

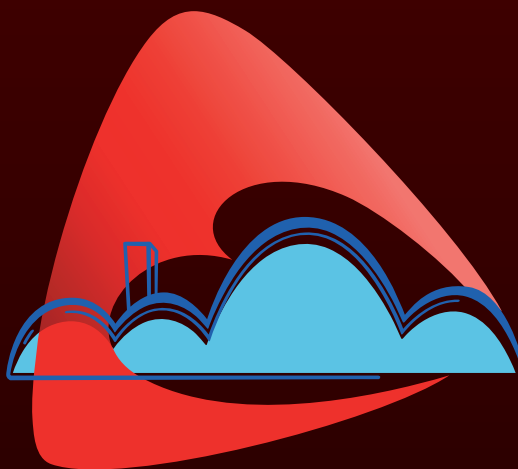


ABC
Imagem
Cardiovascular

Volume	Número	Suplemento
38	3	1
Julho/Agosto/Setembro 2025		

Sociedade Brasileira de Cardiologia
ISSN-2675-312X

RESUMO DOS TEMAS LIVRES APRESENTADOS NO



BRASÍLIA - DF



ABC

Imagem
Cardiovascular

Departamento de Imagem Cardiovascular

Diretor Presidente

Silvio Henrique Barberato - PR

Diretor Vice-Presidente Ecocardiografia

Daniela do Carmo Rassi Frota - GO

Diretor Vice-Presidente Cardiologia Nuclear

Cláudio Tinoco Mesquita - RJ

Diretor Vice-Presidente Ecografia Vascular

Salomon Israel do Amaral - RJ

Diretor Vice-Presidente de Ressonância Magnética

Isabela Bispo Santos da Silva Costa - SP

Diretor Vice-Presidente de Tomografia Computorizada

Jorge Andion Torreão - BA

Diretor Vice-Presidente de Cardiopatia Congênita E Cardiologia Pediátrica

Andressa Mussi Soares - ES

Diretor Administrativo

Adenvalva Lima de Souza Beck - DF

Diretor Financeiro

Gláucia Maria Penha Tavares - SP

Editor da Revista

Marcelo Dantas Tavares de Melo - PB

Conselho Consultivo

Membros

André Luiz Cerqueira de Almeida - BA
Arnaldo Rabischoffsky - RJ
Carlos Eduardo Rochitte - SP
Marcelo Luiz Campos Vieira - SP
Samira Saady Morhy - SP

Comissão Científica

Coordenador

Daniela do Carmo Rassi Frota - GO

Membros

Andressa Mussi Soares - ES
Cláudio Tinoco Mesquita - RJ
Isabela Bispo Santos da Silva Costa - SP
Jorge Andion Torreão - BA
Salomon Israel do Amaral - RJ

Comissão de Certificação de Área de Atuação em Ecocardiografia

Coordenador

Tatiane Mascarenhas Santiago Emerich - ES
Andrea de Andrade Vilela - SP

Membros Eco Adulto

Antonio Amador Calvilho Jr. - SP
Antonio Tito Paladino Filho - SP
Eliza de Almeida Gripp - RJ
Jaime Paula Pessoa Linhares Filho - CE
João Carlos Moron Saes Braga - SP
Marcio Mendes Pereira - MA
Paulo Henrique Nunes Pereira - PA
Renato de Aguiar Hortegal - SP
Tiago Costa Bignoto - SP
Wanessa Nakamura Guimarães - DF

Membros eco congênita

Barbara Neiva Tanaka - MA
Daniela Lago Kreuzig - SP
Danielle Lopes Rocha - ES
Halsted Alarcao Gomes Pereira da Silva - SP
Leandro Alves Freire - SP
Marcio Miranda Brito - TO
Maria Elisa Martini Albretch - SP

Seniores

Andrea de Andare Vilela - SP
Gláucia Maria Penha Tavares - SP
José Luiz Barros Pena - MG
Maria Estefania Bosco Otto - DF
Mohamed Hassan Saleh - SP
Solange Bernardes Tatani - SP

Comissão de Mídias Sociais

Coordenador

Alex dos Santos Félix - RJ
Antonio Carlos Leite de Barros Filho - SP

Membros

Barbara Athayde Linhares Martins Vrandecic - MG
Cristiane Nunes Martins - MG
José Roberto Matos Souza - SP
Simone Cristina Soares Brandão - PE

Comissão de Defesa Profissional e Relações Institucionais

Membros

Fabio Cañellas Moreira - RS
Jorge Yussef Afune - DF
Marcelo Haertel Miglitoranza - RS

Mohamed Hassan Saleh - SP
Wagner Pires de Oliveira Júnior - DF

Comissão de ensino e acreditação

Coordenador

Edgar Bezerra de Lira Filho - SP

Membros

Andrea de Andare Vilela - SP
Sandra Nívea Dos Reis Saraiva Falcão - CE

Comissão inter-societária

Coordenador

Marcelo Luiz Campos Vieira - SP

Membros

Ana Cristina de Almeida Camarozano - PR
José Luiz Barros Pena - MG
Marcelo Haertel Miglitoranza - RS

Comissão DIC jovem

Coordenadores

Bruna Morhy Borges Leal Assunção - SP
Márcio Miranda Brito - TO

Membros Eco Adulto

Carolina da Costa Mendes - SP
Manoela Falsoni - SP
Talita Beithum Ribeiro Mialski - PR
Tauin Raoni do Couto - PA

Membro TC/RM

Maria Júlia Silveira Souto - SP

Membro Ecografia Vascular

Larissa Chaves Nunes De Carvalho - SP

Membro de Cardiopatias Congênitas

Isabela de Sousa Lobo Silva - SP

Comissão ecocardiografia, cardiologia congênita e pediátrica

Coordenador

Andressa Mussi Soares - ES

Membros

Cláudia Regina Pinheiro de Castro Grau - SP
Laura Mercer Rosa - USA
Márcia Ferreira Alves Barberato - PR

PORTAL DIC

Coordenador

Alex dos Santos Félix - RJ

Conselho Administrativo - Mandato 2025 (Sociedade Brasileira de Cardiologia)

Região Norte/Nordeste

Nivaldo Menezes Filgueiras 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)
Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza (GO)

Região Sul

Paulo Ricardo Avancini Caramori (RS) – Presidente do Conselho Administrativo
Gerson Luiz Bredt Júnior (PR)

Comitê Científico (Sociedade Brasileira de Cardiologia)

Marcelly Bonatto
Fernando Bacal
Sérgio Tavares Montenegro

Conselho Editorial Nacional

Adelino Parro Junior
Adenivalva Lima de Souza Beck
Adriana Pereira Glavam
Afonso Akio Shiozaki
Afonso Yoshikiro Matsumoto
Alex dos Santos Félix
Alessandro Cavalcanti Lianza
Ana Clara Tude Rodrigues
Ana Cláudia Gomes Pereira Petisco
Ana Cristina de Almeida Camarozano
Wermelinger
Ana Cristina Lopes Albricker
Ana Gardenia Liberato Ponte Farias
Ana Lúcia Martins Arruda
André Luiz Cerqueira de Almeida
Andrea de Andrade Vilela
Andrea Maria Gomes Marinho Falcão
Andrei Skromov de Albuquerque
Andressa Mussi Soares
Angele Azevedo Alves Mattoso
Antonildes Nascimento Assunção Junior
Antônio Carlos Sobral Sousa
Aristarco Gonçalves de Siqueira Filho
Armando Luis Cantisano
Benedito Carlos Maciel
Brivaldo Markman Filho
Bruna Morhy Borges Leal Assunção
Caio Cesar Jorge Medeiros
Carlos Eduardo Rochitte
Carlos Eduardo Suaide Silva
Carlos Eduardo Tizziani Oliveira Lima
Cecília Beatriz Bittencourt Viana Cruz
Cintia Galhardo Tressino
Claudia Cosentino Gallafrio
Claudia Pinheiro de Castro Grau
Claudia Gianini Monaco
Cláudio Henrique Fischer
Cláudio Leinig Pereira da Cunha
Claudio Tinoco Mesquita
Clerio Francisco de Azevedo Filho
David Costa de Souza Le Bihan
Djair Brindeiro Filho
Edgar Bezerra Lira Filho
Edgar Daminello
Eliza de Almeida Gripp
Eliza Kaori Uenishi
Estela Suzana Kleiman Horowitz

Fabio de Cerqueira Lario
Fabio Villaga Guimarães Filho
Fernando Antônio de Portugal Morcerf
Frederico José Neves Mancuso
Gabriel Leo Blacher Grossman
Gabriela Liberato
Gabriela Nunes Leal
Giordano Bruno de Oliveira Parente
Gláucia Maria Penha Tavares
Henry Abensur
Ibrahim Masciarelli Francisco Pinto
Ilán Gottlieb
Iran de Castro
Isabel Cristina Britto Guimarães
Ivan Romero Rivera
Jaime Santos Portugal
Jeane Mike Tsutsui
João Marcos Bemfica Barbosa Ferreira
José de Arimatéia Batista Araujo-Filho
José Lázaro de Andrade
José Luis de Castro e Silva Pretto
José Luiz Barros Pena
José Maria Del Castillo
José Olimpio Dias Júnior
José Sebastião de Abreu
José Roberto Matos-Souza
Joselina Luzia Menezes Oliveira
Jorge Andion Torreão
Juliana Fernandes Kelendjian
Laise Antonia Bonfim Guimarães
Lara Cristiane Terra Ferreira Carreira
Leina Zorzanelli
Lilian Maria Lopes
Liz Andréa Baroncini
Luciano Aguiar Filho
Luciano Herman Juacaba Belém
Luiz Darcy Cortez Ferreira
Luiz Felipe P. Moreira
Manuel Adán Gil
Marcela Momesso Peganha
Marcelo Dantas Tavares
Marcelo Haertel Miglioranza
Marcelo Luiz Campos Vieira
Marcelo Souza Hadlich
Marcia Azevedo Caldas
Marcia de Melo Barbosa
Marcia Ferreira Alves Barberato

Márcio Silva Miguel Lima
Marcio Sommer Bittencourt
Márcio Vinícius Lins de Barros
Marcos Valério Coimbra de Resende
Maria Clementina Di Giorgi
Maria do Carmo Pereira Nunes
Maria Eduarda Menezes de Siqueira
Maria Estefânia Bosco Otto
Maria Fernanda Silva Jardim
Marly Maria Uellendahl Lopes
Miguel Osman Dias Aguiar
Minna Moreira Dias Romano
Mirela Frederico de Almeida Andrade
Murillo Antunes
Nathan Herszkowicz
Orlando Campos Filho
Oscar Francisco Sanchez Osella
Oswaldo Cesar de Almeida Filho
Otavio Rizzi Coelho Filho
Paulo Zielinsky
Rafael Bonafim Piveta
Rafael Borsoi
Renato de Aguiar Hortegal
Reginaldo de Almeida Barros
Roberto Caldeira Cury
Roberto Pereira
Rodrigo Alves Barreto
Rodrigo Julio Cerci
Samira Saady Morhy
Sandra da Silva Mattos
Sandra Marques e Silva
Sandra Nivea dos Reis Saraiva Falcão
Sérgio Cunha Pontes Júnior
Silvio Henrique Barberato
Simone Cristina Soares Brandão
Simone Rolim F. Fontes Pedra
Thais Harada Campos Espírito Santo
Tamara Cortez Martins
Valdir Ambrósio Moisés
Valeria de Melo Moreira
Vera Márcia Lopes Gimenes
Vera Maria Cury Salemi
Vicente Nicolliello de Siqueira
Washington Barbosa de Araújo
Wercules Oliveira
William Azem Chalela
Wilson Mathias Júnior
Zilma Verçosa Sá Ribeiro

Conselho Editorial Internacional

Adelaide Maria Martins Arruda Olson
Anton E. Becker
Daniel Piñeiro
Eduardo Escudero
Eduardo Guevara
Fernando Bosch
Gustavo Restrepo Molina
Harry Acquatella

João A. C. Lima
Jorge Lowenstein
Joseph Kisslo
Laura Mercer-Rosa
Leopoldo Pérez De Isla
Mani A. Vannan
Marcio Sommer Bittencourt
Natesa Pandian

Navin C. Nanda
Nuno Cardim
Raffaele De Simone
Ricardo Ronderos
Silvia Alvarez
Vera Rigolin
Vitor Coimbra Guerra

ABC Imagem Cardiovascular

Volume 38, Nº 3, Suplemento 1, Julho/Agosto/Setembro 2025

Indexação: Lilacs (Latin American and Caribbean Health Sciences Literature), Latindex (Regional Cooperative Online Information System for Scholarly Journals from Latin America, the Caribbean, Spain and Portugal) e DOAJ (Directory of Open Access Journals)



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

Tel.: (21) 3478-2700

E-mail: abcimaging@cardiol.br

<https://www.abcimaging.org/>

Departamento Comercial
Telefone: (11) 3411-5500
E-mail: comercialsp@cardiol.br

Produção Editorial
SBC - Setor Científico

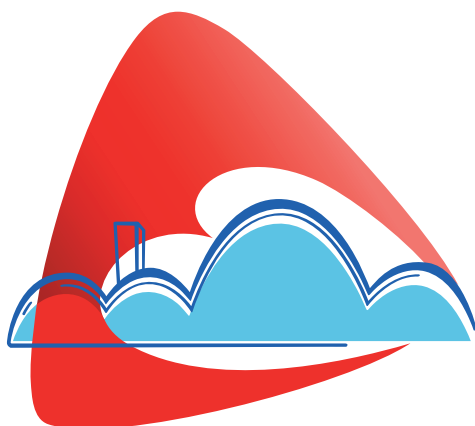
Produção Gráfica e Diagramação
SBC - Setor Científico

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: Imagem Cardiovascular 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: <https://www.abcimaging.org/>

APRESENTAÇÕES ORAIS



1117100

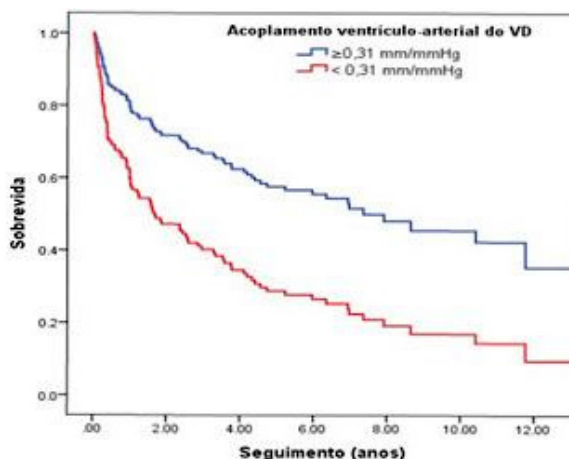
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL CARDIOEMBÓLICO EM PACIENTES COM CARDIOMIOPATIA CHAGÁSICA: O PAPEL DO ANEURISMA APICAL

AUTOR(ES): JULIA TEIXEIRA TUPINAMBÁS1; THIAGO DORNELAS DE OLIVEIRA2; JOSÉ DIAS DE ASSIS NETO2; SARA SARY ELDIM CAMPANATI2; IZABELLA SILVA FIGUEIREDO2; THAIS APARECIDA REIS LAGE1; JOÃO GABRIEL FRANCISCO RODA1; VICTOR BOTTREL LOPES DE MOURA1; MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES2;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; (2) HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG - BELO HORIZONTE - MG - BRASIL;

Introdução: A cardiomiopatia chagásica (CC) é um fator de risco independente bem estabelecido para acidente vascular cerebral (AVC), independentemente do grau de disfunção do ventrículo esquerdo (VE). O aneurisma apical, uma característica morfológica marcante da CC, tem sido associado a eventos tromboembólicos; no entanto, sua contribuição direta para o AVC cardioembólico ainda não foi completamente elucidada. **Objetivo:** Avaliar o papel do aneurisma apical na fisiopatologia do AVC cardioembólico em pacientes com cardiomiopatia chagásica.

Métodos: Pacientes com CC foram submetidos a avaliação clínica e ecocardiografia transtorácica para análise da função ventricular, detecção de aneurisma apical e identificação de trombos intracavitários. Casos com diagnóstico confirmado de AVC foram classificados segundo o Causative Classification System (CCS) para AVC isquêmico. Para isolar o efeito do aneurisma apical, foi realizada uma análise pareada entre dois grupos comparáveis (com e sem aneurisma apical), seguida de modelagem multivariada e análise de mediação para estimar sua contribuição para o risco de AVC. **Resultados:** Entre 518 pacientes (mediana de idade 54 anos [IQR 43–62]; 58% do sexo masculino), 73 apresentavam histórico de AVC cardioembólico. Na análise de regressão multivariada, o volume do átrio esquerdo (OR 0,36; IC 95%: 0,15–0,86), a fração de ejeção do VE (OR 0,57; IC 95%: 0,37–0,90) e a presença de trombo apical (OR 3,50; IC 95%: 1,50–8,16) foram independentemente associados à ocorrência prévia de AVC. Durante um seguimento médio de 4,9 anos, 41 pacientes (8,7%) desenvolveram AVC cardioembólico, com uma taxa de incidência de 17,8 por 1.000 pessoas-ano. Na análise univariada, AVC cardioembólico prévio, disfunção do VE, aumento do volume atrial esquerdo e presença de trombo foram identificados como fatores de risco significativos. Após ajustes, o aumento do átrio esquerdo e a presença de trombo apical mantiveram-se como preditores independentes de AVC incidente. **Conclusão:** O mecanismo predominante de AVC na cardiomiopatia chagásica é o cardioembolismo, associado principalmente à disfunção ventricular esquerda, dilatação do átrio esquerdo e trombo intracavitário. Embora o aneurisma apical não tenha se mostrado preditor independente, ele contribui de forma indireta ao favorecer a formação de trombos, destacando seu papel mediador na via do AVC cardioembólico.



1117011

ACOPLAMENTO VENTRÍCULO-ARTERIAL DO VENTRÍCULO DIREITO COMO PREDITOR DE DESFECHOS EM ESTENOSE MITRAL

AUTOR(ES): JOSÉ DIAS DE ASSIS NETO1; THIAGO DORNELAS DE OLIVEIRA1; SARA SARY ELDIM CAMPANATI1; IZABELLA SILVA FIGUEIREDO1; LILIAN PAULA DE SOUZA1; MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES1;

(1) HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG - BELO HORIZONTE - MG - BRASIL;

Introdução: O acoplamento ventrículo-arterial do ventrículo direito, estimado pela razão TAPSE/PSAP, tem emergido como um marcador prognóstico em diversas cardiopatias, mas seu papel na estenose mitral ainda não está bem definido. **Objetivo:** Avaliar o valor prognóstico do acoplamento ventrículo-arterial do ventrículo direito em pacientes com estenose mitral sob tratamento clínico. **Métodos:** Foram incluídos pacientes encaminhados para avaliação de estenose mitral entre 2016 e 2024. Aqueles submetidos à valvuloplastia percutânea imediatamente após a avaliação ecocardiográfica foram excluídos. O desfecho primário foi composto por morte ou necessidade de cirurgia valvar. Acoplamento ventrículo-arterial alterado foi definido como TAPSE/PSAP < 0,31 mm/mmHg. **Resultados:** Dos 819 pacientes inicialmente elegíveis, 436 foram excluídos por realizarem valvuloplastia, totalizando 383 pacientes incluídos na análise. A média de idade foi de 47,8 ± 12,4 anos, com área valvar média de 1,35 ± 0,9 cm²; 67% estavam em classe funcional I/II. O valor médio de TAPSE/PSAP foi de 0,50 ± 0,2, sendo que 63 pacientes (17%) apresentaram acoplamento alterado. Após um seguimento mediano de 3,4 anos (IQR: 6 meses a 5,9 anos), 112 pacientes foram submetidos à cirurgia e 28 evoluíram a óbito. Na análise univariada de Cox, o acoplamento ventrículo-arterial do VD foi associado a maior risco de eventos (HR: 2,26; IC 95%: 1,44–3,53; p<0,001) (Figura 1 abaixo). Na análise multivariada, o acoplamento alterado permaneceu como preditor independente (HR: 1,68; IC 95%: 1,04–2,71; p=0,032), juntamente com idade (HR: 1,02; IC 95%: 1,01–1,04; p=0,040), estenose mitral grave (área <1,5 cm²; HR: 2,47; IC 95%: 1,43–4,24; p=0,001) e classe funcional III/IV (HR: 1,90; IC 95%: 1,24–2,91; p=0,003). **Conclusão:** O acoplamento ventrículo-arterial do ventrículo direito, avaliado por TAPSE/PSAP, é um marcador prognóstico independente em pacientes com estenose mitral em tratamento clínico, contribuindo para a estratificação de risco e tomada de decisão clínica.

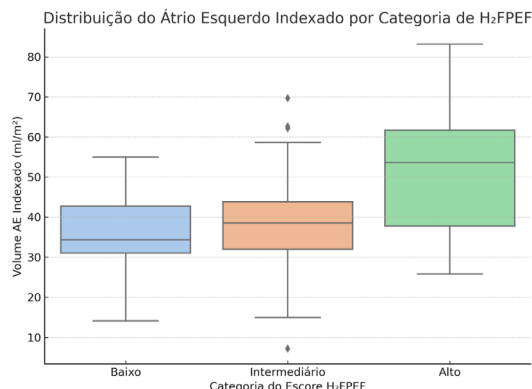
1116948

ASSOCIAÇÃO ENTRE O ESCORE H2FPEF E O VOLUME DO ÁTRIO ESQUERDO INDEXADO EM PACIENTES COM SUSPEITA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO PRESERVADA

AUTOR(ES): FLAVIA NOGUEIRA CHIVA¹; MARIANE HIGA SHINZATO¹; JORGE EDUARDO ASSEF¹; AMANDA MIRANDA CONSTANTINO¹; ANDREA ANDRADE VILELA¹; KLEBER FRANCHINI¹; FAUSTO FERES¹;

(1) INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

RESUMO: **Introdução:** O escore H2FPEF é uma ferramenta diagnóstica amplamente utilizada para estimar a probabilidade de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEP), baseado em quatro variáveis clínicas e duas ecocardiográficas. Apesar de incluir a fibrilação atrial, não inclui o volume do átrio esquerdo indexado (AEi), um marcador importante de disfunção diastólica, como um dos critérios. A avaliação do volume atrial pode agregar valor diagnóstico, especialmente em pacientes com escore intermediário. **Objetivo:** Investigar a relação entre o escore H2FPEF e o volume do átrio esquerdo indexado (AEi) em pacientes com suspeita de ICFEP. **Método:** Estudo observacional transversal com pacientes com fração de ejeção $\geq 50\%$ e suspeita clínica de ICFEP. Foram coletados dados clínicos e ecocardiográficos, incluindo cálculo do escore H2FPEF e mensuração do volume do átrio esquerdo indexado (AEi) no ecocardiograma. Os pacientes foram classificados em três grupos conforme o escore: baixo (0-1), intermediário (2-5) e alto risco (6-9). Variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas; variáveis numéricas por média, mediana, mínimo, máximo e desvio-padrão. As associações foram avaliadas por teste do qui-quadrado (variáveis categóricas) e Análise de Variância (ANOVA), com pós-teste de Bonferroni. Quando os pressupostos de normalidade não foram atendidos, aplicaram-se os testes de Kruskal-Wallis e Dunn. Nível de significância adotado de 5%. As análises foram realizadas no software Stata 19. Resultados: Foram incluídos 176 pacientes. A média e desvio-padrão do AEi nos grupos foram, respectivamente: baixo escore ($36,5 \pm 11,7$ mL/m²), intermediário ($39,4 \pm 12,3$ mL/m²) e alto escore ($50,1 \pm 15,1$ mL/m²), com $p < 0,001$. Houve aumento progressivo e estatisticamente significativo do volume atrial com a elevação do escore H2FPEF. **Conclusão:** O volume do átrio esquerdo indexado apresenta associação positiva e significativa com o escore H2FPEF. Embora não faça parte dos critérios originais, o AEi pode ser considerado um marcador adicional útil na estratificação de pacientes com suspeita de ICFEP, especialmente naqueles com escore intermediário e, até mesmo, instiga a possibilidade de ser utilizado no escore como substituto da fibrilação atrial.



1117031

AValiação Transversal do Fluxo Mitral por Ecocardiografia Doppler Bidimensional na Estenose Mitral: Uma Abordagem Diagnóstica Inovadora

AUTOR(ES): AIRANDES DE SOUSA PINTO¹; BRAULIO MUZZI DE OLIVEIRA²; CARLOS ALBERTO RODRIGUES³; JOÃO DA ROCHA MEDRADO NETO⁴; LIVIA ALMEIDA DA CRUZ¹; NAILA SUELE MASCARENHAS SILVA³; LARISSA DE OLIVEIRA SILVA¹; VITOR DE OLIVEIRA SILVA¹; MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES⁵;

(1) UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, DEPARTAMENTO DE SAÚDE - FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL; (2) INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MINAS GERAIS - IPSEMG - BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; (3) UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS EXATAS - FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL; (4) UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; (5) UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, FACULDADE DE MEDICINA - BELO HORIZONTE - MG - BRASIL;

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA: A estenose mitral (EM) tem um impacto significativo na morbimortalidade em países subdesenvolvidos. Esta condição tem sido estudada por meio da ecocardiografia, utilizando área da valva mitral (AVM), gradientes de pressão através da valva mitral, pressão sistólica da artéria pulmonar e complacência atrioventricular. Todavia, sua fisiopatologia é caracterizada pelo grau de redução do fluxo através da valva mitral (VM), o qual incorpora todos esses aspectos em uma única medida. **OBJETIVO:** Testar a hipótese de que é possível avaliar a redução do fluxo médio na EM utilizando a ecocardiografia Doppler bidimensional (ECO 2D-Doppler). **MÉTODO:** 183 pacientes com EM foram submetidos a um ECO 2D-Doppler. O cálculo da AVM foi realizado por planimetria. A integral velocidade-tempo (TVI) foi determinada pela curva de Doppler contínuo do fluxo diastólico através da VM. A velocidade média foi calculada como a razão entre o TVI e o tempo diastólico. Em seguida, o fluxo diastólico médio através da VM foi obtido multiplicando a velocidade média pela AVM. Os pacientes foram divididos em 3 grupos: I (EM não grave com AVM $\geq 1,5$ cm²), 10 pacientes; II (EM grave com AVM $> 1,0$ cm² e $< 1,5$ cm²), 63 pacientes; e III (EM grave com AVM $\leq 1,0$ cm²), 110 pacientes. As correlações foram analisadas pelo coeficiente de Spearman, enquanto a comparação entre grupos foi realizada pelo teste de Kruskal-Wallis. Considerou-se significância estatística $p < 0,05$. **RESULTADOS:** Foi observada forte correlação positiva entre o fluxo mitral médio e a AVM ($r_s = 0,85$, $p < 0,001$), figura 1. Além disso, os grupos apresentaram valores de fluxo distintos: 298,3 (83,6) mL/s no grupo I, 181,5 (57,5) mL/s no grupo II e 117,6 (47,7) mL/s no grupo III, $p < 0,001$, figura 2. **CONCLUSÃO:** Demonstrou-se, originalmente, que é possível avaliar a redução do fluxo médio na EM com o ECO 2D-Doppler. Além disso, observamos que há redução do fluxo médio com a diminuição da AVM, cujo valor prognóstico e uso clínico devem ser elucidados em pesquisas futuras. **Palavras-chave:** Estenose Mitral, Ecocardiografia Doppler Bidimensional, Fluxo Mitral Médio.

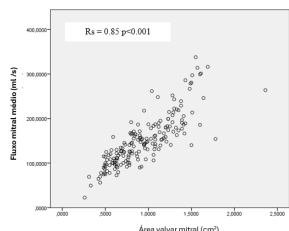


Figura 1. Gráfico de dispersão mostrando a correlação entre fluxo mitral médio e área valva mitral.

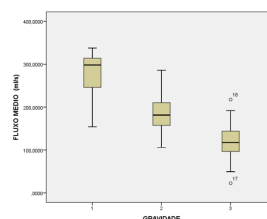


Figura 2. Boxplots representando o fluxo médio mitral de acordo o grupo de gravidade da estenose mitral.

1117049

COMPUTER VISION-BASED EVALUATION OF ANTERIOR MITRAL VALVE LEAFLET THICKENING IN ACUTE RHEUMATIC FEVER

AUTOR(ES): CARLOS ALBERTO RODRIGUES¹; NAILA SUELE MASCARENHAS SILVA¹; AIRANDES SOUSA PINTO²; BRÁULIO MUZZI OLIVEIRA³; RENATA FONSECA MENDOZA⁴; MARIA CARMO PEREIRA NUNES⁵;

(1) UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS EXATAS - FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL; (2) UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, DEPARTAMENTO DE SAÚDE - FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL; (3) INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MINAS GERAIS - IPSEMG - BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; (4) HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, DEPARTAMENTO DE SAÚDE - FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL; (5) UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, FACULDADE DE MEDICINA - BELO HORIZONTE - MG - BRASIL;

Introduction/Justification: Leaflet thickening is one of the earliest echocardiographic signs of valvular involvement in acute rheumatic fever, resulting from an immune-mediated process. Quantifying this feature—particularly through automated computational methods—can improve diagnostic accuracy and facilitate early prophylaxis against streptococcal infection, potentially reducing long-term complications from rheumatic heart disease. **Objective:** To develop and evaluate a computer vision algorithm for quantifying anterior mitral leaflet thickness and segmental ratios in patients with acute rheumatic fever compared to healthy controls. **Methods:** Echocardiographic data from 80 patients (17 with acute rheumatic fever and 63 controls) were analyzed. A computer vision algorithm isolated the anterior mitral leaflet in each video frame and measured thickness from the central axis to the leaflet contour. The middle segment was identified at the point of greatest curvature, delineating tip and base regions. Average thicknesses of the tip and base were computed across diastolic frames, and the tip-to-base thickness ratio was calculated per patient. **Results:** The mean age of patients with acute rheumatic fever was 9.1 (± 3.3) years, and 8.9 (± 3.7) years for the control group. The proportion of females was 23.5% in the patient group and 47.6% in the control group. There were no significant differences regarding age between the groups. Patients with suspected acute rheumatic fever (Group 1) demonstrated a lower leaflet tip thickness compared to the control group. 2.15 (1.0) mm x 1.86 (0.71) mm, $p = 0.04$ e tip-to-base leaflet thickness ratio, 0.95 (0.46) vs. 0.73 (0.34); $p = 0.01$. The area under the ROC curve (AUC) for the variable tip thickness for the diagnosis of acute rheumatic fever was 0.70 (standard error: 0.07; 95% CI: 0.57–0.83; $p = 0.01$) and the area under the ROC curve (AUC) for the variable tip-to-base ratio was 0.66 (standard error: 0.08; 95% confidence interval: 0.52–0.81; $p = 0.04$). **Conclusion:** The algorithm effectively identified structural differences in mitral leaflet morphology between acute rheumatic fever patients and healthy controls. These findings support the utility of computer vision techniques in enhancing diagnostic precision for rheumatic heart disease. Larger studies are needed for broader validation.

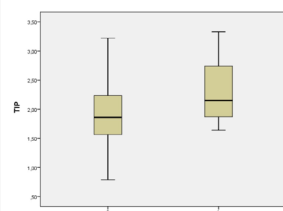


Figure 1. Boxplot distribution of leaflet thickness in the control and acute rheumatic fever groups.

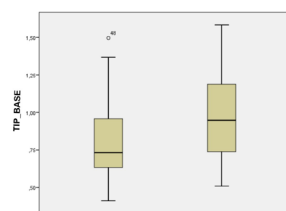


Figure 2. Boxplot distribution of the tip-to-base ratio in the control and acute rheumatic fever groups.

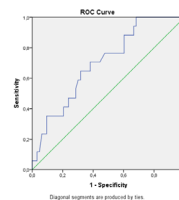


Figure 3. Receiver Operating Characteristic (ROC) curve for tip predicting acute rheumatic fever. The area under the curve (AUC) of 0.70 (95% CI: 0.57–0.83) reflects the accuracy of the model to discriminate between predicting acute rheumatic fever and health. The dashed line represents the chance line (AUC=0.5).

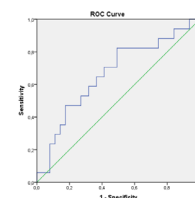


Figure 4. Receiver Operating Characteristic (ROC) curve for tip-to-base ratio predicting acute rheumatic fever. The area under the curve (AUC) of 0.66 (95% CI: 0.52–0.81) reflects the accuracy of the model to discriminate between predicting acute rheumatic fever and health. The dashed line represents the chance line (AUC=0.5).

