardíacas. **Resultados:** O monitoramento cardiovascular por ecocardiograma foi abordado em 24% dos estudos. Desses, 21% sugerem reduzir a frequência do rastreamento devido à baixa probabilidade de ICRTC, 53% recomendam vigilância contínua e 26% indicam rastreamento em pacientes de risco moderado ou alto. Um estudo de 2024 destaca a importância do acompanhamento ecocardiográfico nos primeiros nove meses de tratamento com T em pacientes de risco basal. O tratamento com T foi o foco de 47% das pesquisas. Um estudo de 2023 analisou a segurança cardíaca do bloqueio duplo com pertuzumabe e T, indicando menor incidência de IC. Entre os 12 estudos sobre biomarcadores, DNAs livres e miRNA circulantes mostraram potencial para detectar precocemente a cardiotoxicidade. Além disso, a disfunção diastólica foi identificada em 3,8% dos artigos como uma alteração ecocardiográfica que precede a disfunção sistólica no ventrículo esquerdo. Além disso, 21,7% dos trabalhos estudam tratamentos farmacológicos distintos dos comumente sugeridos pelas diretrizes como IECA/BRA e beta-bloqueadores. **Conclusão:** O monitoramento cardiovascular em CM deve ser personalizado, utilizando modelos de acompanhamento mais precisos. Sacubitril/Valsartana foi a estratégia de cardioproteção mais estudada, embora com resultados controversos. Ivabradina e digoxina surgem como alternativas promissoras para a ICRTC. Quanto aos biomarcadores, sua aplicação ainda é inconsistente, destacando a necessidade de pesquisas mais direcionadas.

6064

Validação de modelo clínico de predição de risco de fibrilação atrial (HCM-AF score) em pacientes com cardiomiopatia hipertrófica na população brasileira: estudo multicêntrico

HENRIQUE IAHNKE GARBIN, GUILHERME DAGOSTIN DE CARVALHO, MAICO FURLANETTO, KÁRILA SCARDUELLI LUCIANO, ÂNDREA CHAVES, MARCELO IMBROINISE BITTENCOURT, EDILEIDE DE BARROS CORREIA, ANDREIA BILOLO e FERNANDO LUIS SCOLARI.

Hospital Agamenon Magalhães, Recife, PE, BRASIL - Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Joinville, SC, BRASIL - Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, BRASIL - Serviço de Cardiologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, HCPA, Porto Alegre, RS, BRASIL - Programa de Pós-Graduação em Cardiologia, UFRGS, Porto Alegre, RS, BRASIL - Instituto de Cardiologia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: A fibrilação atrial (FA) está associada a eventos tromboembólicos e piora de sintomas na cardiomiopatia hipertrófica (CMH). O HCM-AF Score, um escore clínico para predição de FA, foi recentemente desenvolvido para identificar pacientes sob maior risco. Entretanto, sua performance na população brasileira ainda não foi validada. **Objetivo:** Identificar fatores de risco para FA e avaliar a performance do HCM-AF Score em uma coorte multicêntrica de pacientes com CMH no Brasil. **Delimitação, Materiais e Métodos:** Uma coorte retrospectiva de pacientes em ritmo sinusal com CMH em 6 centros de 5 estados brasileiros foi seguida entre agosto de 1987 e outubro de 2024 e avaliada a incidência de FA. O diagnóstico de FA foi realizado por eletrocardiograma, Holter-24h ou identificação em interrogação de marcapasso ou cardioversor implantável. Foram avaliados a predição e calibração do HCM-AF score assim como fatores associados à FA. **Resultados:** Foram incluídos 430 pacientes, com idade média de 50±17 anos, 246(57%) do sexo masculino. No período de seguimento, 4 (1-8) anos, 100 (23%) indivíduos desenvolveram FA. O escore HCM-AF classificou 118 (27%) pacientes em baixo, 168 (39%) em médio e 144 (34%) em alto risco, sendo observado FA em 12 (10.2%), 41 (24.4%) e 47 (32.6%) nas mesmas categorias de risco respectivamente (Log-Rank $p < 0,001$). A mortalidade por todas as causas foi maior entre pacientes que desenvolveram FA [10 (63%) vs. 6 (37,5%), $p < 0,001$]. A área sob a curva ROC para o HCM-AF Score (predito) foi de 0,630 (IC 95%: 0,571-0,690) $p < 0,0001$; e para a probabilidade observada de 0,630 (IC95% 0,572-0,689) $p < 0,0001$, com slope de calibração de 1,007 e R2 de 0,899. A correlação de Pearson entre a probabilidade predita e observada foi de 0,948, $p < 0,001$. A análise de fatores demográficos e clínicos demonstrou que idade ao diagnóstico da CMH, idade no momento da avaliação, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), história familiar de morte súbita, história familiar de CMH, diâmetro do átrio esquerdo (DAE), pressão sistólica da artéria pulmonar estimada ao ecocardiograma, idade e gradiente na via de saída do VE ≥ 30 mmHg foram associados com o desenvolvimento de FA. Em análise multivariada, apenas DM2 [HR 4,87 (1,73 - 13,67), $p = 0,003$] e DAE (mm) [HR 1,07 (IC 95% 1,03-1,10), $p = 0,001$] mantiveram-se como fatores de risco para FA. **Conclusão:** Este é o primeiro estudo a validar o HCM-AF score na população brasileira mostrando boa calibração. Contudo o HCM-AF score demonstrou moderada capacidade de discriminação com superestimação do risco. Na população brasileira, diâmetro do átrio esquerdo e presença de DM2 foram independentemente associados com o desenvolvimento de FA.

6066

Do diagnóstico ao transplante cardíaco: um caso desafiador de endocardiomiopatia com disfunção isolada de ventrículo direito

ALI IBRAHIM YASSINE, BERNARDO MAY GOMEL, LARA DO NORTE GARCIA, GABRIELA CAMPOS CARDOSO DE LIMA, JOSE LEUDO XAVIER JUNIOR, SANDRIGO MANGINI e FERNANDO BACAL.

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A endocardiomiopatia (EMF) é uma miocardiopatia restritiva rara, predominante em regiões tropicais. Sua fisiopatologia ainda não está elucidada e tem influência de fatores ambientais, infecciosos, imunológicos e genéticos. A doença leva à fibrose endocárdica progressiva, resultando em disfunção ventricular e insuficiência valvar. Nos casos avançados, a mortalidade pode chegar a 75% em dois anos. A disfunção isolada do ventrículo direito (VD) é um desafio terapêutico devido à menor reserva contrátil e maior sensibilidade à sobrecarga volumétrica. Sem terapia específica, o transplante cardíaco é uma opção para pacientes com insuficiência cardíaca (IC) refratária. Este relato aborda o manejo da EMF em IC avançada com disfunção isolada de VD. **Relato de caso:** Mulher, 29 anos, com IC de fração de ejeção (FE) preservada e pós-operatório tardio de miectomia e plastia valvar mitral e tricúspide. Foi transferida por dependência de inotrópico para avaliação de transplante cardíaco. Na admissão, apresentava sinais de congestão direita e esquerda e sem sinais de baixo débito em uso de milrinone 0,5mcg/kg/min. O ecocardiograma revelou FE do ventrículo esquerdo (VE) preservada, disfunção grave do VD e sinais de hipertensão pulmonar, além de pontos de ecogenicidade aumentada sugestivos de fibrose. A disfunção isolada do VD, associada à insuficiência renal secundária à congestão, dificultou o manejo clínico. A paciente respondeu bem à ultrafiltração para controle volêmico e foi submetida ao transplante cardíaco. No seguimento de seis meses, permaneceu assintomática, com recuperação tardia da função renal, sem necessidade de hemofiltração e sem disfunção do enxerto. O exame anatomopatológico do órgão explantado confirmou o diagnóstico de EMF. **Conclusão:** A EMF segue como uma causa relevante de IC em áreas tropicais, com prognóstico reservado e opções terapêuticas limitadas. A disfunção do VD ocorre em metade dos casos e apresenta desafios terapêuticos específicos, pois o VD tem menor resistência à sobrecarga pressórica e volumétrica, tornando-o refratário às terapias convencionais. Isso leva à congestão sistêmica e disfunção renal, dificultando o tratamento clínico. Apesar dos avanços na terapia da IC e na abordagem cirúrgica, a ausência de tratamentos específicos torna o transplante a principal alternativa nos casos avançados. O desfecho positivo neste relato reforça a importância do diagnóstico precoce e da indicação oportuna do transplante como terapia definitiva nos casos avançados. Estudos futuros devem explorar biomarcadores precoces e novas abordagens terapêuticas para reduzir a morbimortalidade desta doença.

6068

Mapeamento do perfil genético de pacientes com cardiomiopatia hipertrófica e seus familiares em centro especializado pernambucano

MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, DIOGO COUTINHO SUASSUNA, TAYNE FERNANDA LEMOS DA SILVA, GABRIELLY NASCIMENTO LIMA, MARIA DAS NEVES DANTAS DA SILVEIRA BARROS, MARIA DA PIEDADE COSTA REIS DE ALBUQUERQUE, MARIA DA GLORIA AURELIANO DE MELO, MARIA ELISA LUCENA SALES DE MELO e SILVIA MARINHO MARTINS ALVES.

PROCAPE, Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Prof. Luiz Tavares, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) tem prevalência estimada em 1 afetado a cada 500 indivíduos, apresentando componente genético diverso e sendo transmitida, em geral, por herança autossômica dominante. Pesquisas dedicadas a estudar os padrões hereditários da CMH são escassas no Brasil, em especial no Nordeste. **Objetivo:** Realizar o rastreamento familiar em cascata de variantes genéticas em pacientes com CMH acompanhados em ambulatório de referência do estado de Pernambuco. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo transversal composto por pacientes com diagnóstico clínico-complementar de CMH e teste genético com achado de variante patogênica, provavelmente patogênica e/ou variante de significado incerto (VUS), bem como seus familiares de 1º e/ou 2º grau. Nos pacientes com fenótipo de CMH foi realizado o sequenciamento do exoma completo, mediante Sequenciamento de Nova Geração, já o rastreamento familiar em cascata ocorreu pela técnica de Sanger. As variantes foram classificadas segundo o consenso do Colégio Americano de Genética Médica e Genômica. O rendimento do teste genético correspondeu à proporção de resultados positivos, em que foi encontrada variante provavelmente patogênica e/ou patogênica. **Resultados:** Foram incluídos 65 indivíduos, divididos em dois grupos: casos-índice e familiares. Dentre os casos-índice (n=32), predominou o sexo feminino (53%), a raça parda autodeclarada (50%), com idade média de 46,4 anos e idade média do diagnóstico de CMH de 40,4 anos ($\pm 17,1$). O sequenciamento do exoma entre os portadores de CMH identificou as seguintes variantes: MYBPC3 (30%), MYH7 (22%), CSRP3 (9%), KLHL24 (9%), SYNE2 (9%), TNNT2 (4%), DES (4%), TPM1 (4%), PRKAG2 (4%), MYH6 (4%), DSG2 (4%), MYL3 (4%), MYL2 (4%), TTR (4%), RAF1 (4%), MYPN (4%) e MIB1 (4%). Nessa amostra, o rendimento do teste genético foi de 44%. Por sua vez, o grupo de familiares (n=33) foi composto pela segregação das variantes encontradas em 13 casos-índice, apresentando média de idade de 35,4 anos, com predomínio do sexo feminino (63,6%) e da raça parda (69,7%). O rastreamento familiar obteve rendimento geral de 27%. Foram segregadas as seguintes variantes: MYBPC3, MYH7, KLHL24, MIB1, TTR, DSG2, TNNT2, RAF1, MYPN, CSRP3, SYNE2 e PRKAG2. Dentre os testes genéticos positivos desse grupo, a variante que apresentou maior poder de transmissibilidade, foi identificada no gene MYBPC3, sendo do tipo nonsense, provavelmente patogênica e em heterozigose. **Conclusão:** O rastreamento familiar em cascata foi eficaz na identificação de assintomáticos, contribuindo para a estratificação de risco e aconselhamento genético destes. Esses achados ressaltam que a incorporação do teste genético na CMH permite mudar a condução clínica dos indivíduos com genótipo positivo, incluindo assintomáticos.

