

A black and white photograph of a beach promenade. In the foreground, a paved walkway with a brick-like pattern runs along the beach. To the left, several tall palm trees are silhouetted against the sky. A wooden railing with a lattice pattern runs along the edge of the promenade. Behind the railing, several flags are flying on poles. One flag prominently displays the text 'FECCIA DE WINDSURF'. Another flag features a stylized 'S' logo. In the background, a building with a white roof and a covered walkway extends into the water. The sky is clear and bright.

RESUMOS DOS PÔSTERES ACADÊMICOS



P 01

Bradicardia e assistolia por disfunção autonômica em pacientes com lesão raquimedular

Ricardo Moreno, Leandro Machado Neves, Wladimir Faustino Saporito, Andrea Cristina de Oliveira Freitas, Louise Horiuti, Artur Medeiros Alvares da Silva, Fábio Alexandre Morais, Erika Takako Muramoto Shiroma, Adilson Casemiro Pires

Introdução: Bradicardia e assistolia são complicações raras da lesão raquimedular (LRM), geralmente por lesão da coluna cervical com dano da medula. A forma mais comum de origem da LRM é o trauma; lesões secundárias com compressão local, como abscesso e tumor, representam causas mais incomuns. A LRM pode desencadear uma disfunção autonômica com dissociação do parassimpático sobre o simpático. A atividade simpática diminuída, enquanto o controle parassimpático permanece intacto através do nervo vago, pode gerar bradicardia sintomática e eventualmente parada cardíaca.

Objetivo: Relatar casos de bradicardia e assistolia por disfunção autonômica em pacientes com lesão raquimedular.

Métodos: No período de janeiro de 2009 a março de 2011, no Hospital Estadual Mario Covas, houve três casos de LRM com bradicardia sintomática. Apresentavam idade $27,33 \pm 17,24$ anos. R.A.M.S., 24 anos, vítima de atropelamento com luxação de C6-C7. Evoluiu com tetraparesia e bradicardia sinusal, com dois episódios de assistolia. M.C.M., 46 anos, meningite bacteriana com abscesso cerebral e compressão medular ao nível de C3. Apresentou bradicardia sinusal e três momentos de assistolia. R.S.N., 12 anos, vítima de ferimento por arma de fogo com fratura de C4. Evoluiu com tetraparesia e um episódio de assistolia.

Resultados: Todos foram submetidos a implante de marcapasso definitivo e permaneceram isentos de novas complicações cardiovasculares. Não houve óbito.

Conclusão: A possível ocorrência de complicações cardiovasculares secundárias à disautonomia na lesão medular, como a bradicardia e a assistolia, deve sempre ser considerada na fase aguda. O implante do marcapasso definitivo se mostra como maneira segura e eficaz no tratamento destas complicações.



Observações



P 02

Uso pré-operatório de balão intra-aórtico em pacientes portadores de disfunção ventricular esquerda grave

Ricardo Moreno, Leandro Neves Machado, Wladimir Faustino Saporito, Andrea Cristina de Oliveira Freitas, Louise Horiuti, Bruno Knobel Ulrych, Erika Takako Muramoto Shiroma, Fábio Alexandre Moraes, Adilson Casemiro Pires

Introdução: O balão intra-aórtico (BIA) é o dispositivo de assistência mecânica ventricular mais utilizado no nosso meio. Nos últimos anos, o uso já no pré-operatório em pacientes com disfunção ventricular grave apresenta-se como estratégia de grande benefício para a recuperação pós-operatória.

Objetivo: Avaliar o benefício do uso do BIA pré-operatório em pacientes com disfunção ventricular grave.

Métodos: No período de janeiro a outubro de 2011, 05 pacientes foram submetidos à revascularização do miocárdio com circulação extracorpórea e BIA pré-operatório no Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina do ABC. O critério de inclusão foi fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) inferior ou igual a 40%. A FEVE pré-operatória era de $30,25 \pm 8,53\%$ e o diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo (DDVE) $67,75 \pm 16,37$ milímetros. O BIA foi instalado 15 horas antes da operação.

Resultados: O tempo total de uso do BIA foi $3,4 \pm 1,58$ dias e, de drogas vasoativas, $5 \pm 2,12$ dias. Permaneceram internados por $14 \pm 5,52$ dias. O tempo de perfusão $87 \pm 10,95$ minutos e, de anóxia, $56,4 \pm 10,06$ minutos. Um paciente (20%) apresentou broncopneumonia e outro (20%), flutter atrial. Houve redução do DDVE para $63 \pm 16,26$ ($P 0,068$) e melhora da FEVE para $36,50 \pm 16,86$ ($P 0,144$), porém sem relevância estatística. Os dados foram submetidos a tratamento estatístico segundo o teste de Wilcoxon. Não houve óbito.