1116586

CORRELAÇÃO ENTRE O SCORE VEXUS E NÍVEIS DE NT-PRO BNP EM PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDAMENTE DESCOMPENSADA

AUTOR(ES): MARCELLA FLORES¹; ALEXANDRE COSTA¹; SUELLEN LACERDA¹; ANA CAROLINA VASCONCELOS¹; ADRIANO CHAVES¹; PEDRO FILGUEIRAS¹; YURI XAVIER¹; RODRIGO MOREL¹;

(1) HOSPITAL SÃO RAFAEL - SALVADOR - BA - BRASIL;

Fundamento: O score VExUS (Venous Excess Ultrasound) tem sido proposto como um método ultrassonográfico útil para avaliação da congestão venosa sistêmica na insuficiência cardíaca (IC) descompensada. A correlação do VexUS com o biomarcador NT-proBNP ainda não está bem estabelecida na literatura. **Objetivo:** Avaliar a correlação entre o score VExUS e nível sérico de NT-proBNP em pacientes com IC agudamente descompensada. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional retrospectivo realizado com 117 pacientes hospitalizados por IC agudamente descompensada, avaliados quanto à congestão venosa sistêmica utilizando o score VExUS e os níveis séricos de NT-proBNP. A comparação entre os grupos foi realizada por meio do teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste de Dunn para comparações múltiplas. A força de associação foi avaliada pelo coeficiente de Spearman. Utilizou-se um modelo de regressão Gamma com link logarítmico para estimar a influência do VExUS na predição dos níveis de NT-proBNP. **Resultados:** Entre os 117 pacientes estudados, a maioria era do sexo masculino (54,7%), tinha IC com fração de ejeção reduzida (58,1%) e encontrava-se em perfil hemodinâmico B (94%). A mediana de idade foi 79 anos. Os pacientes foram classificados conforme os escores de VExUS 0 ($n = 21$), 1 ($n = 35$), 2 ($n = 31$) e 3 ($n = 30$). Notou-se um aumento progressivo dos níveis de NT-proBNP conforme a gravidade do VExUS aumentava, com medianas de 2.890 pg/mL (VExUS 0), 4.700 pg/mL (VExUS 1), 5.430 pg/mL (VExUS 2) e 13.200 pg/mL (VExUS 3). A análise estatística demonstrou diferença significativa entre os grupos (Kruskal-Wallis: $\chi^2 = 39.18$, $p < 0.0001$) e o teste de Dunn revelou que pacientes com VExUS 3 apresentaram níveis de NT-proBNP significativamente mais elevados em relação aos demais grupos ($p < 0.01$). A correlação entre VExUS e NT-proBNP foi moderada e positiva, conforme indicado pelo coeficiente de Spearman ($\rho = 0.567$, $p < 0.0001$). A modelagem estatística utilizando regressão Gamma com link logarítmico confirmou essa relação preditiva ($\beta = 0.584$, $p < 0.0001$), sugerindo um aumento exponencial dos níveis de NT-proBNP conforme o VExUS se eleva. No entanto, o pseudo R^2 de McFadden foi baixo (0.024), indicando que outros fatores podem influenciar a variabilidade dos níveis de NT-proBNP. **Conclusão:** Os achados indicam que o escore VExUS se associa aos níveis de NT-proBNP podendo ser integrado ao raciocínio clínico para estabelecer um diagnóstico mais preciso da volemia e uma conduta mais assertiva.

1116676

DESIGUALDADE NA UTILIZAÇÃO DE ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO E LETALIDADE POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO BRASIL: ANÁLISE ECOLÓGICA DE UMA DÉCADA COM ÊNFASE EM 2024

AUTOR(ES): ANA CLARA VITORINO DE OLIVEIRA1; MARIA EDUARDA VITORINO DE OLIVEIRA1;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS - LAVRAS - MG - BRASIL;

Introdução: O ecocardiograma transtorácico é essencial no diagnóstico e manejo da insuficiência cardíaca (IC), e sua crescente realização no Sistema Único de Saúde (SUS) representa um avanço no acesso ao diagnóstico cardiovascular. No entanto, sua efetividade clínica depende da inserção em fluxos assistenciais resolutivos. A análise integrada entre produção diagnóstica e desfechos pode revelar contradições na qualidade do cuidado hospitalar ofertado. **Objetivo:** Avaliar a associação entre a produção ambulatorial de ecocardiogramas transtorácicos e a letalidade hospitalar por IC no Brasil, com base em dados do SUS entre 2015 e 2024, com ênfase nos desfechos hospitalares de 2024. **Métodos:** Estudo ecológico com dados do SIA/SUS (procedimento 0205010032), SIH/SUS (CID I50) e Censo Demográfico de 2022. Foram calculadas, por Unidade da Federação (UF), as taxas de ecocardiogramas por 100 mil habitantes entre 2015 e 2024. A letalidade hospitalar por IC foi analisada para o ano de 2024. Os dados foram comparados entre estados com maior e menor produção diagnóstica. **Resultados:** Entre 2015 e 2024, foram realizados 15.943.486 ecocardiogramas transtorácicos ambulatoriais no SUS, refletindo a ampliação progressiva do acesso diagnóstico cardiovascular. Apenas em 2024, foram registrados 2.239.726 exames, o que corresponde a uma taxa nacional de 1.103 ecocardiogramas por 100 mil habitantes. Entretanto, a letalidade hospitalar por IC apresentou grande variação entre os estados: o Rio de Janeiro, com uma das maiores produções de exames, registrou letalidade de 17,44%, enquanto Rondônia, com volume significativamente menor, apresentou apenas 8,26%. O dado revela um paradoxo: mesmo com diagnóstico em larga escala, a sobrevida hospitalar não melhorou nos estados mais estruturados, sugerindo falhas na conversão do exame em decisão terapêutica efetiva. **Conclusão:** Ampliar o diagnóstico é necessário, mas insuficiente. A efetividade clínica do ecocardiograma depende de sua aplicação oportuna e da capacidade do sistema de transformar a imagem em decisão e intervenção. O contraste entre Rio de Janeiro e Rondônia, em 2024, evidencia que acesso não é sinônimo de qualidade, e que o SUS precisa evoluir da oferta ao impacto.

1116919

ECOCARDIOGRAMA COM ESTRESSE POSITIVO: QUEM ESTÁ REALMENTE EM RISCO? UMA ANÁLISE POR SEXO, IDADE E COMORBIDADES

AUTOR(ES): CAROLYNNE FERREIRA MACHADO1; ANA CAROLINA MAIN LUCAS1; FABRICIO THEBIT BORTOLON2; MURILO JARDIM DE CARVALHO3; PATRICK VENTORIM COSTA4; BRUNO ARANTES PAZOLINI2;

(1) HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES - HUCAM/UFES - VITÓRIA - ES - BRASIL; (2) MEDSENIOR - VITÓRIA - ES - BRASIL; (3) CARDIOCARE E IMAGEM; ECOLAB - VITÓRIA - ES - BRASIL; (4) HOSPITAL UNIMED; METROCOR-INSTITUTO METROPOLITANO DO CORAÇÃO - VITÓRIA - ES - BRASIL;

Introdução: A detecção de isquemia miocárdica induzida evidenciado por alterações contráteis segmentares no ecocardiograma (ECO) de estresse, é influenciada não apenas pelo grau de doença arterial coronariana (DAC) presente, mas também por características dos pacientes que modulam a probabilidade pré-teste. Fatores como sexo, idade e comorbidades, como hipertensão, diabetes, dislipidemia, aumentam a probabilidade de DAC e possivelmente de um teste de estresse positivo. **Objetivos:** Analisar a influência do sexo, idade e presença de comorbidades cardiovasculares na positividade do ECO estresse para isquemia miocárdica. **Métodos:** Foram analisados 835 exames de ECO estresse considerados válidos, incluindo protocolos farmacológicos e exercício. A variável desfecho foi resultado positivo para isquemia, isto é, presença de alteração de mobilidade segmentar induzida pelo estresse. No banco de dados, 139 exames (16,6%) tiveram resultado positivo para isquemia, enquanto 669 (80,1%) foram negativos e 27 (3,2%) inconclusivos. **Resultados:** Dos 289 homens, 19,4% tiveram resultado positivo, comparado a 15,2% das 546 mulheres (RR bruto 1,28; IC95% 0,94–1,74; p 0,15). Em relação à idade, a taxa de positividade foi maior nos pacientes maiores que 70 anos. Encontramos positividade de 16% no grupo dos menores de 70 anos contra 17,3% no grupo maior que 70 anos (RR 1,08; IC95% 0,80–1,44; p 0,70). Pacientes com 3 comorbidades ou mais apresentaram 18,1% de exames positivos, ao passo que aqueles com uma ou nenhuma comorbidade tiveram somente 13% de positivos. Essa diferença de 5,1 pontos percentuais foi estatisticamente significativa (utilizando teste exato de Fisher, p 0,048). Em relação aos grupos extremos, pacientes sem nenhuma comorbidade apresentaram 15,2% de positivos, enquanto aqueles com 5 ou mais comorbidades apresentaram 22,4%. Entre os 206 pacientes diabéticos, 20,8% tiveram teste positivo, comparado a apenas 14,2% dos 629 não-diabéticos (p = 0,018). **Conclusão:** Nossa análise evidenciou que sexo masculino, diabetes e múltiplas comorbidades se associaram a maior taxa de resultados positivos no ecocardiograma de estresse. Na avaliação clínica, homens e especialmente diabéticos com ecocardiograma estresse positivo devem ser direcionados com prioridade para investigação e terapêutica de DAC, dado o alto valor preditivo positivo nesse contexto. Por outro lado, um ecocardiograma estresse negativo em um paciente muito comórbido não exclui completamente isquemia.

1116608

ESCORE CLÍNICO VS AVALIAÇÃO COMBINADA: VEXUS E NT-PROBNP NA PREDIÇÃO DE DESFECHOS HOSPITALARES EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

AUTOR(ES): MARCUS VINICIUS SILVA FREIRE DE CARVALHO¹; ALEXANDRE COSTA SOUZA¹; TAMIRES SAID¹; YURI XAVIER DE CARVALHO¹; RICARDO GUEDES¹; ADRIANO CHAVES DE ALMEIDA FILHO¹; MARCELA PEREIRA FLORES¹; NATHALIA DUARTE BARROSO¹; RODRIGO MOREL VIEIRA DE MELO¹;

(1) HOSPITAL SÃO RAFAEL, INSTITUTO I'DOR DE ENSINO E PESQUISA - SALVADOR - BA - BRASIL;

Fundamentação: A hospitalização por IC está associada a elevada mortalidade e reinternações. Embora o NT-proBNP seja recomendado para estratificação de risco, sua disponibilidade é limitada. O VExUS oferece uma alternativa promissora para avaliação de congestão venosa, podendo complementar métodos clínicos e biomarcadores na predição de desfechos hospitalares. **Objetivo:** Comparar a capacidade preditiva da combinação de VExUS e NT-proBNP com o escore clínico de Boston para prever desfechos hospitalares em pacientes internados por IC descompensada. **Metodos:** Trata-se de um estudo observacional e retrospectivo que incluiu 117 pacientes internados por IC descompensada. Foram analisados dados clínicos, laboratoriais e ecocardiográficos para avaliar a predição de desfechos hospitalares, definidos como óbito intra-hospitalar e reinternação por IC descompensada em 30 dias. O escore clínico de Boston, o NT-proBNP e o escore VExUS foram comparados quanto à capacidade preditiva utilizando curvas ROC, o teste de DeLong e o índice de reclassificação líquida (NRI). **Result:** Foram incluídos 117 pacientes internados por IC. O desfecho composto de óbito intra-hospitalar ou reinternação em 30 dias ocorreu em 13 pacientes (11,1%), sendo 6 óbitos (5,1%) e 7 reinternações (5,9%). Na análise da força preditiva para desfechos hospitalares, o modelo combinado de VExUS e NT-proBNP apresentou melhor desempenho em comparação ao escore de Boston isolado. A área sob a curva (AUC) para o modelo combinado foi de 0,797 (IC95%: 0,708–0,885), significativamente superior ao escore de Boston, que apresentou uma AUC de 0,599 (IC95%: 0,453–0,745; p=0,004). O teste de Hosmer-Lemeshow indicou boa calibração para ambos os modelos (p=0,64 para o escore de Boston e p=0,10 para o modelo combinado). O Net Reclassification Index (NRI) geral foi de 0,35 (IC95%: 0,12–0,58), evidenciando que o modelo combinado melhora a reclassificação dos pacientes em comparação ao escore clínico isolado. A adição do BNP e do escore VExUS ao modelo baseado no Boston Score resultou em melhora estatisticamente significativa da capacidade preditiva, conforme demonstrado pela redução na deviance (p=0,033) e na diminuição do AIC. Embora apenas o BNP tenha apresentado significância estatística individual o VExUS parece exercer um papel complementar relevante na performance global do modelo. **Conclu:** A avaliação combinada VExUS e NT-proBNP foi superior ao escore de Boston isolado, na predição de desfechos hospitalares nesse pacientes c/ IC.

1116442

ESTIMATIVA ECOCARDIOGRÁFICA DA PRESSÃO ATRIAL DIREITA ATRAVÉS DA RELAÇÃO E/E' DO VENTRÍCULO DIREITO

AUTOR(ES): LEONCIO BEM SIDRIM¹; ANA CLÁUDIA LONGO¹; LUCAS EDUARDO GUIMARAES¹; ANABEL LIMA¹; RENAN FIGUEIREDO¹

(1) PROCAPE - HOSPITAL DO CORAÇÃO, UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - RECIFE - PE - BRASIL;

A pressão atrial direita (PAD) é um parâmetro hemodinâmico essencial na avaliação de doenças cardiovasculares, como hipertensão pulmonar e insuficiência cardíaca, sendo a medida por cateterismo cardíaco o padrão ouro. Este estudo avaliou a medida ecocardiográfica da relação E/E' do ventrículo direito como método não invasivo para estimar a PAD, comparando-a ao cateterismo. Foram coletados dados ecocardiográficos e de cateterismo de pacientes com indicação clínica, permitindo a análise simultânea dos métodos. A relação E/E' demonstrou uma forte correlação com a PAD invasiva ($r = 0,87$; $p < 0,001$) e excelente capacidade preditiva na curva ROC (AUC = 0,91). O limiar de 9,8 foi identificado como ideal para prever PAD > 10 mmHg, com sensibilidade de 70% e especificidade de 100%. Em contrapartida, o método baseado no diâmetro e na variação inspiratória da veia cava inferior apresentou correlação moderada ($r = 0,568$) e menor desempenho preditivo, com especificidade de apenas 50%. Apesar das limitações, como variabilidade das diferenças e pequeno tamanho amostral, os resultados sugerem que a relação E/E' é uma ferramenta confiável para estimar a PAD de forma não invasiva, podendo reduzir a necessidade de métodos invasivos em cenários clínicos relevantes. Estudos adicionais são necessários para validar seu uso em populações mais amplas e selecionadas. **PALAVRAS - CHAVE:** Ecocardiografia doppler; Pressão atrial; Cateterismo cardíaco.

1117055

HIPERTRABECULAÇÃO MIOCÁRDICA. UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

AUTOR(ES): JOSE MARIA DEL CASTILLO1; JOÃO GIFFONI DA SILVEIRA NETO1; CAIO GUEDES DE SOUSA1; RENATA RODRIGUES TEIXEIRA DE CASTRO1; ISSAM SHEHADEH1; CLAUDIA MARIA BRAGA BEZERRA DE MELO1; KATARINA BARROS DE OLIVEIRA1; PAULO ROBERTO PINTO FERREIRA FILHO1; JOEL LADISLAU DE MELO SOUZA1; DJAIR BRINDEIRO FILHO1;

(1) ESCOLA DE ECOCARDIOGRAFIA DE PERNAMBUCO (ECOPE) - RECIFE - PE - BRASIL;

Introdução: Os primeiros relatos, na década de 1980, de aumento da trabeculação miocárdica foram catalogados como "não compactação do miocárdio". Recentemente foram descritos indivíduos normais, atletas e gestantes com hipertrabeculação, sem preencher critérios de disfunção ventricular, pelo que a mera observação da hipertrabeculação não pode ser diagnosticada como patológica, criando um desafio diagnóstico. A hipertrabeculação diminui a rotação apical, afetando a eficiência do miocárdio, conforme os conceitos fisiológicos clássicos, pelo que deve haver mecanismos de adaptação que mantêm a normalidade funcional em indivíduos normais com aumento da trabeculação, particularmente atletas de alta performance. **Objetivo:** Avaliar atletas de alta performance com e sem hipertrabeculação do VE para verificar as diferenças da mecânica ventricular e estabelecer possíveis mecanismos de adaptação. **Material:** Estudados 40 atletas, onde foram avaliados critérios de hipertrabeculação miocárdica (método de Chin), dimensões das cavidades, parâmetros de função e deformação miocárdica (strain longitudinal de VE, VD, AE, strain rate diastólico, rotação, twisting e índice de rigidez atrial) e velocidade de onda de pulso (VOP). **Resultados:** Vinte atletas apresentavam compactação normal do miocárdio e 20 hipertrabeculação. As dimensões cavitárias não apresentavam diferenças significativas, mas a FE foi menor nos atletas com hipertrabeculação (57% vs 52%, $p=0,04$), assim como a relação E/e' (6,3 vs 5,6, $p=0,001$) e o índice de massa foi maior (84 g/m² vs 110 g/m², $p=0,002$). Com relação aos parâmetros de deformação, os atletas com hipertrabeculação apresentavam diminuição do strain longitudinal do VE (-19,8% vs -17,1%, $p=0,03$), do strain longitudinal do VD (-20,8% vs 19%, $p=0,04$), do strain do AE (39% vs 34,5%, $p=0,01$), da rotação basal (5,8° vs -4,7°, $p=0,02$), da rotação apical (13,1° vs 4,8°, $p=0,001$) e do twist (19° vs 9,5°, $p=0,0001$). A VOP foi menor nos atletas com hipertrabeculação (7,1 vs 5,7, $p=0,007$). **Conclusão:** Os atletas com hipertrabeculação apresentam maior tendência ao remodelamento excêntrico do VE, com menores parâmetros de função (menor FE e menor strain longitudinal biventricular). A diminuição muito significativa da rotação e twisting indicam menor eficiência apical, mas há sinais de melhor esvaziamento atrial, sugerido pela menor relação E/e' e menor resistência periférica, sugerido pela menor VOP, indicando possíveis mecanismos de adaptação.

1116741

IMAGEM E GENÉTICA NA CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA: CORRELAÇÃO GENÓTIPO - FENÓTIPO ECOCARDIOGRÁFICO EM PACIENTES DO PROJETO MAPA GENOMA BRASIL

AUTOR(ES): AKELVIN HENRIQUE VILALVA1; SILAS RAMOS FURQUIM1; LUCAS VIEIRA LACERDA PIRES1; FERNANDA ALMEIDA ANDRADE1; VINÍCIUS MACHADO CORREIA1; NATÁLIA QUINTELLA SANGIORGI OLIVETTI1; EMANUELLE LEONILIA MARQUES1; FÁBIO FERNANDES1; JOSÉ EDUARDO KRIEGER1;

(1) INSTITUTO DO CORAÇÃO - INCOR HCFMUSP - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Introdução: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) resulta, em até 60 % dos casos, de variantes Patogênicas (P) ou Provavelmente Patogênicas (PP) em genes do sarcômero, sobretudo MYH7 e MYBPC3, associados a diferentes padrões clínicos. O ecocardiograma transtorácico (ETT) é fundamental para o diagnóstico e a estratificação de risco na doença. No entanto, ainda são pouco exploradas as correlações entre o perfil genético e as características ecocardiográficas de interesse clínico. **Objetivo:** Avaliar parâmetros ecocardiográficos de relevância clínica em pacientes com CMH portadores de variantes P/PP. **Métodos:** Estudo transversal unicêntrico que incluiu pacientes consecutivos com CMH submetidos a ETT padronizado e sequenciamento de exoma completo. As variantes genéticas foram classificadas segundo as diretrizes ACMG. Os parâmetros ecocardiográficos avaliados foram: fração de ejeção [FE], espessura do septo interventricular [SIV] e gradiente intraventricular [GI] em repouso/Valsalva. **Resultados:** 387 pacientes foram incluídos, sendo 222 portadores de VP (57,3%) e 165 VPP (42,7%). Os genes mais frequentemente envolvidos na amostra foram: MYH7 (N=161, 41,6%) e MYBPC3 (N=170, 43,9%). A análise ecocardiográfica mostrou: FE (63,42 ± 11,8 %) e SIV (18,8 ± 5,6 mm / mediana: 19 mm). 79,8% da amostra correspondeu à forma septal assimétrica. 98 pacientes (25,3%) apresentavam a forma obstrutiva da doença, sendo que em 18 deles a obstrução foi evidenciada somente após manobra de Valsalva. Nos pacientes da forma obstrutiva, o gradiente de pico sistólico médio ao repouso foi 63,2 ± 26,8 mmHg. **Conclusões:** A correlação entre os achados ecocardiográficos e as variantes genéticas permite uma melhor definição fenotípica e pode auxiliar na personalização do manejo clínico de pacientes com CMH. A identificação de variantes específicas associadas a determinados padrões ecocardiográficos reforça o papel da genética como ferramenta complementar à imagem cardiovascular na abordagem dessas doenças.

Apresentação Oral

Ecocardiografia de cardiopatias adquiridas ou de adultos



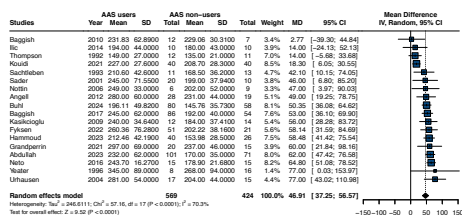
1116627

IMPACT OF ANABOLIC-ANDROGENIC STEROID USE ON ECHOCARDIOGRAPHIC CARDIAC STRUCTURE AND FUNCTION IN STRENGTH-TRAINED ATHLETES: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

AUTOR(ES): MATHEUS DE MEDEIROS FERNANDES¹; PEDRO GOMES BATISTA²; RAILLA RAQUEL ALBINO DOS SANTOS SILVA³; CAMILA VIVIANE RIBERA CHAGAS³; FERNANDA MEDEIROS SANTOS¹; MIGUEL CHAVES LENZI¹; CLÉBER DE MESQUITA ANDRADE¹; RANNA SANTOS PESSOA⁴; JULIANA GIORGIS⁵;

(1) STATE UNIVERSITY OF RIO GRANDE DO NORTE (UERN) - MEDICINE DEPARTMENT - MOSSORÓ - RN - BRASIL; (2) FEDERAL UNIVERSITY OF PARAÍBA (UFPB) - MEDICINE DEPARTMENT - JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; (3) FEDERAL UNIVERSITY OF CEARÁ (UFC) - MEDICINE DEPARTMENT - FORTALEZA - CE - BRASIL; (4) FEDERAL UNIVERSITY OF RIO GRANDE DO NORTE (UFRN) - MEDICINE DEPARTMENT - NATAL - RN - BRASIL; (5) SÍRIO LIBANÊS HOSPITAL - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Introduction: The use of anabolic androgenic steroids (AAS) among athletes, while enhancing physical performance, has been associated with left ventricular (LV) hypertrophy and dysfunction, which may ultimately impair cardiac function. Despite this concern, few quantitative syntheses have assessed the cumulative impact of AAS on echocardiography. **Objective:** To compare transthoracic echocardiographic (TTE) anatomical and functional outcomes between strength-trained athletes who use AAS and non-users. **Methods:** A systematic search of PubMed, Embase, Scopus, and Cochrane Central was conducted following PRISMA guidelines. Outcomes included LV Mass Index (LVMI), LV Mass (LVM), Relative Wall Thickness (RWT), Interventricular Septum Thickness (IVS), Posterior Wall Thickness (PWT), LV Ejection Fraction (LVEF), and Global Longitudinal Strain (GLS). Pooled Mean Differences (MD) with 95% Confidence Intervals (CI) were estimated using random-effects models in R (v4.3.2). **Results:** 36 cross-sectional studies were included with a total of 1,854 participants (1,002 AAS users and 836 non-users), with a mean age of 32.9 ± 8.9 years; 95.5% were male, and training history of 10.6 ± 6.9 years. The mean duration of AAS use was 6.6 ± 5.1 years, with an average weekly dose of 932.1 ± 728.4 mg. Our meta-analysis revealed robust structural and functional LV differences in TTE between groups. AAS users demonstrated a marked increase in LVM (MD=46.91 mm; 95%CI 37.25, 56.57; p<0.0001) and LVMI (MD=20.94 g/m²; 95%CI 16.43, 25.46; p<0.0001), indicating substantial myocardial hypertrophy. In parallel, IVS (MD=1.35 mm; 95%CI 1.02, 1.68; p<0.0001) and PWT (MD=1.18 mm; 95%CI 0.86, 1.49; p<0.0001) further support concentric hypertrophic remodeling. RWT (MD=0.06; 95%CI 0.03, 0.08; p<0.0001) was elevated, suggesting geometric adaptation in response to prolonged anabolic exposure. Functionally, LVEF (MD=-3.23%; 95%CI -4.68, -1.79; p<0.0001) was significantly lower in AAS users, indicating early systolic dysfunction, and GLS (MD=-3.27%; 95%CI 2.55, 4.00; p<0.0001), a sensitive marker of myocardial deformation, was impaired, reinforcing the notion of subclinical myocardial dysfunction. **Conclusion:** This meta-analysis demonstrates that chronic AAS use in strength-trained athletes is significantly associated with cardiac remodeling and early functional impairment. All echocardiographic outcomes reached statistical significance (p<0.0001), underscoring the potential long-term cardiovascular risks.



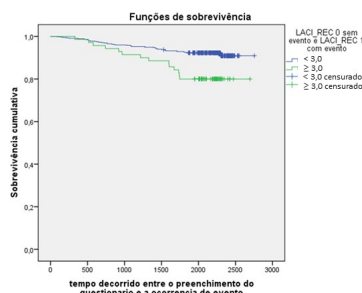
1116746

ÍNDICE DE ACOPLAMENTO VOLUMÉTRICO/MECÂNICO DO ÁTRIO ESQUERDO NA PRÁTICA CLÍNICA: UMA NOVA FERRAMENTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

AUTOR(ES): FERNANDA RIBEIRO DIAS¹; ANTONIO JOSE LAGOEIRO¹; MARCIO MORAES CARVALHO¹; BRUNA ZANFORLIN JÁCOME¹; SYLVIA MANHAES PIRES VASCONCELOS¹; LEONARDO SOARES FARIA¹; ADSON RENATO LEITE¹; MARIO LUIZ RIBEIRO¹;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - NITERÓI - RJ - BRASIL;

Introdução: O átrio esquerdo (AE) desempenha papel central na fisiologia cardíaca, sendo reconhecido como marcador de disfunção diastólica e risco cardiovascular. Nesse contexto, surgem novos índices que avaliam a função atrial de forma mais integrada, sendo um deles, o LACI (Left Atrial Coupling Index ou Left Atrial Volumetric/Mechanical Coupling Index). Surge como um novo parâmetro integrado de função atrial com valor prognóstico robusto. Mudaria Para: O átrio esquerdo (AE) desempenha um papel central na fisiologia cardíaca e é reconhecido como um importante marcador de disfunção diastólica e de risco cardiovascular. Nesse contexto, novos índices têm sido propostos para avaliar a função atrial de forma mais abrangente e integrada. Entre eles, destaca-se o LACI (Left Atrial Coupling Index), também conhecido como índice de acoplamento volumétrico/mecânico do átrio esquerdo. Esse parâmetro combina medidas volumétricas e funcionais do AE, oferecendo um valor prognóstico robusto na estratificação do risco cardiovascular. **Objetivo:** Avaliar a associação entre o LACI e desfechos clínicos adversos em uma coorte de pacientes da atenção primária acompanhados pelo Programa Médico de Família. **Métodos:** Estudo retrospectivo com 541 indivíduos com idade ≥ 45 anos em ritmo sinusal, participantes do Estudo Digitalis. O LACI foi definido como a razão entre o volume atrial esquerdo indexado (VAEI) e a velocidade a' do Doppler tecidual do anel mitral medial (TDI-a'). O desfecho composto foi morte por qualquer causa ou internação cardiovascular durante o seguimento. A análise estatística incluiu regressão logística e de Cox. **Resultados:** Indivíduos com LACI ≥ 3,0 (11,8% da amostra) apresentaram maior incidência do desfecho (22% vs. 9,6%; OR = 2,44; p = 0,016). LACI elevado associou-se a alterações estruturais e funcionais cardíacas, massa ventricular esquerda, PSAP e relação E/e'. Também houve associação significativa com insuficiência cardíaca, hipertensão arterial e doença renal crônica. A análise de sobrevida mostrou-se pior no grupo com LACI elevado (p = 0,001). **Conclusão:** O LACI demonstrou forte associação com disfunção cardíaca e risco cardiovascular aumentado, reforçando sua utilidade como ferramenta prognóstica viável e de fácil aplicação na atenção primária. LACI; átrio esquerdo; ecocardiografia; atenção primária; risco cardiovascular; insuficiência cardíaca.



	Qui- quadrado	gl	Sig.
Log Rank	9,511	1	0,001
(Mantel-Cox)			

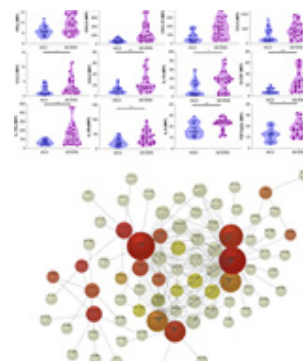
1116805

MIOPATIA ATRIAL EXPRESSA PELA REDUÇÃO DO STRAIN ATRIAL ESQUERDO REFLETE ATIVAÇÃO DO EIXO INFLAMATÓRIO TH1 EM PACIENTES COM ESTENOSE MITRAL REUMÁTICA

AUTOR(ES): FERNANDA AZEVEDO FIGUEIREDO1; ANA LUIZA RESENDE1; EULA AMORIM NEVES1; ANDRÉIA TEIXEIRA CARVALHO1; THAYSE BATISTA MOREIRA1; WILLIAN ANTÔNIO MAGALHÃES ESTEVES,1; MARILDES LUIZA CASTRO1; FLÁVIO AZEVEDO FIGUEIREDO1; WALDEREZ ORNELAS DUTRA1; MARIA CARMO PEREIRA NUNES1;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - BELO HORIZONTE - MG - BRASIL;

Introdução: Na estenose mitral (EM) de etiologia reumática, a função do átrio esquerdo (AE) pode ser prejudicada não apenas pela sobrecarga de pressão, mas também por um processo inflamatório persistente decorrente da cardiopatia reumática, resultando em miopatia atrial. O strain atrial esquerdo na fase de reservatório (LASr), avaliado por ecocardiografia com speckle-tracking (2D-STE), é um marcador sensível de disfunção atrial. Este estudo teve como objetivo investigar a associação entre níveis plasmáticos de citocinas inflamatórias/fibróticas e a gravidade da disfunção atrial, avaliada pelo LASr, em pacientes com EM reumática. **Métodos:** Foram incluídos 95 pacientes com EM reumática submetidos à ecocardiografia 2D com análise de LASr. Os pacientes foram categorizados segundo os quartis do LASr, e selecionados os extremos para análise comparativa: LASr < 7,8% (Q1) vs. > 16% (Q3), totalizando 48 pacientes após exclusão dos casos intermediários. A dosagem de 48 citocinas, quimiocinas e fatores de crescimento foi realizada com o kit Bio-Plex Pro Human Cytokine 48-plex (Bio-Rad). As moléculas diferencialmente expressas foram submetidas a análise de vias de sinalização imunológica (KEGG). **Resultados:** Pacientes com valores reduzidos de LASr (<7,8%) apresentaram níveis significativamente elevados de citocinas inflamatórias (IFN- γ , CXCL10, CCL5, CCL2, CCL4, IL-16, G-CSF) e mediadores fibróticos (IL-9, FGF-basic). Essas moléculas estavam envolvidas em vias de sinalização inflamatória, como quimiocinas, IL-17 e interações citocina-receptor. Análises de rede destacaram CCL5, CXCL10 e IFN- γ como nós centrais, sugerindo seu papel na fisiopatologia da disfunção atrial. **Conclusão:** A redução do LASr em pacientes com EM reumática está associada à ativação do eixo inflamatório Th1, indicando uma possível base imunológica para a disfunção atrial. Esses achados reforçam o potencial prognóstico do LASr e sugerem novas perspectivas para estratificação de risco e abordagem terapêutica.



1116621

MODELO DE MACHINE LEARNING PARA PREDIÇÃO DA DECISÃO MÉDICA DE CONTROLE DE RITMO EM PACIENTES COM FIBRILAÇÃO ATRIAL E INSUFICIÊNCIA MITRAL FUNCIONAL

AUTOR(ES): ALEXANDRE COSTA1; PEDRO HENRIQUE CORREIA1; MARCELLA FLORES1; BRUNA DE MATTOS JUNQUEIRA1; STEPHANIE DE AZEVEDO DRUBI1; MARCUS VINICIUS FREIRE1; YURI XAVIER DE CARVALHO1; LUDMILA BARBERINO1; LUÍS CLÁUDIO CORREIA1;

(1) HOSPITAL SÃO RAFAEL - SALVADOR - BA - BRASIL;

Fundamentação: Pacientes com insuficiência mitral (IM) funcional e fibrilação atrial (FA) podem ser tratados com controle da resposta ventricular ou com estratégias de controle do ritmo, como cardioversão elétrica e ablação. A escolha depende de fatores clínicos e estruturais. Modelos preditivos podem auxiliar na identificação de pacientes com maior probabilidade de receberem indicação médica para controle de ritmo. **Objetivos:** Desenvolver um modelo preditivo por machine learning para estimar a probabilidade de indicação médica de controle de ritmo em pacientes com IM funcional e FA. **Metodologia:** Estudo transversal com 117 pacientes consecutivos com IM funcional. O desfecho analisado foi a realização de cardioversão elétrica ou ablação por cateter, consolidadas como "controle de ritmo". Foram testadas 46 variáveis clínicas e ecocardiográficas obtidas na admissão. **Resultados:** Pacientes submetidos à intervenção apresentaram volume do átrio esquerdo menor [52 [49,8–61,2] vs. 64 [51–73]; $p = 0,029$] e fração de ejeção discretamente maior (50 % [34,8–62] vs. 35 % [27–56]; $p = 0,054$) em comparação ao grupo com controle de frequência. O modelo final de treinamento, com sete variáveis, apresentou AUC 0,926, sensibilidade 94,7 % e especificidade 52,6 %. Os principais preditores foram presença de FA, frequência cardíaca, volume do átrio esquerdo e TAPSE. No conjunto de teste, o desempenho do modelo foi mantido, com AUC 0,925 (IC 95 %: 0,832–1,000), acurácia 91,2 %, sensibilidade 91,7 % e especificidade 90,0 %. A concordância entre a predição do modelo e a decisão médica observada foi elevada (Kappa = 0,79), e o modelo apresentou boa calibração (Brier Score = 0,1016). Para garantir aplicabilidade prática, desenvolvemos uma calculadora que estima a probabilidade de indicar controle de ritmo em pacientes com FA e IM funcional. A ferramenta processa automaticamente as entradas e exibe, em tempo real, o risco individual acompanhado de gráficos de importância de variáveis, a solução é intuitiva, leve e facilmente integrada a fluxos clínicos. **Conclusão:** O modelo de Random Forest apresentou bom desempenho na predição da decisão médica de controle de ritmo em pacientes com insuficiência mitral funcional e fibrilação atrial.