6076

Hipertensão pulmonar fixa reversível após uso continuado de inotrópico: um relato de caso

REBECA CAVALCANTE SILVA FERREIRA, DÉCIO PEDRO ALVES DE OLIVEIRA, JAEI RIOJA GAMBOA, FÁBIO ANTONIO GAIOTTO, SANDRIGO MANGINI e FABIANA GOULART MARCONDES-BRAGA.

Instituto do Coração, FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A disfunção ventricular esquerda cursa com elevação da pressão de enchimento e conseqüente aumento pressórico no leito vascular pulmonar, que tende a ser transitório, porém, é descrito na literatura um mecanismo reativo de vasoconstricção arterial e remodelamento vascular pulmonar, fenômeno associado com hipertensão pulmonar considerada "fixa", com aumento dos gradientes trans e diastólico pulmonar e considerada por muitos, irreversível. A seguir, descreveremos um caso de "hipertensão fixa" com posterior reversibilidade. **Relato de caso:** Paciente sexo masculino, 36 anos, com diagnóstico de cardiomiopatia dilatada idiopática e história de múltiplas internações por descompensação de insuficiência cardíaca. Foi internado em dezembro/2023, em nova descompensação em perfil C. Exames realizados em 2023 evidenciavam Pressão Sistólica de Arteria Pulmonar (PSAP) - 64mmHg, dilatação do ventrículo esquerdo (71x63mm), disfunção biventricular (FEVE 20% e FAC 20%) e diastólica grau III. Diante de gravidade clínica, foi iniciada avaliação para transplante cardíaco. Cateterismo de câmaras direitas realizado em janeiro/2024 evidenciou Índice Cardíaco (IC) 2,1 l/min, Pressão Capilar (PCP) 16, elevada PSAP 67mmHg, além de alto gradiente transpulmonar (GTP) 27 e Resistência Vascular Pulmonar 6,1 UW, que permaneciam elevados (PSAP 48mmHg RVP 3,58UW GTP 19 IC 2,5l/min) a despeito de teste de vasoreatividade com Nitroprussiato de Sódio e Óxido Nítrico. Caso foi discutido em reunião e concordado em listá-lo para transplante cardíaco heterotópico em protocolo de pesquisa. Em janeiro/2024, paciente foi listado e priorizado por uso de inotrópico - dobutamina. Durante internamento, manteve-se em uso de suporte inotrópico e foi observada redução nos valores de PSAP em ecocardiogramas realizados durante acompanhamento. Assim, foi optado por repetir o cateterismo em julho/2024, que evidenciou redução na PSAP 41mmHg, RVP 2 UW e GTP 9 (IC 2,1 l/min e PCP 16mmHg). No dia 24/08/2024, foi submetido a transplante cardíaco, sem intercorrências. Ecocardiograma realizado após procedimento evidenciava função ventricular esquerda preservada, disfunção leve/moderada de ventrículo direito e PSAP 34mmHg. Paciente evoluiu bem e recebeu alta da unidade de terapia intensiva 7 dias após o procedimento. **Conclusão:** No caso acima, encontramos um paciente com hipertensão pulmonar considerada "fixa" e na ausência da possibilidade de transplante heterotópico, seria contraindicado para o procedimento. Porém, foi observada reversão da hipertensão pulmonar "fixa" após uso continuado de suporte inotrópico, de modo que, pressões passaram a ser compatíveis com o transplante, o que reforça a necessidade de rediscussão do termo "fixa", como já evidenciado na literatura através de casos em uso de suporte circulatório de longo prazo.

6078

Pancreatite necrohemorrágica após transplante cardíaco: um relato de caso

CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO, SUELLEN LÍDIA DA SILVA, ANNA PAULA LAPA, CLARICE DANIELLE ALVES DE OLIVEIRA COSTA, CLAUDIA CAROLINA MENDONÇA CAMPOS, FERNANDO RIBEIRO DE MORAES NETO e RODRIGO CANTARELLI ALVES.

Hospital Memorial São José, Rede D'Or, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A pancreatite é uma complicação grave após cirurgia cardíaca e pode levar a morbidade e mortalidade significativas. A incidência de pancreatite é ainda maior em pacientes submetidos a transplante cardíaco do que naqueles submetidos a outras cirurgias cardíacas. No entanto, as apresentações clínicas da pancreatite são frequentemente atípicas nesses pacientes. A pancreatite necrohemorrágica representa a variante mais grave das pancreatites agudas. **Relato de caso:** Mulher de 50 anos, sem comorbidades prévias, internada prolongadamente por insuficiência cardíaca avançada devido miocardiopatia isquêmica (dissecção espontânea de tronco de coronária esquerda). Evoluiu com dependência de inotrópico, necessidade de suporte circulatório mecânico, inicialmente com Balão Intra Aórtico e posteriormente Impella 2.5. Submetida a transplante cardíaco ortotópico bicaval sem intercorrências, com tempo de isquemia de 2h07 e tempo de CEC de 1h30. Evoluiu no 2º dia pós operatório com instabilidade hemodinâmica, dor abdominal e queda de Hemoglobina, além de amilase e lipase elevadas acima de 10 vezes limite da normalidade. TC abdome sem contraste com achado de hematoma retroperitoneal com volume estimado em 200ml e pancreatite edematosa. Realizado suporte transfusional, tratamento conservador do hematoma e controle tomográfico, além de suporte nutricional parenteral. Evoluiu com queda rápida (já no dia seguinte) de amilase e lipase, estabilização de hematimetria, e melhora clínica progressiva. Porém, no 9º dia pós-operatório, um dia após a sua extubação, evoluiu novamente com instabilidade hemodinâmica súbita, nova queda hematimétrica, distensão abdominal com sinais clínicos de abdome agudo, acidose metabólica láctica grave e refratária, sendo submetida a laparotomia exploradora de emergência após mínima estabilização hemodinâmica e gasométrica. Achados cirúrgicos mostraram síndrome compartimental abdominal com grande quantidade de líquido livre serohemático, aderências em mesentério com aspecto em "pingo de vela", compatível com pancreatite necrohemorrágica complicada. Realizada peritonostomia com curativo a vácuo e a paciente foi mantida em cuidados intensivos em Unidade de Terapia Intensiva. Paciente evoluiu com manutenção da acidose metabólica láctica refratária a todas as medidas instituídas e piora progressiva, que culminou em óbito 28h após a piora inicial do quadro. **Conclusão:** A mortalidade relacionada a uma pancreatite aguda no PO de um transplante cardíaco chega a ser 30 vezes maior que um paciente em PO de outra cirurgia não cardíaca. Pacientes que estão em risco de desenvolvê-la tendem a ter maior tempo de isquemia, baixo débito cardíaco no pré-operatório, maiores valores de APACHE II, além de reposição de cálcio, imunossupressão e infecção por CMV. O desfecho, quase que invariavelmente, é fatal.

6079

Insuficiência cardíaca como causa de óbito em crianças e adolescentes

JULIA PEREIRA CAVALCANTE MARQUES, ROBERTA CECILIANO BASTOS, THAIS ROCHA SALIM e GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA.

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição com elevada morbidade e mortalidade entre os adultos. Existem poucos dados sobre o comportamento da IC em menores de 20 anos. As causas e a apresentação clínica da IC podem diferir de acordo com a idade. **Objetivo:** Descrever a distribuição das taxas de mortalidade e mortalidade proporcional (MP) por IC como causa básica ou múltipla de óbito nos menores de 20 anos por sexo e macrorregião brasileira, no período de 1996 a 2019. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo ecológico e descritivo de uma série histórica de declarações de óbito relacionadas a óbitos ocorridos no Brasil entre 1996 e 2019, incluindo ambos os sexos e menores de 20 anos. As faixas etárias foram divididas em crianças menores de 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos e 15 a 20 anos. Bancos de dados anuais de óbitos e população obtidos do site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A fim de identificar a IC dentro da cadeia sequencial para a causa básica de óbito ou como causa múltipla de óbito, considerou-se o código pela 10ª classificação internacional de doenças I50 seguido de qualquer dígito. As frequências percentuais de todos os códigos selecionados como causa básica foram avaliadas caso a IC fosse mencionada em qualquer linha da declaração de óbito. Avaliamos os óbitos e construímos gráficos por macrorregião para comparação com dados nacionais. **Resultados:** Houve 2.151.716 óbitos no período do estudo em menores de 20 anos. Destes, 43.522 tinham doenças do aparelho circulatório (DAC) como causa básica. A IC foi a terceira causa de DAC com 4.779 óbitos e mortalidade proporcional de 11%. Quando dividido por região brasileira, a mortalidade proporcional da IC foi de 46% na região Nordeste. A frequência de IC como causa múltipla de morte em ambos os sexos foi 3,4 vezes maior do que a frequência de IC mencionada na sequência de causa básica de morte. Durante o período do estudo, houve uma redução da taxa de mortalidade derivada de quaisquer causas em todas as regiões do Brasil. Os óbitos por IC como parte da causa básica ocorreram apenas em menores de 4 anos, sendo mais de 80% desses óbitos em menores de 1 ano, em ambos os sexos. A IC entrou na cadeia contribuinte de óbitos cuja causa básica foram malformações do aparelho circulatório, outras doenças do aparelho circulatório e doenças respiratórias, mencionadas em 27,5%, 13,7% e 11,6%, respectivamente, das declarações de óbito. **Conclusão:** A IC é a via final comum de várias doenças, com etiologia variável por idade. Avaliar sua causa básica permitiu identificar a principal etiologia associada a óbitos por IC em menores de 20 anos no Brasil. O Nordeste teve maior chance de óbito por IC. Malformações, outras doenças circulatórias e respiratórias foram causas relevantes em que a IC atuou como fator contribuinte.

