



BOLETIM INFORMATIVO

HCI



Ano 5 nº13

Janeiro a Abril 2009

TELEFONE DE URGÊNCIA
24 HORAS DA EQUIPE MÉDICA

(16) 9721-0163

www.hci.med.br

Neste primeiro boletim de 2009 mostramos uma angioplastia de íliaca, primeiro procedimento terapêutico em São Sebastião do Paraíso, uma paciente com endomiocardiofibrose documentada com biopsia no hospital São Lucas em Ribeirão Preto, e uma doença descrita recentemente, a Síndrome de Takotsubo, exame realizado em Pouso Alegre.

Fazemos também um resumo das 3 (três) patologias acompanhando os relatos de caso.



CATERISMO EM SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO

UNIDADES

Santa Casa de Ribeirão Preto



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

Equipe: Drs. Luiz Albanex Netto, José Luis Attab dos Santos, Clemente Greguolo, Elías de Mello Ayres Neto, José Fábio Fabris Junior e Vicente Paulo Resende Júnior.

Amecor - Hospital do Coração



Av. Rubens de Mendonça,
898 - Cep.: 78008-000
Cuiabá MT
Fone: (65) 3612-7053
Fax: (65) 3624-3300
e-mail:
hemocorcb@brturbo.com

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

Hospital e Maternidade São Lucas



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

Equipe: Drs. José Luis Attab dos Santos, Clemente Greguolo, Elías de Mello Ayres Neto e José Fábio Fabris Junior.

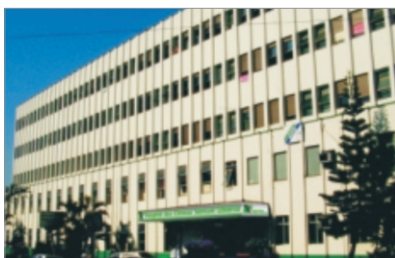
Santa Casa de Misericórdia



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

Equipe: Drs. José Luís Attab dos Santos, Clemente Greguolo, Elías de Mello Ayres Neto e José Fábio Fabris Júnior.

Hospital das Clínicas Samuel Libânio



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

Equipe: Drs. Alan Nascimento Paiva, Carlos Henrique Raggiotto, José Luis Attab dos Santos, Clemente Greguolo, Elías de Mello Ayres Neto, José Fábio Fabris Júnior e Roberto Lebet.

PUBLICIDADE

HOSPITALAR DEVICES

Qualidade para Salvar Vidas

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

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

DISTRIBUIDOR

Boston
Scientific



TORAY

Edwards



BOLETIM INFORMATIVO

HCI



Ano 5 nº13

Janeiro a Abril 2009

TELEFONE DE URGÊNCIA

24 HORAS DA EQUIPE MÉDICA

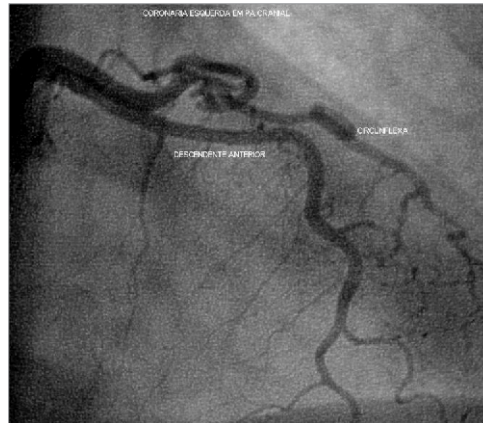
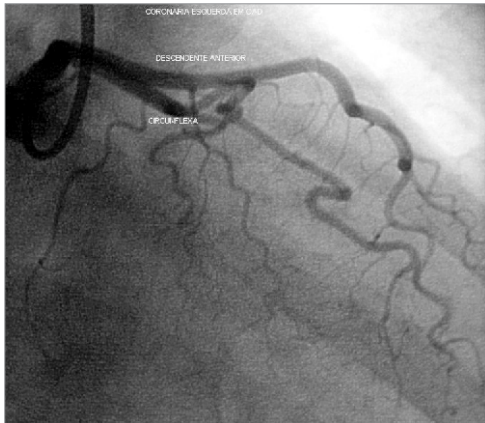
(16) 9721-0163

CASOS CLÍNICOS

SÍNDROME DE TAKOTSUBO

M.C.R.A, sexo feminino, 59 anos, hipertensa, com quadro depressivo sob acompanhamento psiquiátrico, deu entrada no ps com precordialgia de alta intensidade, do tipo aperto, com irradiação para o pescoço e membro superior esquerdo, de início súbito, com duração aproximada de 2 horas. Ecg evidenciou supra de st de 3mm em parede anterior extensa. Optado por estratificação invasiva precoce (fotos).

Encaminhada para Uti, iniciado infusão de nitroglicerina endovenosa e heparinização plena onde permaneceu por 48 horas. Encaminhada para a enfermaria, recebendo alta hospitalar 7 dias após o evento. Já a nível ambulatorial, 20 dias após o IAM foi submetida a um ecocardiograma transtorácico demonstrando ausência de alterações de mobilidade segmentar sendo compatível com a normalidade.