1116994

PERFIL ECOCARDIOGRÁFICO DE PACIENTES ATENDIDOS EM MISSÃO HUMANITÁRIA NO PARÁ

AUTOR(ES): ALINE FERREIRA TRAVESSA¹; AARÃO CARAJÁS DIAS DOS SANTOS¹; LOUISE PINHEIRO MOUTINHO MACHADO¹; NATÁLIA SOUSA ESTEVES¹; PAULO HENRIQUE NUNES PEREIRA¹;

(1) HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE BELÉM - BELÉM - PA - BRASIL;

Introdução: A Missão EXCELSIOR 2025 (Exercício de Campanha de Emprego de Logística, Saúde e Intendência Operacional) foi a maior ação humanitária já realizada pela Força Aérea Brasileira (FAB) na Amazônia, ocorrendo de 10 a 29 de junho de 2025 no Pará, municípios de Santarém, Monte Alegre e Breves (Ilha do Marajó). A ação contou com a montagem de um Hospital de Campanha (HCAMP) em quatro balsas da Comissão de Aeroportos da Região Amazônica (COMARA), com atendimentos multiprofissionais. No total, foram realizados 51.476 atendimentos à população, com participação de militares da FAB, da organização Voluntários do Sertão e da FIOCRUZ. A ecocardiografia foi introduzida pela primeira vez como ferramenta diagnóstica em missão do HCAMP. **Objetivo:** Descrever o perfil ecocardiográfico dos pacientes atendidos durante a Missão EXCELSIOR 2025, destacando os principais achados e sua distribuição por município. **Métodos:** Foram realizados 233 exames ecocardiográficos por uma especialista em imagem cardiovascular, com o uso do equipamento LogicV5. As indicações dos exames foram oriundas da rede pública municipal e de demandas clínicas surgidas no HCAMP, conforme triagem dos especialistas envolvidos. **Resultados:** Os achados ecocardiográficos mais frequentes foram: hipertrofia ventricular esquerda (HVE) — 39 casos, disfunção diastólica grau I — 37 casos e cardiopatias congênitas — 21 casos. Por município: Santarém (44 exames): 18 exames normais, 10 com disfunção diastólica grau I, 4 miocardiopatias dilatadas, 4 valvopatias aórtica, 3 HVE, 3 cardiopatias congênitas, 1 miocardiopatia (MCP) isquêmica e 1 valvopatia mitral. Monte Alegre (96 exames): 39 normais, 16 HVE, 11 cardiopatias congênitas, 9 com disfunção diastólica grau I, 8 MCP isquêmica, 5 valvopatias aórtica, 4 valvopatias mitral, 2 MCP dilatada, 1 prótese mitral e 1 prótese aórtica. Breves (93 exames): 34 normais, 20 HVE, 18 com disfunção diastólica grau I, 7 cardiopatias congênitas, 6 MCP isquêmica, 3 valvopatias aórtica, 2 valvopatias mitral, 1 MCP dilatada, 1 valvopatia pulmonar e 1 prótese aórtica. **Conclusão:** A inclusão da ecocardiografia demonstrou ter impacto direto no diagnóstico e manejo clínico dos pacientes atendidos em regiões remotas. A estratégia contribuiu para melhor triagem de cardiopatias relevantes, algumas graves, com índice elevado de diagnóstico de cardiopatia congênita, reforçando o papel da ecocardiografia como ferramenta fundamental em ações de saúde pública voltadas à equidade assistencial.



1117009

RESULTADOS ECOCARDIOGRÁFICOS DO TRATAMENTO TRANSCATETER DA INSUFICIÊNCIA MITRAL IMPORTANTE EM PACIENTES DE ALTO RISCO CIRÚRGICO E ACOMPANHAMENTO A LONGO PRAZO EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA

AUTOR(ES): JAIRO ALVES PINHEIRO JUNIOR¹; ANA CAROLINA FURLAN GALUBAN¹; CAROLINA RODRIGUES TOSI PIRES¹; LAURO MARTINS NETO¹; JORGE HENRIQUE YOSCIMOTO KOROISHI¹; LUCIANO MARTINS DE HOLANDA¹; ALEXANDRE ANTONIO CUNHA ABIZAID¹; LEONARDO DE FREITAS CAMPOS GUIMARAES¹;

(1) HOSPITAL DO CORAÇÃO (HCOR) - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Introdução: A insuficiência mitral (IMI) é a doença valvar cardíaca mais comum, com prevalência em torno de 10% em indivíduos acima de 75 anos. O reparo transcater da valva mitral usando a técnica de reparo borda a borda tornou-se uma opção terapêutica para pacientes com IMI importante e de alto risco cirúrgico. A ecocardiografia transesofágica (ETE) é crucial para determinar elegibilidade, orientar o procedimento, monitorar complicações e avaliar o resultado. **Objetivos:** Analisar dados relacionados à etiologia, número de cliques utilizados, média de idade, gravidade da IMI, desfecho final do procedimento e seguimento a longo prazo. **Métodos:** análise descritiva de uma série de 43 casos de IMI importante e alto risco cirúrgico, entre 2019 e 2024, com indicação de tratamento transcater pelo "heart team". Descrevemos a prevalência das etiologias, média de idade, gravidade da IMI pré-procedimento e desfecho ecocardiográfico final. As variáveis contínuas foram descritas como média e desvio-padrão. **Resultados:** 42% apresentaram IMI primária, 38% secundária e 20% etiologia mista. A média de idade dos pacientes foi de 79,8 anos e o número de cliques implantados foi de 1,62 ± 0,72. Observa-se uma diminuição na média de cliques quando analisados por ano: em 2019, uma média de 2,3 ± 1, e em 2023/2024, 1,8 ± 0,7. Todos os procedimentos foram guiados por ETE com uso de tecnologia tridimensional. Utilizando uma escala de graduação para IMI de discreta(1+) a importante(4+), avaliada por ETE, a média após o implante do clipe foi de 1,27 ± 0,59. Em relação ao gradiente médio, a média pós-procedimento foi de 3 ± 1,2 mmHg. Em cada ano, observamos os seguintes resultados: em 2019, tivemos 4 pacientes que permaneceram sob nossa supervisão. Em 2024, 5 anos após o procedimento, o gradiente diastólico médio foi de 3,75 ± 1,28 mmHg e insuficiência mitral discreta a moderada. Os pacientes de 2020 não foram acompanhados no serviço. Entre os pacientes de 2021, 3 anos após o procedimento, 1 faleceu, 3 foram acompanhados em serviços fora de São Paulo e os demais apresentaram gradiente médio de 3 +/- 1 e IMI discreta a moderada. **Conclusão:** O implante transcater, mostrou-se uma opção terapêutica eficaz e segura. O ETE é uma ferramenta na elegibilidade dos pacientes, guiando o procedimento, avaliando o resultado e identificando potenciais complicações. O seguimento a longo prazo mostrou boa evolução e ausência de disfunção valvar importante.

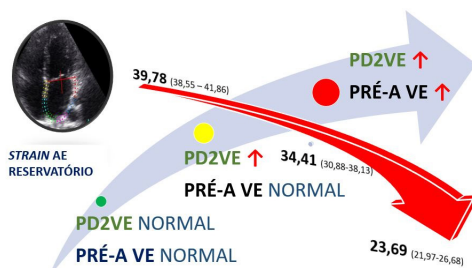
1117092

STRAIN ATRIAL ESQUERDO COMO MARCADOR HEMODINÂMICO DE DISFUNÇÃO DIASTÓLICA NA DOENÇA ARTERIAL CORONÁRIA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO PRESERVADA

AUTOR(ES): GUSTAVO NISHIDA1; CALVILHO JUNIOR AMADOR ANTONIO1; NATASHA SOARES SIMÕES DOS SANTOS1; JORGE EDUARDO ASSEF1; ANDREA DE ANDRADE VILELA1; SERGIO LUIZ NAVARRO BRAGA1;

(1) INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Introdução: O strain atrial esquerdo (strain AE) tem sido empregado na estimativa das pressões de enchimento do ventrículo esquerdo (VE) e foi formalmente incorporado em recentes diretrizes ecocardiográficas de análise da função diastólica. **Objetivo:** Avaliação ecocardiográfica do strain atrial esquerdo reservatório (strain AE R) em pacientes com doença arterial coronária e fração de ejeção ventricular esquerda preservada em diferentes perfis hemodinâmicos. **Método:** Avaliaram-se 81 pacientes com fração de ejeção (FEVE) preservada, doença arterial coronária documentada por cineangiogramas e medidas invasivas de pressão diastólica final do VE (PD2VE), alterada em fase inicial de alteração da complacência VE, e pressão pré-contracção atrial (pré-A) VE, que melhor se correlaciona com a pressão média atrial esquerda. A partir delas, avaliaram-se grupos com ambas as pressões normais e com elevação da PD2VE, isoladamente ou com aumento simultâneo de PD2VE e pré-A VE. A partir de dados ecocardiográficos obtidos imediatamente antes da realização do cateterismo, as análises de deformação miocárdica foram realizadas em sequência aleatória e cega às medidas de PD2VE e pré-A VE em software dedicado em plataforma comercialmente disponível. **Resultados:** Trata-se de população com idade média de 61±8 anos, predominantemente masculina (66%). Hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, diabetes mellitus e obesidade foram os fatores de risco mais prevalentes. Medidas de PD2VE e pré-A VE simultaneamente normais foram documentadas em 41 pacientes. Elevação simultânea de PD2VE e pré-A VE foi observada em 27 (33,3%) pacientes, enquanto 13 (16%) deles apresentaram elevação isolada da PD2VE. A média da pré-A VE nos 27 pacientes com valores elevados dessa medida invasiva foi de 15,8 ± 3,3 mmHg. Os valores medianos de strain AE R nos pacientes com pressões normais [39,78 (38,55–41,86)] foram superiores aos do grupo com PD2VE isoladamente elevada [34,41 (30,88–38,13); p < 0,001] e com pré-A VE simultaneamente elevada [23,69 (21,97–26,68); p < 0,001]. **Conclusão:** O strain AE R pode ser indicativo de elevação das pressões de enchimento do ventrículo esquerdo, com redução progressiva à medida que a disfunção diastólica progride, com potencial uso na discriminação dos diferentes estágios dessa história natural na população de coronariopatas com FEVE preservada.



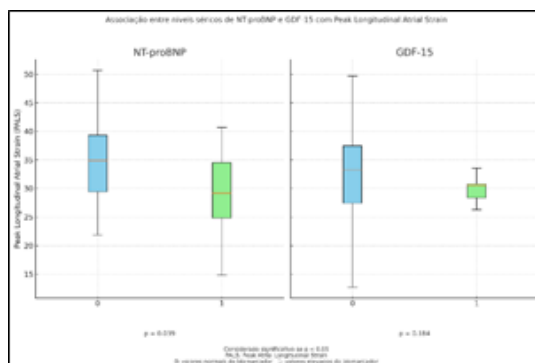
1116786

STRAIN ATRIAL ESQUERDO EM PACIENTES COM CONDIÇÃO PÓS-COVID

AUTOR(ES): MARIO LUIZ RIBEIRO1; MARCIO ROBERTO MORAES CARVALHO1; FERNANDA RIBEIRO DIAS1; ALESSANDRO ZAKHIA SEIXAS1; ISABELA SENNA MOREIRA1; ELIZA ALMEIDA GRIPI1; NATALIA MARIO ROSÁRIO1; GUILHERME SCHITTINE LOMBA1; RACHEL O'NEIL SOUZA1; JOCEMIR RONALDO LIGON1;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - NITERÓI - RJ - BRASIL;

Introdução e Objetivo: A análise do strain sistólico de pico do átrio esquerdo (PALS), reflete a função de reservatório atrial e está associado à função diastólica e risco cardiovascular. Em pacientes com condição pós-covid (PCC), o impacto residual sobre a função atrial ainda é pouco compreendido. Este estudo avaliou o PALS em sobreviventes da COVID-19 e sua associação com biomarcadores de estresse miocárdico. **Métodos:** Estudo transversal com 144 pacientes adultos (39 homens) atendidos no Hospital Universitário, em Niterói-RJ, todos com diagnóstico confirmado de COVID-19 por PCR a partir de 2020. Destes, 96 realizaram ecocardiograma transtorácico com um sistema disponível comercialmente (Philips EPIQ CVx®) conforme protocolo da American Society of Echocardiography (ASE), para quantificação de câmaras, análise de Doppler e strain atrial esquerdo de pico (PALS) e biventricular. Foram dosados NT-proBNP e GDF-15 por imunoensaio. Testes t de Student, Mann-Whitney e Spearman avaliaram associações e correlações. **Resultados:** A mediana do PALS foi de 34,00% [27,50 – 42,70]. Cerca de 22% apresentaram valores abaixo de 30%. O PALS reduzido esteve discretamente associado aos níveis de NT-proBNP anormais (p=0,039). Não foi observada correlação significativa entre PALS e GDF-15 (p = 0,184). **Conclusão:** Alterações no PALS foram observadas em parcela relevante dos pacientes com PCC, sugerindo remodelamento atrial subclínico. O PALS pode representar uma ferramenta útil na detecção de comprometimento cardiovascular sutil em estágios iniciais Da PCC



Comparação de parâmetros ecocardiográficos por biomarcadores

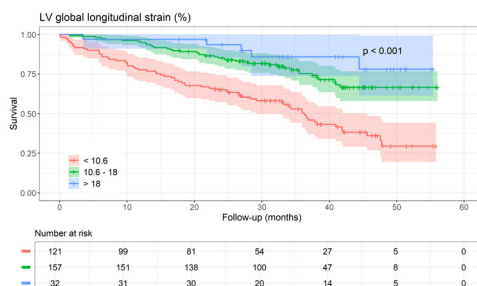
1116996

STRAIN LONGITUDINAL GLOBAL COMO PREDITOR DE MORTALIDADE NA CARDIOMIOPATIA CHAGÁSICA: VALOR INCREMENTAL À ECOCARDIOGRAFIA CONVENCIONAL

AUTOR(ES): MARCELO ALVES MAIA¹; FLAVIO AZEVEDO FIGUEIREDO¹; OMAR RIBEIRO SANTOS JUNIOR¹; NAYANA FLAMINI ARANTES GOMES¹; VINICIUS TOSTES CARVALHO¹; MARIA CARMO PEREIRA NUNES¹;

(1) FACULDADE DE MEDICINA - UFMG - BELO HORIZONTE - MG - BRASIL;

Introdução: A cardiomiopatia chagásica constitui causa importante de mortalidade decorrente da doença de Chagas. A fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) é amplamente utilizada na estratificação de risco, mas tem limitações, especialmente em estágios iniciais da cardiopatia a qual se apresenta normal ou levemente reduzida. O strain longitudinal global (SLG), obtido por ecocardiografia speckle-tracking (STE), permite avaliação precoce da disfunção miocárdica com potencial valor na predição de morte. **Objetivo:** Determinar se o SLG fornece valor prognóstico incremental sobre parâmetros ecocardiográficos tradicionais (volume de átrio esquerdo, relação E/e', dimensão do ventrículo direito e FEVE) em pacientes com cardiomiopatia chagásica. **Métodos:** Estudo prospectivo incluindo pacientes com cardiomiopatia chagásica e evidências de insuficiência cardíaca, definido por FEVE <50% e/ou NT-ProBNP >300 pg/mL. Avaliação clínica, eletrocardiograma (ECG) e ecocardiograma foram realizados no momento da inclusão. O SLG derivado do STE foi analisado offline. O desfecho foi mortalidade por todas as causas. O impacto prognóstico das variáveis ecocardiográficas foi avaliado por meio de modelos de regressão de Cox. **Resultados:** Foram incluídos 317 pacientes, com idade de 66 ± 12 anos, 42% do sexo masculino. A maioria apresentava classe funcional II ou III (New York Heart Association). Durante seguimento mediano de 2,7 anos, 114 pacientes (36%) faleceram. O SLG foi um importante preditor de óbito (HR 0,88; IC 95% 0,84 a 0,92; p < 0,001), agregando valor prognóstico incremental além dos parâmetros ecocardiográficos convencionais. O modelo preditivo que incorporou o SLG demonstrou acurácia superior na predição de mortalidade, comparado ao modelo baseado em variáveis ecocardiográficas convencionais (aumento do C-statistic de 0,718 para 0,726). O valor prognóstico do SLG foi mais evidente em pacientes com FEVE preservada ou discretamente reduzida. **Conclusão:** Em pacientes com insuficiência cardíaca secundária a cardiomiopatia chagásica, o SLG demonstrou ser preditor independente de morte, com valor prognóstico adicional em relação aos parâmetros ecocardiográficos convencionais, particularmente nos estágios iniciais do acometimento cardíaco. Sua incorporação à avaliação ecocardiográfica pode otimizar a estratificação de risco e auxiliar no manejo clínico.



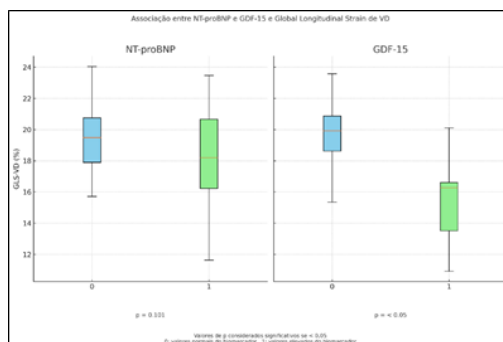
1117061

AValiação DA FUNÇÃO DO VENTRÍCULO DIREITO EM PACIENTES COM COVID LONGA: EVIDÊNCIAS DE DISFUNÇÃO SUBCLÍNICA PERSISTENTE?

AUTOR(ES): FERNANDA RIBEIRO DIAS¹; MARCIO ROBERTO MORAES CARVALHO¹; MARIO LUIZ RIBEIRO¹; ALESSANDRO ZAKHIA SEIXAS¹; ISABELA SENNA MOREIRA¹; ELIZA ALMEIDA GRIPP¹; NATÁLIA MARIO ROSARIO¹; GUILHERME SCHITTINE BEZERRA LOMBA¹; RACHEL V. O'NEIL SOUZA¹; JOCEMIR RONALDO LUGON¹;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - NITERÓI - RJ - BRASIL;

Introdução: O comprometimento do ventrículo direito (VD) tem sido descrito em pacientes hospitalizados por COVID-19. No entanto, sua persistência e detecção em pacientes ambulatoriais com Condição Pós-Covid (PCC) é pouco investigada. **Objetivo:** Estudo transversal com 144 voluntários adultos (39 homens) atendidos no Hospital Universitário de Niterói-RJ, todos com diagnóstico confirmado de COVID-19 por PCR a partir de 2020. Destes, 96 realizaram ecocardiograma transtorácico em sistema disponível comercialmente (Philips EPIQ CVx®), conforme protocolo da American Society of Echocardiography (ASE), para quantificação de câmaras, análise de Doppler, strain atrial esquerdo de pico (PALS) e biventricular. Em 78 indivíduos foram aferidos níveis séricos de NT-proBNP e GDF-15. As análises de associação entre variáveis ecocardiográficas e valores de biomarcadores foram realizadas com os testes t de Student e Mann-Whitney, para avaliar correlações e diferenças entre grupos. A função do VD foi avaliada por meio da excursão sistólica do anel tricúspide (TAPSE) e do strain longitudinal da parede livre do VD. Foram considerados limiares de disfunção TAPSE <17 mm e strain VD <20%. **Resultados:** Houve associação significativa entre valores séricos de GDF-15 e o strain do VD foi 20,20% [17,73 – 22,40] p<0,05; porém não houve significância para o valor de mediana do TAPSE. Cerca de 18% dos pacientes apresentaram strain VD abaixo do ponto de corte (<20%), enquanto apenas 8% apresentaram TAPSE reduzido. Os achados não se correlacionaram com níveis de NT-proBNP. **Conclusão:** O strain do VD detectou disfunção subclínica em uma proporção superior à do TAPSE, sugerindo maior sensibilidade para alterações precoces do VD na PCC. Sua associação com elevação dos níveis de marcador inflamatório (GDF-15) sugere um mecanismo complexo de dano miocárdico. A incorporação do strain do VD na rotina ecocardiográfica pode ampliar a detecção de comprometimento funcional persistente em PCC.



1117014

VALOR PROGNÓSTICO DO STRAIN ATRIAL ESQUERDO APÓS VALVOPLASTIA MITRAL PERCUTÂNEA NA ESTENOSE MITRAL REUMÁTICA

AUTOR(ES): FERNANDA AZEVEDO FIGUEIREDO¹; ALEXANDRE NEGRAO PANTALEAO¹; NAYANA FLAMINIARANTES GOMES¹; DANIELLY RAMOS PEREIRA¹; ANA LUISA MIRANDA OLIVEIRA¹; MARCOS VINICIUS GONCALVES MATOZINHOS¹; WILLIAN ANTÔNIO MAGALHAES ESTEVES¹; ANTÔNIO MUTARELLI¹; MARILDES LUIZA CASTRO¹; MARIA CARMO PEREIRA NUNES¹;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - BELO HORIZONTE - MG - BRASIL;

Introdução: A estenose mitral reumática (EM) leva a fibrose e disfunção do átrio esquerdo (AE). A valvuloplastia mitral percutânea (VMP) é o tratamento de escolha na EM grave com anatomia favorável, levando a melhora hemodinâmica ao reduzir a pressão do AE. O strain do AE na fase de reservatório (LASr), avaliado ao ecocardiograma pela técnica de speckle-tracking (2DST), é um marcador precoce da disfunção atrial e pode melhorar após a VMP. Este estudo teve como objetivo avaliar o valor prognóstico da melhora do LASr após a VMP em pacientes com EM. **Métodos:** Pacientes com EM submetidos à VMP em centro terciário foram acompanhados prospectivamente. Ecocardiograma transtorácico completo, incluindo análise do LASr, foi realizado antes e até 48 horas após a VMP. O desfecho primário foi composto por morte cardiovascular e necessidade de troca valvar mitral (TVM). A variação do LASr (Δ LASr) foi analisada por modelos de Cox ajustados para variáveis clínicas e ecocardiográficas estabelecidas.

Resultados: Foram incluídos 163 pacientes (mediana de idade: 46 anos [IQR 37–54]; 82,8% do sexo feminino). A área valvar mitral (AVM) antes da VMP foi de 0,97 cm² (IQR 0,82–1,13), e a mediana do Δ LASr foi +3,2% (IQR –0,4 a +6,2). Após seguimento de 55 meses (IQR 27–83), 46 pacientes (28%) atingiram o desfecho composto (9 óbitos cardíacos e 37 TVM). Na análise multivariada, O Δ LASr foi preditor independente do desfecho (HR: 0,93 por aumento de 1%; IC 95%: 0,87–0,99; p = 0,021), juntamente com a idade (p = 0,002), área valvar mitral (AVM) pós-VMP (p = 0,018), gradiente médio pós-VMP (p = 0,013) e Δ da complacência atrioventricular esquerda (p = 0,049). O modelo final apresentou boa discriminação (estatística C = 0,80). **Conclusão:** A melhora do LASr após VMP foi preditor independente de desfechos clínicos em longo prazo em pacientes com EM. O LASr pode representar uma ferramenta útil para estratificação de risco e monitoramento pós-procedimento nessa população.

1116888

AValiação DO PÓS-OPERATÓRIO CIRÚRGICO DE TRANSPOSIÇÃO DE GRANDES ARTÉRIAS EM SEIS ANOS EM SERVIÇO TERCIÁRIO DE CARDIOLOGIA

AUTOR(ES): MARIA FERNANDA ROCHA MENEZES¹; LUCAS OLIVEIRA ROCHA¹;

(1) HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE - CURITIBA - PR - BRASIL;

Introdução: A transposição das grandes artérias (TGA) é a cardiopatia congênita cianótica mais comum que se apresenta no período neonatal. O diagnóstico fetal de TGA é eficiente em reduzir a mortalidade precoce e permite programar o parto nas condições ideais. **Objetivo:** Avaliar o perfil anatômico e clínico dos pacientes com TGA que foram submetidos a abordagem cirúrgica, correlacionando com complicações no pós-operatório. **Método:** Estudo de coorte não concorrente, realizado por meio de revisão de prontuários de pacientes com TGA submetidos a cirurgia cardíaca entre 2019 e 2024. Os pacientes foram divididos em dois grupos: TGA simples e TGA complexa. Considerou-se TGA complexa aqueles com comunicações interventriculares amplas e/ou obstrução da via de saída do ventrículo esquerdo. Foi realizada análise das complicações mais prevalentes em cada grupo. Para análise estatística, utilizou-se o programa Statistical Package for the Social Science, teste de Exato de Fisher, Qui Quadrado e teste T de Student. Valor de p menor que 0,05 foi estatisticamente significativo. **Resultados:** Dos 57 pacientes avaliados, 70% eram do grupo TGA simples. A complicação mais comum foi resposta inflamatória exacerbada após cirurgia (78%), seguido de infecção (52,6%) e sinais de isquemia (47,3%). Trinta e seis por cento dos casos apresentaram alguma anomalia de coronária, sendo a mais comum a circunflexa com origem no seio coronariano direito. Houve correlação estatística entre diagnóstico fetal e choque pré-operatório ($p<0,001$). Dos 31 pacientes que evoluíram com choque pré-operatório, 21 (84%) não tinham diagnóstico fetal. Quando avaliados a diferença entre informações relacionadas aos grupos TGA simples e complexa, identificou-se, respectivamente, diferença entre as médias de idade da cirurgia (37,3 e 238,5 dias; $p=0,012$), peso (3,46 e 5,6kg; $p=0,003$) e tempo de circulação extracorpórea (148 e 186 minutos; $p=0,006$). Houve correlação positiva entre tempo de ventilação mecânica (VM) e infecção ($p=0,004$). Maior lactato no pós-operatório correlacionou-se com maior tempo de extracorpórea ($p=0,001$). **Conclusão:** O estudo identifica os fatores capazes de impactar na morbidade e mortalidade do paciente com TGA em pós-operatório cardíaco. Reforça principalmente a importância do diagnóstico fetal para evitar atrasos terapêuticos, reduzindo os riscos de choque pré-operatório e proporcionando adequado planejamento após o nascimento.

Tabela 1 - Correlação entre diagnóstico ecocardiográfico fetal e choque pré-operatório

Variáveis			Choque pré-operatório		Valor de p
			Não	Sim	
Diagnóstico fetal	Não	(n)	4	21	<0,001
		%	10%	84%	
	Sim	(n)	19	10	
		%	65%	34,50%	

Fonte: o autor, 2025.

1116872

PERFIL DOS PACIENTES COM TRANSPOSIÇÃO CORRIGIDA DAS GRANDES ARTÉRIAS EM SERVIÇO TERCIÁRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

AUTOR(ES): HELEN CAROLINE TELES OJEDA¹; LUCAS OLIVEIRA ROCHA¹;

(1) HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE - CURITIBA - PR - BRASIL;

INTRODUÇÃO: A Transposição Corrigida das Grandes Artérias (TCGA) é uma cardiopatia congênita singular no sentido de que, a despeito da malformação cardíaca, há um fluxo fisiológico do sangue no organismo, sem que haja algum tipo de shunt entre o fluxo pulmonar e sistêmico. Muitos pacientes são assintomáticos e tem o diagnóstico da condição cardíaca em avaliações de rotina após realizar Rx de tórax ou ecocardiograma. A indicação cirúrgica é geralmente reservada a pacientes com outros defeitos associados, ou então com disfunção progressiva da função do ventrículo direito e piora na regurgitação da valva tricúspide. **OBJETIVO:** Avaliar o perfil dos pacientes com TCGA no serviço avaliado que foram submetidos a procedimento cirúrgico, idade ao diagnóstico e realização de cateterismo cardíaco. Correlacionar as indicações cirúrgicas com outras lesões associadas e complicações no pós-operatório e, ainda, avaliar a evolução pós-operatória até a alta hospitalar, necessidade de reinternação e mortalidade dos pacientes. **MÉTODO:** Estudo de coorte não concorrente, de natureza observacional. Foram coletados dados de prontuário eletrônico dos pacientes com TCGA submetidos à procedimento cirúrgico entre janeiro de 2019 e dezembro de 2024. Foram avaliados em relação ao tipo de cirurgia, presença de lesões associadas e perfil clínico dos pacientes. **RESULTADOS:** Dezesesseis pacientes foram avaliados, 11 (68,8%) eram do sexo feminino; 8 (50%) tiveram diagnóstico da cardiopatia ainda intraútero. A maioria (81,3%) apresentavam uma ou mais lesões maiores associadas. Os tipos cirúrgicos mais realizados foram: correção biventricular (Duplo Switch) em 5 (31,3%) pacientes, bandagem de artéria pulmonar em 4 (25%). Dois (22,2%) pacientes evoluíram com BAVT e necessitaram implante de marca passo definitivo no mesmo internamento. Dos cinco pacientes submetidos à correção biventricular, 2 (40%) realizaram BAP como procedimento prévio. Nenhum paciente avaliado foi submetido à correção fisiológica. Nenhum paciente foi a óbito no período considerado. **CONCLUSÃO:** A Transposição Corrigida das Grandes Artérias é uma cardiopatia complexa e rara, com manejo cirúrgico diverso. BAP pode ser necessária para condicionar o VE à alta pressão. A evolução espontânea para BAVT e necessidade de marca passo é frequente. A intervenção cirúrgica pode estar associada a riscos e complicações de curto a longo prazo. O pequeno número de pacientes no estudo condiz com a raridade da cardiopatia.

FIGURA 1:

Tabela 1. Características dos participantes (n=16)			
Características avaliadas		Frequência (n)	Percentual (%)
Sexo	Feminino	11	68,8
	Masculino	5	31,3
Idade ao diagnóstico	Fetal	8	50
	Primeiro mês de vida	6	37,5
	Sem dados	2	12,5
Cateterismo cardíaco prévio	Não realizou	6	37,5
	Avaliação de pressão e ramos pulmonares	7	43,7
	Avaliação da efetividade de BAP	3	18,7
Cateterismo cardíaco após procedimento	Não realizou	11	68,7
	Avaliação pós cirúrgica	4	25
	Procedimento terapêutico (implante de stent)	1	6,3
Lesões menores associadas	CIV pequena	1	6,3
	EPV leve	2*	12,5
	Regurgitação VT leve	1*	6,3
Lesões maiores associadas	CIV ampla	7	44,1
	EPV moderado/grave	2	12,5
	Atresia pulmonar	3	18,8
	Regurgitação VT moderado/grave	4	25
	Anomalia de Ebstein	1	6,3
	CoAo crítica e hipoplasia do VD	1	6,3

BAP: bandagem de artéria pulmonar; CIV: comunicação interventricular; EPV: estenose pulmonar valvar; VT: valva tricúspide; CoAo: Coarctação de aorta; BAVT: bloqueio atrioventricular total; VD: ventrículo direito. * Lesões menores que apareceram associadas com outras lesões maiores.

Fonte: Autora (2025).

FIGURA 02:

2

Tabela 02 - Associação entre o defeito Lesão Associada com Tipos de correção

Variáveis		Lesão associada						Valor de p	
		Não apresenta		Lesão Menor		Lesão Maior			
		n	%	n	%	n	%		
Tipo de Correção	BAP	1	25,0	1,0	25,0	2	50,0	0,944	
	Univentricular	0	0,0	0,0	0,0	2	100		
	Biventricular	1	20,0	0,0	0,0	4	80		
	Implante de MP	0	0,0	0,0	0,0	1	100		
	Biotak Teosig	0	0,0	0,0	0,0	2	100		
	Troca de gerador de MP	0	0,0	0,0	0,0	1	100,0		
	Implante de CDI	0	0,0	0,0	0,0	1	100		

BAP: bandagem de artéria pulmonar; MP: marca passo; CDI: cardioversor/defibrilador implantável

1117060

ANÁLISE COMPARATIVA DE TÉCNICAS DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CARDÍACA PARA QUANTIFICAÇÃO DE FIBROSE HEPÁTICA EM TETRALOGIA DE FALLOT CORRIGIDA E CIRCULAÇÃO TIPO FONTAN

AUTOR(ES): ADRIANA MACINTYRE INNOCENZI¹; JOSE CARLOS PIZZOLANTE SECCO²; IGOR COSTA COSTERMAN²; FERNANDA PADRAO FERNANDES¹; JOSE LUCAS REBEL²; RONIR RAGGIO LUIZ²; GABRIEL CORDEIRO CAMARGO¹; RENATA MOLL-BERNARDES²; MARIANA POVOA-CORREA³;

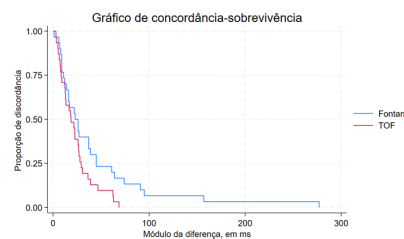
(1) IDOR, INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA - RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; (2) IDOR - RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; (3) IDOR, UFRJ - RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL;

Introdução: Pacientes com Tetralogia de Fallot corrigida (TOF) e circulação tipo Fontan podem apresentar congestão hepática e evoluir com fibrose ao longo do tempo. Este estudo compara métodos para mensurar o T1 nativo e volume extracelular (ECV) hepático por ressonância magnética (RM).