Tabela 1. Frequência de citação de insuficiência cardíaca em qualquer parte do sistema de óbito (Eixo A, B, C, d no parêntese), no Brasil em menores de 20 anos de 1996 a 2019														
Causa básica de óbito	Cód. ICD-10	Total	Morte por IC					Total	Mortalidade proporcional					
			Total	1-4	5-9	10-14	15-19		Total	1-4	5-9	10-14	15-19	
INSUFICIÊNCIA E PARASITÓRIAS														
ISQUÊMICA	I50	154	26	25	12	17	62	42	29	28	12	21	21	
%		1,6	1,6	1,8	1,0	1,0	2,9	1,4	1,0	1,0	0,5	0,5	0,5	
MIÓCARDIO	I51	275	16	12	12	12	52	30	16	16	11	11	11	
%		2,4	2,3	2,3	2,4	2,3	2,4	1,4	1,2	1,2	0,6	0,6	0,6	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I52	22	27	20	19	25	91	12	12	12	12	12	12	
%		0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I53	148	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I54	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I55	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I56	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I57	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I58	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I59	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I60	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I61	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I62	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I63	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I64	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I65	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I66	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I67	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I68	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I69	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I70	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I71	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I72	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I73	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I74	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I75	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I76	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I77	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I78	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I79	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I80	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I81	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I82	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I83	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I84	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I85	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I86	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I87	243	12	12	12	12	58	32	32	32	32	32	32	
%		2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
MIÓCARDIO E PARASITÓRIAS	I88	243	12	12	12									

6083

Endocardite infecciosa valvar tricúspide e embolia pulmonar séptica em jovem com possível síndrome de Paget-Schrotter: relato clínico

MAYNNE VIANA, ADONIRAN PIMENTAL, GISELLE LAURITZEN, GIULLYAN NOBREGA e ANA LIVIA RANGEL.

Dom Helder Câmara, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A Síndrome de Paget-Schroetter, também conhecida como trombose venosa de esforço, é uma condição incomum que acomete principalmente jovens saudáveis, sendo frequente a associação com atividades repetitivas dos membros superiores, podendo levar ao uso recorrente de drogas injetáveis predispondo a endocardite infecciosa. Este relato descreve um caso de valvulopatia secundária a endocardite de válvula tricúspide com ruptura de cordoalhas tendíneas e embolia pulmonar séptica, em uma paciente jovem com suspeita de Síndrome de Paget-Schrotter, destacando a complexidade do diagnóstico e manejo desta condição rara e potencialmente fatal. **Relato de caso:** Paciente feminina, 20 anos, sem comorbidades prévias, apresentou dor intensa e persistente na axila direita após esforço físico repetitivo, refratária a analgésicos. Dois dias após, desenvolveu eritema e edema no membro superior direito, levando à realização de ultrassonografia com Doppler, que diagnosticou trombose venosa profunda (TVP) na veia axilar direita e tromboflebite na veia cefálica direita. A paciente foi tratada com enoxaparina, ceftriaxona e clindamicina por 14 dias, recebendo alta com anticoagulação oral por 6 meses. Dez dias depois, retornou ao hospital com febre, tosse produtiva e queda do estado geral. O ecocardiograma transtorácico (ECO TT) mostrou insuficiência tricúspide importante com imagem sugestiva de vegetação medindo 2,3 centímetros. A cultura microbiológica isolou *Staphylococcus aureus* MRSA. A tomografia de tórax revelou múltiplas lesões nodulares, algumas escavadas, compatíveis com embolia pulmonar séptica. Foi iniciada antibioticoterapia dirigida por antibiograma e tomografias seriadas para monitoramento das embolias. A paciente evoluiu com melhora clínica significativa, sem novos episódios de embolização ou sinais de hipervolemia. Um novo ECO TT mostrou regressão da vegetação, com câmaras direitas normais e insuficiência tricúspide importante secundária a ruptura de cordoalhas tendíneas, mas assintomática. Após 6 semanas de tratamento antibiótico a partir da data de culturas negativas, sem sinais de congestão ou infecciosos, a paciente foi liberada para seguimento ambulatorial. **Conclusão:** A endocardite de válvula tricúspide é rara, mas pode causar complicações graves, como insuficiência cardíaca e embolias sépticas. Fatores predisponentes, como o uso de drogas intravenosas e condições como a Síndrome de Paget-Schrotter, podem aumentar a prevalência desta patologia em pacientes jovens sem comorbidades. Este caso ressaltava a importância do diagnóstico precoce e do manejo adequado, com antibióticos, anticoagulação e monitorização ecocardiográfica, garantindo uma abordagem adequada.

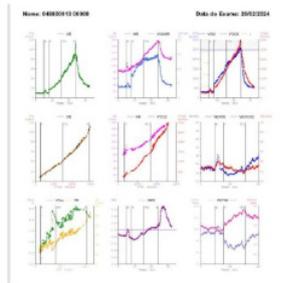
6085

Importância do ecocardiograma de estresse físico para o diagnóstico definitivo da forma obstrutiva da cardiomiopatia hipertrófica: relato de caso

ESTÊVÃO LANNA FIGUEIREDO, JOAO PAULO CARDOSO SILVA, FLÁVIA GUIMARÃES MACHADO e GUALTER BOAVENTURA CANCELADO.

Hospital Orizonti, Belo Horizonte, MG, BRASIL - NUPEC, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamento: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é uma condição clínica frequentemente hereditária. O diagnóstico é definido pela presença de uma espessura diastólica final em quaisquer segmentos dos ventrículos de $\geq 15\text{mm}$ ou $\geq 13\text{mm}$ em familiares de um paciente com CMH ou em conjunto com um teste genético positivo. A maioria dos pacientes (70%) apresentam a forma obstrutiva e os sintomas podem ser devidos à obstrução da via de saída do ventrículo esquerdo (VSVE). A presença e o grau de obstrução é um dos indicadores associados a maior risco de eventos cardiovasculares, inclusive morte súbita. Os tratamentos hoje disponíveis, que podem impactar no prognóstico, são mais estudados e conclusivos para as formas obstrutivas. Entretanto, esta obstrução pode ser dinâmica e mais significativa durante esforços físicos. Nem sempre o exame clínico e os métodos de imagem tradicionais (ecocardiograma de repouso, ressonância magnética cardíaca) são suficientes para diagnosticar as formas obstrutivas da CMH. Manobras provocativas, durante a ecocardiografia, podem ser necessárias em pacientes com gradiente em repouso ausente ou com valores pico $<30\text{mmHg}$, para induzir a obstrução na VSVE tais como manobras de Valsalva, posição ortostática e exercício físico. **Relato de caso:** Homem, 34 anos, acompanhado há 05 anos, por diagnóstico de hipertrofia ventricular esquerda. Assintomático, sem história de hipertensão arterial. História familiar positiva (avô e primos) de morte súbita em <35 anos, sem diagnóstico definitivo. Fisicamente ativo. Ao longo destes anos, submetido a extensa propeidéutica prévia, inclusive teste genético, que foi negativo para miocardiopatias. Eco de 2023 mostrava função sistodiastólica normal, com SIV=15mm e PPVE: 15mm, FEVE: 78%. Ausência de SAM ou outro sinal de obstrução na VSVE. ECG mostrando ritmo sinusal e sinais de importante sobrecarga ventricular esquerda. Teste cardiopulmonar de esforço sugestivo de obstrução na VSVE (figura 1). Eco de repouso: FEVE: 65% SIV: 15 mm PPVE: 10mm, gradiente pico de 17mmHg, sem obstrução significativa. Imediatamente após esforço físico máximo na esteira, eco mostrou gradiente dinâmico importante (pico de 55mmHg), com movimento sistólico anterior da valva mitral, configurando quadro de CMH obstrutiva. **Conclusão:** O paciente foi, então, diagnosticado como CMH obstrutiva, orientado quanto ao diagnóstico e iniciou o uso de betabloqueador. Este caso exemplifica bem a importância do teste cardiopulmonar de esforço e especialmente do ecocardiograma de esforço para o diagnóstico definitivo da CMH obstrutiva.



6087

Amiloidose AL: um caso desafiador em paciente multicomormido

ANA BEATRIZ NEPOMUCENO CUNHA, RICARDO HELMAN, LIGIA LOPES BALSALOBRE TREVIZAN, ANNA BEATRIZ LINS PONCHIROLLI, BRUNA TURCO DE ARAUJO, BARBARA CAPRIOLI PAGAN YEPES PEREIRA, MARIANA RIBEIRO PAIXÃO, LETICIA PINTO TEIXEIRA e SANDRIGO MANGINI.

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Amiloidose de cadeia leve (AL: Light Chain) é uma doença complexa, caracterizada pelo depósito de fibrilas de proteínas de cadeia leve em órgãos e tecidos, causando disfunção progressiva. O diagnóstico é desafiador devido à variedade de manifestações clínicas. Este relato de caso descreve um paciente idoso com múltiplas comorbidades e um diagnóstico tardio de amiloidose AL com envolvimento cardíaco. **Relato de caso:** Masculino, 83 anos, antecedente de HAS, DM, DLP, DAC (tratada com angioplastia em 2019), FA paroxística (em uso de anticoagulantes), hipotireoidismo, DPOC, hiperplasia prostática benigna, foi admitido por dor precordial irradiando para as costas e membros superiores, com início há 6 dias. ECG com ritmo de FA, BAV1 e BRD. Achados tomográficos e laboratoriais sugeriam miopericardite, com ecocardiograma demonstrando fração de ejeção preservada. Ressonância magnética demonstrou hipertrofia miocárdica concêntrica com restrição diastólica, septo de 16mm e realce tardio em padrão não isquêmico. PET-CT corroborou a hipótese de pericardite. BNP elevado, pancitopenia, eletroforese de proteínas com pico monoclonal de gama globulina, associada a níveis elevados de cadeias leves Kappa (343mg/L) e Lambda (22,7mg/L), e índice Kappa/Lambda de 15,11. Análise da medula óssea revelou 4% de plasmócitos, mas as biópsias de gordura abdominal e renal para foram negativas, o que dificultou o diagnóstico conclusivo. Paciente evoluiu com piora clínica, sintomas de congestão, perda ponderal e fraturas de baixo impacto. Novos exames mostraram anemia, hipoalbuminemia, razão Kappa/Lambda elevada e polineuropatia periférica. Nova biópsia medular com 15% de plasmócitos com restrição para cadeia leve Kappa, e o FISH confirmou translocação cromossômica T(11;14). Considerando a alta probabilidade diagnóstica e riscos de complicações, optou-se por não realizar biópsia endomiocárdica, iniciando tratamento com daratumumabe, bortezomibe e dexametasona. Apesar da melhora laboratorial, o paciente apresentou declínio funcional e evoluiu a óbito após um ano do diagnóstico. **Conclusão:** Este caso ilustra a complexidade do diagnóstico da amiloidose AL, uma condição muitas vezes difícil de ser identificada devido à sobreposição com outras doenças. A suspeita clínica precoce, aliada a uma abordagem diagnóstica detalhada e multidisciplinar, foi crucial para o diagnóstico. A amiloidose AL deve ser considerada em pacientes com gamopatia monoclonal, proteinúria, hipertrofia miocárdica e neuropatia periférica associada a disfunção autonômica. Embora o prognóstico seja geralmente desfavorável, a detecção precoce é fundamental para melhores desfechos.