Síndrome de takotsubo (do japonês, significa armadilha para polvo), ou síndrome do coração partido, ou, ainda abaulamento ventricular apical transitório, consiste em um quadro de dor torácica com características anginosas que acomete geralmente mulheres acima dos 60 anos de idade e, via de regra, decorre de quadro de estresse emocional severo.

O mecanismo responsável pela síndrome ainda não foi elucidado. Porém, alguns fatores estão implicados na sua gênese como:

- Espasmo epicárdico multivascular,
- Disfunção miocitária secundária a aumento das catecolaminas circulantes,
- Espasmo ou disfunção microvascular e nocaute miocárdico neurologicamente mediado.

No atendimento emergencial, os sintomas, a elevação dos marcadores de necrose miocárdica e os achados eletrocardiográficos são semelhantes aos de um IAM em evolução.

Quando levados para cinecoronariografia de urgência mostram-se sem aterosclerose coronariana obstrutiva, mas, a ventriculografia demonstra uma

acinesia anterior extensa com disfunção ventricular. O ventrículo esquerdo fica morfologicamente semelhante a uma armadilha de polvo (takotsubo).

Não existe tratamento específico para estes pacientes sendo em alguns casos necessário a utilização de inodilatadores e balão de contrapulsção. O prognóstico em longo prazo é bom, com reversão total da disfunção ventricular (7 a 30 dias), normalização do ECG e da cintilografia.

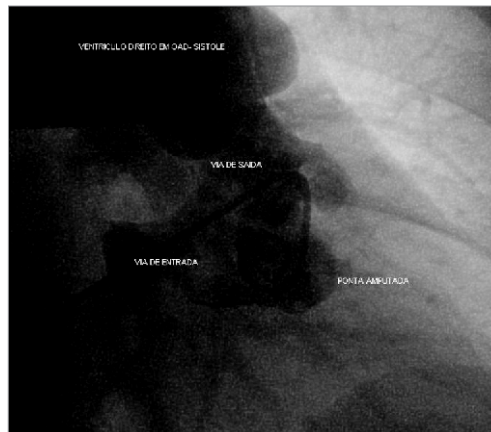
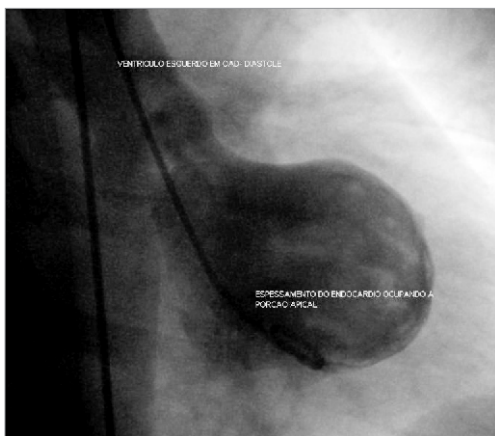
Referências bibliográficas:

- Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 84, N° 4, Abril 2005 -Miocardiopatia Adrenérgica: o Estresse Pode Causar uma Cardiopatia Aguda?
- Doença coronariana não-aterosclerótica: fisiopatologia e tratamento-Procárdiol ciclo3 modulo 3.
- Transient left ventricular apical ballooning: a syndrome that mimics ST-segment elevation myocardial infarction. Med. 2004 Dec 7; 141(11):858-65.



ENDOMIOCARDIOFIBROSE DE AMBOS VENTRÍCULOS

E.F.B.C, sexo feminino, 54 anos, com quadro de precordialgia atípica e dispnéia progressiva a moderados esforços.



A primeira descrição da endomiocardiofibrose foi feita por Davies em 1948. É uma doença de etiologia ainda desconhecida que pode comprometer os dois ventrículos independente ou associadamente. Sua característica principal é a fibrose do endocárdio e em grau variado do miocárdio, determinando alterações estruturais das câmaras ventriculares. Como conseqüência ocorre restrição diastólica diretamente relacionada à extensão da fibrose e insuficiência das valvas tricúspide e mitral, cuja presença ou grau de disfunção não depende da extensão da fibrose, mas da sua localização.

Quadro clínico - A história natural desta patologia é muito variável podendo evoluir sem grandes complicações, ou com quadro clínico de insuficiência cardíaca intensa e refratária levando à óbito em 50% dos casos, no prazo de dois anos. O eletrocardiograma é inespecífico, mas pode ser útil na identificação do ventrículo envolvido. Na angiocardiografia existem aspectos morfológicos ventriculares que chamam a atenção como a restrição ou

obliteração do ápice, levando a redução da dimensão diastólica ventricular, juntamente com irregularidades endocárdicas.

O tratamento clínico com diuréticos e digitálicos tem pouco resultado. O tratamento cirúrgico ainda apresenta resultados que necessitam de melhor análise e consiste na retirada do tecido fibrótico localizado. Alguns casos necessitam da troca da valva comprometida.