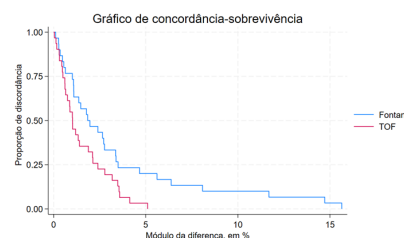
Objetivo: Discutir duas estratégias metodológicas de imagem para mensuração de T1 nativo e ECV hepático por RM. **Metodologia:** Pacientes com TOF e Fontan foram submetidos a ressonância magnética cardíaca com técnicas de caracterização tecidual, incluindo a mensuração do T1 nativo hepático e ECV, utilizando o corte sagital. Dois métodos de quantificação foram comparados: (1) medidas de três regiões de interesse (ROIs) hepáticas, posicionadas em locais distintos do parênquima, com área aproximada de 0,8 a 1,0 cm² cada, e (2) utilização da maior área visível do parênquima hepático excluindo vasos maiores no corte sagital. Para a análise estatística, foi utilizado o coeficiente de concordância intraclass.

Resultados: Entre os pacientes com tetralogia de Fallot (TOF), observou-se excelente concordância para o T1 nativo entre os dois métodos avaliados, com coeficiente de correlação intraclass (CCI) de 0,978 (IC 95%: 0,955–0,990; p < 0,001). Nos pacientes com circulação tipo Fontan, a concordância para o T1 nativo foi moderada, com CCI de 0,790 (IC 95%: 0,560–0,900; p < 0,001). Em relação ao volume extracelular (ECV), a concordância intraclass entre os dois métodos também foi excelente nos pacientes com TOF (CCI: 0,978; IC 95%: 0,955–0,990; p < 0,001) e moderada naqueles com circulação tipo Fontan (CCI: 0,790; IC 95%: 0,562–0,900; p < 0,001). Adicionalmente, a análise de concordância-sobrevivência demonstrou menor proporção de discordância nos pacientes com TOF em comparação aos pacientes com circulação de Fontan, tanto para o T1 nativo quanto para o ECV, conforme ilustrado na Figura 1.

Conclusão: A análise comparativa demonstrou alta concordância entre as técnicas avaliadas para o TOF e concordância moderada para Fontan. A maior discordância observada nos pacientes com Fontan poderia ser explicada pela heterogeneidade do parênquima hepático nesses pacientes. Esse achado é relevante no contexto clínico, pois sugere que nos pacientes com TOF, ambos métodos de medidas podem ser utilizados, no entanto, nos pacientes com Fontan, deve-se incluir a maior área possível de parênquima hepático, para reduzir a variabilidade.



a.



b.

1116716

ASSOCIAÇÃO ENTRE DISFUNÇÃO DIASTÓLICA E DISSINCRONIA INTERVENTRICULAR E A CARDIOTOXICIDADE POR TRASTUZUMABE EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA HER2+ AVALIADAS POR VENTRICULOGRAFIA RADIOISOTÓPICA E SEU USO POTENCIAL NA DETECÇÃO PRECOCE

AUTOR(ES): WILSON EDUARDO FURLAN MATOS ALVES¹; MARCO ANTÔNIO DE OLIVEIRA²; THIAGO GRANDO ALBERTO³; CLÁUDIO YOITI INAFUKU²; MARCELO JOSÉ DOS SANTOS²; JOSÉ SOARES JUNIOR⁴;

(1) HOSPITAL DE AMOR - BARRETOS / FUNDAÇÃO PIO XII E FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARRETOS DR. PAULO PRATA (FACISB) - BARRETOS - SP - BRASIL; (2) HOSPITAL DE AMOR - BARRETOS / FUNDAÇÃO PIO XII - BARRETOS - SP - BRASIL; (3) HOSPITAL SAÚDE DA MULHER - BARRETOS - SP - BRASIL; (4) INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (HCFMUSP) - BARRETOS - SP - BRASIL;

Introdução: A cardiotoxicidade (CTX) é um dos principais efeitos colaterais do tratamento com trastuzumabe em pacientes com câncer de mama HER2+. Sua ocorrência é definida pela disfunção sistólica (DS), caracterizada pela queda nos valores da fração de ejeção (FEVE). O monitoramento cardíaco é realizado com métodos de imagem que buscam a detecção precoce da CTX, o que permitiria a adoção de medidas cardioprotetivas evitando a interrupção do tratamento oncológico. Dentro desse contexto, a avaliação de outros parâmetros de imagem e sua relação com a DS têm despertado interesse crescente destacando-se, na cardiologia nuclear, a disfunção diastólica (DD) e dissincronia interventricular (DI). **Objetivos:** Avaliar as incidências da DD e DI pela ventriculografia radioisotópica (VR) e determinar suas associações com a CTX durante o tratamento com trastuzumabe. **Métodos:** Foram avaliadas retrospectivamente imagens da VR realizadas durante o tratamento com trastuzumabe de mulheres com câncer de mama HER2+ em um hospital oncológico brasileiro. A DS foi definida pela queda de 10 pontos percentuais do valor da FEVE basal para um valor abaixo de 50%; a DD por peak filling rate (PFR) < 2,5 EDV/s e/ou time to peak filling rate (TPFR) > 180 ms; e a DI pela diferença entre os tempos do ângulo de fase médio dos ventrículos esquerdo e direito, com valor > 47,3 ms. Foram incluídas pacientes cujas as imagens foram adquiridas com 32 frames por ciclo cardíaco e excluídas pacientes com qualquer cardiopatia ou com FEVE < 50% no exame basal. **Resultados:** A amostra analisada foi composta de 131 pacientes em tratamento de câncer de mama HER2+ com trastuzumabe. A DS ocorreu em 22 (16,7%); a DD em 79 (60,3%); e a DI em 62 pacientes (47,3%). A incidência da DD foi associada à CTX (86,4% versus 55,0% em pacientes com função sistólica preservada; p = 0,006). Também houve associação entre DI e CTX (72,7% versus 42,2% em pacientes com função sistólica preservada; p = 0,009). Nas pacientes com CTX e DD (19 pacientes), em 8 delas a DD precedeu a DS (42,1%). Já nas pacientes com CTX e DI (16 pacientes), DI precedeu DS em 11 delas (68,7%). **Conclusão:** As incidências de DD e DI durante o tratamento com trastuzumabe foram de 60,3 e 47,3%, respectivamente. Houve associação entre suas incidências com a CTX, com a DS sendo precedida em 42,1% pela DD e em 68,7% pela DI. Os achados deste estudo sugerem uso potencial da DD e da DI como parâmetros de detecção precoce da CTX por trastuzumabe.

1116999

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DO TESTE ERGOMÉTRICO RELACIONADAS À DOENÇA CORONARIANA NÃO OBSTRUTIVA PELA ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONÁRIAS EM PACIENTES COM TESTE ERGOMÉTRICO ALTERADO

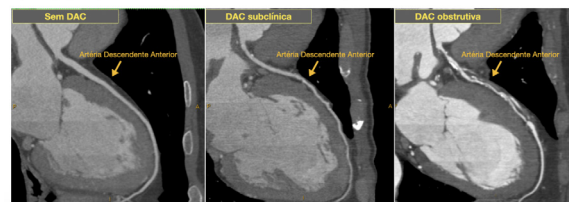
AUTOR(ES): GIULIO CHECCINATO FACCHINI¹; JÚLIA VALÊNCIO ALVES LEANDRO¹; SAMUEL CASARIN¹; ALINE SAVIELLO¹; BEATRIZ BRANDÃO¹; JULIA TEZZON PROENÇA¹; MARIA BEATRIZ SOUTO FIGUEIREDO SILVA¹; ALCIDES ROCHA DE FIGUEIRO JUNIOR¹; HELDER JORGE ANDRADE GOMES¹;

(1) FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, ICON DIAGNÓSTICOS - JUNDIAÍ - SP - BRASIL;

Introdução: Estima-se uma prevalência de doença arterial coronariana (DAC) em até 40% dos adultos entre 50-64 anos sem história de cardiopatia, porém apenas <5% apresentam estenose importante. As evidências do benefício de abordagens mais agressivas, como terapia com estatinas naqueles com DAC subclínica, esbarram na não identificação desta população. **Objetivo:** Conhecer a prevalência de DAC subclínica na população encaminhada para tomografia computadorizada (TC) de coronárias por alteração no teste ergométrico (TE) e identificar características da população com DAC subclínica naqueles com TE alterado sem DAC obstrutiva na TC de coronárias. **Métodos:** Estudo observacional com pacientes adultos encaminhados para realização de TC de coronárias por alteração no TE entre abril/2024 e agosto/2024. Foram excluídos pacientes com história prévia de infarto do miocárdio, stent ou revascularização cirúrgica. **Resultados:** Total de 96 indivíduos incluídos, média de idade 55,7±11,1 anos; 66% masculino; 80±16kg de peso; índice de massa corporal 26,7 [24,4-30] g/m²; 52% tinham hipertensão (HAS); 31% diabetes mellitus (DM); 61% dislipidemia; 19% tabagismo/ex-tabagismo; 52% histórico familiar DAC. O teste ergométrico teve uma duração de 6,3 [4,3-7,4] minutos, 11,8 [8,3-11,9] equivalentes metabólicos (METs) e 78% com alteração do segmento ST (infra >1,5 mm), 5,6% arritmias ventriculares e 9,8% distúrbio de condução (tabela). Um terço dos pacientes apresentavam DAC subclínica pela TC de coronárias (figura), apenas 19,8% apresentavam lesões obstrutivas (estenose >50%), e 46,9% não apresentavam DAC (escore de cálcio zero, sem placas não calcificadas). O grupo DAC significativa era mais velho (64,3±9,6 vs 55,7±11,1 anos, p<0,001), com maior prevalência de DM (63,2 vs 31,3, p<0,001) e alcançaram menos METs (9 [7,1-9,9] vs 11,9 [8,3-11,9], p=0,023). Entre os pacientes sem DAC significativa, o grupo DAC subclínica apresentava uma tendência a maior prevalência de HAS (62,5% vs 42,2%, p=0,081) e DM (34,4% vs 15,6%, p=0,056), além de idade mais avançada (58,6±9,4 vs 50±9,8, p<0,001), porém sem diferenças no TE (duração, infra máximo, METs ou duplo produto) quando comparados ao grupo sem DAC. **Conclusões:** A prevalência de DAC subclínica em pacientes encaminhados para TC de coronárias por TE alterado foi de 33% e apenas 20% apresentavam DAC obstrutiva. Não houve diferenças significativas além da idade, sejam demográficas ou do teste ergométrico, entre os grupos sem DAC e com DAC subclínica.

Tabela:	Total (N = 96)	DAC obstrutiva (N = 19)	DAC subclínica (N = 32)	Ausência de DAC (N = 45)	p-valor
Idade (anos)	55,7±11,1	64,3±9,6	58,6±9,4	50±9,8	¹ p=0,001 ² p=0,001 ³
Sexo masculino	66,6%	84,2%	68,7%	55,6%	¹ p=0,058 ² p=0,248 ³
Hipertensão	52,10%	87,90%	62,90%	42,20%	¹ p=0,878 ² p=0,081 ³
Diabetes	31,30%	63,20%	34,40%	15,60%	¹ p=0,001 ² p=0,056 ³
Dislipidemia	61,50%	78,90%	56,30%	57,80%	¹ p=0,082 ² p=0,898 ³
Tabagismo (ativo ou prévio)	19,00%	15,80%	21,90%	17,80%	¹ p=0,716 ² p=0,660 ³
Histórico Familiar DAC	52,10%	57,90%	59,40%	44,40%	¹ p=0,570 ² p=0,201 ³
Peso (kg)	80,3±16,5	78,8±12,7	80,6±16,6	81,5±18	¹ p=0,302 ² p=0,833 ³
IMC (kg/m ²)	26,7 [24,4 - 30]	26,1 [24 - 29,7]	27,6 [24,7 - 32,7]	26,7 [24,6 - 28,7]	¹ p=0,416 ² p=0,171 ³
Teste ergométrico					
Duração (min)	6,3 [4,3 - 7,4]	6,9 [5 - 7,4]	6 [2,6 - 7,3]	6,6 [4,8 - 7,6]	¹ p=0,596 ² p=0,448 ³
FC máxima (% da prevista)	95,4 [84,3 - 100]	95,3 [86,4 - 100]	94 [0 - 100]	96,8 [87,6 - 100]	¹ p=0,938 ² p=0,324 ³
Infra máximo ST (mm)	2 [1,5 - 3]	1,65 [1,4 - 2]	2,1 [1,5 - 3]	2,5 [1,9 - 3]	¹ p=0,649 ² p=0,081 ³
METS	11,9 [8,3 - 11,9]	9 [7,1 - 9,9]	11,9 [8,6 - 12,5]	11,9 [9,5 - 11,9]	¹ p=0,023 ² p=0,040 ³
Duplo produto	26,96±4,79	26,30±5,11	26,73±4,78	27,86±4,63	¹ p=0,097 ² p=0,362 ³
Distúrbio de condução	9,80%	0,00%	0,00%	0,13%	¹ p=0,458 ² p=0,589 ³
TC de coronárias					
Escore de cálcio	0 [0 - 135,0]	298 [137,5 - 869,5]	24,5 [2 - 145,2]	0 [0 - 0]	¹ p=0,001 ² p=0,001 ³
Dominância direita	86,5%	84,2%	87,5%	86,6%	¹ p=0,531 ² p=0,736 ³
Porção miocárdica	0,09%	0%	0,16%	0,09%	¹ p=0,371 ² p=0,371 ³

¹ p-valor < 0,05; ² p-valor para DAC obstrutiva; ³ p-valor entre DAC subclínica vs. ausência de DAC; NA = não se aplica.



1116816

COMPORTAMENTO HETEROGÊNEO DA PAREDE DO VENTRÍCULO ESQUERDO APÓS CORREÇÃO CIRÚRGICA DE VALVOPATIAS AÓRTICAS

AUTOR(ES): GABRIELLE DO NASCIMENTO LIMA¹; RAFAEL ALMEIDA FONSECA²; JULIANA BELLO MATSUMOTO³; CARLOS EDUARDO ROCHITTE²;

(1) GRADUANDA DE MEDICINA PELA UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI E ALUNA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO INCOR - HCFMUSP - SÃO PAULO - SP - BRASIL; (2) INCOR - SÃO PAULO - SP - BRASIL; (3) HCOR - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Introdução: As valvopatias aórticas causam remodelamento miocárdico heterogêneo no ventrículo esquerdo (VE), que pode ser avaliado por métodos avançados da ressonância magnética cardiovascular (RMC). Embora o strain global já seja uma ferramenta validada, a análise segmentar pode revelar alterações sutis importantes no pós-operatório. Este estudo propõe avaliar o strain segmentar (SS) e o volume extracelular (VEC) em pacientes com estenose (EAO) e insuficiência aórtica (IAO) submetidos à SAVR. **Objetivo:** Analisar o comportamento da parede do VE por parâmetros morfológicos da RMC - SS e VEC - em pacientes com EAO e IAO antes e após SAVR. **Métodos:** Foram incluídos pacientes acompanhados na Unidade Clínica de Valvopatias do InCor-HCFMUSP. A RMC foi realizada até 6 meses antes da SAVR, em aparelho de 1,5T, e repetida entre 6 e 10 meses após. As imagens foram analisadas com o software Circle Cardiovascular Imaging (CVI42), avaliando-se os parâmetros de strain segmentado radial (SSR), circunferencial (SSC) e longitudinal (SSL) do VE nos eixos curto e longo. Tanto a análise do VEC quanto a do strain foram realizadas com base na divisão topográfica da American Heart Association (AHA) em 16 segmentos, porém excluindo-se os apicais. Medidas repetidas de ANOVA foram usadas para comparar os parâmetros de strain pré e pós cirurgia, considerando as influências entre os segmentos da parede dentro de cada paciente. **Resultado:** 107 pacientes foram incluídos no estudo e divididos em grupos EAO= 75 e IAO=32 com 1712 segmentos no total. O SSR, SSC e SSL apresentaram uma redução significativa em todos os segmentos observados após SAVR no intervalo de 6 a 10 meses, com exceção da parede lateral que tende a manter a sua contratilidade. Antes da SAVR, ambas etiologias apresentaram segmento septal com menor contratilidade, quando comparado às demais paredes (p<0,0001). Na RMC pré, o VEC homogeneidade, porém no comparativo do VEC pré versus pós, entre a parede anterior e lateral, apresentou p<0,04 na IAO, já na EAO não houve diferença significativa. **Conclusão:** Nas valvopatias aórticas, o SS apresentou um padrão de heterogeneidade que se intensifica após a correção cirúrgica. Além disso, observou-se discreta heterogeneidade no VEC entre os segmentos miocárdicos na IAO. Esses achados sugerem alterações na contratilidade e no remodelamento miocárdico regional após o tratamento cirúrgico. Outros estudos complementares são necessários para confirmar esses achados.

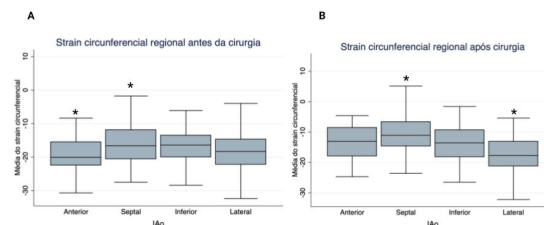


Figura 1: (A-B) Representação do strain circunferencial regional, obtido por ressonância magnética cardiovascular, antes (A) e após (B) correção cirúrgica em pacientes com insuficiência aórtica. (A) Observa-se um padrão de contratilidade heterogêneo, com strain significativamente maior no segmento septal em comparação ao anterior, sendo o septo o segmento menos contrátil ($p = 0,0001$). (B) Após a cirurgia, a heterogeneidade regional se acentua, com ênfase na diferença entre os segmentos septal e lateral ($p = 0,0001$). Nota-se ainda uma piora mais pronunciada no septo e uma preservação relativa do segmento lateral em relação ao exame pré-operatório.

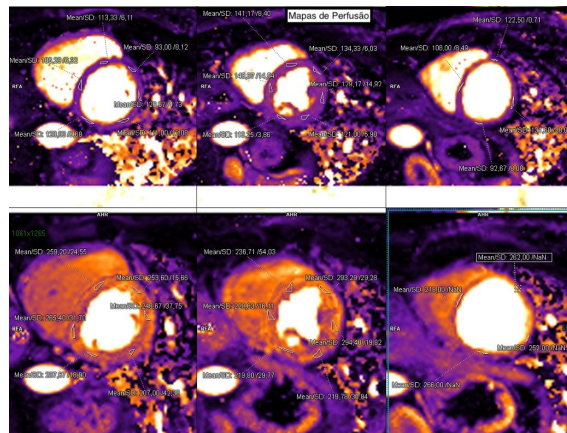
1116997

EXEQUIBILIDADE DO EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PARA AVALIAÇÃO DA MICROCIRCULAÇÃO NOS PRIMEIROS 20 PACIENTES

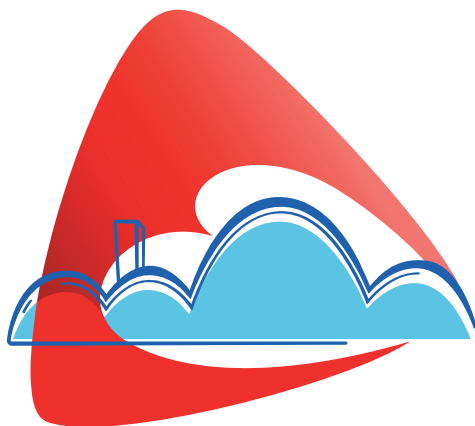
AUTOR(ES): GUILHERME HENRIQUE MÜLLER¹; CAMILA BERGONSI FARIAS¹; XIMENA ALEJANDRA CELI LOAIZA¹; MATHEUS ERIAN CASAGRANDE¹; DANISA SMILJANIC CARRIJO¹; GUILHERME SALIBA COUTO¹; VICTORIA BIZZI SCHVARTZMAN²; PAULO ROBERTO SCHVARTZMAN¹;

(1) HOSPITAL MOINHOS DE VENTO - PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; (2) HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC - PORTO ALEGRE - RS - BRASIL;

Introdução/Justificativa: A doença da microcirculação está associada a dor torácica em pacientes com artérias coronárias sem obstrução significativa em 30-43% dos casos. A ressonância magnética cardíaca (RMC), juntamente com o PET, são métodos não invasivos bem estabelecidos na literatura médica e diretrizes para avaliar a microcirculação. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo avaliar a exequibilidade da RMC para análise da microcirculação em uma amostra dos primeiros 20 pacientes. A proposta incluiu aspectos de tolerância ao exame, qualidade das imagens obtidas, tempo de aquisição e possíveis limitações técnicas e clínicas. **Métodos:** A população avaliada incluiu pacientes encaminhados para investigação de disfunção microvascular cardíaca, com idades entre 41 e 89 anos, sendo 13 do sexo feminino e 7 do sexo masculino. A aquisição das imagens foi realizada em equipamento de RM Siemens Sola de 1,5T com protocolo específico para estudo da perfusão com sequência "Dual-Sequence". Foram utilizados agentes de contraste à base de gadolínio. No protocolo de aquisição das imagens, inicialmente foi realizada a perfusão em repouso e, após, iniciado dipiridamol na dose de 0,84mg/kg com duração de 4 minutos. A aquisição das imagens da perfusão sob estresse foi realizada 2 minutos após o término da medicação. Também foram adquiridas imagens para avaliação da função e do realce-tardio. **Resultados:** Do ponto de vista técnico, a exequibilidade foi considerada elevada, com 20 dos 20 pacientes (100%) completando o exame. A tolerância ao tempo de exame, que variou entre 25-40 minutos com média de 30min $\pm$ 5min, foi ótima em todos os casos, sem necessidade de interrupções prolongadas. A qualidade das imagens foi analisada por dois cardiologistas especialistas em ressonância cardíaca de forma independente, utilizando uma escala padronizada (excelente, boa, limitada, não diagnóstica). Em 20 pacientes (100%), a qualidade das imagens foi considerada excelente ou boa. Do ponto de vista clínico, os dados obtidos foram considerados relevantes para todos os pacientes estudados. Em 14 (70%) pacientes, a identificação de disfunção microvascular sem doença coronariana obstrutiva direcionou para estratégias terapêuticas específicas. **Conclusão:** Em conclusão, este estudo demonstrou que a RMC é uma ferramenta diagnóstica altamente exequível para avaliação da microcirculação, com excelente tolerabilidade, qualidade de imagem e impacto no manejo clínico.



POSTER ELETRÔNICO



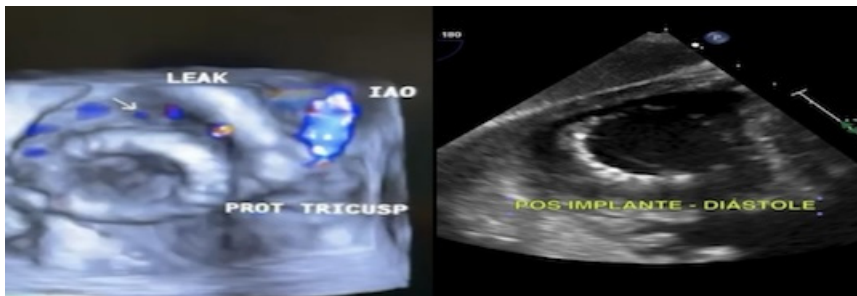
1116829

"VALVE-IN-RING" TRICÚSPIDE EM CENÁRIO DE ACESSO COMPLEXO: CASO DE IMPLANTE TRANSJUGULAR COM PRÓTESE EDWARDS SAPIEN 3

AUTOR(ES): FERNANDA SEGURA CAMPOS¹; SARA SANTOS ARAUJO¹; MIRSAIL GABRIEL DA SILVA NETO¹; VALTER MAGALHAES DE SOUZA FILHO¹; MAURICIO MARSON LOPES¹; CLÉDICYON ELOY DA COSTA¹; TIAGO SENRA GARCIA DOS SANTOS¹; MAYARA BRUNHEROTO LOURENCO¹; SILVIO LUIZ POLLINI GONCALVES¹; JULIA GARCIA LEAL ELIAS¹;

(1) HOSPITAL VERA CRUZ - CAMPINAS - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso Paciente feminina, 77 anos, com histórico de explante de eletrodos de marcapasso e plastia tricúspide com anel Edwards Physio 6200 (2021), evoluiu com insuficiência tricúspide (IT) importante, refratária ao tratamento clínico. Na avaliação pré-intervenção, angiotomografia evidenciou interrupção da veia cava inferior, inviabilizando implante bicaval (TricValve®) por acesso femoral e reparo por cateter (Triclip®) pela anatomia da valva previamente abordada. A ecocardiografia transesofágica foi essencial para a definição do mecanismo da IT e o planejamento do procedimento, permitindo avaliação detalhada do anel e das estruturas adjacentes. Após discussão em Heart Team, indicou-se implante transcater de válvula por acesso transjugular direito. O procedimento ocorreu sob anestesia geral, guiado por ecocardiografia e fluoroscopia, utilizando prótese Edwards Sapien 3 (29 mm) com pós-dilatação. Durante o implante, a ecocardiografia guiou o posicionamento preciso da prótese e a detecção precoce de complicações. O resultado foi satisfatório, com discreto refluxo perivalvar residual e ausência de gradientes significativos. A paciente evoluiu bem, extubada na sala e recebeu alta no 4º dia, em classe funcional II da NYHA. Discussão A recidiva de IT após plastia com anel cirúrgico é um desafio, especialmente em contraindicações à reoperação. O Valve-in-Ring (ViR) surge como alternativa minimamente invasiva, com resultados encorajadores em registros recentes. Apesar da ausência de dispositivos dedicados para a posição tricúspide no país, o uso off-label de prótese balão-expansível, como a Sapien 3, tem se mostrado seguro e eficaz em curto prazo. O acesso transjugular, embora menos frequente, é alternativa viável na obstrução da veia cava inferior, como neste caso. O papel da imagem multimodal — em especial da ecocardiografia — foi determinante no planejamento e sucesso do procedimento. Comentários Finais O caso ilustra a aplicabilidade das terapias transcater em valvopatias direitas complexas, quando há limitação ao acesso convencional. O trabalho multidisciplinar e o uso de imagem multimodal foram fundamentais para o êxito. A experiência reforça as evidências favoráveis ao ViR tricúspide em cenários desafiadores.



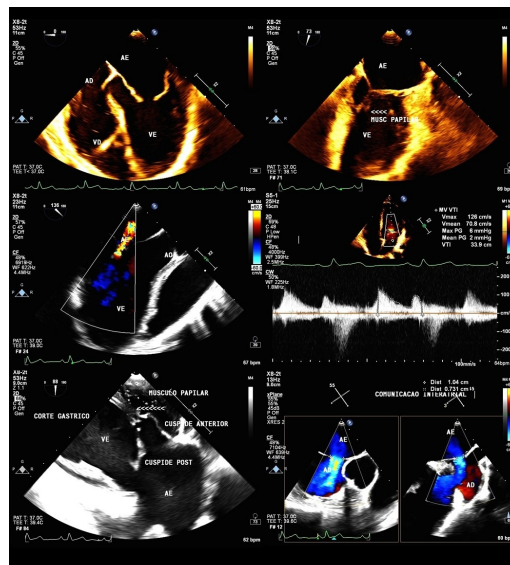
1117040

A ARMADILHA DO FOCO ÚNICO: QUANDO A PRINCIPAL ALTERAÇÃO OFUSCA AS DEMAIS NO EXAME

AUTOR(ES): RAFAEL CAMPOS OLIVEIRA¹; FERNANDA BORGES CAVALET¹; CAIO RASSI JUNQUEIRA²; SALVADOR RASSI FILHO²; GABRIEL YSHIDA ALVES BRANDÃO³; IGOR ROCHA FREIRE³; JOÃO GABRIEL PEIXOTO SANTANA³; ANA CAROLINE REINALDO OLIVEIRA¹; JOÃO BATISTA MASSON SILVA¹; DANIELA CARMO RASSI³;

(1) HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - GOIÂNIA - GO - BRASIL; (2) UNIVERSIDADE EVANGÉLICA DE GOIÁS - GOIÂNIA - GO - BRASIL; (3) FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - GOIÂNIA - GO - BRASIL;

Caso: Paciente do sexo feminino, 30 anos, assintomática, encaminhada para ecocardiograma transesofágico para melhor avaliação de um defeito do septo interatrial previamente identificado no ecocardiograma transtorácico. Ao exame físico, apresentava sopro sistólico ++/6 em foco mitral, sem outras alterações. O ecocardiograma mostrou câmaras cardíacas de dimensões normais, função biventricular preservada e descontinuidade do septo interatrial, medindo 10 x 7 mm, compatível com comunicação interatrial do tipo ostium secundum. Além dessa alteração, foi identificada valva mitral com dupla lesão discreta, de padrão não reumático, apresentando inserção anômala de todas as cordas tendíneas em um único músculo papilar, achado compatível com valva mitral em paraquedas. **Discussão:** A valva mitral em paraquedas é uma malformação congênita caracterizada pela inserção das cordas tendíneas em um único músculo papilar, frequentemente causando estenose mitral subvalvar. Está associada a outras cardiopatias congênitas, como defeito do septo atrial (DSA), presente em 54% dos casos em um estudo com 84 pacientes. A presença de DSA foi identificada como fator de risco independente para mortalidade e pode atenuar os gradientes mitrais ao permitir decompressão do átrio esquerdo. Essa associação reflete a origem embriológica comum das anomalias atrioventriculares, frequentemente acompanhadas por defeitos septais. **Comentários finais:** O caso apresentado ilustra a associação entre valva mitral em paraquedas e comunicação interatrial do tipo ostium secundum. A paciente permaneceu assintomática, evidenciando que, em algumas situações, essas alterações podem ser bem toleradas hemodinamicamente. A ecocardiografia é o método de escolha para a avaliação morfofuncional da valva mitral e do septo interatrial, permitindo diagnóstico preciso e não invasivo dessas anomalias. A modalidade transesofágica, por sua vez, oferece melhor detalhamento anatômico dessas estruturas cardíacas, sendo indicada em casos selecionados, especialmente quando há necessidade de esclarecer achados do exame transtorácico ou planejar conduta terapêutica.



1117090

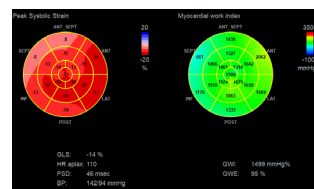
A IMPORTÂNCIA DO ECOCARDIOGRAMA COM SPECKLE TRACKING E MYOCARDIAL WORK NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DA CARDIOTOXICIDADE INDUZIDA PELO USO DE ESTEROIDES ANABÓLICOS ANDROGÊNICOS

AUTOR(ES): ELUAN ALBUQUERQUE DE LIMA1;

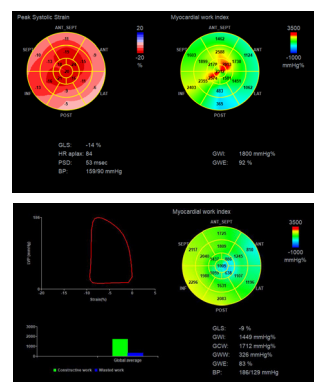
(1) HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS - DIVINÓPOLIS - MG - BRASIL;

Apresentação dos casos: **Caso 1** – RC, 38 anos, masculino, previamente hígido, praticante de atividade diária aeróbica/resistida, de intensidade moderada, evoluindo com hipertensão, dor torácica e fadiga. Relato de uso por 6 meses de Durateston e GH. Exame físico com hipertensão (142/94 mmHg) e taquicardia (105 bpm). ECG de repouso, Teste Ergométrico (TE) normais. Realizado Ecocardiograma (ECO) bidimensional sem alterações. Na avaliação com Speckle Tracking (ST) evidenciado SGLVE = -14%, com diminuição global da deformação e padrão heterogêneo, Myocardial Work (MW) com diminuição global do trabalho construtivo e GWI reduzido. **Caso 2** – RA, 33 anos, masculino, previamente hígido, praticante de atividade resistida de intensidade moderada/intensa, com queixa de hipertensão, fadiga e não evolução nos treinos. Relato de uso por 2 anos e 6 meses de ciclos de Durateston, Deca – Durabolín e Hemogenin. Exame físico com hipertensão (150/90 mmHg) e taquicardia (102 bpm). ECG e TE normais. Realizado ECO que revelou remodelamento concêntrico do VE. Na avaliação com ST evidenciado SGLVE = -14%, com diminuição global da deformação e padrão heterogêneo, MW com aumento do trabalho em segmentos apicais, além de aumento do trabalho desperdiçado, e redução da eficiência miocárdica (GWE = 92%). Paciente submetido a esforço isométrico com dinamômetro digital que revelou piora do SGLVE = -9%, redução significativa do índice de trabalho global, com aumento expressivo do trabalho desperdiçado e redução significativa da eficiência mecânica (GWE = 83%). **Discussão:** Os esteróides anabólicos androgênicos (EAA) são um grupo de substâncias que incluem a testosterona e seus derivados sintéticos, que ultimamente vem sendo utilizados de forma indiscriminada para ganho de massa muscular, fins estéticos ou ergogênicos. O uso indiscriminado, principalmente em doses supra fisiológicas, vem se correlacionando com alterações cardiológicas significativas e desfechos desfavoráveis. Na literatura existe evidências pré-clínicas da cardiotoxicidade induzida por EAA, representadas pela hipertrofia ventricular esquerda, disfunção miocárdica e fibrose. Estudos recentes vêm demonstrando o papel do ST na detecção precoce da disfunção miocárdica, com acometimento muitas vezes biventricular. **Conclusão:** O ECO com ST se mostra como ferramenta importante na detecção precoce de alterações subclínicas secundárias ao uso EAA, muitas vezes não evidenciadas na ecocardiografia básica e outros métodos convencionais.