6140

Correlação das medidas hemodinâmicas invasivas e ecocardiográficas em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida

JOAO PEDRO BARBATO, FERNANDO LUÍS SCOLARI, FELIPE HOMEM VALLE, SOLANO VINÍCIUS BERGER, WILLIAM ROBERTO MENEGAZZO, PEDRO CRIVELARO, GUILHERME PINHEIRO MACHADO, ANDRÉ BARCELOS AMON e RODRIGO VUGMAN WAINSTEIN.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: O uso do cateter de artéria pulmonar continua é essencial para a avaliação hemodinâmica e otimização terapêutica nos pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER). Parâmetros de valor prognóstico, como cardiac power output (CPO) e o pulmonary artery pulsatility index (PAPI), são cada vez mais utilizados no manejo destes pacientes. No entanto, a correlação entre essas medidas aferidas por cateter de artéria pulmonar (CAP) e não invasivas ainda não foi amplamente estudada em pacientes com ICFER crônica e descompensada. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é determinar a correlação entre medidas hemodinâmicas invasivas e ecocardiográficas em pacientes com ICFER, com ênfase para CPO e PAPI. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo transversal, incluiu 34 pacientes com diagnóstico de ICFER (fração de ejeção <40%) em ambiente ambulatorial ou de internação entre maio/2023 e junho 2024. Foi realizado cateterismo cardíaco direito e ecocardiograma em todos os pacientes, ambos no mesmo dia e com mesmo status volêmico. Foram excluídos pacientes em uso de vasopressores, com infecção ativa ou que alguma intervenção, como uso de diurético, tenha ocorrido no tempo entre a aferição pelos dois métodos. **Resultados:** A média de idade foi 50,8 anos, 61/7% do sexo masculino, 82,4% apresentaram ICFER de etiologia não isquêmica. Estavam hospitalizados 67,4% dos pacientes, sendo 26,5% em INTERMACS III (suporte inotrópico) com mediana de lactato de 1,4mmol/L. As medidas hemodinâmicas demonstraram débito cardíaco (DC) de 4.2±1.2L/min, índice cardíaco de 2.2±1.2L/min/m², CPO de 0.7±0.2w e PAPI 3.2±1.5 e, ao ecocardiograma, fração de ejeção de 21±6%, CPO de 0.6±0.3w e PAPI de 4.4±3.7. Houve correlação entre a avaliação invasiva e ecocardiográfica do CPO (r=0,737, p<0,01) (Figura), bem como entre CPO invasivo e DC ao ecocardiograma (r=0,616; p<0,001) e o VTI (r=0,469; p<0,01). Análise de sensibilidade incluindo os 14 pacientes com CPO≤0,6, demonstrou correlação entre CPO invasivo e ecocardiográfico (r=0,704, p<0,0001). Dentre as medidas de função do ventrículo direito, o PAPI invasivo apresentou correlação com o PAPI ecocardiográfico (r=0,604; p<0,05). No entanto, o PAPI ecocardiográfico foi adequadamente aferido em apenas 16 dos 34 pacientes. **Conclusão:** CPO aferido pelo CAP apresentou forte correlação com medida não-invasiva, sendo moderada em comparação com débito cardíaco e VTI aferidos ao ecocardiograma. Apesar da moderada correlação entre PAPI aferido pelo CAP e pelo ecocardiograma, maior dificuldade de aferição desta variável de forma não-invasiva, limita seu uso na prática clínica.

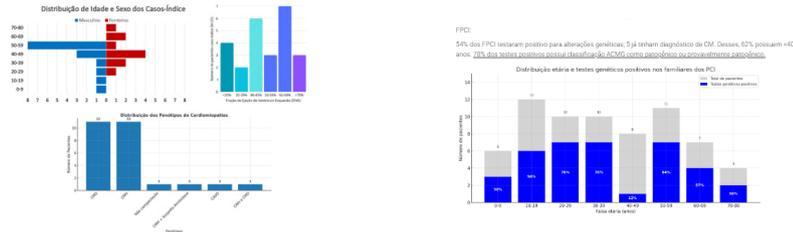
6258

Subanálise em centro de pesquisa: correlação entre diagnósticos clínicos prévios e diagnósticos pós-teste genético em pacientes com cardiomiopatia e seus familiares

VICTOR LEITÃO SALLEM, LUCAS HIDEYUKI MORISAWA, EVEN EDILCE MOL e LIDIA ZITYNSKI MOURA.

PUCPR, Curitiba, PR, BRASIL.

Fundamento: Cardiomiopatia (CM) delimita condições em que as células do miocárdio apresentam anormalidades estruturais e funcionais na ausência de influência de outras doenças cardiovasculares (DCV). Existem as comuns, como a CM Dilatada e a CM Isquêmica, e as raras, como a CM Hipertrófica e a Amiloidose. A pesquisa de José Eduardo Krieger, "Saúde de precisão: correlação entre perfil genômico, epidemiológico, clínico e familiar em doenças cardiovasculares" visa, por meio de testes genéticos: implementar estratégias para o diagnóstico de DCV; relacionar as doenças estudadas com suas bases moleculares; avaliar o genoma de pacientes com DCV, determinando o espectro e frequência de variantes na amostra; e caracterizar o perfil clínico, epidemiológico e familiar, bem como rastrear mutações patogênicas de pacientes em seus familiares. Este projeto mantém os objetivos dessa pesquisa (em menor proporção), buscando estabelecer padrões de medicina de precisão, baseados na análise genética e na história clínica dos pacientes caso índice (PCI) e familiares (FPCI), e elaborar métodos fidedignos para a prevenção primária nas CMs. **Objetivo:** Correlacionar os diagnósticos prévios realizados antes das análises genéticas em PCI com CMs e os diagnósticos obtidos por meio de testes genéticos (visando aperfeiçoamento do diagnóstico clínico e genético). Determinar a prevalência de testes genéticos positivos e o perfil epidemiológico dos FPCI visando medicina de precisão. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo com pacientes do Genoma Brasil com diagnóstico de CM e seus familiares. Foram revisados prontuários, exames físicos, laboratoriais, de imagem e tratamentos. Serão realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais, com uso de regressão. Os testes genéticos seguirão o parecer da SBTMG e critérios da ACMG, com classificação das variantes conforme relevância clínica e comunicação dos achados incidentais mediante consentimento. Resultados: Foram analisados 26 PCI e 68 FPCI. As distribuições de idade, sexo, diagnóstico clínico, teste genético e FEVE dos PCI, assim como idade, sexo e testes genéticos dos FPCI foram avaliadas. PCI: Todos os diagnósticos clínicos foram concordantes com os testes genéticos; Identificaram-se 17 genes alterados, totalizando 31 mutações (5 pacientes com alterações concomitantes); 23 PCI apresentavam histórico familiar de DCV; A idade média ao diagnóstico dos foi 42 anos; FPCI: 54% dos FPCI testaram positivo para alterações genéticas; 5 já tinham diagnóstico de CM. Desses, 62% possuem <40 anos. 78% dos testes positivos possui classificação ACMG como patogênico ou provavelmente patogênico. **Conclusão:** O teste genético é uma ferramenta confiável para o rastreio de CM. É relevante realizar teste genético em familiares de pacientes com CM, a fim de promover acompanhamento precoce da doença em atenção especializada.



6407

Análise epidemiológica dos casos de Doença de Chagas no Brasil entre 2000 e 2023

ADRIANO BRAGA BERNARDO.

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF, BRASIL.

Fundamento: A Doença de Chagas é uma infecção causada por protozoário que possui íntima relação com determinantes ambientais e sociais. Além disso, faz parte das doenças tropicais, algo que colabora para sua grande prevalência do Brasil. Sendo assim, uma análise epidemiológica faz-se necessária para compreender o impacto dessa enfermidade no território brasileiro, uma vez que ela é capaz de produzir importantes comprometimentos cardíacos. **Objetivo:** Analisar epidemiologicamente os casos de doença de Chagas no Brasil no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2023. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo utilizando dados disponíveis na base de dados do DATASUS por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/SUS). O período estudado foi de janeiro de 2000 a dezembro de 2023. **Resultados:** Os dados mostraram que nesse intervalo de 24 anos, entre janeiro de 2000 a dezembro de 2023, foram notificados 6495 casos confirmados da doença de Chagas no território nacional, sendo 3301 homens (51%) e 3194 mulheres (49%), dado que apresenta prevalência equivalente entre os sexos. Ademais, um dado que se mostra importante é a prevalência regional, uma vez que a região Norte foi responsável por 2358 casos (36%), seguida pela região Nordeste 1646 (25%). Ademais, observou-se que não houve grandes desvios de casos nos anos analisados, mostrando que, desde os anos 2000, o número de casos de doença de Chagas permanece de maneira quase constante no Brasil. **Conclusão:** Nota-se que o perfil epidemiológico das notificações de doença de Chagas possui certo grau de homogeneidade, pois não há grandes discrepância entre sexos e nem entre os anos analisados. Entretanto, o dado mais interessante, e heterogêneo, dessa pesquisa é quanto a prevalência regional dessa doença, já que mais de 60% de todos os casos se concentram na região Norte e Nordeste, sendo que essas duas regiões possuem 35% da população brasileira. Assim, conclui-se que, nas regiões observadas, os aspectos sociais mostram o porquê desses valores desproporcionais, uma vez que a transmissão da doença de Chagas ocorre principalmente em moradias mais precárias, local onde o vetor pode se alojar. Portanto, a minimização dessa enfermidade, que pode provocar grandes complicações cardíacas, precisa de um olhar mais cuidadoso do Estado nessas localidades, para que as regiões Norte e Nordeste consigam reduzir esse indesejado protagonismo na Chagas.

6408

Análise epidemiológica dos pacientes internados por infarto agudo do miocárdio no Distrito Federal no período de janeiro de 2020 a dezembro de 2023

ADRIANO BRAGA BERNARDO.

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF, BRASIL.