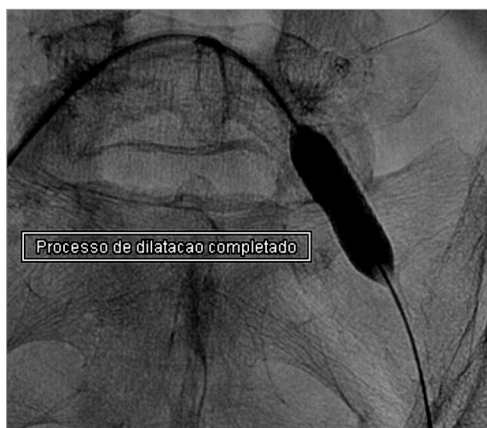
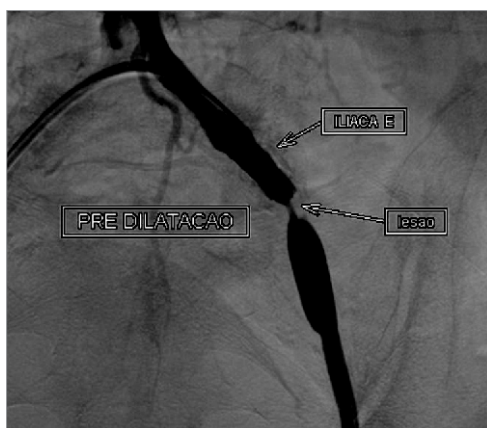
Referências bibliográficas:

- Davies JNP - Endocardial fibrosis in Uganda. East Afr Med. 1948;25: 10-20.
- Barretto ACP, Mady C, Fernandez EA, Ianni BM, Vianna CB, Bellotti G, Pileggi F - Quadro clínico da endomiocardiofibrose. Correlação com a intensidade da fibrose. Arq Bras Cardiol. 1988;50(6):401-405.
- Mady C - Endomiocardiofibrose. Arq Bras Cardiol, 1992;59(6):483-486.
- Mady C, Barreto ACP, Oliveira SA, Stolf NAG et al - Endomiocardiofibrose. Evolução de pacientes com tratamento clínico e cirúrgico. Arq Bras Cardiol. 1990;55(4):241-244.



ANGIOPLASTIA DE ILÍACA

J.D.I.; sexo masculino; 63 anos; natural de São Tomás de Aquino; hipertenso, dislipidêmico, ex tabagista. Queixa de claudicação para 100/200 mts e perna fria.



A angioplastia transluminal percutânea (ATP) foi inicialmente desenvolvida como um tratamento da doença arterial periférica (DAP), apesar de ter sido a explosão do seu emprego para o tratamento da doença arterial coronariana (DAC), que estimulou o desenvolvimento comercial e o interesse acadêmico nas técnicas com base em cateteres em geral.

Os objetivos do tratamento para a DAP incluem a redução na morbimortalidade cardiovascular, assim como na melhora da qualidade de vida pela redução dos sintomas de claudicação, eliminando a dor em repouso e preservando a viabilidade do membro.

O diagnóstico na maioria das vezes é realizado com a simples determinação do índice tornozelo braquial, que consiste na relação entre a pressão arterial sistólica no tornozelo e a pressão arterial sistólica medida na artéria braquial.

O ITB normal deve ser igual ou maior que 1, quando menor que 0,9 é considerado anormal e é 95% sensível para estenose arterial periférica angiograficamente verificável.

Pacientes com sintomas de claudicação apresentam ITB entre 0,5 e 0,8 e os com isquemia crítica abaixo de 0,5.

Os sintomas de claudicação podem melhorar com a farmacoterapia ou com a reabilitação ao

exercício, porém o melhor tratamento para a isquemia crítica do membro com frequência inclui as intervenções endovasculares ou a reconstrução cirúrgica para ampliar o suprimento sanguíneo e manter a viabilidade do membro.

O modo de revascularização dos vasos aortoiliacos tem se desviado nos últimos 15 anos de uma abordagem predominantemente cirúrgica a uma quase que completamente percutânea.

Esta modificação na estratégia baseia-se na natureza menos invasiva da ATP e no seu sucesso a curto e a longo prazo quando comparado aos bypass cirúrgicos de risco mais elevados.

Em resumo, a ATP e o uso de stens representam uma terapia de primeira linha apropriada para a doença obstrutiva aortoiliaca. Eles oferecem uma durabilidade similar à reconstrução cirúrgica, com menor risco e um custo reduzido.

A disponibilidade de técnicas com eficácia similar e menos invasivas reduziram o limiar no qual pode se oferecer uma intervenção aos pacientes com doença aortoiliaca que estejam incapacitados pela claudicação ou pela isquemia do membro.

Referências bibliográficas:

Claudicação Intermitente do Tratamento Clínico ao Intervencionista-Rev Bras Cardiol Invas 2005; 13(4): 261-269.

Endovascular Treatment of Noncoronary Obstructive Vascular Disease- Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 8th ed.