Caso 1



Caso 2



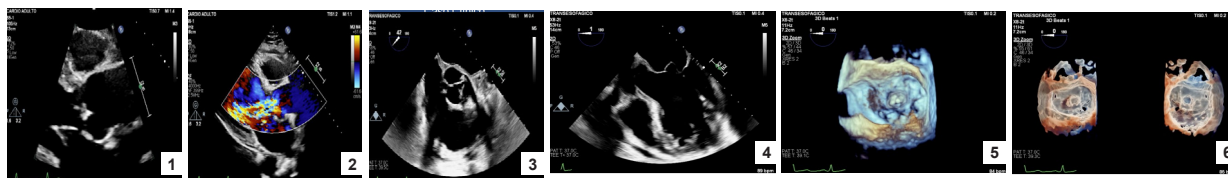
1116831

ANEURISMA DE CÚSPIDE ANTERIOR DA VÁLVULA MITRAL ASSOCIADO A ENDOCARDITE DE VÁLVULA AÓRTICA: RELATO DE CASO COM AVALIAÇÃO ECOCARDIOGRÁFICA

AUTOR(ES): ANTONIO RAFAEL DE HOLANDA CAVALCANTE1; ANDRESSA ANDRADE HILGEMBERG1; GABRIELLA TOMAZ RICCARDI1; JAQUELINE AMARA DELPINO1; JULIA ASSIS PIRES1; MARIA BEATRIZ NÓBREGA EBERLIN1; TÚLIO MARCOS COIMBRA2; WILSON MATHIAS JUNIOR3; CECÍLIA BEATRIZ BITTENCOURT VIANA CRUZ2; JULIANA BARBOSA SOBRAL ALVES2;

(1) INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) – HCFMUSP – FELLOW DO SETOR DE ECOCARDIOGRAFIA - SÃO PAULO - SP - BRASIL; (2) INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) – HCFMUSP – MÉDICA ASSISTENTE DO SETOR DE ECOCARDIOGRAFIA - SÃO PAULO - SP - BRASIL; (3) INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) – HCFMUSP – MÉDICO E DIRETOR DO SERVIÇO DE ECOCARDIOGRAFIA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO E PROFESSOR LIVRE-DOCENTE PELA FACULDADE DE MEDICINA DA - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Homem, 40 anos, natural de São Paulo, com febre vespertina, sudorese, calafrios e perda ponderal de 10 kg em 30 dias, além de dispnéia aos esforços moderados. Havia realizado restauração dentária há seis meses. Ex-tabagista, etilismo social, sem comorbidades crônicas. Ao exame, sopros sistolodiastólico grau III/VI em foco aórtico. Ecocardiograma transesofágico evidenciou valva aórtica de abertura bivalvular, com vegetações móveis (até 14 mm) na face ventricular, com perfuração de suas válvulas coronariana direita e não coronariana, resultando em insuficiência aórtica importante. O jato regurgitante aórtico foi responsável pela formação de aneurisma sacular da cúspide anterior da valva mitral (A2), com protrusão para o átrio esquerdo, sem sinais de ruptura, e insuficiência mitral discreta ao nível da coaptação. O ecocardiograma tridimensional proporcionou detalhamento superior da anatomia valvar, permitindo a caracterização precisa do aneurisma mitral, a extensão das perfurações aórticas e a relação entre as estruturas, informações críticas para o planejamento cirúrgico. **Discussão:** O aneurisma de valva mitral é uma entidade rara, com incidência de 0,2% a 0,29%, geralmente associado à endocardite infecciosa. A insuficiência aórtica severa, com jato regurgitante direcionado, é um dos principais mecanismos na gênese do aneurisma mitral. Entre as complicações, destacam-se ruptura, embolia sistêmica, arritmias e choque cardiogênico. **Comentários finais:** O ecocardiograma transesofágico tridimensional foi essencial na elucidação anatômica e funcional da lesão, reforçando seu papel na definição da estratégia cirúrgica e no manejo das complicações valvares da endocardite infecciosa. **Figura 1** – Imagem bidimensional em paraesternal eixo longo mostrando abaulamento sacular da cúspide anterior da valva mitral, compatível com aneurisma. **Figura 2** – Ecocardiograma bidimensional com Doppler colorido demonstrando insuficiência aórtica importante com jato dirigido ao aneurisma de cúspide anterior da valva mitral. **Figura 3** – Imagem bidimensional transesofágica evidenciando valva aórtica com abertura bivalvular, espessamentos e irregularidades das bordas. **Figura 4** – Ecocardiograma transesofágico evidenciado aneurisma da cúspide anterior da valva mitral com protrusão sacular para o átrio esquerdo. **Figura 5** – Ecocardiograma transesofágico em reconstrução tridimensional da valva mitral, visão do átrio esquerdo ("em face"), evidenciado aneurisma sacular da cúspide anterior da valva mitral. Observa-se protrusão da porção aneurismática e irregularidade na superfície compatível com processo inflamatório infeccioso valvar. **Figura 6** – Ecocardiograma transesofágico, com reconstrução em volume. Observa-se aneurisma sacular da cúspide anterior da valva mitral com deformidade valvar e irregularidade do contorno, sugerindo área de enfraquecimento tecidual associada ao processo infeccioso.



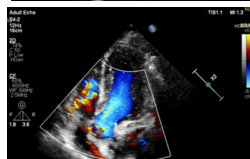
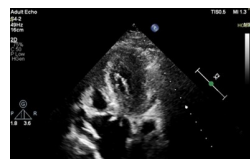
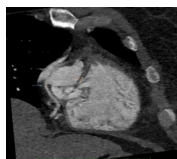
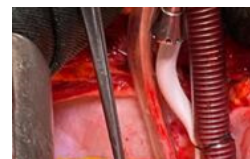
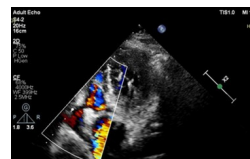
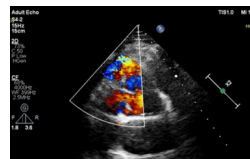
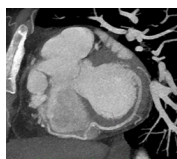
1116737

ANEURISMA DE SEIO CORONARIANO DIREITO COM FÍSTULA PARA O VENTRÍCULO DIREITO: UMA APRESENTAÇÃO RARA E SINTOMÁTICA

AUTOR(ES): NAYRON VELOSO RESENDE1; JOSÉ IGOR SILVA BATISTA1; LEONARDO GODOY MELLO MOTTA1; LUIZ RAFAEL PEREIRA CAVALCANTI1; RODRIGO MEZZALANA TCHAIK1; ANDERSON FREIRE ARAUJO1; RICARDO AUGUSTO MEDEIROS SOUZA1;

(1) HOSPITAL METROPOLITANO SUL DOM HELDER CÂMARA - CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE - BRASIL;

Apresentação do caso: Paciente de 46 anos, hipertensa e tabagista, com dor torácica em esforço e dispnéia progressiva há seis meses. Ao exame, apresentava PA de 186x94 mmHg, ritmo cardíaco regular e sopro sistólico em borda esternal esquerda baixa, com irradiação para hemitórax direito. ECG mostrou ritmo sinusal, eixo normal, e padrão QS em DII e aVF. Ecocardiograma revelou hipertrofia concêntrica do VE, dilatação discreta do átrio esquerdo, aorta ascendente dilatada e aneurisma do seio de valsalva direito (28x27 mm) com fístula de 5,3 mm para o ventrículo direito (VD), com fluxo turbulento e gradiente sistólico de 104 mmHg. Cateterismo evidenciou imagem aneurismática na origem da coronária direita (CD), acometendo seu terço proximal e médio, além de comunicação CD-ventricular posterior (VP) com circunflexa (CX). Angiotomografia confirmou fístula de alto débito entre CD e VD, com circulação intercoronariana entre CD-VP e CX. A paciente foi submetida a correção cirúrgica com patch pericárdico, sutura interna do aneurisma e fechamento da origem da CD com hemoclipse, sendo esta irrigada pela CX. Evoluiu bem, com alta no 4º dia pós-operatório. **Discussão:** O aneurisma de seio de Valsalva (ASV) é uma condição rara, geralmente congênita, com predomínio no seio coronariano direito. Quando se rompe, frequentemente forma fístulas para câmaras cardíacas direitas, causando sintomas variáveis como dor torácica, dispnéia ou insuficiência cardíaca. No caso apresentado, além da fístula do ASV para o ventrículo direito, identificou-se uma conexão entre o ramo VP e o segmento distal da circunflexa, com vasos de calibre normal e sem estenoses significativas, o que sugere uma anomalia congênita de comunicação intercoronariana, e não circulação colateral adquirida. Essa anomalia é rara e geralmente assintomática, sendo um achado incidental em exames de imagem. O diagnóstico integrado por ecocardiograma, cateterismo e angiotomografia foi essencial para o planejamento cirúrgico. A correção da fístula com exclusão da origem da CD permitiu manutenção da perfusão coronariana via comunicação com a CX, com bom resultado clínico. **Comentários finais:** Este caso destaca a importância da suspeição clínica e uso combinado de métodos de imagem no diagnóstico precoce do ASV com fístula para o VD. A abordagem cirúrgica oportuna permitiu desfecho favorável, reforçando a relevância do reconhecimento dessa entidade rara e potencialmente grave.



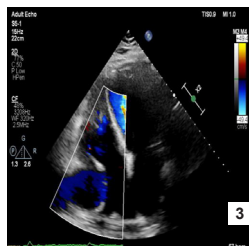
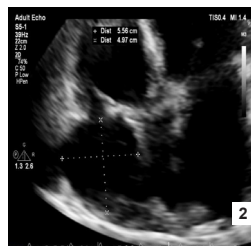
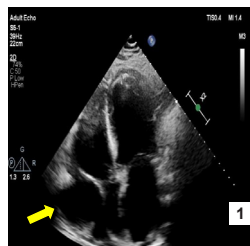
1116825

ANEURISMA GIGANTE DE ARTÉRIA CORONÁRIA DIREITA COM SUSPEITA DE FÍSTULA: RELATO DE CASO COM ABORDAGEM PERCUTÂNEA

AUTOR(ES): JAQUELINE AMARA DELPINO1; ANTONIO RAFAEL HOLANDA CAVALCANTE1; ANDRESSA ANDRADE HILGEMBERG1; JULIA ASSIS PIRES1; GABRIELLA TOMAZ RICCARDI1; WILSON MATHIAS JUNIOR1; TULIO MARCOS COIMBRA1; MARIA BEATRIZ NÓBREGA EBERLIN1; JULIANA BARBOSA SOBRAL ALVES1; CECÍLIA BEATRIZ BITTENCOURT VIANA CRUZ1;

(1) INCOR - INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do caso: Homem de 60 anos, foi internado para investigação de piora da classe funcional e dessaturação progressiva. Apresentava antecedente de infarto agudo do miocárdio de parede inferior em 2009 (sem sucesso nas tentativas de reperfusão), mieloma múltiplo e hepatite B crônica. O exame físico não apresentava alterações significativas. O ecocardiograma transtorácico evidenciou imagem anecoica adjacente ao átrio direito, medindo 5,5 x 5,0 cm, de bordas regulares e sem fluxo ao Doppler colorido, compatível com possível aneurisma de artéria coronária direita. A complementação com angiotomografia coronariana demonstrou aneurisma gigante de artéria coronária direita com sinais suspeitos de fístula para cavidade ventricular direita. Após discussão do caso em Heart Team, optou-se pela abordagem percutânea, sendo submetido ao implante de plug vascular com oclusão bem-sucedida do aneurisma. A fístula ficou em seguimento clínico através de exames seriados para avaliar seu fechamento em momento oportuno. **Discussão:** Aneurismas coronarianos são raros, com prevalência inferior a 5% nos estudos angiográficos, sendo os gigantes (definidos como >2 cm) ainda mais incomuns. As principais causas em adultos são aterosclerose e complicações pós-intervenção coronariana. A presença de fístula coronária associada, como sugerida neste caso, adiciona complexidade clínica, podendo justificar sintomas como dispnéia e dessaturação pela sobrecarga volumétrica. O diagnóstico por ecocardiograma pode ser desafiador, mas achados como imagem cística adjacente ao coração devem levantar a suspeita, com confirmação ideal por angiotomografia ou coronariografia. O manejo deve ser individualizado: a cirurgia é tradicionalmente preferida nos casos gigantes ou com fístula, mas abordagens percutâneas com oclusores vasculares ou stents revestidos têm emergido como alternativa viável em pacientes de alto risco ou com contraindicação cirúrgica. Este caso ilustra uma evolução bem-sucedida do tratamento percutâneo, reforçando a importância da avaliação multidisciplinar e da personalização terapêutica. **Comentário final:** Este relato destaca a raridade do aneurisma gigante de artéria coronária direita com suspeita de fístula e evidencia a possibilidade de tratamento percutâneo como alternativa segura e eficaz ao manejo cirúrgico em casos selecionados, especialmente em pacientes com comorbidades complexas. **Imagem 1** – Ecocardiograma transtorácico, janela apical quatro câmaras: A seta evidencia uma imagem anecoica adjacente ao átrio direito, com contornos regulares, compatível com aneurisma gigante de artéria coronária direita. **Imagem 2** – Ecocardiograma transtorácico, janela apical quatro câmaras focado no aneurisma: Visualização de estrutura junto ao átrio direito e ventrículo direito, reforçando a hipótese de aneurisma gigante de artéria coronária direita. **Imagem 3** – Ecocardiograma transtorácico, corte apical quatro câmaras com Doppler colorido.



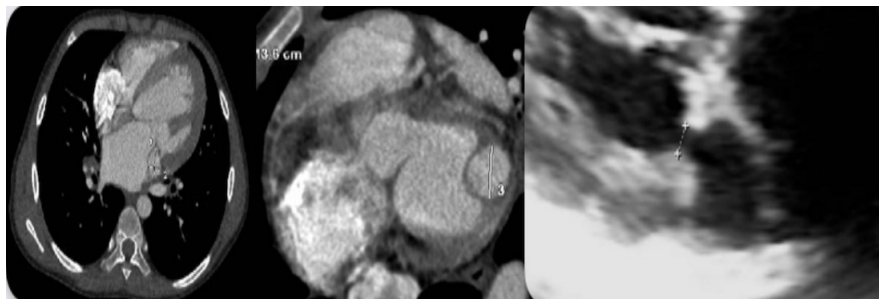
1116983

ANEURISMA VALVAR MITRAL EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM INFECÇÃO TUBERCULOSA VIGENTE – RELATO DE CASO

AUTOR(ES): FERNANDA SERRATTE WARLET1; MILENA BANCER GABE1; MARIELE FACCIN MONTAGNER1; LUÍSA PIGATTO KALIL1; CAROLINA SANDER REISER1; JÚLIA MERLADETE FRAGA1; JULIANA ARAÚJO REZENDE1;

(1) SANTA CASA DE PORTO ALEGRE - PORTO ALEGRE - RS - BRASIL;

Apresentação do caso: Paciente feminina de 8 anos, eutrófica, preta, com quadro de febre vespertina, perda ponderal e piora progressiva da classe funcional, sem medicações contínuas. História familiar de pai tratado para tuberculose há 7 anos. Encaminhada a serviço quaternário para investigação após evidência de cardiomegalia ao Rx de tórax. À avaliação ecocardiográfica transtorácica, aorta abdominal aneurismática e de dimensões irregulares e aumentadas, disfunção sistólica moderada do ventrículo esquerdo associada a aumento de cavidades esquerdas, regurgitação mitral e aórtica importantes e aumento de dimensões da raiz aórtica e da aorta ascendente. Aventada a hipótese de malformação artério venosa, ampliada investigação com angiotomografia, demonstrando aortite desde a região toracoabdominal até nível infra renal, com estenoses de alguns de seus ramos principais assim como oclusão da artéria renal direita e da artéria mesentérica superior, além de achado adicional de imagem ovalada junto ao folheto posterior do anel mitral, protruindo para a luz do átrio esquerdo medindo 18,7 x 11,9 x 17,2 mm, sugerindo pseudoaneurisma, de avaliação limitada no estudo sem sincronização cardíaca. Mantendo estado clínico, foi avaliada pela reumatologia e infectologia, diagnosticando tuberculose ganglionar, iniciando tratamento dirigido. Após elucidação do quadro clínico inicial, impressão de repercussão cardiovascular secundária à infecção tuberculínica. Repetido ecocardiograma transtorácico pré angioplastia abdominal, corroborando com os achados tomográficos. Procedida reabilitação percutânea de ramos principais da aorta abdominal com sucesso. Atualmente, aguarda intervenção em aneurisma valvar mitral com biópsia. **Discussão:** Aneurismas relacionados a valva mitral são raros e de etiologia incerta, parecendo haver correlação, em literatura escassa, com a população afrodescendente e doenças infecciosas, como caso relatado. Com mecanismos fisiopatológicos não muito bem esclarecidos, podem comprometer a dinâmica valvar em graus variados e apresentar quadro clínico diverso. Ecocardiograma e tomografia geralmente são os métodos de escolha para o diagnóstico. Identificar a causa é imprescindível para o tratamento dirigido e cirurgia cardíaca pode ser necessária para recuperação valvar. **Comentários finais:** Diagnosticado através de estudo ecocardiográfico e angiotomográfico, o aneurisma relacionado a valva mitral neste caso pediátrico parece fortemente a infecção tuberculínica.



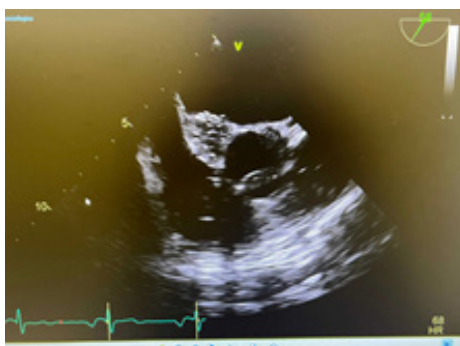
1117089

APRESENTAÇÃO RARA DE HEMANGIOMA CARDÍACO: UM RELATO DE CASO

AUTOR(ES): FELIPE MATHEUS NEVES SILVA1; MIGUEL OSMAN DIAS AGUIAR1; RAFAEL BONAFIM PIVETA1; ALESSANDRA JOSLIN OLIVEIRA1; LIRIA MARIA LIMA DA SILVA1; ANA FLÁVIA BURIN1; DANTE TOGEIRO BASTOS FILGUEIRAS1; LUIZ OTÁVIO DE ARRUDA SANTOS1; ANDRES EDUARDO LARROVERE VASQUEZ1; TACIANNE ROLEMBERG BRAGA DELAMAIN1;

(1) BENEFICÊNCIA PORTUGUESA - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do caso: Paciente, sexo feminino, 52 anos, assintomática, encaminhada para realização de ecocardiograma transeofágico (ETE) e de ressonância magnética cardíaca (RMC) após achado incidental no ecocardiograma transtorácico de massa na topografia do septo interatrial (SIA). No ETE e na RMC foi visualizada massa com contornos bem definidos, de aspecto vascularizado, adjacente à fibrosa mitroaórtica, com extensão para a porção atrioventricular do septo interatrial, sem sinais de obstrução ou invasão, medindo 21x18 mm no ETE e 20x16 mm na RMC e sem comprometimento na função sistólica biventricular, presença de outro defeito no SIA, massa ou trombo intracavitário. **Discussão:** Os hemangiomas são tumores cardíacos primários incomuns, estando presentes em qualquer faixa etária ou localização, entretanto são muito raros quando localizados no septo interatrial. São descobertos incidentalmente em exames complementares de rotina ou autópsias, pois não tem sintomas associados com frequência. Esses dependem das dimensões, da taxa de crescimento e da localização, principalmente se acometerem o sistema de condução, causando até arritmias malignas. A ecocardiografia transtorácica é o exame inicial para o diagnóstico, sendo o ETE e a RMC responsáveis por informações mais detalhadas quanto às dimensões, à localização e ao grau de infiltração da massa. O diagnóstico definitivo dar-se-á pela avaliação histopatológica. Quanto à terapêutica, não há consenso, mas geralmente é realizada a ressecção cirúrgica nos casos sintomáticos, sendo a recorrência baixa. **Conclusão:** Apesar do hemangioma no septo interatrial ser um achado incidental e raro, é imprescindível o uso da multimodalidade da imagem cardíaca para melhor caracterizá-lo, acompanhar e guiar a terapêutica nos casos sintomáticos.



1117097

ASSOCIAÇÃO RARA DE SARCOMA UTERINO COM METÁSTASE HEPÁTICA E SÍNDROME CARCINOIDE CARDÍACA. RELATO DE CASO

AUTOR(ES): FELIPE MATHEUS NEVES SILVA¹; MIGUEL OSMAN DIAS AGUIAR¹; RAFAEL BONAFIM PIVETA¹; ALESSANDRA JOSLIN OLIVEIRA¹; LIRIA MARIA LIMA DA SILVA¹; ANA FLÁVIA BURIN¹; DANTE TOGEIRO BASTOS FILGUEIRAS¹; LUIZ OTÁVIO DE ARRUDA SANTOS¹; ANDRES EDUARDO LARROVERE VASQUEZ¹; JANINE DAIANA STÜRMER¹;

(1) BENEFICÊNCIA PORTUGUESA - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do caso: Paciente, 77 anos, sexo feminino, com sarcoma uterino com metástase hepática com características neuroendócrinas confirmadas por tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) com análogo de somatostatina. Evoluiu com diarreia crônica e dispnéia. Na investigação com ecocardiografia transtorácica apresentava função sistólica biventricular preservada, dilatação das cavidades cardíacas direitas, com valva tricúspide com cúspides retraídas, espessadas, imóveis, com falha de coaptação e com insuficiência importante e valva pulmonar com insuficiência moderada, ambas com características sugestivas de acometimento carcinóide. As alterações acima foram corroboradas pela ressonância magnética cardíaca (RMC). **Discussão:** A associação de sarcoma uterino e síndrome carcinóide é bastante incomum, pois são tumores que se originam de linhagens celulares distintas. Entretanto, a sobreposição dessas entidades pode ocorrer em metástase para órgãos produtores de substâncias neuroendócrinas em excesso, como pulmão, intestino, pâncreas e, mais raramente, fígado. Como consequência, pode levar ao acometimento cardíaco valvar em até 50% dos casos, principalmente nas valvas tricúspide e pulmonar. O diagnóstico inicial e o seguimento da doença carcinóide cardíaca são realizados através do ecocardiograma transtorácico, o qual pode identificar espessamento e retração valvar e do aparato subvalvar, falha de coaptação com refluxos significativos levando à insuficiência cardíaca direita. Outras modalidades diagnósticas, como a RMC, podem ser úteis para melhor avaliação da função ventricular. **Conclusão:** A multimodalidade da imagem cardíaca é importante para o diagnóstico precoce e acompanhamento das lesões carcinóides cardíacas e para terapêutica de insuficiência cardíaca direita, diante de um tumor metastático hepático com características neuroendócrinas, provenientes de uma neoplasia uterina.



1116525

AValiação de pacientes com extenso comprometimento contrátil do miocárdico em repouso e ecocardiograma sob estresse com dobutamina positivo para isquemia sem angina

AUTOR(ES): ISADORA SUCUPIRA MACHADO¹; TEREZA CRISTINA PINHEIRO DIÓGENES¹; MARILIA ESTHER BENEVIDES ABREU¹; HENRIQUE JORGE MAIA COSTA¹; JOSÉ SEBASTIÃO ABREU¹;

(1) UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ E CLINICÁRIO DE FORTALEZA - FORTALEZA - CE - BRASIL;

Fundamento: Durante o ecocardiograma sob estresse com dobutamina (EED) a isquemia extensa, representada pelo índice de escore de contração segmentar (IECS) elevado ($> 1,7$), indica potencial gravidade. **Objetivo:** Avaliar pacientes com IECS elevado em repouso e isquemia silenciosa durante o EED. **Métodos:** Consecutivos pacientes submetidos ao mesmo protocolo de EED. Positivos para isquemia por piora da contratilidade ou resposta bifásica (melhora seguida de piora), sem angina. Comparou-se o grupo 1 (G1) com IECS menor e o grupo 2 (G2) com IECS elevado. Valor p significativo $se < 0,05$. **Resultado:** Do repouso para o estresse o IECS médio aumentou no G1 (1,16 para 1,32) e no G2 (1,89 para 2,05). G1 (251 casos) e G2 (44 casos) não diferiram quanto aos fatores de risco analisados. Foram maiores no G2 a ocorrência de IECS anormal (> 1) em repouso (100% vs 50,8%; $p < 0,0001$) e resposta bifásica (45,5% vs 21,9%; $p < 0,0001$) no estresse. Em repouso o duplo produto foi maior no G2 (9914 ± 2117 vs 10591 ± 2334 bpm.mmHg; $p = 0,036$) e durante o estresse no G1 (23174 ± 4251 vs 21460 ± 4801 bpm.mmHg; $p = 0,009$). Os efeitos adversos relevantes foram ectopias ventriculares isoladas (37,9% vs 43,2%; $p = 0,068$), taquicardia paroxística supraventricular (6% vs 2,3%; $p = 0,562$) e fibrilação atrial (2% vs 2,3%; $p = 0,902$), sem diferença entre os grupos. Arritmias reverteram espontaneamente ou após medicação. Não ocorreu infarto, fibrilação ventricular ou óbito. **Conclusão:** O EED que transcorre sem angina e é positivo para isquemia constitui procedimento seguro nos pacientes com IECS de repouso elevado.

1116453

BENEFÍCIOS DA ANÁLISE COM ECOCARDIOGRAFIA 3D EM PACIENTE COM MEMBRANA SUB-AÓRTICA COM CERCA DE 50% DE ESTREITAMENTO DA VSVE

AUTOR(ES): LUIZ FELIPE BUTIGNOLI CAETANO¹; MIGUEL TAKAO YAMAWAKI MURATA¹; LUCAS BOCKMANN GALVÃO SILVA¹; AMANDA GUIMARÃES DE SOUZA¹; ARTHUR ANTUNES SILVA CASTRO¹; PALOMA FARINA DE LIMA¹; GUSTAVO ADOLFO KURIYAMA MASSARI¹; DEISE AUXILIADORA FREITAS ROCHA¹; VALDIR AMBRÓSIO MOISES¹; CLÁUDIO HENRIQUE FISCHER¹;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP) - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente 39 anos sexo feminino em acompanhamento no ambulatório de cardiologia desde 2003, relatava na ocasião episódios isolados de palpitação associado a estresse emocional negando outros sintomas. Ao exame físico sopro sistólico ejetivo 2+/6+ em foco aórtico e aórtico acessório. Realizado ecocardiograma transtorácico evidenciando membrana subaórtica sendo realizado desde então, acompanhamento semestral. Último ecocardiograma transesofágico, associado a análise tridimensional, evidenciou membrana subaórtica em formato de semi-lua com cerca de 8 mm de altura a 4 mm do folheto coronariano direito e 8 mm do esquerdo reduzindo área da VSVE em cerca de 50% (2,7 cm² para 1,4 cm²), gerando gradiente sistólico máximo de 45 mmHg e médio de 25 mmHg e insuficiência aórtica leve. Durante seguimento clínico paciente assintomática sem fatores complicadores permanecendo até o presente em espera de correção cirúrgica e sem necessidade de medicações. **Discussão:** A membrana subaórtica é caracterizada por uma membrana fibromuscular localizada abaixo da válvula aórtica, causando obstrução fixa do trato de saída do ventrículo esquerdo (VSVE). Representa 1% das cardiopatias congênitas sendo condição rara em adultos. O tratamento cirúrgico em adultos é indicado na presença de gradiente médio acima de 30 mmHg ou presença de sintomatologia significativa. Objetivamos relatar paciente adulto em acompanhamento desde 2003 em tratamento clínico. **Comentários Finais:** O diagnóstico e acompanhamento dos casos de membrana subaórtica são realizados na sua grande maioria por ecocardiografia bidimensional através de análise fluxométrica. A disponibilidade de aparelho e sonda tridimensional possibilitou complementar a avaliação desse caso com informações anatômicas mais precisas, possibilitando melhor entendimento clínico e melhor orientação para a equipe cirúrgica pré abordagem.



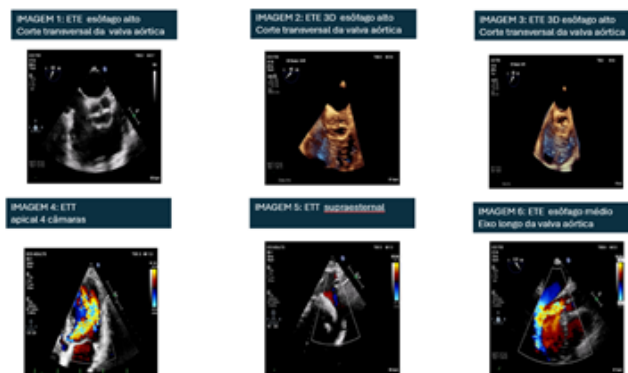
1116662

CAUSA RARA DE INSUFICIÊNCIA AÓRTICA ACENTUADA: VALVA AÓRTICA QUADRICÚSPIDE. UM RELATO DE CASO

AUTOR(ES): FERNANDA LAIZA PEREIRA BATISTA¹; CAMILA MARTINS FERREIRA¹; FERNANDA VALE GUIMARAES¹; TAMARA RESENDE COSTA¹; AMANDA GRAZIELLA RODRIGUES FERNANDES¹; ARYELL DAVID PROENÇA¹; BIANCA CORREA ROCHA DE MELO¹; ISMENIA AMORIM DE ARAUJO¹; PAULO BATISTA DOS REIS NETTO¹; ADENALVA LIMA DE SOUZA BECK¹;

(1) INSTITUTO DE CARDIOLOGIA E TRANSPLANTES DO DISTRITO FEDERAL ICDF - BRASÍLIA - DF - BRASIL;

Apresentação do caso: Mulher de 59 anos, hipertensa, pré-diabética, com queixa de dispnéia aos médios esforços, iniciada há 1 ano. O ecocardiograma transtorácico (ETT) com complementação transesofágica bi e tridimensional (ETE 2D/3D) evidenciou a presença de valva aórtica quadricúspide (VAQ) e falha de coaptação central, estenose valvar discreta e insuficiência acentuada do ventrículo esquerdo (VE) com hipertrofia excêntrica discreta, fração de ejeção do VE de 68%, dilatação da aorta ascendente (43mm) e dilatação bialtrial discreta. Demais estruturas sem alterações. **Discussão:** VAQ é uma malformação congênita rara com uma incidência em torno de 0,006% a 0,043%. Apresenta-se habitualmente isolada, porém pode estar associada a dilatação de aorta e à origem anômala das artérias coronárias. Tem maior prevalência no sexo masculino em uma razão 1,6:1. Os sintomas geralmente se iniciam a partir da 5ª. década, devido principalmente ao desenvolvimento de regurgitação valvar pura, ou associada a estenose valvar. O mecanismo proposto para regurgitação é o estresse do cisalhamento desigual dos folhetos, que causa uma fibrose progressiva culminando com falha de coaptação dos seus folhetos. **Comentários:** Neste caso, relatamos uma causa rara de regurgitação valvar aórtica acentuada, a VAQ, onde o ETT se mostra fundamental para o diagnóstico etiológico. Sete categorias anatômicas são descritas por Hurwitx e Roberts, com base no tamanho das cúspides. O presente caso se encaixa na categoria A (todas as cúspides de igual tamanho), uma das mais prevalentes e desfavoráveis à plastia valvar. O ETE permite refinar a avaliação anatômica para melhor classificação do subtipo e planejamento cirúrgico



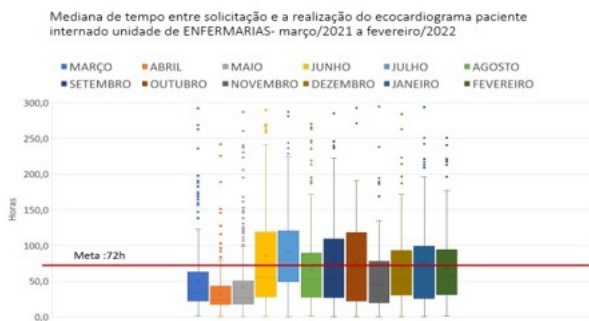
1117096

CERTIFICAÇÃO POR DISTINÇÃO EM IMAGEM CARDIOVASCULAR: IMPACTOS OPERACIONAIS E VALOR ASSISTENCIAL EM HOSPITAL PÚBLICO TERCIÁRIO

AUTOR(ES): SANDRA NÍVEA DOS REIS SARAIVA FALCÃO1; ISABELLA FEITOSA PITA ULISSES2; FLÁVIO BAUMGARTEN OLIVEIRA2; LUIZA CHAVES AGUIAR3; JOSE CARLOS JUCA POMPEU NETO2;

(1) UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, HOSPITAL DE MESSEJANA - FORTALEZA - CE - BRASIL; (2) UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - FORTALEZA - CE - BRASIL; (3) HOSPITAL DE MESSEJANA - FORTALEZA - CE - BRASIL;

INTRODUÇÃO: Certificações de qualidade têm um enorme potencial para o desenvolvimento do sistema de gestão da qualidade institucional, seja em um escopo sistêmico ou específico dentro das organizações prestadoras de serviços. **OBJETIVO:** Descrever, sob a ótica da gestão, os impactos qualitativos decorrentes da certificação Distinção em Serviços de Imagem Cardiovascular (IQG-DIC) em um hospital público terciário de Messejana-CE, enfatizando ganhos estruturais, processuais e de valor assistencial percebido. **MÉTODO:** Trata-se de uma análise qualitativa. Após o ciclo de consolidação da certificação por Distinção em Serviços de Imagem Cardiovascular IQG - DIC no Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, uma entrevista estruturada foi realizada com a gestora responsável pelo serviço para compreender quais foram as melhorias em processos e o valor agregado à instituição. **RESULTADOS:** Dentre os principais impactos, vale destacar a definição de critérios de priorização, permitindo maior agilidade na execução dos exames, sem aumento dos recursos humanos e de materiais, porém organizando o fluxo do cuidado ao paciente, com enorme redução dos tempos na fila de espera e liberação de laudos. A coordenação relacional foi promovida entre a ecocardiografia e seus parceiros estratégicos (ambulatorios, unidades de internação e terapia intensiva), trazendo reconhecimento para a equipe a partir de melhor cumprimento dos acordos e relevância do procedimento. Esse alinhamento entre as partes envolvidas melhorou a percepção das necessidades dos setores do hospital, atendendo às exigências específicas do serviço com maior assertividade. A participação de áreas de apoio, como a engenharia clínica, contribuiu para melhorias na eficiência operacional. **CONCLUSÃO:** A certificação por distinção demonstrou alto poder indutor de melhorias sistêmicas, sem necessidade de aporte financeiro expressivo, alavancando eficiência, integração multiprofissional e satisfação dos usuários. Tais resultados reforçam que programas de acreditação focados em serviços ou protocolos são instrumentos viáveis para elevar o grau de maturidade em qualidade e segurança de hospitais públicos, além de gerar diferencial competitivo e sustentabilidade assistencial.