Fundamento: As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por 72% das mortes no Brasil, sendo que 30% resultam de doenças cardiovasculares. Ademais, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) contribui consideravelmente para essa estatística, sendo uma doença aguda que necessita de uma rápida internação hospitalar e que, consequentemente, possui altos índices de mortalidade. Dessa forma, as doenças cardiovasculares, especialmente o IAM, são uma importante questão de saúde pública, uma vez que, por sua alta prevalência, os sistemas de saúde as priorizam. **Objetivo:** Analisar epidemiologicamente as internações por IAM no Distrito Federal no período de janeiro de 2020 a dezembro de 2023. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo utilizando dados disponíveis na base de dados do DATASUS por meio do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). O período estudado foi de janeiro de 2020 a dezembro de 2023. **Resultados:** A quantidade de internações hospitalares por IAM no intervalo dos quatro anos foi de 9758 pacientes, sendo que 404 evoluíram para óbito, logo a taxa de mortalidade foi de 4,14%. De todas as internações, observou-se que a maioria foi de pacientes do sexo masculino, um total de 6253 pacientes, enquanto que do sexo feminino foram 3505 pacientes. Ademais, a maioria das internações foram de pacientes a partir de 60 anos, totalizando 5606 internações. O tempo médio de permanência de todas as internações foi de 9,6 dias, gerando um custo total R\$39.400.602,24, média de R\$4.037,77 por pessoa. **Conclusão:** Nota-se que o perfil epidemiológico dos pacientes internados com IAM confirmam os dados estatísticos de que a prevalência é maior em pacientes do sexo masculino e em pacientes idosos. Ademais, percebe-se que uma parcela pequena das internações por IAM evoluíram para óbito, logo é possível inferir que o serviço de saúde está intervindo de maneira efetiva na mitigação de óbitos. Por fim, o custo médio por paciente internado por IAM é considerado baixo, uma vez que o sistema de saúde está salvando uma vida por menos de R\$ 5.000,00. Portanto, a análise desses dados é fundamental para a compreensão dessa doença no contexto do Distrito Federal.

6409

Análise do cenário das cardiopatias congênitas no Brasil entre 2000 e 2023

ADRIANO BRAGA BERNARDO.

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF, BRASIL.

Fundamento: As cardiopatias congênitas representam um grupo diversificado de malformações estruturais do coração e dos grandes vasos, presentes ao nascimento, sendo uma das principais causas de mortalidade infantil no mundo. Estima-se que, no Brasil, cerca de 1% dos nascidos vivos apresentem alguma cardiopatia congênita, variando desde formas leves e assintomáticas até condições graves que necessitam intervenção precoce. A melhoria no diagnóstico, tratamento e cirurgias corretivas tem permitido avanços significativos na sobrevida e qualidade de vida desses pacientes. Portanto, é essencial compreender o panorama epidemiológico das cardiopatias congênitas no Brasil, sua distribuição regional e a evolução dos tratamentos ao longo dos anos. **Objetivo:** Analisar a incidência e distribuição das cardiopatias congênitas no Brasil no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2023, com ênfase na evolução dos diagnósticos e tratamentos. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo baseado em dados disponíveis na base do DATASUS por meio do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). O período estudado foi de janeiro de 2000 a dezembro de 2023. Foram analisados dados referentes à incidência de cardiopatias congênitas, distribuição regional, taxa de internações e procedimentos cirúrgicos realizados, bem como a taxa de sobrevida dos pacientes. **Resultados:** Os dados indicam que, entre 2000 e 2023, foram registrados aproximadamente 280.000 casos de cardiopatias congênitas no Brasil. A distribuição regional revelou uma concentração significativa dos casos diagnosticados na região Sudeste, com cerca de 45% dos registros, seguida pelas regiões Sul (22%), Nordeste (18%), Centro-Oeste (9%) e Norte (6%). Observou-se também um aumento na identificação precoce dessas condições, especialmente devido à implementação de programas de triagem neonatal e avanços na ecocardiografia fetal. Em relação aos tratamentos, houve um crescimento progressivo no número de cirurgias corretivas, passando de aproximadamente 1.200 procedimentos anuais em 2000 para cerca de 3.500 em 2023. A taxa de sobrevida também apresentou melhoria significativa, sendo que atualmente cerca de 85% das crianças submetidas a intervenções cirúrgicas precoces sobrevivem até a vida adulta. **Conclusão:** A análise das cardiopatias congênitas no Brasil mostra avanços na detecção precoce e no tratamento, aumentando a sobrevida e qualidade de vida. Porém, persistem desafios, como desigualdade no acesso a cuidados especializados e a necessidade de mais centros de referência. Investir em capacitação, infraestrutura e triagem neonatal é essencial para melhorar o prognóstico desses pacientes.

6423

Identificação rara de variantes bialélicas no gene KLHL24 em paciente com fenótipo de cardiomiopatia hipertrófica: primeiro relato pernambucano

MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, DIOGO COUTINHO SUASSUNA, TAYNE FERNANDA LEMOS DA SILVA, GABRIELLY NASCIMENTO DE LIMA, CELINA MARIA DE CARVALHO GUIMARÃES, CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO, MARIA ELISA LUCENA SALES DE MELO, LUCAS VIEIRA LACERDA PIRES e SILVIA MARINHO MARTINS ALVES.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL - Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco Prof. Luiz Tavares, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: O fenótipo de cardiomiopatia hipertrófica (CMH) tem relação causal com variantes em genes codificadores de proteínas sarcoméricas, como o MYBPC3 e MYH7. É recente a descoberta de que variantes no gene KLHL24 se associam a tal fenótipo, sendo raras descrições a nível mundial. **Relato de caso:** Homem, 32 anos, pardo, procedente do Sertão pernambucano, previamente hígido, sem histórico pessoal de tabagismo, etilismo, hipertensão arterial ou diabetes mellitus. Antecedente familiar de morte súbita (MS) de avô paterno aos 46 anos. Em 2021, iniciou quadro de precordialgia incapacitante ao transportar cargas durante trabalho. Pelo histórico familiar, iniciou-se investigação para CMH, com ecocardiograma transtorácico (ECOTT), seguido de ressonância nuclear magnética do coração, a qual compatível com CMH de comprometimento biventricular, predomínio septal, sem sinais de obstrução de via de saída do ventrículo esquerdo (VSVE), além de fibrose miocárdica de padrão mesocárdico, multifocal, correspondendo a 15% da massa do VE e dilatação importante do átrio esquerdo. Contudo, evoluiu com recorrência da dor precordial, precipitada pelo mesmo mecanismo anterior, e dispnéia progressiva aos esforços, sem relato de dispnéia paroxística noturna, ortopneia, tontura ou síncope. Realizou Holter, com registro de 2 episódios de taquicardia ventricular, optando-se por implante de cardiodesfibrilador (CDI) como prevenção de MS. Ao longo do acompanhamento clínico, repetiu-se o ECOTT, identificando-se fração de ejeção preservada (61.79%), importante hipertrofia de VE (septo - 2,3cm) sem obstrução de VSVE, além de disfunção diastólica moderada e elevação da pressão capilar pulmonar (22mmHg). Paciente estava em uso de metoprolol 200mg/dia, amiodarona 200mg/dia e anlodipino 10mg/dia. Para confirmação etiológica, partiu-se para estudo genético através do sequenciamento completo do exoma do paciente, com achado de variantes de significado incerto (VUS) nos genes MYH7 e KLHL24, neste último foram identificadas duas variantes bialélicas, p.Arg306Cys e p.Val424Ile, ambas em heterozigose. Paciente seguiu acompanhamento ambulatorial, com otimização medicamentosa e melhora sintomatológica. Diante da raridade do caso, foram convidados seus familiares de primeiro grau para rastreamento em cascata das variantes encontradas. **Conclusão:** O relato descreve um caso raríssimo de duas variantes bialélicas no gene KLHL24 em paciente com fenótipo de CMH. Ressalta-se a importância da segregação familiar das variantes identificadas entre os parentes de primeiro grau a fim de possibilitar maior compreensão do padrão de herança e permitir um aconselhamento genético completo ao paciente e seus familiares.

6457

Avaliação clínica x exames complementares: qual estratifica prognóstico na fase vulnerável?

FLÁVIO HENRIQUE VALICELLI, SHEILA CARRARA HERMANN, ANDERSON DONIZETI RODRIGUES DIAS, FERNANDO SARAIVA CONEGLIAN, DENISE MAYUMI TANAKA, HENRIQUE TURIN MOREIRA e MARCUS VINICIUS SIMÕES.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, SP, BRASIL.

Fundamento: Métodos clínicos como o Escore Clínico de Congestão do Estudo Everest (ECC) e a ultrassonografia pulmonar (USP) são empregados para avaliar a congestão e estratificar o prognóstico antes da alta hospitalar de pacientes com insuficiência cardíaca aguda descompensada (ICAD). **Objetivo:** Objetivamos avaliar biomarcadores e achados de congestão residual pelo emprego do USP e do ECC em pacientes pré-alta hospitalar (PAH) por ICAD e correlacionar estes achados com ocorrência de eventos clínicos significativos na fase vulnerável (90 dias após alta hospitalar). **Materiais e Métodos:** Investigamos 100 pacientes consecutivos internados por ICAD, idade 58,2±13,7, 54% masculinos, FEVE=27,9±13,3, tempo de internação 11,2±5,6 dias, sendo avaliados na PAH com: 1. ECC, sendo positivo se apresentasse edema, ortopneia ou estase venosa jugular; 2. Ultrassom pulmonar (USP) avaliando 8 campos pulmonares para detecção de linhas B (LB), sendo positivo para congestão se ≥1 campo pulmonar mostrasse ≥3 LB, 3. Ultrassom de veia cava inferior (USVCI), sendo considerado positivo se o calibre expiratório da VCI ≥21mm e 4. Dosagem séricas de NT-ProBNP e creatinina. Desfechos clínicos de uso de furosemda endovenosa (FURO), re-internação por ICAD (REIN) e morte por qualquer causa foram monitorados na fase vulnerável de 90 dias após a alta hospitalar. Análise de regressão de Cox, uni e multivariada, foi utilizada para testarmos a correlação entre os resultados das variáveis investigadas e desfechos clínicos. **Resultados:** O ECC na PAH foi positivo em 39 (39%) dos pacientes, com detecção de turgência venosa jugular em 30%, ortopneia em 11% e edema em 4%. O USP foi positivo em 30% dos pacientes. O USVCI foi positivo em 34 pacientes (36,6%). Ocorreram 26 eventos na fase vulnerável, sendo 16 (16%) FURO, 23 (23%) eventos combinados de IC (FURO ou REIN) e 7 (7%) óbitos. A tabela 1 apresenta a análise de regressão univariada da correlação dos biomarcadores, ECC, USP e USVCI com os desfechos. A tabela 2 apresenta a análise de regressão multivariada incluindo as variáveis que mostraram correlação univariada positiva. **Conclusão:** Nossos resultados indicam que congestão residual é encontrada em cerca de 1/3 dos pacientes na PAH por ICAD e que o ECC é efetivo em identificar congestão clinicamente significativa que se associa a risco elevado de eventos após a alta, ao lado dos biomarcadores. O emprego do USP e USVCI, apesar de identificar congestão subclínica, não se associou a maior risco de eventos nesta população.

Tabela 1 – Análise de regressão univariada.