Conclusão: A experiência inicial dos autores com o BIA pré-operatório em pacientes com disfunção ventricular esquerda grave sugere grande benefício na recuperação pós-operatória, FEVE e DDVE.



Observações



P 03

Correção cirúrgica da coarctação da aorta em adultos sob assistência circulatória extracorpórea esquerda

Diego do Nascimento Silva, Eduardo Carvalho Ferreira, João Lívio Linhares Teixeira, Marco Aurélio Salles Assef, Rachel Vilela de Abreu Haickel Nina, Marko Antônio de Freitas Santos, Vinicius José da Silva Nina

Introdução: A coarctação da aorta (CaAo) em adultos apresenta peculiaridades devido às comorbidades associadas e ao risco de paraplegia com o tratamento cirúrgico, principalmente quando a circulação colateral é pobre.

Objetivo: Demonstrar os resultados com a correção da CaAo em adultos utilizando assistência circulatória esquerda (ACE).

Métodos: No período de novembro de 2007 a outubro de 2009, foram operados oito pacientes, idade média=31,5±13,1 anos utilizando-se ACE. Seis apresentavam diagnóstico ecocardiográfico e angiográfico de CoAo, (gradiente médio = 71,5±20,7mmHg) e dois tinham interrupção total da aorta descendente à nível da área coarctada. A pressão arterial sistólica média (PAS) foi de 160 ±25,6mmHg e a pressão arterial diastólica média (PAD) = 95 ± 9,2mmHg. Os gradientes sistólicos através da coarctação antes e depois da correção foram comparados utilizando teste “t” student pareado. Adotou-se como significativo *P*-valor < 0,05.

Resultados: Não houve óbitos e/ou complicações neurológicas. Os tempos médios de cirurgia, de ACE e de pinçamento aórtico foram 308±39,7, 73±15,5 e 65±14,1 minutos, respectivamente. O tempo de permanência na UTI variou entre 2 e 3 dias e o de permanência hospitalar médio foi de 9 ±7,0 dias. No seguimento ambulatorial até o 2º mês de PO observou-se uma redução significativa da PAS média (120 ±15,1 mmHg) e da PAD média (75±11,9mmHg), *P*=0,003 e do gradiente médio aorta-enxerto (20,3 ±9,3mmHg), *P*<0,001.

Conclusão: A correção cirúrgica de CoAo nos adultos com uso de ACE demonstrou ser uma opção segura na prevenção de isquemias medulares. Torna-se necessário estudo multicêntrico para avaliar as reais vantagens da assistência circulatória na prevenção de paraplegia na CoAo do adulto.



Observações



P 04

Revascularização cirúrgica do miocárdio: demonstração em cadáver

Thiago Sant'Anna Coutinho, Thaís Ribeiro Gomes Brandão, Vanessa Rodrigues Pereira Pita, Thaís Andreotti, Marcelo Tasinaffo, Renato Souza e Silva, Telma Lima Martins, Mey Lie Tan Maia de Holanda Cavalcante

Introdução: A Doença Arterial Coronariana é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como a principal causa de mortalidade no mundo. Seu tratamento pode ser clínico, por angioplastia transluminal coronariana percutânea ou por revascularização cirúrgica do miocárdio.

Objetivo: Reproduzir em cadáver a técnica cirúrgica de RM e os tipos de enxertos autógenos, demonstrando-se as relações anatômicas.

Métodos: Um cadáver adulto, do sexo masculino, fixado em formaldeído a 10%, foi dissecado, por planos, na região do mediastino, das artérias radial e torácica interna, e da veia safena magna, usadas como enxertos.

Resultados: Comprovou-se a viabilidade da técnica cirúrgica e a facilidade de extração dos enxertos. A Artéria torácica interna origina-se na base do pescoço, a partir da A. subclávia. Desce por trás das cartilagens costais a cerca de 1,25 cm da margem do osso esterno. A A. radial, na bifurcação da artéria braquial, segue ao longo da borda lateral do antebraço até à articulação do punho. A Veia safena magna, na tela subcutânea, é formada pela V. dorsal do hálux com o arco dorsal do pé, ascende medialmente à raiz da coxa. A A. coronária direita segue pelo sulco coronário e emite os ramos do nó sinoatrial, marginal direito, agudo marginal, do cone arterioso e interventricular posterior. A A. coronária esquerda segue pela aurícula esquerda e origina os ramos interventricular anterior, podendo este originar o ramo lateral; e circunflexo, que emite a A. marginal esquerda.

Conclusão: O conhecimento anatômico topográfico e descritivo do mediastino médio e regiões doadoras de enxerto é fundamental para esta técnica cirúrgica.