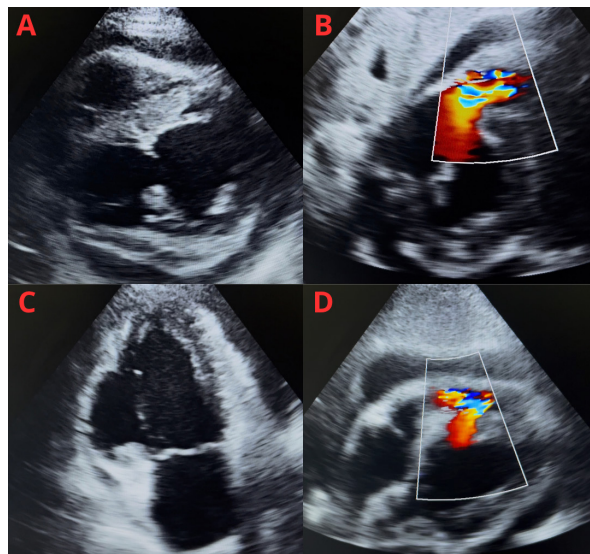
1116826

COEXISTÊNCIA RARA DE PSEUDOANEURISMA DO VENTRÍCULO ESQUERDO E COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR PÓS-IAM – RELATO DE CASO

AUTOR(ES): ARTHUR ANTUNES SILVA CASTRO1; MIGUEL TAKAO YAMAWAKI MURATA1; PALOMA FARINA DE LIMA1; GEISA MARIA BANDEIRA SANTOS1; ANA STELLA FLÁVIO SIMÕES1; DEISE AUXILIADORA DE FREITAS ROCHA1; AMANDA GUIMARÃES DE SOUZA1; OTÁVIO AUGUSTO GURGEL GARCIA1; AÉLIO CARDOSO DE SÁ FILHO1; CLAUDIO HENRIQUE FISCHER1

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DO SÃO PAULO (UNIFESP/EPM) - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Introdução: As complicações mecânicas do infarto agudo do miocárdio (IAM) são incomuns na era da revascularização precoce, mas permanecem graves. A comunicação interventricular (CIV) e o pseudoaneurisma do ventrículo esquerdo (VE) são entidades raras isoladamente — e ainda mais raras em associação no mesmo paciente. **Objetivo:** Apresentar um caso raro de CIV e pseudoaneurisma de VE concomitantes como complicações mecânicas tardias pós-IAM, com ênfase no papel do ecocardiograma no diagnóstico. **Método:** Homem de 47 anos, admitido com IAMCSST não trombolisado, evoluiu com instabilidade hemodinâmica. Após angioplastia da artéria circunflexa com stent farmacológico, apresentou sinais clínicos de complicação mecânica. O ecocardiograma transtorácico (ECOTT) revelou CIV de 13 mm em septo basal inferior (gradiente interventricular de 43mmHg) associada a pseudoaneurisma de VE na parede inferior médio-basal (5,2 x 2,5 cm). A fração de ejeção estava preservada (60–68%) apesar da discinesia regional. Após estabilização clínica, o paciente foi submetido a aneurismectomia e correção cirúrgica da CIV. **Resultados:** O ecocardiograma seriado permitiu caracterização anatômica das duas lesões e foi fundamental no diagnóstico e decisão terapêutica. O exame pós-operatório evidenciou ausência de fluxo interventricular, pericárdio sem derrame e imagem hiperrefringente no sítio operado, compatível com reparo cirúrgico. O paciente evoluiu de forma favorável, com alta hospitalar sem intercorrências maiores. **Conclusão:** A ocorrência simultânea de pseudoaneurisma e CIV como complicações mecânicas do IAM é excepcional. Este caso ressalta o valor do ecocardiograma na detecção precoce e acompanhamento dessas entidades, guiando com precisão a conduta terapêutica. O reconhecimento imediato dessas alterações pode ser determinante para o prognóstico do paciente.



A: Janela paraesternal em eixo curto (PSA) demonstrando o pseudoaneurisma adjacente à parede inferior do ventrículo esquerdo (VE). B: Corte subcostal em eixo curto revelando shunt entre o pseudoaneurisma e o ventrículo direito (VD). C: Janela apical em duas câmaras evidenciando o pseudoaneurisma na parede inferior do VE. D: Corte subcostal em eixo longo mostrando claramente a comunicação entre VE e VD por meio do pseudoaneurisma.

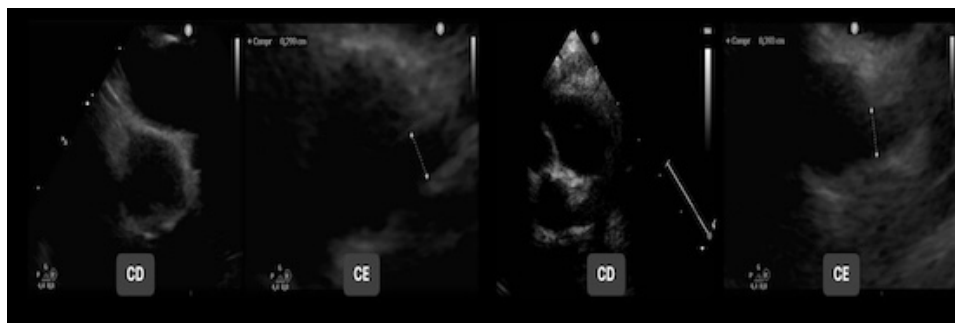
1116771

COMPLICAÇÃO TEMIDA DE DOENÇA DE KAWASAKI EM MENOR DE UM ANO DE IDADE: UM RELATO DE CASO

AUTOR(ES): MARIELE FACCIN MONTAGNER¹; JULIANA ARAÚJO REZENDE¹; MILENA BANCER GABE¹; MÔNICA LEON BACIL¹; ALBERTO VILLANOVA FIN¹;

(1) SANTA CASA DE PORTO ALEGRE - PORTO ALEGRE - RS - BRASIL;

Apresentação do caso: Paciente masculino, 9 meses de idade, descendente de asiáticos, interna por Doença de Kawasaki (DK) completa. Primeiro ecocardiograma realizado no terceiro dia de doença evidencia ectasia de coronária esquerda (CE) 2,95 mm (z-score +3,9) e descendente anterior (DA) 2,75 mm (z-score +3,7) e coronária direita (CD) normal. Realizou tratamento com imunoglobulina intravenosa, pulsoterapia e anti-agregante plaquetário. Após uma semana, repete quadro febril e novo ecocardiograma evidenciou progressão do tamanho de coronárias e surgimento de aneurisma gigante em CD medindo 6,5 mm (z-score +10,6). Recebeu novo curso de imunoglobulina, dupla anti-agregação plaquetária e iniciado anticoagulação. Manteve controle ecocardiográfico de coronárias a cada 3 dias, apresentando progressão de dimensões desses vasos: aneurisma de CD chegou até 8,6mm (z-score 13,2), CE até 4,5 mm (z-score +7,4) e DA até 2,5 mm (z-score +3,1). Fez pulsoterapia, ciclosporina e infliximabe, sendo que a partir da associação deste último houve estabilização das coronárias. Paciente não apresentou alterações isquêmicas ou outras complicações, mantendo-se estável durante internação. **Discussão:** Ecocardiograma é principal exame de imagem para avaliação cardíaca na DK, pois não é invasivo e tem alta sensibilidade e especificidade para detectar anormalidades em região proximal de coronárias. Deve ser realizado assim que houver suspeita diagnóstica e repetido periodicamente para avaliar progressão de lesões, e se possível pelo mesmo operador para aumentar acurácia do método. Aneurisma gigante de coronária pode levar a eventos isquêmicos que no caso apresentado, por tratar-se de lactente, poderia ter manifestação clínica inespecífica e atípica, optou-se por realizar monitorização com eletrocardiograma periódico, sem ter identificado mudanças no segmento ST basal durante período de internação hospitalar. **Comentários finais:** Maioria dos pacientes que com anormalidade de coronárias na DK terá apenas dilatação com Z score abaixo de 2,5. Naqueles que desenvolvem aneurismas gigantes, há maior possibilidade de ruptura e formação de trombos oclusivos levando a eventos isquêmicos que podem ser devastadores. Importante ressaltar que pacientes com aneurisma gigante de coronárias exibem 48% de chance de desenvolver eventos em artérias coronárias maiores. Por tais motivos, salientamos importância do diagnóstico precoce da DK e início imediato do tratamento a fim de evitar complicações associadas.



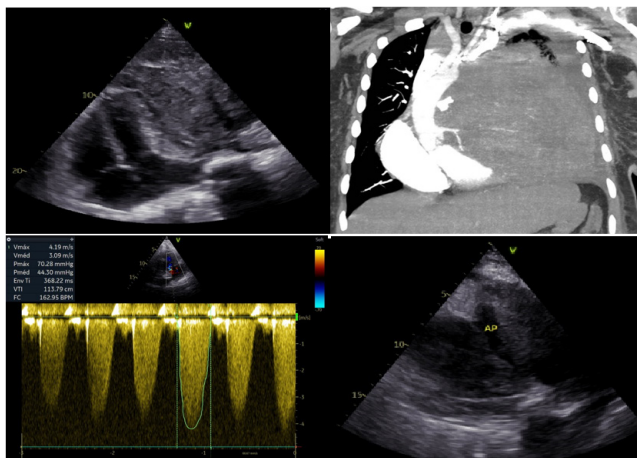
1116991

COMPRESSÃO DO TRONCO PULMONAR POR LINFOMA "BULKY": INTEGRAÇÃO ENTRE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E ECOCARDIOGRAMA NA AVALIAÇÃO DE OBSTRUÇÃO VASCULAR MEDIASTINAL

AUTOR(ES): OTÁVIO AUGUSTO GURGEL GARCIA¹; MIGUEL TAKAO YAMAWAKI MURATA¹; AMANDA GUIMARÃES DE SOUZA¹; JOÃO GUSTAVO DE PAULA¹; PALOMA FARINA DE LIMA¹; DEISE AUXILIADORA DE FREITAS ROCHA¹; MARIA EDUARDA MENEZES DE SIQUEIRA¹; DANIELA F A HEMERLY¹; APARECIDA DE GOUVEA¹; CLAUDIO HENRIQUE FISCHER¹;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP) - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente de 35 anos, previamente hígida, apresentou-se com dispnéia progressiva, tosse, hemoptise e perda ponderal importante. Ao exame físico, observou-se taquicardia, hipoxemia leve e massas palpáveis em flancos abdominais. TC de tórax revelou volumosa massa sólida e heterogênea no mediastino anterossuperior (15,9×16,1×14,6 cm), com focos necróticos, estendendo-se ao mediastino médio e posterior, insinuando-se para o pulmão esquerdo. A lesão comprimida a veia braquiocéfálica esquerda, veias pulmonares esquerdas, brônquio-fonte esquerdo e o coração, com pequeno derrame pleural e pericárdico. Biópsia evidenciou linfoma difuso de grandes células B (LDGCB), compatível com linfoma primário de mediastino. Ecocardiograma transtorácico (ECOTT) mostrou cavidades cardíacas normais, fração de ejeção de 64% e função biventricular preservada. Observou-se, porém, volumosa massa extrínseca adjacente às câmaras esquerdas e vasos da base, com compressão significativa do tronco da artéria pulmonar, associada à aceleração do fluxo, com gradientes máximo de 52 mmHg e médio de 36 mmHg. **Discussão:** O linfoma primário do mediastino é uma variante agressiva do LDGCB, geralmente com massas centrais volumosas, que podem cursar com instabilidade hemodinâmica e respiratória. A integração entre TC e ECOTT foi fundamental neste caso para demonstrar não apenas o impacto anatômico da massa, mas também suas repercussões funcionais sobre o fluxo pulmonar. A TC contrastada permitiu avaliar com precisão o envolvimento mediastinal, sugerindo obstrução arterial pulmonar extrínseca. O ECOTT confirmou a repercussão hemodinâmica, com aceleração do fluxo no tronco pulmonar e gradientes elevados — achado crítico para estratificação de risco e planejamento terapêutico. Dada a gravidade do quadro, foi iniciado protocolo intensivo com quimioterapia e medidas de prevenção de lise tumoral. **Comentários Finais:** A análise conjunta de TC e ECOTT foi essencial para evidenciar compressão vascular funcionalmente significativa. O caso reforça a importância da multimodalidade na avaliação de linfomas mediastinais, sobretudo nos tipos volumosos ("bulky"), que associam causas anatômicas e funcionais de instabilidade clínica.



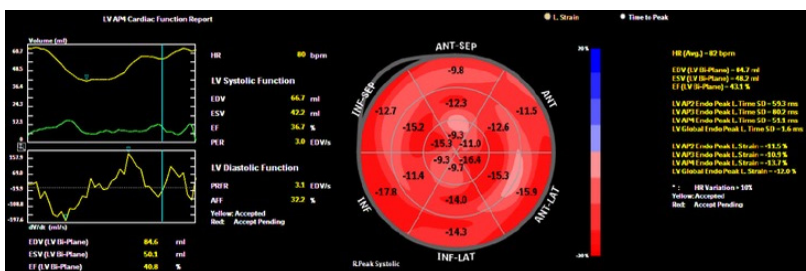
1117046

DANO MIOCÁRDICO COMO MANIFESTAÇÃO EXTRAINTestinal DA DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): MARIA TERESA DUTRA CAMPOS¹; MARCELLE CRISTINA VASCONCELOS²; JOSÉ RESENDE DE CASTRO JÚNIOR³; JÚLIO MARIA FONSECA CHEBLI²; LUIZA VERARDO LIMA⁴; MARIA REBECCA VASCONCELOS FERRARINI VENTURELLI⁵; GABRIELA PEREIRA COSTA⁵; ANA GABRIELA TORRES⁶; NATAN KNOPP DE MENEZES OLIVEIRA⁵;

(1) MÉDICA RESIDENTE EM ECOCARDIOGRAFIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; (2) DOCENTE NA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; (3) COORDENADOR E PRECEPTOR DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ECOCARDIOGRAFIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; (4) MÉDICA RESIDENTE EM ECOCARDIOGRAFIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; (5) ACADÊMICOS DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; (6) PRECEPTORA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ECOCARDIOGRAFIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL;

Apresentação do caso clínico: Paciente masculino, 37 anos, previamente hígido, diagnosticado com Doença de Crohn (DC) em fevereiro de 2025 durante internação por colite estenosante. Submetido à retossigmoidectomia com colostomia terminal, evoluiu com peritonite fecal difusa por fistula de colo retal e tromboembolismo pulmonar. Após melhora clínica, recebeu alta com anticoagulação oral e proposta de uso ambulatorial de Adalimumabe. Encaminhado para ecocardiograma transtorácico (ET) pré-tratamento. Exame demonstrou disfunção sistólica com hipocinesia difusa do ventrículo esquerdo (FEVE) pelo método de Simpson em 41% e Strain Global Longitudinal (SGL) de -12%. Disfunção diastólica por alteração do relaxamento, câmaras cardíacas de dimensões normais e função sistólica do ventrículo direito preservada. Referia, no momento, diarreia recorrente e dor abdominal e negava sintomas ou fatores de risco cardiovasculares prévios. **Discussão:** Evidências crescentes indicam que a Doença Inflamatória Intestinal (DII) constitui fator de risco cardiovascular significativo, associando-se a maior incidência de lesões cardíacas mesmo na ausência de fatores de risco tradicionais. O comprometimento miocárdico pode representar uma manifestação extraintestinal da DII, ainda pouco descrita na literatura e atuar como marcador de gravidade sistêmica da DII ou ineficácia no controle da atividade inflamatória. Assim, o rastreamento com ET e speckle tracking pode influenciar a escolha e a urgência do tratamento imunológico, além de indicar terapia cardioprotetora precoce. Estudos mostram SGL significativamente menor em pacientes com DII, associado a desfechos desfavoráveis, como insuficiência cardíaca e aumento da mortalidade. A queda da FEVE, como neste caso, é incomum. Disfunção sistólica ocorre com mais frequência em casos de DII de início precoce e colite extensa e há indícios de melhora da deformação miocárdica com tratamento anti-inflamatório eficaz. **Comentários finais:** A avaliação cardíaca com ET e SGL deve ser considerada na abordagem de paciente com DII, especialmente em fases ativas da doença. Integrar dados do ET na avaliação do paciente com DII contribui para a estratificação de risco, definição terapêutica e prevenção de complicações cardiovasculares. Novos estudos são necessários para melhor compreensão do envolvimento cardíaco na DII.



1116807

DEGENERACÃO CASEOSA DO ANEL MITRAL: UM ACHADO ECOCARDIOGRÁFICO RARO

AUTOR(ES): TAÍS REGINA BISOLI¹; MARIANA DE CASTRO LOPES¹; ANDRÉ BARCELLOS AMON¹; MILENE FEHLBERG SEHN¹; ANTONIO FERNANDO FURLAN PINOTTI¹; ANGELA BARRETO SANTIAGO SANTOS¹; MURILO FOPPA¹; CAROLINA BERTOLUCCI¹;

(1) HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - PORTO ALEGRE - RS - BRASIL;

Apresentação do Caso: Feminina, 57 anos, hipertensa, diabética e com doença renal crônica dialítica, realizou ecocardiograma transtorácico de rotina. O exame evidenciou aumento atrial esquerdo, importante calcificação da válvula mitral com estenose leve, e presença de imagem sacular no folheto posterior (segmento P2), de contornos definidos e conteúdo ecodenso, medindo 1,0 x 0,7 cm, associado a perfuração com jato regurgitante leve. Outras duas imagens semelhantes foram identificadas junto aos segmentos P1 e P3, a maior medindo 0,8 x 0,9 cm. As demais válvulas cardíacas apresentavam-se sem alterações, e não foram observadas imagens sugestivas de vegetações. Os achados foram confirmados por ecocardiograma transesofágico com reconstrução tridimensional. A paciente era assintomática, sem história clínica sugestiva de endocardite infecciosa, optando-se por conduta expectante. Após 18 meses de seguimento, novo ecocardiograma transesofágico mostrou estabilidade das lesões. **Discussão:** A degeneração caseosa do anel mitral é uma patologia rara e benigna, presente em 0,5 a 1% dos casos de calcificação anular mitral. Ocorre tipicamente em mulheres com idade superior a 70 anos, podendo ser considerada uma expressão da doença aterosclerótica. Caracteriza-se como uma massa intracardíaca arredondada, hiperecogênica e heterogênea, geralmente localizada no anel mitral posterior, com área ecolucente em seu interior, compatível com os achados ecocardiográficos da paciente do caso relatado. Seu aspecto pode mimetizar outras patologias potencialmente graves, como abscessos, trombos, cistos, vegetações e tumores cardíacos. A maioria dos casos são assintomáticos, ou com sintomas relacionados a insuficiência ou estenose mitral. Raramente, pode estar associada a fenômenos embólicos. Normalmente não é necessária intervenção cirúrgica, exceto em casos sintomáticos de disfunção valvar grave. **Comentários Finais:** Este relato ilustra um caso raro de degeneração caseosa do anel mitral em paciente relativamente jovem, evidenciando sua associação com fatores de risco ateroscleróticos. Além disso, este caso se destaca pela presença de três calcificações distribuídas no anel posterior, associadas a degeneração e uma delas com perfuração. Assim, observa-se a importância do reconhecimento ecocardiográfico desta patologia e sua adequada diferenciação de outras causas de massa intracardíaca, evitando intervenções invasivas desnecessárias dada a benignidade da sua evolução habitual.



1116797

DESFECHOS CLÍNICOS E ECOCARDIOGRÁFICOS DE NONAGENÁRIOS COM ESTENOSE AÓRTICA SUBMETIDOS À TAVI EM UM CENTRO TERCIÁRIO BRASILEIRO

AUTOR(ES): CAMILA MOTA GUIDA1; JULIANA JANGELAVICIN BARBOSA1; ANA FLÁVIA BURIN1; KELVIN HENRIQUE VILALVA1; TACIANNE ROLEMBERG BRAGA DELAMAIN1; ALESSANDRA JOSLIN OLIVEIRA1; RAFAEL BONAFIM PIVETA1; MIGUEL AGUIAR OSMAN DIAS AGUIAR1;

(1) BENEFICÊNCIA PORTUGUESA - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Introdução: A realização de implante transcater de válvula aórtica (TAVI) em nonagenários é um desafio crescente diante do envelhecimento populacional, da fragilidade e da alta carga de comorbidades dessa faixa etária. Entretanto, dados sobre os desfechos clínicos e ecocardiográficos dessa população em contextos brasileiros ainda são limitados. **Métodos:** Conduzimos uma análise retrospectiva de pacientes com idade igual ou superior a 90 anos submetidos à TAVI entre 2024 e 2025 em um hospital terciário de alta complexidade. Foram incluídos pacientes com estenose aórtica com indicação formal para intervenção transcater, independentemente da anatomia valvar. Avaliamos características clínicas, comorbidades, parâmetros ecocardiográficos pré e pós-procedimento, além da ocorrência de complicações periprocedimento. **Resultados:** Foram incluídos sete pacientes nonagenários, com mediana de idade de 92 anos (intervalo interquartil [IIQ]: 91,5–94) e superfície corpórea de 1,59 m² (IIQ: 1,57–1,69). A maioria era do sexo feminino (71,4%) e apresentava hipertensão arterial (57,1%), diabetes mellitus tipo 2 (57,1%) e doença arterial coronariana (42,9%). Dois pacientes apresentavam fração de ejeção do ventrículo esquerdo reduzida (32% e 36%). Os gradientes transvalvares pré-procedimento foram de 44 mmHg (IIQ: 41,5–50,5) para o gradiente máximo e 26 mmHg (IIQ: 25–31) para o médio, com área valvar de 0,80 cm² (IIQ: 0,75–0,95). Durante a internação, foi registrada apenas uma complicação — implante de marcapasso — sem ocorrência de derrame pericárdico, tamponamento cardíaco, acidente vascular encefálico, sangramentos maiores ou parada cardiorrespiratória. No ecocardiograma pós-procedimento, os gradientes máximos foram de 13 mmHg (IIQ: 10–17) e os médios de 6 mmHg (IIQ: 5,5–8,5). **Conclusão:** Nesta coorte de nonagenários submetidos à TAVI, observou-se elevada prevalência de estenose aórtica com importante redução da área valvar, mas com gradientes transvalvares relativamente moderados. O procedimento demonstrou-se seguro e viável, com baixa taxa de complicações e ausência de mortalidade hospitalar, reforçando o potencial benefício do TAVI mesmo em pacientes muito idosos criteriosamente selecionados.

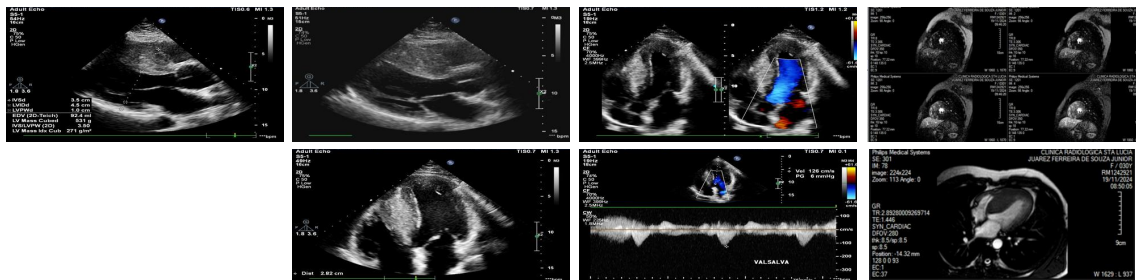
1116656

DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA COM ALTO RISCO ARRÍTMICO: O VALOR DA IMAGEM MULTIMODAL

AUTOR(ES): INÁCIO ANTUNES CHICONELI1; THAÍS FLORES CARVALHO1; CAIO AUGUSTO CARVALHO1; CEZAR LADEIRA MACEDO JÚNIO1; JOSIANE RODRIGUES NUNES1; JUAN DIAS LIMA1; NATANAEL MENDES ARAUJO2; THIAGO MELO REZENDE3; ANDRE LUIS TOZZATTO VOLPE4; BRUNA THAIS GUERREIRO AZEVEDO5;

(1) PREVENTCOR - MURIAÉ - MG - BRASIL; (2) NMA SERVIÇOS MÉDICOS - CAMPO ALEGRE DE LOURDES - BA - BRASIL; (3) CLÍNICA MEDMARIA - ARAÇUAÍ - MG - BRASIL; (4) MEDCONCEPT - RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL; (5) HOSPITAL SANTA LYDIA - RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente jovem do sexo masculino, 20 anos, previamente assintomático, procurou avaliação cardiológica pré-operatória para cirurgia de implante capilar. Praticava musculação regularmente e negava sintomas cardiovasculares. Ao exame físico, apresentava sopro sistólico em foco aórtico (++/6+), sem demais alterações. Ao eletrocardiograma foi evidenciando sinais de hipertrofia ventricular esquerda, sendo então submetido a um ecocardiograma transtorácico que evidenciou hipertrofia assimétrica do ventrículo esquerdo com predomínio do septo interventricular aonde mede até 35 mm, sem obstrução da via de saída do ventrículo esquerdo. A ressonância cardíaca confirmou a Cardiomiopatia hipertrofica septal assimétrica e revelou fibrose miocárdica envolvendo mais de 15% da massa ventricular. Teste ergométrico e Holter 24h foram negativos para arritmias malignas. Após orientação diagnóstica, o paciente relatou retrospectivamente dois episódios de síncope durante atividade física no último ano. Foi indicada profilaxia com cardiodesfibrilador implantável (CDI). A triagem familiar identificou que sua mãe também apresentava hipertrofia assimétrica do ventrículo esquerdo com septo interventricular de 22 mm ao ecocardiograma. Os irmãos estão em investigação. **Discussão:** O caso ilustra a importância da atenção clínica mesmo em contextos aparentemente de baixo risco. A hipertrofia septal extrema (>30 mm), a presença de fibrose extensa à ressonância e a ocorrência de síncope durante exercício compõem um perfil de alto risco arritmico. Esses achados preenchem critérios estabelecidos em diretrizes internacionais para indicação de CDI como prevenção primária de morte súbita na cardiomiopatia hipertrofica (CMH). A ausência de arritmias malignas ao Holter e teste ergométrico não exclui o risco, sendo a imagem multimodal fundamental para a adequada estratificação. **Comentários Finais:** A avaliação pré-operatória permitiu o diagnóstico incidental de CMH com alto risco arritmico, com impacto direto na conduta clínica e no rastreamento familiar. A integração entre ecocardiograma e ressonância cardíaca foi decisiva para a tomada de decisão terapêutica e evidencia o papel da imagem cardiovascular na prática clínica moderna. A abordagem sistemática possibilitou a identificação precoce de CMH em familiar de primeiro grau, reforçando o valor do rastreamento genético e da imagem na medicina preventiva.



1116959

DO DIAGNÓSTICO À DECISÃO: O IMPACTO DO ECOCARDIOGRAMA COM ESFORÇO FÍSICO NA PRÁTICA CLÍNICA EM VALVOPATIAS MITRAIS

AUTOR(ES): ANABEL VIEIRA1; LEONCIO BEM SIDRIM1; RENAN FIGUEIREDO FREITAS1; LUCAS EDUARDO VILARINHO GUIMARÃES1; KARINA MASCARENHAS BEZERRA ALVES1; THAÍS ARAÚJO NÓBREGA1; CLÁUDIA CAROLINA MENDONÇA CAMPOS1; KÁSSIO HENRIQUE D'ANGELO LOPES1; CARLOS ANTÔNIO MOTTA SILVEIRA1; ANA CLAUDIA MARIA DA SILVA LONGO1;

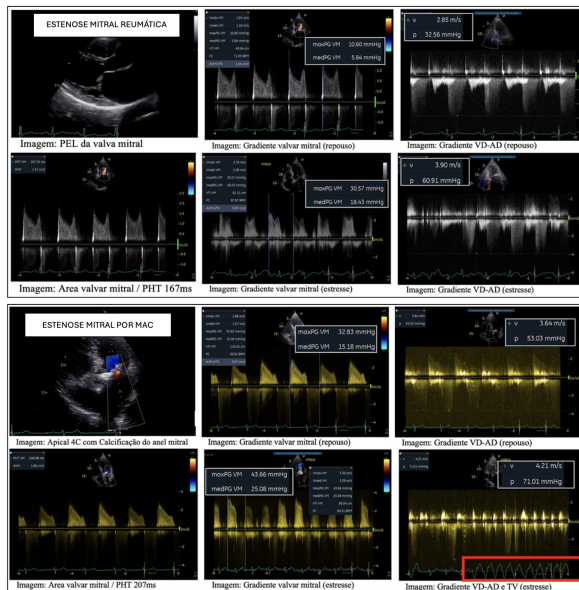
(1) PROCAPE/ UPE: PRONTO-SOCORRO CARDIOLÓGICO UNIVERSITÁRIO DE PERNAMBUCO - PROF. LUIZ TAVARES - RECIFE - PE - BRASIL;

Introdução: A avaliação funcional das valvopatias mitrais, especialmente em pacientes com sintomas desproporcionais ao ecocardiograma transtorácico de repouso, representa um desafio diagnóstico e terapêutico. Nesses casos, o ecocardiograma com estresse físico (ECOEF) tem papel central na identificação de repercussões hemodinâmicas ocultas e no esclarecimento do risco arritmico. Ao fornecer dados dinâmicos e fisiológicos sob esforço, o ECOEF contribui de forma decisiva para a tomada de decisões individualizadas. Diante dessa relevância, sua aplicação sistematizada motivou a elaboração de um protocolo institucional no PROCAPE/UPE.

Objetivo: Avaliar o impacto do ECOEF na estratificação funcional das valvopatias mitrais e sua influência na mudança de conduta clínica e na criação de um protocolo institucional de uso do método. **Método:** Estudo retrospectivo, observacional, com 23 pacientes com estenose e/ou insuficiência mitral moderada a grave com discordância clínica-ecocardiográfica, submetidos ao ECOEF em ciclomaca. Foram analisados sintomas e dados ecocardiográficos, em repouso e sob estresse, e desfechos clínicos.