Variáveis	Desfechos na fase vulnerável								
	Furosemda			Evento combinado de IC			Óbitos		
	RR	IC 95%	p	RR	IC 95%	p	RR	IC 95%	P
Creatinina	4.31	1,81-10,25	0,001	2,64	1,32-5,27	0,006	5,78	1,83 - 18,28	0,003
NT-proBNP	1,000084	1,00-1,00	0,005	1,000064	1,00-1,00	0,021	1,0	1,0 - 1,0	0,001
ECC positivo	6,33	1,87-21,0	0,003	3,51	1,41-8	0,007	0,61	0,59-2,13	0,734
USP positivo	0,46	0,12-1,75	0,46	1,08	0,42-2,75	0,878	0,88	0,16-4,82	0,89
VCI positivo	2,67	0,893-8,01	0,079	1,60	0,64-3,99	0,314	2,50	0,52-11,86	0,252

Tabela 2 - Análise de regressão multivariada

Variáveis	Desfechos na fase vulnerável								
	Furosemda			Evento combinado de IC			Óbito		
	RR	IC 95%	p	RR	IC 95%	p	RR	IC 95%	p
Creatinina	4,48	1,66-12,1	0,03	2,51	1,18-5,35	0,017	3,15	0,7313,62	0,12
NT-proBNP	1,000014	0,99-1,00	0,71	1,000024	0,99-1,00	0,44	1,000112	1,00-1,00	0,016
ECC positivo	6,93	1,58-30,3	0,01	3,3	1,21-9,00	0,02	-	-	-

6460

Ultrassom pulmonar após esforço físico revela congestão residual pré-alta hospitalar de insuficiência cardíaca agudizada, com impacto prognóstico na fase vulnerável

FLAVIO HENRIQUE VALICELLI, ANDERSON DONIZETI RODRIGUES DIAS, SHEILA CARRARA HERMANN, FERNANDO SARAIVA CONEGLIAN, DENISE MAYUMI TANAKA, HENRIQUE TURIN MOREIRA e MARCUS VINICIUS SIMOES.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, SP, BRASIL.

Fundamento: A detecção de congestão antes da alta hospitalar por insuficiência cardíaca agudamente descompensada (ICAD) identifica pacientes com maior risco de eventos após internação. **Objetivo:** Objetivamos testar o uso de ultrassom à beira do leito após esforço sub-máximo pelo teste de caminhada de 6 minutos (TC6m) para aumentar a detecção de congestão residual subclínica em pacientes pré-alta hospitalar (PAH) por ICAD. **Materiais e Métodos:** Investigamos 100 pacientes hospitalizados por ICAD dos quais 71 (71%) puderam submeter-se ao TC6m na PAH, idade de 54,8±12,8 anos, 59% masculinos, FEVE = 23% (19,0-28,0), tempo de internação de 11,1±5,8 dias. Pacientes foram avaliados na PAH com ultrassom pulmonar (USP) avaliando 8 campos pulmonares para detecção de linhas B (LB), sendo positivo para congestão se >1 campo pulmonar mostrasse >3 LB. O ultrassom de veia cava inferior (USVCI) foi considerado positivo se o calibre expiratório da VCI >21mm no repouso e positivo no esforço se houver aumento do calibre e valor final >21mm. Desfechos clínicos de uso de furosemida endovenosa (FURO), re-internação por ICAD (REIN) e morte por qualquer causa foram monitorados na fase vulnerável de 90 dias após a alta hospitalar. **Resultados:** A distância percorrida no TC6m foi 366,0±104,7m, sendo que 26,8% dos pacientes não atingiram >300m. USP em repouso detectou congestão residual em 21 (30%) dos pacientes, sendo que 11 (15,7%) pacientes adicionais foram detectados com USP após esforço. Pelo emprego do USVCI 23 (34,3%) dos pacientes apresentaram acentuação da congestão após esforço. Vinte pacientes (28,2%) apresentaram desfechos na fase vulnerável, sendo 10 (14%) FURO, 9 (12,7%) REIN e 4 (5,6%) mortes. Na análise de regressão de Cox univariada, testando a associação com desfechos clínicos, o USP positivo após esforço apresentou Relação de Risco (RR) =7,66 (IC 95%: 1,70-34,47), p =0,008 e USVCI positivo após esforço, RR =5,97 (IC 95%: 1,37-26,0), p =0,017 para FURO. Para eventos de IC (FURO ou REIN), o USP positivo após esforço apresentou RR = 6,39 (IC 95%: 1,57-25,75), p = 0,009 e o USVCI positivo após esforço apresentou RR =4,84 (IC 95%: 1,53-15,29), p =0,007. Na análise de regressão multivariada, tanto USP quanto USVCI positivos após esforço associaram-se de forma independente a FURO e eventos de IC (tabela). **Conclusão:** O emprego de USP e USVCI após TC6m amplia a detecção de congestão subclínica em significativa proporção de pacientes em PAH por ICAD, identificando pacientes com maior risco de eventos de IC na fase vulnerável.

Variáveis	Furosemida			Evento de IC		
	RR	IC 95%	p	RR	IC 95%	p
USP positivo	16,41	1,96 – 137,28	0,010	11,55	1,74 – 76,65	0,011
USVCI positivo	1,2	1,00 – 1,45	0,047	10,61	2,07 – 54,42	0,005

6776

Experiência entre 2 institutos no atendimento em cardio-oncologia

TATIANA ABELIN MARINHO, AURORA FELICE CASTRO ISSA, MILENA DOS SANTOS, CINARA PRADO CABRAL, MARCOS J PEREIRA RENNI, TEREZA FELIPPE CRISTINA GUIMARÃES, FABIOLA ARAÇAO, GABRIELA MONNERAT e LISA DE CASTRO FIALHO.

Instituto Nacional de Cardiologia, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: Cardio-Oncologia (CO) é uma especialidade multidisciplinar voltada ao manejo e prevenção de complicações cardiovasculares (CV) em pacientes com câncer(PC) e sobreviventes. Novas tecnologias têm sido desenvolvidas propondo melhores desfechos aos PC e melhora de sua sobrevivida. **Objetivo:** Identificar fatores de risco (FR) e um perfil cardiológico de PC através de uma parceria entre 2 institutos especializados: um instituto de câncer(IC) e um instituto de cardiologia (ICA) envolvidos no manejo de pacientes com câncer e de doenças CV. Esse modelo promove consultas especializadas em CO, permitindo soluções rápidas à questões como angina, insuficiência cardíaca (IC), implantação de dispositivos cardíacos e cirurgias complexas que necessitam de decisões conjuntas entre os times de cardiologia e oncologia, permitindo a continuidade do tratamento oncológico a despeito de suas complicações cardíacas. **Materiais e Métodos:** Análise de dados de 145 pacientes consecutivos referenciados para consulta em CO entre IC e ICA entre 2019 e 2024. Dados foram coletados retrospectivamente sendo utilizado o programa estatístico R. **Resultados:** As mais frequentes comorbidades foram hipertensão arterial sistêmica (87%), dislipidemia (55%), diabetes (43%) e tabagismo (37%). As principais neoplasias envolvidas foram câncer de mama (CM) 25%, linfoma (LIN) 13%, próstata (CPR) 11% e tumores colorretais (TCR) 8%. Os principais motivos de encaminhamento foram angina e evidência de isquemia miocárdica (45%), dispnéia ou IC (24%) e outros (31%). A principal etiologia da IC foi isquêmica (ICI)- 40% - seguida por cardiotoxicidade relacionada à quimioterapia (CDTX)- 10%. Apesar de não ter havido significância estatística (SE) entre o tipo de neoplasia e a etiologia da IC (p=0,33), ao avaliarmos os pacientes com LIN, houve SE entre LIN e CDTX(p=000077), assim como entre CDTX e uso de antracíclicos(AC)(p=0,02). Há associação estatística significativa entre CDTX neoplasias em geral e ICI(P=0,033), mas não foi encontrada neoplasia específica com correlação significativa com ICI, apesar de ter havido leve tendência entre CPR e ICI sem SE (p-0,107). Por outro lado, não houve significância estatística entre o uso prévio de AC e a presença de CDTX em pacientes com CM. As mais frequentes neoplasias observadas na amostra (CM, LIN, PC e TCR) são similares àquelas reportadas em outras coortes internacionais. Tais achados também corroboram para um novo conceito de que toxicidade não está somente relacionada à efeitos de drogas, mas também a condições cardíacas e fatores de risco pré-existentes, durante e após o tratamento. **Conclusão:** Apesar de nossa amostra ser de pacientes oncológicos, doença cardíaca isquêmica permanece como principal etiologia de IC reforçando que CO não é somente manejar efeitos colaterais de quimioterápicos, mas também acompanhar comorbidades CV.

7586

Perfil das internações por insuficiência cardíaca no Brasil: um estudo de séries temporais

FELIPE DE OLIVEIRA XAVIER, NÍCOLAS GABRIEL DE OLIVEIRA, PEDRO LUCAS DE OLIVEIRA TORRES, DANIELE SCHIAVI, ANA CLARA DE MELO ALMEIDA, ANTÔNIO VICTOR CAVALCANTI ARAÚJO e FRANCISCO ORLAN DE SOUSA NETO.

UFPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome crônica caracterizada pela disfunção cardíaca, resultando em congestão, dispneia e edema. Pode ter origem isquêmica, hipertensiva ou valvar, com diferentes perfis de fração de ejeção. O tratamento combina terapia medicamentosa e, em casos avançados, suporte circulatório ou transplante. Fatores genéticos e comorbidades influenciam sua progressão, tornando essencial o diagnóstico precoce e abordagens personalizadas. Pesquisas avançam em estratégias para melhorar a função cardíaca e reduzir a mortalidade. **Objetivo:** Avaliar as alterações nos perfis das internações de pacientes com IC no Brasil no período de 2014 a dezembro de 2024. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo descritivo que analisa as séries temporais das taxas de internação de pacientes com IC no âmbito do SUS. As informações sobre os pacientes e a natureza do atendimento foram extraídas do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, juntamente com os dados necessários para o cálculo das taxas de internação. A variação percentual anual média (VPA) dessas taxas foi estimada por meio de uma regressão linear generalizada utilizando o método de Prais-Winsten. **Resultados:** Durante o período analisado, foram registradas um total de 2.213.782 internações de pacientes com insuficiência cardíaca no Brasil, sendo 1.146.353 (51,78%) do sexo masculino. De maneira geral, a taxa de internação mostrou uma tendência de diminuição (VPA = -1,36; p <0,001). Em relação ao sexo, evidenciou-se uma tendência de diminuição tanto para os homens (VPA = -1,07; p <0,001) quanto para as mulheres (VPA = -1,67; p <0,001). Se tratando das faixas etárias, houve uma tendência de decréscimo nas internações de pacientes com menos de 25 anos (VPA = -3,45%; p <0,001), bem como na faixa entre 25 e 50 (VPA = -0,90; p <0,001) e acima de 50 anos (VPA = -1,32; p <0,001). No que se refere ao tipo de atendimento, as internações eletivas apresentaram um aumento (VPA = 5,97%), ao passo que as internações de urgência tiveram uma tendência de diminuição (VPA = -1,64; p <0,001). **Conclusão:** Os dados mostram uma tendência de redução nas internações por insuficiência cardíaca no Brasil, independentemente do sexo e da faixa etária, o que indica avanços no tratamento e na prevenção da doença. Observa-se um aumento nas internações eletivas e uma queda nas de urgência, sugerindo um melhor controle da condição e uma menor incidência de complicações graves, o que fala a favor das terapias atuais. Dito isso, tais resultados refletem progressos na gestão da insuficiência cardíaca, mas reforçam a necessidade de manter o acompanhamento, ampliar o acesso a cuidados de saúde e fortalecer medidas preventivas para sustentar essa evolução.