Observações



P 05

Correção cirúrgica do aneurisma roto do seio de Valsalva: relato de caso

Diego do Nascimento Silva, Vinicius José da Silva Nina, Wildel Campos Ferreira, Rachel Vilela de Abreu Haickel Nina, Shirlyne Fabianni Dias Gaspar, Nathalia Almeida Cardoso da Silva, Vanessa Carvalho de Oliveira, Rayssa Fiterman Rodrigues, Carlos Antonio Coimbra Sousa, João Lívio Linhares Teixeira, André Luiz de Araujo Mendes, Hugo César Martins Lima, José Alvaro Amaral Júnior

Introdução: O aneurisma do seio de Valsalva (ASV) é condição rara entre ocidentais. Geralmente apresenta etiologia congênita, afetando o seio coronariano direito. A suspeição clínica é difícil, tanto pela raridade da doença quanto pela sintomatologia variável.

Objetivo: Relatar um caso raro de ASV em pós-operatório tardio de troca valvular mitral por valvopatia reumática.

Métodos: Estudo retrospectivo, realizado por meio de consulta ao prontuário do paciente.

Resultados: Indivíduo masculino, 31 anos, com passado de troca de válvula mitral por etiologia reumática. Iniciou quadro de parestesia e dor em membro superior esquerdo. Ecocardiograma transesofágico evidenciou aumento importante do ventrículo esquerdo (VE), disfunção sistólica leve e imagem sugestiva de ASV não coronariano entre a raiz da aorta e o átrio esquerdo, apresentando ruptura para VE. Os exames laboratoriais estavam normais. O eletrocardiograma mostrou hipertrofia de VE, supra de ST em VI e VII, onda T negativa em DI, DII em derivações precordiais. Foi encaminhado para cirurgia, sendo realizada por toracotomia mediana, com circulação extracorpórea. A aortotomia mostrou aneurisma roto de seio não coronariano comunicando com VE, valva aórtica competente com folhetos levemente espessados. O procedimento consistiu na correção total do defeito, com colocação de enxerto de pericárdio bovino. A operação foi concluída de maneira usual, estando o paciente em classe funcional I (NYHA) do seguimento tardio de 180 dias.

Conclusão: Este relato de caso descreve uma patologia rara, com apresentação não usual, cuja correção cirúrgica garantiu bom resultado anatômico e funcional.



Observações



P 06

Correção cirúrgica de mixoma gigante em átrio direito: relato de caso

Diego do Nascimento Silva, Vinicius José da Silva Nina, Wildel Campos Ferreira, Rachel Vilela de Abreu Haickel Nina, Vanessa Carvalho de Oliveira, Rayssa Fiterman Rodrigues, Carlos Antonio Coimbra Sousa, João Lívio Linhares Teixeira, André Luiz de Araujo Mendes, Hugo César Martins Lima, José Alvaro Amaral Júnior

Introdução: O mixoma cardíaco é a neoplasia benigna mais comum do coração, respondendo por cerca de 50% dos casos. A localização em átrio direito (AD) é rara correspondendo apenas a 5% dos casos de massa em átrio direito

Objetivo: Relatar um caso de mixoma de átrio direito.

Métodos: Estudo retrospectivo, realizado por meio de consulta ao prontuário do paciente.

Resultados: Paciente de 45 anos, sexo feminino, com história de palpitação, dispneia aos grandes esforços e discreta perda ponderal. A avaliação cardiológica evidenciou desdobramento de B1. O ecocardiograma mostrou grande massa em átrio direito (AD), sugerindo mixoma; a tomografia computadorizada (TC) apresentou mesma hipótese diagnóstica. A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico. Na macroscopia, o tumor mostrava-se com superfície lobulada, irregular, com áreas algo polipoide, medindo 10 x 6 x 8 cm, pesando cerca de 100 gramas, de consistência elástica, com zonas amolecidas e friáveis, coloração branco acinzentada. Apresentou taquicardia supraventricular ao término do procedimento e na Unidade de Terapia Intensiva, evoluindo favoravelmente após uso de amiodarona. O estudo anatomopatológico confirmou o diagnóstico. No seguimento tardio de 180 dias a paciente encontra-se sem sinais de recidiva ao ecocardiograma e em classe funcional I (NYHA)

Conclusão: Enfatiza-se neste relato a raridade das dimensões e da localização em AD, além da dificuldade diagnóstica baseada apenas nos sinais e sintomas. Portanto, os mixomas cardíacos devem ser sempre considerados quando o paciente apresenta sinais e sintomas de insuficiência cardíaca com etiologia incerta. Além disso, o ecocardiograma transtorácico continua sendo uma ferramenta de importância primordial para o diagnóstico não invasivo desta condição rara.



Observações