Resultados: Dos 23 pacientes, 70% apresentavam estenose mitral (EM); entre esses, 87,5% apresentaram aumento do gradiente médio transmitral (>15 mmHg) e 75% elevação da pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP >60 mmHg) sob estresse, revelando repercussão hemodinâmica oculta. Em casos emblemáticos, o ECOEF foi decisivo: paciente com EM reumática discordante, tratada como DPOC/fibromialgia teve indicação cirúrgica após o exame revelar PSAP de 65 mmHg e gradiente de 18,5 mmHg no esforço. Outro paciente, idoso assintomático, com EM grave por MAC, apresentou PSAP de 76 mmHg e taquicardia ventricular ao esforço, sendo reclassificado como de alto risco. Nos pacientes com insuficiência mitral significativa em repouso, o ECOEF demonstrou ausência de repercussão funcional, evitando intervenções desnecessárias.

Conclusão: O ECOEF demonstrou ser ferramenta essencial na reclassificação funcional, na detecção de risco arritmico e na definição de condutas em valvopatias mitrais, especialmente nos casos com dissociação clínico-ecocardiográfica. Seus achados permitiram a criação de um protocolo institucional de avaliação funcional, garantindo padronização, precisão diagnóstica e segurança assistencial. O ECOEF, assim, assume papel de destaque não apenas como exame complementar, mas como protagonista na tomada de decisão em valvopatias mitrais cenários complexos.



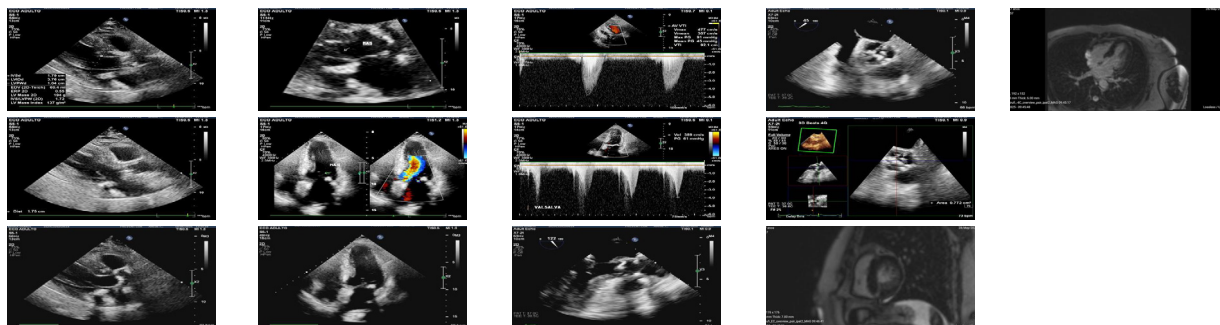
1116653

DUPLA OBSTRUÇÃO DA VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO ESQUERDO: PAPEL DA PLANIMETRIA 3D E DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NA AVALIAÇÃO DE ESTENOSE AÓRTICA ASSOCIADA À CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA

AUTOR(ES): INÁCIO ANTUNES CHICONELI1; THAÍS FLORES CARVALHO1; CAIO AUGUSTO CARVALHO1; NATÁLIA BEATRIZ NEVEZ FREIRE VIOLA1; CEZAR LADEIRA MACEDO JÚNIOR1; HUDSON UMEOKA JÚNIOR1; JUAN DIAS LIMA1; JOSIANE RODRIGUES NUNES1; SCHNEIDER GARDONI SILVA ELIAS2;

(1) PREVENTCOR - MURIAÉ - MG - BRASIL; (2) CASA DE SAÚDE SANTA LÚCIA - MURIAÉ - MG - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente do sexo feminino, 67 anos, procurou avaliação por dispnéia aos esforços e dor torácica. Ecocardiograma transtorácico evidenciou hipertrofia assimétrica do septo interventricular (18 mm), com movimento anterior sistólico da valva mitral (SAM) e obstrução dinâmica significativa da via de saída do ventrículo esquerdo (VSVE) com gradiente sistólico de pico de 61 mmHg após manobra de Valsalva. Observou-se também valva aórtica espessada, calcificada, com limitação de abertura e gradiente transvalvar elevado, embora com suspeita de superestimação do gradiente devido à obstrução subvalvar. A ecocardiografia transesofágica tridimensional foi realizada, com planimetria demonstrando área valvar aórtica de $0,8$ cm², compatível com estenose aórtica importante. A paciente foi submetida à ressonância magnética cardíaca, que confirmou cardiomiopatia hipertrofica, além de realce tardio não isquêmico nos segmentos septo-inferior basal e infero-lateral basal, indicativo de fibrose miocárdica. **Discussão:** A presença concomitante de estenose aórtica e obstrução dinâmica do VSVE representa um desafio diagnóstico importante. O gradiente valvar aórtico pode ser superestimado pela obstrução subvalvar, dificultando a acurácia diagnóstica da estenose. Nessas situações, a avaliação anatômica direta da área valvar aórtica por planimetria 3D é especialmente útil, pois independe das pressões geradas pelo fluxo. A ressonância magnética agrega valor à caracterização etiológica, ao demonstrar a presença e extensão da fibrose, elemento relevante na estratificação de risco e no planejamento terapêutico. A interpretação isolada de gradientes pelo Doppler pode levar a erros, reforçando a necessidade de abordagem multimodal. **Comentários Finais:** Este caso evidencia a importância da integração de diferentes métodos de imagem cardiovascular na elucidação diagnóstica de cenários clínicos complexos. A combinação de ecocardiografia tridimensional e ressonância cardíaca foi decisiva para o diagnóstico preciso e definição da melhor estratégia terapêutica. A avaliação anatômica direta e a caracterização tecidual fornecem dados complementares fundamentais à prática clínica atual, sobretudo em casos de dupla obstrução da VSVE.



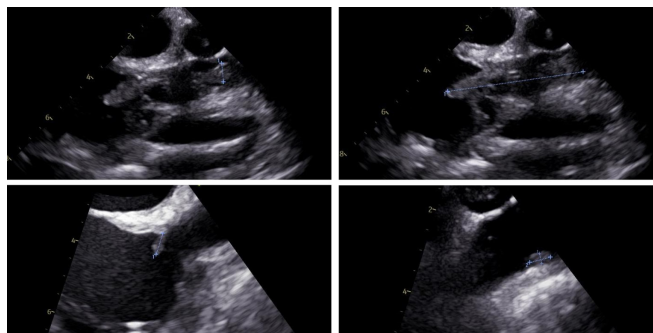
1117039

ENDOCARDITE COM TROMBO SÉPTICO: IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO ECOCARDIOGRÁFICO DIANTE DO RISCO DE SANGRAMENTO NA ANTICOAGULAÇÃO

AUTOR(ES): OTÁVIO AUGUSTO GURGEL GARCIA1; AMANDA GUIMARÃES DE SOUZA1; MIGUEL TAKAO YAMAWAKI MURATA1; GUSTAVO ADOLFO KURIAMA MASSARI1; AÉLIO CARDOSO DE SÁ FILHO1; JOÃO GUSTAVO DE PAULA1; VICENTE NICOLIELLO DE SIQUEIRA1; DANIELA F A HEMERLY1; CLAUDIO HENRIQUE FISCHER1; APARECIDA DE GOUVEA1;

(1) UNIFESP - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente do sexo feminino, 34 anos, com glomeruloesclerose segmentar e focal, em doença renal crônica dialítica, com dois transplantes renais prévios, internada por febre persistente. Hemoculturas evidenciaram *Staphylococcus aureus* oxacilina-resistente. O ECOTE identificou trombo séptico móvel aderido à parede da veia cava superior (VCS), na extremidade de cateter venoso central, medindo aproximadamente 46x12 mm, com repercussão hemodinâmica. A anticoagulação plena foi contraindicada devido a sangramento digestivo alto ativo, causado por extensa úlcera esofágica com episódios recorrentes de hemorragia em múltiplas endoscopias. A conduta incluiu retirada do cateter e manutenção de heparina exclusivamente no circuito da hemodiálise, sem anticoagulação sistêmica. Após controle clínico e antibioticoterapia dirigida, novo ECOTE realizado três meses depois demonstrou redução significativa do trombo, com recanalização do fluxo na VCS e remanescente hiperecogênico de 5x6,5 mm, indicando resolução parcial da lesão trombótica. **Discussão:** O caso evidencia a relevância do ECOTE como ferramenta diagnóstica e de monitoramento em complicações infecciosas associadas a cateteres centrais em pacientes dialíticos. A localização atípica do trombo, em VCS e não em câmaras cardíacas, poderia ter passado despercebida sem o uso do ECOTE. A impossibilidade de anticoagulação plena exigiu tomada de decisão clínica desafiadora. A documentação da progressiva redução do trombo exclusivamente com retirada do cateter e anticoagulação parcial na hemodiálise reforça o valor da abordagem individualizada e da imagem seriada como suporte à conduta conservadora. **Comentários Finais:** O ECOTE teve papel central na definição e acompanhamento de trombo séptico em veia cava superior. Sua aplicação permitiu evitar anticoagulação sistêmica em paciente com contraindicação formal, sem comprometer o desfecho clínico, reforçando sua utilidade em contextos complexos como este.



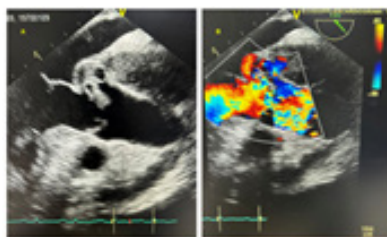
1116818

ENDOCARDITE INFECCIOSA DA VALVA AÓRTICA COMPLICADA COM ABSCESSO FISTULIZADO E ROTURA DE AORTA ASCENDENTE COM FORMAÇÃO DE PSEUDOANEURISMA

AUTOR(ES): MARCEL PINA CIUFFO ALMEIDA1; HUSSEIN ALI ZEIN1; LEANDRO KLARGE CUNHA1; TAMARA DE SÁ LOPES GONÇALVES1; ADRIANA BRENTGANI1; MARIA LUCIANA ZACARIAS HANNOUCHE TRINDADE1; ANA CLARA TUDE RODRIGUES1;

(1) ECOCARDIOGRAFIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (HCFMUSP) - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação: paciente do sexo masculino, 54 anos, queixava-se de febre há 3 dias associada a calafrios e dispneia aos pequenos esforços. Os antecedentes pessoais incluíam transplante hepático em 2018 e cirurgia bariátrica em outubro de 2024, complicada com trombose de veia porta, tendo sido submetido à trombectomia e mantido com anticoagulação (varfarina). Ao exame apresentava-se hipotenso (89x55mmHg) e com frequência cardíaca de 135bpm. Pela suspeita de sepse de foco pulmonar, foi iniciado antibioticoterapia e colhido hemocultura, que resultou em *S. epidermidis* Oxacilina-resistente. A tomografia (TC) de tórax/abdômen mostrou derrame pericárdico moderado e infarto esplênico. Solicitado ecocardiograma (ECO) transtorácico que identificou espessamento valvar aórtico com refluxo discreto, derrame pericárdico moderado/importante com sinais de restrição, sendo submetido à pericardiocentese. Como permaneceu sem melhora clínica, foi repetida a TC que mostrou infarto hepático e renal, além de nova coleção compatível com hemopericárdio e hematoma parietal em aorta ascendente. Realizado ECO transesofágico que evidenciou valva aórtica bivalvular com imagem de vegetação e refluxo importante, além de abscesso em região mitroaórtica com fistulização para a via de saída do ventrículo esquerdo, confirmando endocardite infecciosa (EI). Solicitada angiogramografia de coronárias pré-cirúrgica que revelou rotura da aorta contida com pseudoaneurisma posterior à raiz, além de rotura do seio de Valsalva e junção mitroaórtica. Mantinha ainda coleção hemática volumosa posterior, contígua ao pseudoaneurisma. O paciente foi submetido à troca valvar aórtica e reforço da aorta com patch de pericárdio bovino. Apesar do tratamento, o paciente evoluiu para óbito 17 dias após. **Discussão:** a EI da valva aórtica neste caso teve como fatores predisponentes a valva bivalvular e a imunossupressão pós-transplante hepático que contribuiu para rápida progressão com insuficiência aórtica aguda, abscesso e fistulização. A ruptura da aorta com pseudoaneurisma e hemopericárdio é uma complicação da EI. Não se sabe se havia dilatação ou aneurisma prévios, relacionados a valva aórtica bivalvular, o que pode sugerir ruptura de aneurisma micótico, especialmente em contexto de anticoagulação. **Comentários:** este caso demonstra o potencial de evolução rápida e desfavorável da EI e sua elevada morbimortalidade, além de ilustrar uma complicação rara (ruptura de aorta).



A - Ecocardiograma transesofágico evidenciando vegetação em valva aórtica e rotura contida do seio de Valsalva não coronariado. B - Refluxo aórtico importante e trajeto fistuloso direcionado para a via de saída do ventrículo esquerdo.

1116801

ENDOCARDITE INFECCIOSA POR ENTEROCOCCUS FAECALIS ASSOCIADA À COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR PERIMEMBRANOSA: DO DIAGNÓSTICO ECOCARDIOGRÁFICO À OCLUSÃO PERCUTÂNEA

AUTOR(ES): ALINE CRISTINA COSTA BULCÃO¹; RODOLFO BORGES FRANCO DE MACEDO¹; JONATHAS DIAS MELO¹; DEYSE BRANCHER¹; CAINAN PIRES BARROSO CAMILO¹; HELENA DELFINO GUEIRAL¹; TALITA ZANETTE¹;

(1) INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SANTA CATARINA - SÃO JOSÉ - SC - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente feminina, 19 anos, com Comunicação Interventricular (CIV) congênita e endocardite infecciosa (EI) prévia, procurou atendimento por febre e petéquias dolorosas em membros inferiores. Ao exame apresentava taquicardia, sopro holossistólico em pré cordio e petéquias difusas em membro inferiores. Hemograma indicava anemia (Hb 7,8 g/dL), plaquetopenia leve e PCR de 57mg/L. Hemocultura isolou *Enterococcus faecalis* em 2 amostras periféricas. Ecocardiografia transtorácica (ETT) evidenciou CIV perimembranosa em via de saída (7mm x 8mm), com shunt E-D, gradiente interventricular de 112mmHg, com repercussão hemodinâmica (sobrecarga de câmaras esquerdas; Qp/Qs: 2,0) e imagem sugestiva de vegetação junto à CIV. Ecocardiografia transesofágica (ETE) identificou imagens compatíveis com vegetações em parede lateral do VD (a maior medindo 1,6cm) e junto ao orifício da CIV (1,4cm). Tomografia de tórax revelou múltiplas cavitações pulmonares compatíveis com embolia séptica. Realizada antibioticoterapia por 6 semanas com melhora clínica e laboratorial. ETE de controle não identificou mais as vegetações. Com estabilização do quadro clínico, sem mais evidência de infecção, decidiu-se realizar oclusão percutânea da CIV com auxílio da ETE e uso da modalidade 3D no planejamento do procedimento. ETT pós procedimento não apresentou shunt residual. Paciente apresentou evolução favorável, sem sinais de recidiva. **Discussão:** CIV é uma cardiopatia congênita comum na infância com aumento da prevalência na população adulta. Uma das complicações, principalmente nas CIVs não corrigidas, é a EI. *Enterococcus faecalis* é um dos principais causadores de EI associado a altas taxas de morbimortalidade. No caso apresentado vale ressaltar que foi uma recidiva de EI em CIV não corrigida, já apresentando repercussão hemodinâmica, indicando necessidade de correção da CIV. Apesar de eventos embólicos pulmonares, a resposta favorável à terapia antimicrobiana permitiu tratamento clínico da EI com posterior intervenção percutânea na CIV. O uso da ETT e ETE foi fundamental desde a elucidação diagnóstica, controle do tratamento clínico, avaliação pré-procedimento, durante a intervenção e acompanhamento pós fechamento percutâneo da CIV. **Comentários Finais:** Este caso reforça a importância da suspeita clínica de EI em pacientes com cardiopatia congênita, principalmente não corrigida, bem como o papel decisivo da ecocardiografia no diagnóstico, seguimento e planejamento terapêutico.



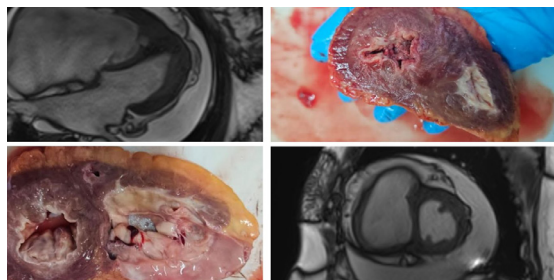
1117022

ENDOMIOCARDIOFIBROSE (EMF) DE VENTRÍCULO DIREITO COM EVOLUÇÃO SUBCLÍNICA E CHOQUE IRREVERSÍVEL: LIMITES DA IMAGEM CONVENCIONAL

AUTOR(ES): OTÁVIO AUGUSTO GURGEL GARCIA¹; MIGUEL TAKAO YAMAWAKI MURATA¹; AMANDA GUIMARÃES DE SOUZA¹; MAYARA CAROLINE FELIX¹; ARTHUR ANTUNES SILVA CASTRO¹; PALOMA FARINA DE LIMA¹; DANIELA F A HEMERLY¹; APARECIDA DE GOUVEA¹; MARIA EDUARDA MENEZES DE SIQUEIRA¹; CLAUDIO HENRIQUE FISCHER¹;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP) - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente feminina, 66 anos, portadora de ICPEF, fibrilação atrial, DM insulino dependente, HAS, DPOC, hipotireoidismo e AVC prévio. Internada por angina estável com piora da classe funcional (II para IV). Cintilografia e cineangiogramas prévios sem isquemia; apenas ponte intramiocárdica. Ressonância magnética (RM) cardíaca anterior não evidenciava fibrose ou alterações estruturais. Durante a internação, apresentou IC direita progressiva com turgência jugular, ascite, edema periférico, além de derrame pericárdico e dilatação de câmaras direitas ao ecocardiograma inicial. Evoluiu com rebaixamento do nível de consciência, necessidade de intubação, acidose metabólica, hiperlactatemia e choque misto (séptico e cardiogênico), com uso de múltiplas drogas vasoativas. Realizou-se pericardiocentese com drenagem de 555 mL de líquido citrino. Nova RM mostrou espessamento endocárdico apical biventricular, retração do VD com encurtamento longitudinal, falha de coaptação da valva tricúspide, infiltração gordurosa no septo interventricular e derrame pericárdico volumoso — achados compatíveis com endomiocardiopatia (EMF). Novo ecocardiograma demonstrou VD dilatado, átrio direito com volume de 121 mL/m², disfunção sistólica direita moderada e refluxo tricúspide moderado. Evoluiu com disfunção renal aguda, choque refratário e óbito, mesmo com suporte intensivo. A EMF foi confirmada em estudo anatomopatológico pós-óbito. **Discussão:** A EMF é uma cardiomiopatia restritiva rara, associada à fibrose endocárdica, geralmente apical, com disfunção diastólica e manifestações predominantes de IC direita. O curso é insidioso e o diagnóstico, frequentemente tardio, requer imagem de alta resolução. A RM é o exame padrão-ouro, mas pode ser normal em fases iniciais, como neste caso. A evolução clínica foi desproporcional aos achados prévios. A suspeita diagnóstica surgiu apenas em fase avançada, com disfunção multiorgânica. Valvopatia tricúspide, retração do VD, espessamento apical e derrame volumoso sustentaram a hipótese de EMF restritiva. **Comentários Finais:** Este caso ilustra a forma grave e subdiagnosticada de EMF com predomínio de VD. Reforça a importância da reavaliação diagnóstica frente à piora clínica inexplicada e da RM como ferramenta essencial, mesmo quando exames prévios não deflagram a suspeita. A progressão silenciosa da fibrose endocárdica exige vigilância contínua em pacientes com IC direita de etiologia indefinida.



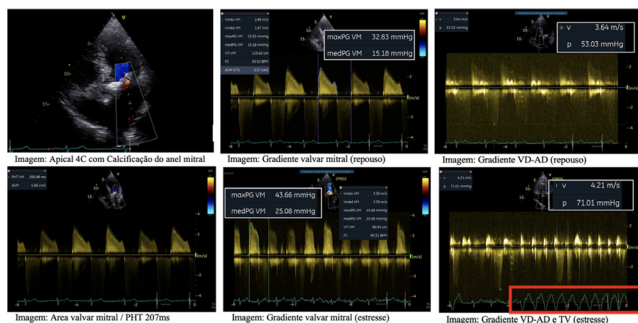
1116956

ESTENOSE MITRAL DEGENERATIVA SILENCIOSA: O ECOCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FÍSICO COMO DEFLAGRADOR DE ALTO RISCO

AUTOR(ES): ANABEL VIEIRA1; LEONCIO BEM SIDRIM1; RENAN FIGUEIREDO FREITAS1; LUCAS EDUARDO VILARINHO GUIMARÃES1; KARINA MASCARENHAS BEZERRA ALVES1; THAÍS ARAÚJO NÓBREGA1; CLÁUDIA CAROLINA MENDONÇA CAMPOS1; KÁSSIO HENRIQUE D'ANGELO LOPES1; CARLOS ANTÔNIO MOTTA SILVEIRA1; ANA CLAUDIA MARIA DA SILVA LONGO1;

(1) PROCAPE/ UPE: PRONTO-SOCORRO CARDIOLÓGICO UNIVERSITÁRIO DE PERNAMBUCO - PROF. LUIZ TAVARES - RECIFE - PE - BRASIL;

Apresentação do caso: E.C.S., 75 anos, masculino, idoso funcionalmente ativo, praticante de caminhada diária (5 km/dia), sem queixas de dispneia, palpitações ou fadiga. Ecocardiograma transtorácico (ECO) de rotina evidenciou estenose mitral importante, com área valvar mitral (AVMi) de 0,6 cm² e tempo de meia-pressão (PHT) de 207 ms, associada a calcificação significativa do anel mitral (MAC). O gradiente médio transvalvar mitral (GradM TVMi) foi de 15 mmHg, com pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP) de 58 mmHg e presença de linhas B de Kerley à ultrassonografia pulmonar. Apesar da repercussão hemodinâmica em repouso, o paciente mantinha-se completamente assintomático nas atividades habituais. Diante da dissociação clínico-ecocardiográfica, foi indicado ecocardiograma com estresse físico (ECOEF) em ciclomaxa. Durante o esforço, houve elevação importante do GradM TVMi: 15 mmHg → 25 mmHg (VR > 15 mmHg), PSAP: 58 mmHg → 76 mmHg (VR > 60 mmHg) e aumento das linhas B de Kerley. O paciente permaneceu assintomático durante o teste, contudo apresentou taquicardia ventricular monomórfica estável (FC 170 bpm), motivo pelo qual o exame foi interrompido. Houve reversão para ritmo sinusal após cessar o esforço e administração de metoprolol intravenoso, sem complicações adicionais. **Discussão:** A estenose mitral de origem degenerativa secundária à calcificação do anel mitral é prevalente na população idosa. O ECO é método fundamental na avaliação anatômica e hemodinâmica, mas pode não refletir adequadamente a repercussão funcional ao esforço. O ECOEF emerge como ferramenta não invasiva essencial na estratificação da gravidade e do risco, principalmente em pacientes com clínica aparentemente silenciosa. A resposta hemodinâmica e arritmica ao estresse pode revelar cenários ocultos e modificar a conduta. **Conclusão:** Trata-se de caso emblemático de dissociação clínica e ecocardiográfica, no qual o ECOEF revelou importante repercussão funcional da estenose mitral, além de deflagrar arritmia ventricular potencialmente letal em paciente previamente assintomático. O exame foi crucial na definição do risco e no redirecionamento da conduta terapêutica, reforçando seu papel como ferramenta indispensável na avaliação funcional e prognóstica das valvopatias mitrais.



1117085

FECHAMENTO DE FORAME OVAL PATENTE (FOP) EM IDOSO COM AVCi CRIPTOGÊNICO RECORRENTE: DESAFIO TÉCNICO E ABORDAGEM INDIVIDUALIZADA

AUTOR(ES): EMMANUELLA ANDRADE LEAL1; DANIELLA BASTOS RAWET1; ANDRÉ LUIZ DIAS LIMA BONFIM1; ROBERTO OSÓRIO FERREIRA1; DANIEL PERALTA E SILVA1; ISABELA STARLING DE ALBUQUERQUE FERNANDES1; RAPHAELA DE ABREU E SILVA MARTINEZ1;

(1) HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES (HFSE) - RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL;

Apresentação do caso: Masculino, 61 anos, hipertenso, em 2022 apresentou hemiparesia à esquerda e afasia ao acordar, não sendo realizado trombolise devido a delta T indeterminado. Teve recorrência de episódios isquêmicos durante os 2 anos subsequentes, sendo submetido a 3 trombolises, totalizando 8 acidentes vasculares cerebrais isquêmicos (AVCi). No momento apresenta funcionalidade preservada apesar de hemiparesia à esquerda. Tomografia de crânio mostrou encefalomalácia córtico-subcortical frontal direita e Doppler de carótidas e vertebrais com ausência de placas ou obstruções. Ao holter de 24 horas manteve-se em ritmo sinusal. Ecocardiograma transesofágico com contraste evidenciou FOP com túnel longo (28x05 mm), septo pouco móvel e shunt significativo (mais de 20 microbolhas com passagem precoce para o átrio esquerdo). RoPE score foi 5, sugerindo risco moderado de AVCi relacionado ao FOP, mas com características anatômicas de alto risco. Optado em 03/2024 pelo fechamento do FOP. Procedimento realizado com prótese de tamanho 27/30mm, e devido a presença de túnel longo houve dificuldade técnica na aposição do disco esquerdo, sem interferência no resultado final, mostrando ausência de shunt residual com teste de bolhas negativo. O paciente permaneceu sem novos eventos isquêmicos ou arritmias no seguimento de 1 ano e meio. **Discussão:** O FOP é um defeito estrutural congênito presente em cerca de 25% da população, frequentemente assintomática, mas potencialmente associada a AVCi criptogênico e embolia paradoxal. O fechamento do FOP em pacientes com mais de 60 anos é tema de grande discussão, pois esses indivíduos apresentam maior risco de outras etiologias de AVCi, como aterosclerose e fibrilação atrial subclínica. No entanto, a presença de achados anatômicos de alto risco, como túnel longo e shunt significativo, neste caso, justificou a intervenção mesmo nessa faixa etária. **Comentários finais:** A decisão pelo fechamento do FOP foi fundamental diante da recorrência de AVCi e das características anatômicas de alto risco. Apesar da dificuldade técnica imposta pelo túnel longo, o procedimento foi realizado com sucesso. A ausência de novos eventos no seguimento reforça a eficácia da abordagem individualizada na prevenção secundária.



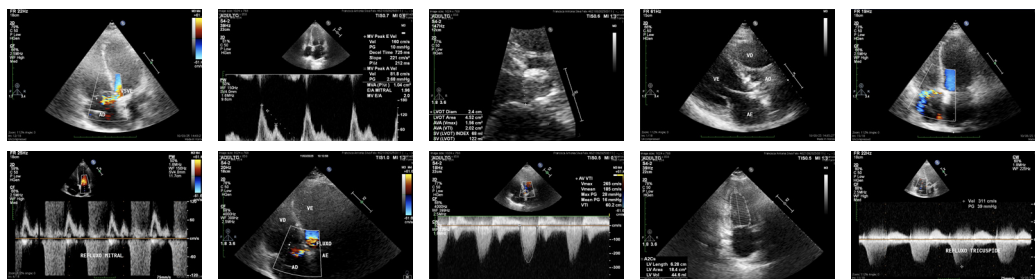
1116585

FÍSTULA VENTRÍCULO ESQUERDO-ÁTRIO DIREITO (VE-AD) COMO COMPLICAÇÃO DE VEGETAÇÃO POR ENDOCARDITE INFECCIOSA EM PRÓTESE BIOLÓGICA AÓRTICA: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): KELTON DANTAS PEREIRA¹; THIAGO GABRIEL FREIRE¹; RICARDO LUIZ DE MEDEIROS LIMA¹; CARLA SUELY SOUZA DE PAULA¹; MICHELI RIGON MADEIRA¹; SILVIA ROCHA DA COSTA FERNANDES¹; SUÉLISSON DA SILVA ARAUJO¹; CLAUDIA SHIRLENE BEZERRA VASCONCELOS¹; GEORGE PAULO COBE FONSECA¹; DIOGO LUIZ DE MAGALHÃES FERRAZ¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - NATAL - RN - BRASIL;

Apresentação do caso: FASF, 48 anos, ex-tabagista, internada em hospital de referência por quadro de sangramento digestivo baixo e febre em investigação; portadora de Lúpus Eritematoso Sistêmico e Púrpura Trombocitopênica Imune, além de prótese biológica aórtica (troca em 2012). Procedeu à realização de ecocardiograma transtorácico (ECO TT), que evidenciou prótese aórtica calcificada com refluxo central leve, insuficiência paraprotética de grau moderado e fistula entre a VSVE e o AD, sendo levantada a hipótese de abscesso fistulizado; hemocultura demonstrou crescimento de *Enterococcus* sp. sensível à Ampicilina (tratamento com Ceftriaxona e Ampicilina), corroborando para a hipótese de endocardite infecciosa (EI). Evoluiu estável durante a internação, recebeu corticoterapia por atividade de doença lúpica. Foi submetida à realização de ECO transesofágico que evidenciou disfunção sistólica leve do VE e imagem ecogênica aderida à prótese aórtica, móvel sugestiva de vegetação e imagem ecogênica periprotética (região da fibrosa intervalar mitro aórtica), visibilizada em eixo curto (10h e 1h), que poderia corresponder a abscesso/ solução de continuidade, compatível com fistula VSVE-AD, além de sinais de hipertensão pulmonar (PSAP= 54 mmHg). Foi submetida à procedimento cirúrgico, desta vez com implante de prótese mecânica e tubo valvado com reimplante de coronárias (Bentall di bono), além de rafia da fistula. Na recuperação pós operatória, realizou ECO TT que evidenciou prótese metálica com gradientes sistólicos máximo e médio de 24 e 12 mmHg, sem evidência de shunt/ fistula entre cavidades cardíacas. **Discussão:** pacientes portadores de prótese possuem risco aumentado de infecções, favorecendo a colonização e crescimento de microrganismos no aparato valvar. Vegetações podem evoluir para abscessos e complicar com fistulas. Outras etiologias incluem o infarto agudo do miocárdio e fistula congênita (defeito de Gerbode). O estudo discute um caso de formação de fistula do ventrículo esquerdo para o átrio direito, em paciente portadora de prótese aórtica por complicação de EI. **Comentários finais:** o caso teve uma evolução favorável frente ao diagnóstico de abscesso que culminou no desenvolvimento de fistula entre a VSVE e o AD, apesar da alta prevalência de óbito. Quando de origem congênita e anatomia favorável, sem evidência infecciosa, o tratamento percutâneo é factível, porém, neste caso, optou-se por tratamento cirúrgico visando à troca da prótese.



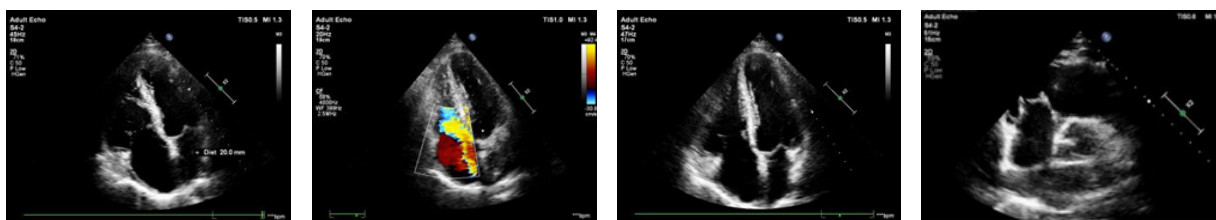
1116641

FLUTTER ATRIAL E INSUFICIÊNCIA TRICÚSPIDE IMPORTANTE COMO MANIFESTAÇÃO DE SÍNDROME CARCINÓIDE EM PACIENTE COM METÁSTASE HEPÁTICA

AUTOR(ES): NAYRON VELOSO RESENDE¹; RICARDO AUGUSTO MEDEIROS SOUZA¹; LEONARDO GODOY MELLO MOTTA¹; CHIU WEN SHIAN¹; VANESSA ALVES CARVALHO¹; JOSÉ IGOR SILVA BATISTA¹; ANDERSON FREIRE ARAÚJO¹;

(1) HOSPITAL METROPOLITANO SUL DOM HELDER CÂMARA - CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente masculino, 65 anos, hipertenso, ex-tabagista e com histórico de câncer colorretal com metástase hepática (sem QT/RT), evoluiu com episódio de aperto torácico, palpitações e edema de membros inferiores. Procurou serviço de emergência, sendo identificado flutter atrial com bloqueio atrioventricular (BAV) variável. Foi administrado metoprolol 25 mg, com melhora clínica e reversão para ritmo sinusal. No dia seguinte, apresentou novo episódio de dor precordial em aperto, associada a náuseas, vômitos e sudorese, em repouso, com início no dia anterior. Negava uso recente de ocloteotídeo por indisponibilidade da medicação há sete meses. Ao exame físico, apresentava turgência jugular, refluxo hepatojugular e edema de membros inferiores, com ausculta cardíaca sem sopros. O eletrocardiograma demonstrava ritmo sinusal (FC 56 bpm), sem sinais de isquemia. Troponinas cardíacas negativas. Ecocardiograma transtorácico evidenciou átrio e ventrículo direitos dilatados, valva tricúspide com cúspides delgadas e restritas ("congeladas"), falha de coaptação de 20 mm e refluxo tricúspide importante com fluxo turbulento e gradiente médio AD-VD de 3 mmHg. As câmaras esquerdas apresentavam tamanho normal e a fração de ejeção estava preservada. A hipótese diagnóstica foi de síndrome carcinóide com acometimento cardíaco. **Discussão:** A síndrome carcinóide decorre da liberação de aminas vasoativas por tumores neuroendócrinos, geralmente com metástase hepática, o que permite a liberação sistêmica dos mediadores. O envolvimento cardíaco, conhecido como cardiopatia carcinóide, afeta predominantemente o coração direito, promovendo fibrose endocárdica e disfunção valvar, sobretudo tricúspide. A restrição à mobilidade das cúspides tricúspides, com refluxo importante e ausência de outra etiologia, é sugestiva do diagnóstico, principalmente em pacientes com histórico compatível e sem uso recente de ocloteotídeo. **Comentários Finais:** O caso ressalta a importância de considerar a síndrome carcinóide como causa rara de insuficiência tricúspide importante e sintomas de insuficiência cardíaca direita em pacientes com tumor neuroendócrino metastático. O ecocardiograma é essencial na identificação das alterações típicas. O tratamento é multidisciplinar, com manejo clínico da volemia, controle do ritmo e reavaliação do tratamento oncológico.