8116

Fibrose miocárdica extensa em paciente com esclerose sistêmica: um desfecho por diagnóstico retardado

BÁRBARA FRAZÃO DE CAMPOS FREIRE, GIOVANA PEREIRA BELITARDO e LORENA ALVES DE SOUZA LEAL DE ARAÚJO.

Incor, Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A esclerose sistêmica é uma doença auto-imune caracterizada por danos vasculares difusos, e pode comprometer diversos órgãos como pulmões, rins e coração. Este trabalho se propõe a relatar o diagnóstico e a condução de um caso de miocardiopatia por esclerose sistêmica. **Relato de caso:** Paciente feminina, 53 anos, previamente hígida, procura atendimento por dispneia e edema de membros inferiores após infecção por COVID em 2020. Realiza ecocardiograma (ECOTT) que apresenta fração de ejeção de ventrículo esquerdo (FEVE) de 64% e disfunção diastólica grau II de ventrículo esquerdo. Após consulta com cardiologista tem o diagnóstico de miocárdite pós-covid em remissão e recebe alta. Em 2022 procura novo atendimento pelas mesmas queixas, novo ECOTT mostra FEVE de 39% e pressão sistólica de artéria pulmonar de 43, quando inicia uso de enalapril, bisoprolol, espirolactona, empaglifozina e furosemida. Em 2024 inicia acompanhamento no nosso ambulatório, trazendo teste negativo para Chagas, cateterismo sem lesões obstrutivas e ressonância magnética com os achados de dilatação de câmaras esquerdas, FEVE 25% com acinesia e afilamento de parede inferolateral e hipocinesia das demais paredes, acentuado realce tardio miocárdico envolvendo ventrículo esquerdo, de aspecto transmural em parede inferior e lateral, e não-transmural nos segmentos anterior basal, anterior médio e septal inferior apicais. Nesta consulta refere dores articulares e traz um resultado de FAN positivo. A paciente é encaminhada ao reumatologista e recebe pedido de um PET FGD. Em março de 2025 retorna para a realização do exame, mas na avaliação se encontra dispneica, edemaciada e com sinais de baixo débito, quando é internada por insuficiência cardíaca descompensada em perfil C. O PET FGD mostra mínima captação do radiofármaco em parede anterior e anterossseptal de ventrículo esquerdo, identificada apenas em imagens dedicadas. É feito diagnóstico de miocardiopatia por esclerose sistêmica e após discussão com a reumatologia é optado por não realizar imunossupressão. Durante a internação a paciente evoluiu com dificuldade no desmame do inotrópico, sendo iniciada avaliação pré-listagem para transplante cardíaco. **Conclusão:** O atraso no diagnóstico do envolvimento cardíaco da esclerose sistêmica tem impacto negativo importante no prognóstico, já que o tratamento precoce é mandatório para evitar complicações como a fibrose e a hipertensão pulmonar. No caso relatado, ao momento do diagnóstico, a paciente já apresentava fibrose extensa sem sinais de atividade da doença, sem indicação, portanto, de imunossupressão ou de outras medicações como bloqueadores de canais de cálcio, restando como única alternativa o transplante cardíaco.

Correlação entre avaliação da captação regional com análise de SPECT da cintilografia com TC99m-pirofosfato e strain longitudinal do ecocardiograma em pacientes com amiloidose cardíaca por transtirretina

FERNANDO SARAIVA CONEGLIAN, DENISE MAYUMI TANAKA, MINNA MOREIRA DIAS ROMANO, ANDRE TIMOTEO SAPALO, SHEILA CARRARA HERMANN, FLÁVIO HENRIQUE VALICELLI, WILSON MARQUES JÚNIOR, PEDRO MANOEL MARQUES GARIBALDI e MARCUS VINICIUS SIMÕES.

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, BRASIL.

Fundamento: Amiloidose cardíaca por transtirretina é uma importante causa de Insuficiência cardíaca com Fração de Ejeção Preservada, O diagnóstico da doença geralmente é realizado de maneira não invasiva, através da cintilografia miocárdica com radiotraçadores ósseos. No Brasil, o radiofármaco utilizado é o Tc99m-Pirofosfato. Os fatores relacionados à intensidade da captação tem sido investigados, e estão relacionados ao prognóstico da enfermidade. Alguns trabalhos tem mostrado variações da captação regional do radiofármaco nas paredes ventriculares de maneira segmentar. Além disso, foi descrito um índice de apical sparing para a Cintilografia que se correlacionou com achados de pior prognóstico com a redução do gradiente encontrado. Faltam trabalhos endereçados a compreender a dinâmica de correlação entre achados funcionais do ecocardiograma como o Strain Longitudinal segmentar com a captação regional de Pirofosfato através da análise do SPECT. **Objetivo:** Correlacionar a quantificação de captação pela Cintilografia com Pirofosfato e o Strain Longitudinal medido pelo ecocardiograma. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Avaliação prospectiva de pacientes com amiloidose cardíaca por transtirretina, através da Cintilografia com Tc99m-Pirofosfato e Ecocardiograma. Foram analisadas imagens de SPECT, com utilização de software específico, MunichHeart, capaz de gerar uma imagem de 17-segmentos do ventrículo esquerdo, para a realização de quantificação da captação segmentar, absoluta e relativa, o que foi correlacionado com os valores gerados através da análise do Strain longitudinal do ventrículo esquerdo, em software da GE. Para a análise estatística, foi utilizado teste de correlação de Spearman dado que as variáveis apresentavam uma distribuição não normal. **Resultados:** Foram analisados 14 pacientes com SPECT positivo, e 21 exames analisados no total. Foram correlacionadas a captação segmentar média de cada um dos segmentos basais, médios, e uma média dos segmentos apicais, com o valor do Strain regional de cada um dos segmentos basais, médios e uma média dos segmentos apicais. Não foi identificado um padrão de apical sparing nas análises da captação relativa segmentar (Figura 1), sendo identificado na realidade uma maior captação do Ápice, diferentemente do verificado nas análises regionais do Strain através do ECO (Figura 2). Apesar disso, foi identificada uma correlação entre os valores absolutos da captação com os valores do Strain dos diferentes segmentos (Figura 3). **Conclusão:** Através da análise realizada, foi encontrada uma correlação entre o aumento da captação regional de Pirofosfato e a piora do Strain longitudinal nos diferentes segmentos estudados, o que pode sugerir uma correlação fisiopatológica entre o depósito amiloide detectado pela cintilografia com a lesão miocárdica capaz de gerar uma redução no Strain longitudinal.

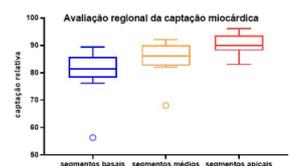


Figure 1: Médias da quantificação relativa das captações dos segmentos basais, médios e apicais

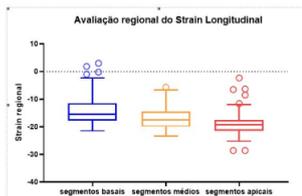


Figure 2: Médias do Strain longitudinal segmentar, com maior comprometimento dos segmentos basais e médios.

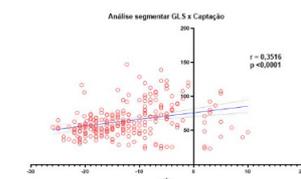


Figure 3: Correlação entre as captações segmentares e o Strain longitudinal segmentar.

Aneurisma da raiz aórtica em paciente pós-transplante cardíaco: desafios clínicos e cirúrgicos em um caso raro

PRISCILA SOUZA SARMENTO ALVES, TIAGO FEITOSA DE OLIVEIRA DA SILVA, SOFIA FERNANDES MACHADO DIAS, RAYANE MARIA E SILVA, ARTHUR DUTRA DO BOMFIM, LUCAS MARQUES DOS SANTOS e MARCELO BOTELHO OLHOA.

Centro Universitário Euro Americano, Brasília, DF, BRASIL.

Fundamento: O aneurisma da raiz aórtica refere-se à dilatação anormal e progressiva da porção inicial da aorta, localizada logo acima da valva aórtica. Em pacientes submetidos a transplante cardíaco, o aneurisma é considerado raro e está frequentemente associado a fatores como rejeição crônica do enxerto, inflamação vascular persistente, imunossupressão prolongada ou degeneração estrutural das paredes arteriais do coração doador. Esta condição pode levar a complicações graves, como insuficiência valvar, dissecação ou ruptura da aorta, com risco significativo para a vida do paciente. **Relato de caso:** Paciente, F, 49 anos, com histórico de insuficiência cardíaca secundária à cardiomiopatia chagásica avançada. Submetida a transplante cardíaco em março de 2019. No pós-operatório evoluiu com rejeição aguda do enxerto, com consequente redução parcial da fração de ejeção, insuficiência renal aguda, aplasia medular secundária à imunossupressão e diabetes mellitus insulínica dependente subsequente ao regime imunossupressor. Tratada e estabilizada. Durante o seguimento pós-transplante, a paciente apresentou uma evolução inesperada caracterizada por dilatação aneurismática progressiva da raiz da aorta ascendente do coração transplantado. Em junho de 2021, diante da progressão do aneurisma e dos riscos associados, foi realizado procedimento de Bentall de Bono, consistindo na substituição da raiz aórtica e da valva aórtica por uma prótese mecânica associada a um tubo de Dacron, além da realização de comissuroplastia tricúspide. Atualmente, através do controle ecocardiográfico foi evidenciada a estabilidade funcional cardíaca, apesar de múltiplas alterações estruturais, como hipertrofia ventricular excêntrica, disfunção diastólica grau I e dilatação atrial esquerda. Com repercussões clínicas como dispneia e dor torácica inespecífica. **Conclusão:** Este caso resalta importantes desafios clínicos associados ao aneurisma da raiz aórtica em paciente pós-transplante cardíaco. Destaca-se a complexidade no diagnóstico precoce e acompanhamento rigoroso através de exames de imagem, para identificação precoce. Destaca-se ainda a realização do procedimento de Bentall de Bono, que apresenta elevado risco em pacientes imunossuprimidos devido à vulnerabilidade aumentada a infecções e complicações pós-operatórias. Além disso, o manejo clínico prolongado inclui controle das alterações estruturais cardíacas persistentes, como hipertrofia ventricular excêntrica e disfunção diastólica grau I, que podem justificar sintomas residuais como dispneia aos esforços, impactando diretamente na qualidade de vida da paciente. Dessa forma, fica evidente a necessidade de uma abordagem multidisciplinar contínua, individualizada e coordenada para garantir a melhor evolução clínica e funcional da paciente.

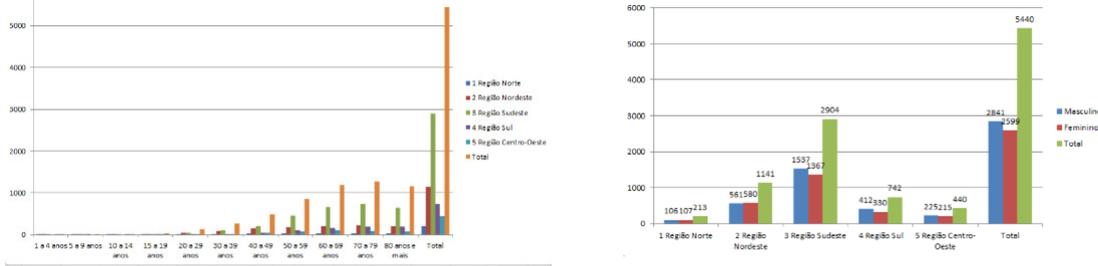
8287

Comparação das taxas de mortalidade hospitalar por endocardite infecciosa em próteses valvares e válvulas nativas nas diferentes regiões do Brasil entre 2018 e 2023

GABRIEL DOS ANJOS PIRES SILVA, CLARA MARIA SOUZA, ICARO SANTOS DA SILVA, LUCAS CORREIA SERRA, WESLEY DE JESUS BATISTA, GABRIEL BISPO DE FRANÇA e ELIS NATYELLE OLIVEIRA MORAES.

UNEB, Salvador, BA, BRASIL - UNIME, Lauro de Freitas, BA, BRASIL.

Fundamento: A Endocardite Infecciosa (EI) consiste em um processo infeccioso da superfície endotelial do coração, envolvendo preferencialmente as válvulas cardíacas. Em geral, acomete pacientes com alterações estruturais no coração, como cirurgia valvar prévia, além dos portadores de cateteres de longa permanência, dispositivos intracardíacos e/ou expostos a condições que possam gerar bacteremia. **Objetivo:** Analisar as taxas de mortalidade hospitalar por Endocardite Infecciosa em próteses valvares e válvulas nativas nas diferentes regiões brasileiras entre os anos de 2018 e 2023. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico descritivo baseado no sistema de dados do DATASUS entre os anos de 2018 a 2023, onde foram considerando as variáveis sexo e faixa etária. No que tange à análise estatística, foram consideradas as variáveis sexo e faixa etária e utilizados o software Microsoft Office Excel e o IBM SPSS Statistical, incluindo testes de correlação e comparação entre as variáveis. **Resultados:** A análise dos dados revela um total de 5.440 casos, onde 52,3% correspondem ao sexo masculino e 47,7% ao sexo feminino. A distribuição geográfica indica predominância na região Sudeste, com 2.904 casos (53,4%), seguida pelo Nordeste, com 1.141 (21,0%), Sul, com 742 (13,6%), Centro-Oeste, com 440 (8,1%), e Norte, com 213 casos (3,9%). A distribuição por sexo apresenta um leve predomínio masculino na maioria das regiões, exceto no Norte (49,77% H e 50,23% M) e no Nordeste (49,17% H e 50,83% M). No entanto, a variação percentual entre os sexos é baixa com uma distribuição relativamente homogênea. Em relação à faixa etária, a maioria dos casos concentra-se entre 60 e 79 anos (47,1%), com um pico de incidência entre 70 e 79 anos, totalizando 1.281 casos (23,55%). **Conclusão:** O levantamento indica um aumento progressivo na incidência da Endocardite Infecciosa nos últimos anos, com destaque para a região Sudeste. A prevalência é significativamente maior entre idosos, especialmente na faixa etária de 60 a 79 anos, que concentra a maioria dos casos e apresenta a maior taxa de mortalidade. Dentre esse grupo, a faixa de 70 a 79 anos registra a maior incidência, representando 23,55% do total de casos. Observa-se uma relação direta entre idade e incidência da EI, com um crescimento progressivo ao longo das faixas etárias. Enquanto crianças e adolescentes (1 a 19 anos) correspondem a apenas 1,3% dos casos, há um aumento expressivo a partir dos 40 anos, sugerindo uma forte associação entre o envelhecimento e a maior susceptibilidade à doença.



8389

Características clínicas e de exames complementares de uma coorte de pacientes com miocardiopatia hipertrófica não obstrutiva

ESTÊVÃO LANNA FIGUEIREDO e FERNANDO CARVALHO NEUNSWANDER.

Hospital Orizonti, Belo Horizonte, MG, BRASIL - NUPEC, Núcleo de Pesquisa e Estudos em Cardiologia, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

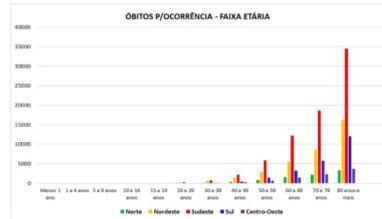
Fundamento: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é a mais prevalente das cardiopatias de origem genética, e causada predominantemente por mutações em genes que codificam proteínas sarcoméricas. Apresenta múltiplas formas de apresentações fenotípicas quanto aos sintomas, evolução clínica, prognóstico. A maioria dos pacientes são assintomáticos; uma minoria sofre sintomas debilitantes e apresentam um risco aumentado de morte súbita cardíaca (MSC) prematura. Cerca de 1/3 dos pacientes apresentam a forma não-obstrutiva e sua evolução é tida como mais "benigna" que as formas obstrutivas. **Objetivo:** Descrever as características clínicas, bem como achados e eletrocardiograma (ECG), ecocardiograma (ECO) e laboratoriais de uma coorte de pacientes com CMH não-obstrutiva acompanhados em um serviço de referência do sudeste brasileiro. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo observacional de uma coorte consecutiva, acompanhada em um serviço de referência no sudeste. **Resultados:** Entre Julho/2023 e Março/2025, 32 pacientes consecutivos foram acompanhados em nosso serviço, com quadro de CMH, forma não-obstrutiva. A idade média foi de 56±13 anos, variando entre 23 e 85 anos. 19 pacientes eram mulheres (59,3%). 21 pacientes (65%) apresentavam história familiar de MSC. Dentre os 09 com testes genéticos positivos, 06 pacientes apresentaram mutações no gene MYH7 (apenas 01 homem), 02 mulheres apresentaram mutações no gene TNNT2, 01 mulher apresentou mutação no gene MYH2. Uma paciente apresentou variante de significado incerto no gene MYH6. 10 (31%) dos pacientes tinham história de fibrilação atrial e 08 (25%) eram usuários de desfibrilador implantável. Destes, apenas uma como prevenção secundária de morte súbita abortada. Nenhum destes pacientes apresentou choques apropriados durante o período de observação do estudo. Quanto à classe funcional da NYHA, 23 pacientes (72%) estavam em classe II, 06 em classe I e 03 em classe III. Dor torácica foi relatada por 08 (25%) pacientes e apenas 04 (12,5%) apresentavam história de síncope. 06 (19%) pacientes internaram-se ao menos uma vez por sintomas de insuficiência cardíaca no período de observação do estudo. Nenhum paciente morreu. Quanto aos biomarcadores cardíacos, 24 (75%) apresentavam peptídeos natriuréticos elevados e 12 (37,5%) tinham troponinas elevadas. Quanto ao ECG, 10 (31%) não apresentavam sinais sugestivos de hipertrofia miocárdica. Apenas um paciente, masculino, de 67 anos, apresentava a forma yamagushi ao ecocardiograma. Apenas 02 pacientes apresentavam fração de ejeção ventricular esquerda abaixo do normal (45% e 48%). **Conclusão:** Nesta coorte de portadores da forma não obstrutiva de CMH, os pacientes apresentaram, em geral, boa evolução clínica. Esta entidade, embora menos frequente que a forma obstrutiva, ainda precisa ser melhor estudada. Estudos observacionais, como este, são importantes.

Mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca antes, durante e após a pandemia da Covid-19 no Brasil: um estudo ecológico

WESLEY DE JESUS BATISTA, LORENA XAVIER ANTUNES DE JESUS, CLARA MARIA SOUSA, GABRIEL BISPO DE FRANÇA, ICARO SANTOS DA SILVA, LUCAS CORREIA SERRA, ELIS NATYELLE OLIVEIRA MORAES, MICHELLE DE SANTANA ARAÚJO e GABRIEL DOS ANJOS PIRES SILVA.

Faculdade Zarns, Salvador, BA, BRASIL - UnidomPedro, Salvador, BA, BRASIL - UNIME, Lauro de Freitas, BA, BRASIL - Universidade do Estado da Bahia, UNEB, Salvador, BA, BRASIL - Universidade Federal da Bahia, UFBA, Salvador, BA, BRASIL.

Fundamento: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome clínica caracterizada pela incapacidade/insuficiência de bombeamento adequado de sangue pelo coração. Entretanto, durante a pandemia da COVID-19, grandes desafios foram impostos dado a semelhança de sinais e sintomas em quadros virais agudos e IC, como tosse e dispnéia. Assim, a "síndrome cardiovascular aguda" descreve alterações no sistema ligadas à infecção pelo SARS-CoV-2. **Objetivo:** Analisar e comparar a taxa de mortalidade por IC antes, durante e após a pandemia da COVID-19, segundo as regiões brasileiras no período de Janeiro de 2019 a dezembro de 2023, notificados no Sistema Único de Saúde do Brasil. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo e analítico, com informações do Sistema de Morbidade Hospitalar (SIH/SUS), do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). As variáveis consideradas foram regiões brasileiras, número de óbitos, sexo e cor/etnia. **Resultados:** O Brasil registrou o total de 150.756 óbitos por IC, distribuídas nas cinco regiões do país. O ano de 2022 se destacou com o maior número de casos representando 21,96% do total, além de obter a maior incidência de mortes, correspondendo a 22% no período. Em contraste, 2019 teve a menor incidência, com 18%. Os anos de 2020, 2021 e 2023 seguiram com 18,42%, 20,79% e 20,86%, respectivamente. A região Sudeste liderou em número de mortes (49,46%), seguida pelo Nordeste (23,06%), Sul (15,44%), Norte (5,77%) e Centro-Oeste (5,79%). Em relação à cor/etnia, houve predominância de óbitos entre indivíduos brancos (52,53%), pardos (34,76%) e negros (9,79%). As mulheres representaram 52% dos casos, enquanto os homens 48%. Quanto à faixa etária, os maiores índices de mortalidade foram observados entre idosos de 80 anos ou mais, com 46,46%, seguidos pelos grupos de 70 a 79 anos, com 24,95%, e de 60 a 69 anos com 15,91%. **Conclusão:** Conclui-se que no primeiro ano da pandemia (2020), os óbitos por IC no Brasil aumentaram comparados a 2019, atingindo seu pico de mortalidade em 2022. Em 2023, notou-se que os óbitos reduziram após a ampla vacinação da população e do fim do estado de emergência em saúde pública. Contudo, os dados obtidos podem subestimar a extensão do problema devido a subnotificações e por se tratar de uma afecção associada a quadros respiratórios agudos. Os resultados destacam a urgência de estratégias voltadas ao manejo e prevenção dessas condições, enfatizando a importância de ações integradas, que incluam a detecção precoce, tratamentos eficientes e educação pública sobre os fatores de risco.





ABC
Heart Failure &
Cardiomyopathy