1116674

IMPLANTE TRANSCATÉTER MITRAL "VALVE-IN-RING" POR DISFUNÇÃO DE ANEL BIOPROTÉTICO

AUTOR(ES): LUIZA PEREIRA GOULART¹; JAIRO ALVES PINHEIRO JUNIOR¹; LUCIANO MARTINS DE HOLANDA¹; JOSÉ HONÓRIO DE ALMEIDA PALMA DA FONSECA¹; BRUNA KIM VASQUES¹; CLAUDIA ERIKA HERRERA COSSIO¹; GABRIEL JOSÉ RIBEIRO¹; MILENA FERNANDES CASTRO¹; LILIAM TAMIE TAKAYASSU¹; BRUNO QUERIDO MARCONDES SANTOS¹;

(1) HOSPITAL DO CORAÇÃO (HCOR) - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Introdução: A disfunção de anel bioprotético mitral, por estenose e/ou regurgitação, representa desafio clínico, especialmente em pacientes idosos com alto risco operatório. O implante transcáteter de válvula mitral ("valve-in-ring" – ViR) surge como alternativa eficaz à reoperação cirúrgica. **Relato do Caso:** Paciente feminina, 85 anos, com hipertensão, hipotireoidismo e coronariopatia. Submetida à plastia mitral com anel bioprotético em 2013. Evoluiu com dispnéia aos pequenos esforços (NYHA III). Ecocardiografia transesofágica evidenciou estenose valvar com área do orifício efetivo (AOE) de 0,87 cm² (método PHT). Internada eletivamente no Hospital do Coração (SP), foi submetida a ViR com válvula Sapien 3 n° 23. Ecocardiografia intraoperatória guiou a punção transseptal e liberação da válvula, com gradiente diastólico médio de 1 mmHg e ausência de refluxo mitral. Pós-operatório sem intercorrências, com ecocardiograma transtorácico no 2º dia mostrando AOE de 1,68 cm², gradiente médio de 7 mmHg e VSVE com gradiente máximo de 6 mmHg. Recebeu alta após 5 dias. **Discussão:** O ViR é indicado em pacientes com disfunção de anel mitral bioprotético e contraindicação à reoperação. Dados do registro VIVID apontam a válvula Sapien como dispositivo predominante nesses casos. As principais complicações incluem regurgitação residual e obstrução do VSVE, especialmente em anéis rígidos. A seleção adequada dos pacientes e avaliação anatômica prévia são essenciais para o sucesso do procedimento. **Conclusão:** O implante transcáteter mitral ViR é uma alternativa viável, segura e eficaz em pacientes com disfunção de anel bioprotético mitral e alto risco cirúrgico. A abordagem multidisciplinar, o planejamento detalhado e o uso de ecocardiografia transesofágica são determinantes para o bom desfecho.



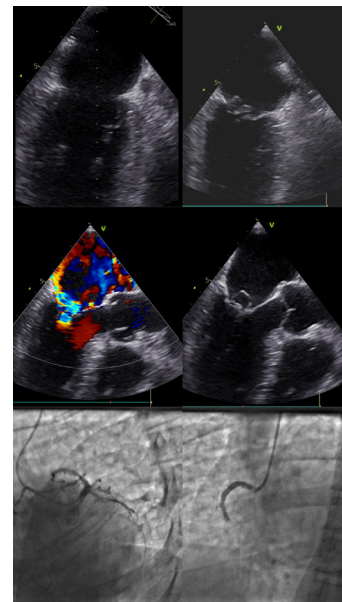
1116669

INFARTO MIOCÁRDICO INFERIOR POR OCLUSÃO DA ARTÉRIA CORONÁRIA DIREITA COMPLICADO POR RUPTURA DE MÚSCULO PAPILAR POSTERIOR E INSUFICIÊNCIA DO FOLHETO ANTERIOR MITRAL

AUTOR(ES): CLARISSA BORGUEZAN-DAROS¹; AMADEU BERTUOL¹; FERNANDA TAVARES¹; ELISA BALDESSAR BARBOSA¹; GEISON GABRIEL DOS SANTOS HAUSEN¹; VANESSA DE LUCA FRANCISCO¹; JOSANA ANTUNES DE LIMA¹; MARINA FELTRIN DE LUCA¹;

(1) HOSPITAL SÃO JOSÉ - CRICIÚMA - SC - BRASIL;

Apresentação do caso: Paciente masculino, 63 anos, com histórico de diabetes tipo 2, hipertensão e ex-tabagismo, apresentou dor torácica opressiva iniciada após esforço físico, com 6 horas de evolução. O ECG evidenciou supradesnível do ST em DII, DIII e aVF, compatível com infarto agudo do miocárdio (IAM) inferior. A angiocoronariografia revelou oclusão do segmento médio da artéria coronária direita (CD), com circulação colateral intercoronariana, além de estenoses leves em artérias descendente anterior (DA) e circunflexa (CX). Foi realizada angioplastia com stent farmacológico, com sucesso angiográfico. Nas primeiras 24 horas, evoluiu com insuficiência cardíaca aguda, hipoxemia, estertores pulmonares e sopro holossistólico em foco mitral. Ecocardiograma à beira leito revelou fração de ejeção do VE de 56% com acinesia inferior/lateral, importante disfunção sistólica do VD (área fracional = 19%) e regurgitação mitral grave, excêntrica, com jato pósterio-lateral. Observou-se imagem ecogênica junto ao folheto anterior mitral (FAM). O átrio esquerdo tinha volume normal. A ecocardiografia transesofágica demonstrou prolapso e eversão parcial dos segmentos A2 e A3 do FAM, regurgitação importante com efeito Coanda e massa ecogênica móvel aderida ao FAM, compatível com ruptura de músculo papilar (RMP). No VE, observaram-se duas "cabecinhas" do músculo papilar posterior (MPP), uma delas hiperecogênica e sem cordoalhas aderidas, sugerindo ruptura parcial. O paciente apresentou rápida deterioração hemodinâmica, evoluindo a óbito antes de abordagem cirúrgica. **Discussão:** A RMP é uma complicação rara e grave do IAM, geralmente nos primeiros 7 dias. O MPP, irrigado exclusivamente pela CD, é mais vulnerável à isquemia. Cordas tendíneas originadas do MPP podem se inserir nos dois folhetos, mas em uma minoria (5,9%) exclusivamente no FAM. Este caso provavelmente pertence a esse fenótipo, com ruptura parcial do MPP levando a regurgitação mitral grave isolada do FAM. **Comentários finais:** A ecocardiografia teve papel essencial no diagnóstico da complicação mecânica pós-IAM. O caso ilustra que lesão isolada da CD pode, embora raramente, resultar em ruptura do MPP com acometimento exclusivo do FAM.



1114456

INSUFICIÊNCIA TRICÚSPIDE MASSIVA SECUNDÁRIA A TRAUMA TORÁCICO PENETRANTE: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): EDUARDO HENRIQUE BONOTTO¹; MILENA JOLY KULICKZ¹; EDUARDA UNCINI²; DANIELA DE CASTRO CARMO³; MARCO STEPHAN LOFRANO ALVES³;

(1) HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (HC/UFPR), HOSPITAL DO TRABALHADOR - CURITIBA - PR - BRASIL; (2) HOSPITAL DO TRABALHADOR - CURITIBA - PR - BRASIL; (3) HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (HC/UFPR) - CURITIBA - PR - BRASIL;

Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR) - Curitiba - PR - Brasil;

Apresentação do Caso: Paciente masculino, 31 anos, admitido em serviço de trauma por ferimento de arma branca em região precordial, em choque circulatório e com necessidade de intubação orotraqueal. Avaliação inicial com ultrassonografia a beira-de-leito (FAST) evidenciou hemotórax à esquerda e sinais de tamponamento cardíaco. Submetido a drenagem torácica e toracotomia de emergência, com pericardiotomia para desbloqueio de tamponamento seguido pela rafia de lesão de 2 cm em ventrículo direito, utilizando patch de pericárdio. Após hemostasia, foi encaminhado à UTI. No 1º pós-operatório, diante de choque refratário, foi solicitado ecocardiograma transtorácico, que revelou dilatação das câmaras direitas com disfunção leve do ventrículo direito (FAC 30%) e insuficiência tricúspide massiva (vena contracta 17 mm) secundária a rotura traumática de aparato subvalvar (imagem sugestiva de rotura de papilar relacionado a cúspide septal). A função contrátil do ventrículo esquerdo estava preservada, porém observou-se restrição ao enchimento diastólico por movimento anômalo do septo interventricular, que apresentava abaulamento diastólico importante em direção ao ventrículo esquerdo. O paciente foi manejado com drogas vasoativas e diureticoterapia, sendo transferido para hospital de referência para cirurgia cardiovascular para planejamento da abordagem cirúrgica em valva tricúspide. **Discussão:** A lesão traumática da valva tricúspide é rara e frequentemente subdiagnosticada, podendo ocorrer em traumas contusos ou penetrantes. A rotura do músculo papilar é mais descrita que a das cordas tendíneas ou que a laceração da cúspide. Em algumas situações, a insuficiência tricúspide pode evoluir de forma silenciosa devido a boa tolerância hemodinâmica, no entanto, neste caso o paciente apresentava ainda sinais de restrição ao enchimento diastólico do ventrículo esquerdo devido movimento anômalo do septo interventricular, sendo que a sobrecarga de volume do ventrículo direito secundária ao refluxo tricúspide pode ter sido potencializada pela ressuscitação volêmica vigorosa realizada previamente em razão do choque. **Comentários Finais:** O caso destaca a relevância da ecocardiografia na avaliação precoce do trauma torácico penetrante. O diagnóstico da insuficiência tricúspide traumática e seus mecanismos fisiopatológicos é essencial para o manejo hemodinâmico e o planejamento cirúrgico adequado do paciente crítico. **Legenda imagem 1:** Refluxo tricúspide massivo e Curva de PVC demonstrando "onda V gigante" **Legenda imagem 2:** Papilar roto protruído para o átrio direito; Retificação diastólica do septo interventricular.

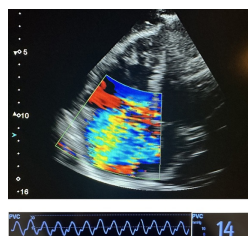


IMAGEM 1



IMAGEM 2

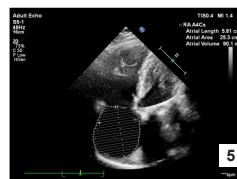
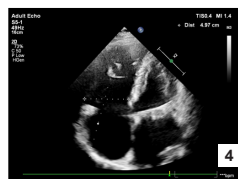
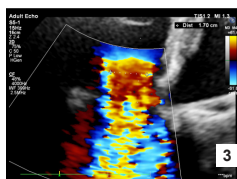
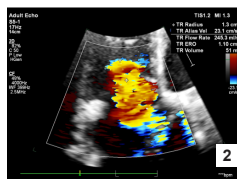
1116658

INSUFICIÊNCIA TRICÚSPIDE TORRENCIAL TRATADA COM IMPLANTE TRANSCATETER BICAVAL HETEROTÓPICO (TRICVALVE®): RELATO DE CASO

AUTOR(ES): SILAS GABRIEL BORGES FIRMINO¹; LÚCIA MARIA VIEIRA DE OLIVEIRA SALERNO¹; EDGAR VITOR FILHO¹; FELIPE JOSÉ DE ANDRADE FALCÃO¹; CARLOS EDUARDO GORDILHO SANTOS¹; EVELINE BARROS CALADO¹;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - RECIFE - PE - BRASIL;

Apresentação do caso: A insuficiência tricúspide (IT) representa uma patologia valvar muitas vezes subdiagnosticada e subtratada, com impacto negativo na qualidade de vida e prognóstico dos pacientes. Particularmente em casos associados a outras valvopatias mitral e aórtica, a complexidade do manejo aumenta. Apresentamos um caso de tratamento endovascular de IT torrencial em uma paciente de 64 anos com próteses metálicas (PM) em válvulas mitral e aórtica. O ecocardiograma mostrava além da IT torrencial, dilatação importante das cavidades direitas, TAPSE de 20mm, falha de coaptação entre os folhetos tricúspide de 17 mm, próteses metálicas aórtica e mitral normofuncionantes e pressão estimada da artéria pulmonar de 25 mmHg. Função sistólica biventricular preservada. Após tomografia de tórax para avaliação das veias cavas, a paciente foi submetida a implante transcáter bicaaval (TRICVALVE®) ficando bem posicionadas e sem shunt residual. Permaneceu internada sete dias para ajuste da anticoagulação com warfarina devido as PM aórtica e mitral. Apresentou melhora da classe funcional de III para II, regressão da congestão sistêmica no segmento de dois meses. **Discussão:** A IT, tanto isolada quanto em associação com valvopatia aórtica e mitral, possui implicações prognósticas relevantes na morbimortalidade a médio e longo prazo. Apesar do aumento na realização de cirurgias de reparo ou troca valvar, seus resultados permanecem limitados pelo elevado risco cirúrgico, levando à subtratamento frequente. Estudos vêm demonstrando que terapias endovasculares transcáter oferecem alternativas seguras e eficazes, promovendo melhora na qualidade de vida e redução de hospitalizações, sobretudo em pacientes de alto risco cirúrgico. Abordagens como o implante de válvulas tricúspides transcáter representam uma esperança para esses pacientes, evidenciando eficácia e segurança na prática clínica, como mostrado neste caso. **Comentários finais:** Este relato de caso reforça o potencial das terapias transcáter no manejo de insuficiência tricúspide grave, especialmente naqueles com risco cirúrgico elevado. A evolução favorável observada neste paciente destaca a relevância do diagnóstico precoce e da utilização de estratégias inovadoras, contribuindo para o avanço no tratamento de valvopatias complexas. **Palavras-chave:** Insuficiência da Valva Tricúspide; Implante de Prótese de Valva Cardíaca; Mortalidade. **Figura 1** – Janela ecocardiográfica apical 4 câmaras mostrando Fractional Area Change (FAC) do ventrículo direito normal (valor de referência $\geq 35\%$). **Figura 2** – Janela ecocardiográfica apical 4 câmaras mostrando Insuficiência tricúspide torrencial com Área do Orifício Regurgitante Efetivo (EROA) de 110 mm² e Volume Regurgitante = 51 ml. **Figura 3** – Janela ecocardiográfica apical 4 câmaras mostrando Insuficiência tricúspide torrencial mostrando Vena Contracta = 17 mm. **Figura 4** – Janela ecocardiográfica apical 4 câmaras mostrando base do VD de 49,7 mm. **Figura 5** – Janela ecocardiográfica apical 4 câmaras com volume de átrio direito estimado em 90 mL.



1116762

LEIOMIOMATOSE INTRAVASCULAR COM EXTENSÃO CARDÍACA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

AUTOR(ES): JULIA ASSIS PIRES¹; GABRIELLA TOMAZ RICCARDI¹; TÚLIO MARCOS COIMBRA¹; JAQUELINE AMARA DELFINO¹; ANDRESSA ANDRADE HILGEMBERG¹; ANTONIO RAFAEL DE HOLANDA CAVALCANTE¹; MARIA BEATRIZ NOBREGA EBERLIN¹; CECÍLIA BEATRIZ BITTENCOURT VIANA CRUZZ²; WILSON MATHIAS JUNIOR³; JULIANA BARBOSA SOBRAL ALVES²;

(1) INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) – HCFMUSP – FELLOW DO SETOR DE ECOCARDIOGRAFIA - SÃO PAULO - SP - BRASIL; (2) INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) – HCFMUSP – MÉDICA ASSISTENTE DO SETOR DE ECOCARDIOGRAFIA - SÃO PAULO - SP - BRASIL; (3) INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) – HCFMUSP – MÉDICO E DIRETOR DO SERVIÇO DE ECOCARDIOGRAFIA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO E PROFESSOR LIVRE-DOCENTE PELA FACULDADE DE MEDICINA DA - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Introdução: O leiomioma uterino é um tumor benigno comum, mas raramente pode apresentar crescimento intravascular, caracterizando a leiomiomatose intravascular (LIV). Quando atinge o coração, denomina-se leiomiomatose intracardiaca (LIC), condição extremamente rara, com incidência estimada de 0,0001% em autópsias de pacientes com doenças cardíacas. Caracteriza-se pela proliferação de células musculares lisas uterinas que invadem veias pélvicas, veia cava inferior e câmaras cardíacas, especialmente o átrio direito. Afeta mulheres em idade reprodutiva ou perimenopausa, geralmente com histórico de miomectomia ou histerectomia. Embora histologicamente benigno, pode causar sintomas graves conforme localização e extensão, variando de assintomático a insuficiência cardíaca direita. **Relato de Caso:** Mulher de 46 anos, com antecedente de mioma uterino, apresentou dispnéia progressiva, palpitações e edema de membros inferiores. Ao exame, havia turgência jugular e sopro sistólico tricúspide. Ecocardiograma revelou massa móvel da veia cava inferior ao ventrículo direito. A ressonância magnética cardíaca evidenciou lesão contínua da veia cava inferior até a via de saída do ventrículo direito. A PET-SCAN confirmou continuidade tumoral da veia ovariana esquerda até câmaras cardíacas direitas, atravessando a valva tricúspide. Submetida à cirurgia conjunta cardiovascular e vascular, evoluiu a óbito intraoperatório por choque hemorrágico. **Resultados:** A LIV com extensão cardíaca acomete principalmente mulheres de 30 a 50 anos, muitas com histórico de cirurgia ginecológica. Pode cursar com sintomas leves (fadiga, síncope) até insuficiência cardíaca. A disseminação ocorre via sistema venoso pélvico até o átrio direito. O diagnóstico baseia-se em imagem (eco, TC, RM), sendo confirmado por histopatologia. O tratamento é cirúrgico, envolvendo ressecção ginecológica e intracardiaca. Casos com invasão valvar ou intracardiaca extensa têm maior risco. O prognóstico é bom após ressecção completa. **Conclusão:** O diagnóstico costuma ser tardio devido à inespecificidade clínica. Apesar de benigno, o tumor pode causar embolia pulmonar, insuficiência cardíaca ou morte súbita. A imagem multimodal é essencial para o diagnóstico e planejamento cirúrgico. A ressecção completa é o único tratamento curativo, e o seguimento é necessário pelo risco de recidiva. Este caso ressaltar a importância da suspeição clínica e uso de imagem na detecção precoce de tumores benignos com comportamento agressivo.

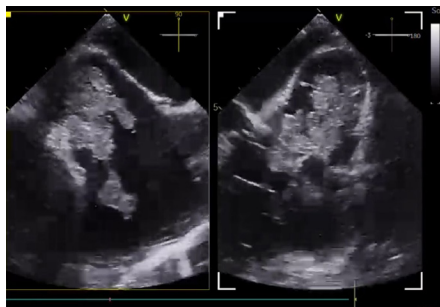
1116475

MASSA CARDÍACA COM CARACTERÍSTICAS INVASIVAS: ACHADO INCIDENTAL DURANTE TAVI EM PACIENTE ONCOLÓGICO

AUTOR(ES): MARCELLA FLORES¹; ALEXANDRE COSTA¹; MARCUS VINÍCIUS FREIRE¹; LEONARDO FLAUSINO¹; LUDMILA BARBERINO¹; SUELLEN LACERDA¹; LUCIANO RAPOLDI¹; RODRIGO MOREL¹;

(1) HOSPITAL SÃO RAFAEL - SALVADOR - BA - BRASIL;

Caso clínico: Paciente de 72 anos, masculino, portador de doença crônica parenquimatosa do fígado de etiologia alcoólica e carcinoma hepatocelular (CHC) foi internado para implante de prótese valvar aórtica transcaterter devido à estenose aórtica importante sintomática (dispnéia aos esforços habituais há mais de um ano). Em avaliação ecocardiográfica, cerca de seis meses antes do procedimento, foram evidenciados aumento moderado do átrio esquerdo, refluxo valvar mitral discreto e estenose aórtica degenerativa importante com área valvar de 0,8 cm². Na ocasião, não foram visualizados trombos ou massas. Na avaliação intraprocedimento a endopótese encontrava-se bem posicionada, com gradientes transprotéticos satisfatórios e sem refluxo. Foi também observada imagem multilobada no interior do átrio direito (AD) de difícil caracterização devido à limitação do exame em sala de hemodinâmica. Em complementação transesofágica havia extensa imagem multilobada ocupando mais de 60% do AD, com projeção para a via de entrada do ventrículo direito através da valva tricúspide e com invasão para a veia cava inferior (VCI). Verificou-se hiper mobilidade de segmentos da lesão e superfície irregular de contornos mal definidos, com aspecto sugestivo de tumor metastático relacionado ao CHC. **Discussão:** O CHC apresenta uma tendência de invadir estruturas vasculares nos quadros metastáticos, acometendo principalmente a veia porta e seus ramos, e mais raramente as veias hepáticas. O tumor pode progredir e estender-se para VCI e para o AD como no caso em questão, e incide em 3 a 4% dos casos, configurando um pior prognóstico. A manifestação clínica está associada à hipertensão portal pós hepática causada por obstrução ao retorno venoso hepático (sangramento gastrointestinal por varizes esofágicas, dor abdominal e ascite) e baixo débito cardíaco causado por obstrução ao fluxo da VCI, obstrução tricúspide e embolia pulmonar (edema de membros inferiores, taquicardia, dispnéia e morte súbita). O ecocardiograma pode identificar outras causas de dispnéia além de invasão cardíaca nesta população, tais como hipertensão portopulmonar e síndrome hepatopulmonar. Neste caso encontramos dois fatores relacionados à sintomatologia do paciente: a invasão tumoral para o AD e a coexistência de estenose aórtica. **Conclusão:** A ecocardiografia deve ser utilizada em pacientes que serão submetidos a métodos terapêuticos, com intuito curativo ou de melhora de sobrevida, para afastar metástase cardíaca no CHC.



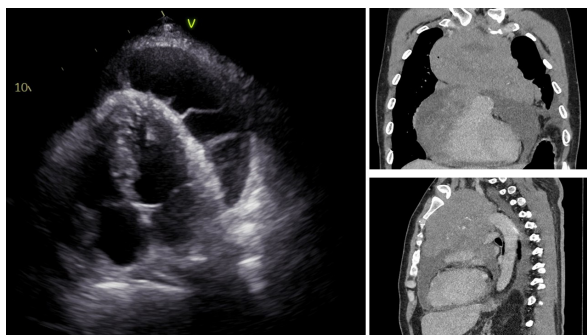
1116989

MASSA MEDIASTINAL SEMINOMATOSA COM INVASÃO PERICÁRDICA E TAMPONAMENTO CARDÍACO – CORRELAÇÃO MULTIMODAL DE IMAGEM

AUTOR(ES): OTÁVIO AUGUSTO GURGEL GARCIA1; MIGUEL TAKAO YAMAWAKI MURATA1; AMANDA GUIMARÃES DE SOUZA1; DEISE AUXILIADORA DE FREITAS ROCHA1; GUSTAVO ADOLFO KURIYAMA MASSARI1; AÉLIO CARDOSO DE SÁ FILHO1; DANIELA F A HEMERLY1; APARECIDA DE GOUVEA1; VICENTE NICOLIELLO DE SIQUEIRA1; CLAUDIO HENRIQUE FISCHER1;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP) - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Homem, 33 anos, previamente hígido, iniciou há um mês disfonia, disfagia e tosse seca. Tomografia revelou volumosa massa no mediastino anterior ($9,4 \times 12,9 \times 10,9$ cm) com derrame pericárdico moderado. Ecocardiograma à beira-leito confirmou derrame circunferencial (até 21 mm) com variação respiratória dos fluxos mitral e tricúspide, sugerindo restrição ao enchimento. Evoluiu com dispnéia progressiva; nova avaliação mostrou aumento do líquido (35 mm) e colapso de átrio direito, configurando tamponamento. Foi submetido a drenagem (460 mL) e biópsias mediastinal e pericárdica. Imuno-histoquímica diagnosticou seminoma. Marcadores séricos mantiveram elevados. Iniciou quimioterapia; ciclo 1 interrompido por neutropenia febril, reiniciado após estabilização do quadro clínico. **Discussão:** Tumores germinativos extragonadaes representam < 5 % dos tumores de mediastino; o seminoma puro é a variante histológica mais frequente, porém raramente cursa com derrame pericárdico volumoso e tamponamento. A invasão direta do pericárdio explicaria a formação rápida do líquido e a presença de fibrina. A tomografia detalhou o envolvimento de traqueia, vasculatura mediastinal e provável infiltração pericárdica, guiando a conduta cirúrgica e oncológica. Já o ecocardiograma, repetido seriado, foi crucial para identificar sinais precoces de comprometimento hemodinâmico, orientar a drenagem urgente e monitorar resposta terapêutica. A combinação dessas modalidades ilustrou, de forma didática, o papel da imagem cardiovascular na estratificação de risco e no acompanhamento de complicações onco-cardiológicas. **Comentários Finais:** Este relato ressalta a importância do ecocardiograma como ferramenta de beira-leito para detecção de tamponamento em pacientes oncológicos, bem como da tomografia para estadiamento e planejamento terapêutico. A integração multimodal permitiu intervenção oportuna e direcionou o tratamento. Casos como este reforçam a necessidade de vigilância oncológica prolongada e avaliação cardiovascular sistemática em neoplasias mediastinais.



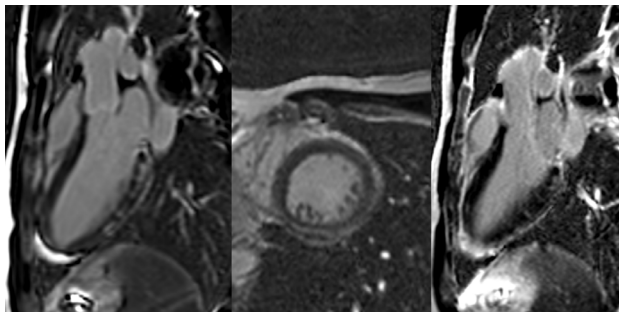
1117043

MIOCARDITE VIRAL EM JOVEM MÉDICO: MULTIMODALIDADE DE IMAGEM NA ERA PÓS-COVID

AUTOR(ES): OTÁVIO AUGUSTO GURGEL GARCIA1; MIGUEL TAKAO YAMAWAKI MURATA1; GEISA MARIA BANDEIRA SANTOS1; AMANDA GUIMARÃES DE SOUZA1; AÉLIO CARDOSO DE SÁ FILHO1; DEISE AUXILIADORA DE FREITAS1; VICENTE NICOLIELLO DE SIQUEIRA1; DANIELA F A HEMERLY1; APARECIDA DE GOUVEA1; CLAUDIO HENRIQUE FISCHER1;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Homem de 23 anos, estudante de medicina, previamente hígido, procurou atendimento por dor torácica compressiva (8/10), não irradiada, com duração de cerca de uma hora, após sintomas gripais leves. Exame físico sem sinais de insuficiência cardíaca, com frequência cardíaca e pressão arterial normais. ECG inicial mostrou taquicardia sinusal e, posteriormente, bloqueio de ramo direito discreto. Troponina-I estava elevada (1.728 ng/L), PCR 16 mg/L e BNP 418 pg/mL. Teste confirmatório para SARS-CoV-2 foi positivo. Ecocardiograma revelou ventrículo esquerdo normodimensionado, fração de ejeção (FE) de 53% e hipocinesia difusa discreta, sem derrame pericárdico. A ressonância magnética cardíaca demonstrou FE de 51%, sem edema miocárdico em T2, mas com realce tardio meso-epicárdico em paredes inferolateral, inferior e septal, padrão compatível com miocardite subaguda. Função do ventrículo direito preservada. Etiologias infecciosas alternativas foram excluídas (sorologias negativas para HIV, hepatites, CMV e EBV). Instituído tratamento com beta-bloqueador, inibidor da ECA e colchicina. Evoluiu com resolução da dor, queda dos biomarcadores e melhora clínica. Ecocardiograma ambulatorial de controle mostrou recuperação completa da função ventricular esquerda (FE 64%). **Discussão:** A COVID-19 pode causar miocardite por ação viral direta e resposta inflamatória exacerbada. Em adultos jovens, pode simular síndrome coronariana aguda, sendo ECG e ecocardiograma frequentemente inespecíficos. A ressonância magnética é essencial para caracterização tecidual e diagnóstico etiológico. O padrão de realce meso-epicárdico é típico de miocardite viral e, quando associado à função ventricular preservada ou discretamente reduzida, sugere bom prognóstico. **Comentários Finais:** Este caso ilustra a relevância da multimodalidade de imagem no contexto pós-COVID, especialmente na avaliação de dor torácica com troponina elevada em pacientes jovens. A ressonância foi fundamental para o diagnóstico e condução não invasiva, permitindo retorno seguro às atividades após plena recuperação da função cardíaca. A integração entre clínica, biomarcadores e imagem é essencial para uma abordagem precisa da miocardite viral.



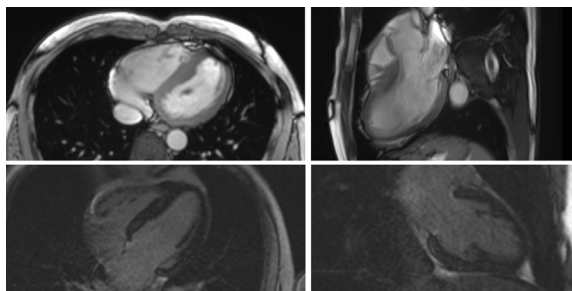
1117023

MULTIMODALIDADE CONTRA O INVISÍVEL: COMO ECG, HOLTER E RM REVELARAM A AMEAÇA DE UMA CMH OCULTA

AUTOR(ES): OTÁVIO AUGUSTO GURGEL GARCIA1; PALOMA FARINA DE LIMA1; MIGUEL TAKAO YAMAWAKI MURATA1; GUSTAVO ADOLFO KURIYAMA MASSARI1; ARTHUR ANTUNES SILVA CASTRO1; GEISA MARIA BANDEIRA SANTOS1; CLAUDIO HENRIQUE FISCHER1; ANA STELLA FLAVIO SIMOES1; DANIELA F A HEMERLY1; MARIA EDUARDA MENEZES DE SIQUEIRA1;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP) - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Homem, 52 anos, previamente saudável e assintomático, praticante de caminhadas, corridas e ciclismo recreativo, procurou avaliação cardiológica após diagnóstico de cardiomiopatia hipertrófica (CMH) em sua filha. Negava comorbidades e tinha histórico familiar de prolapso mitral (mãe), infarto (avó paterna) e morte súbita (tio materno aos 60 anos). Apesar da orientação de restrição à atividade física, manteve seus treinos. Eletrocardiograma mostrou inversão de onda T de V1 a V4. Teste ergométrico máximo, com 104% da FC prevista, excelente capacidade funcional e ausência de sintomas, porém com extrassístoles ventriculares e supraventriculares isoladas. Ecocardiograma evidenciou hipertrofia septal assimétrica, com 18 mm, sem obstrução da via de saída e função sistólica preservada. Holter de 24h revelou taquicardia ventricular não sustentada, com 9 batimentos a 118 bpm, além de extrassístoles ventriculares e taquicardia supraventricular breve. O escore de risco para morte súbita em cinco anos, pelo HCM Risk-SCD, foi de 4,47%, limítrofe para implante de cardiodesfibrilador (CDI). Ressonância magnética cardíaca, realizada em aparelho de 3T, mostrou hipertrofia focal do septo médio-basal, com 14 mm, e fibrose mesocárdica não isquêmica, estimada em 6% da massa ventricular esquerda. A função sistólica estava preservada, sem obstrução dinâmica. Observou-se ainda insuficiências valvulares discretas e derrame pericárdico mínimo. **Discussão:** A CMH é a principal causa de morte súbita em jovens e atletas. A estratificação de risco em assintomáticos com fenótipo leve é desafiadora, sobretudo em rastreamento familiar. Este caso evidencia o papel da abordagem multimodal, que ampliou a acurácia diagnóstica e prognóstica frente a achados pouco específicos. A presença de TVNS no Holter e fibrose miocárdica em padrão não isquêmico à ressonância reforça o risco arritmico oculto. A RM, ao quantificar espessura regional e detectar realce tardio, agregou valor prognóstico à decisão sobre CDI. A discordância entre métodos, como teste ergométrico normal e Holter com TVNS, mostra que exames isolados podem subestimar o risco em casos limítrofes. **Comentários Finais:** Este caso mostra como a multimodalidade, incluindo ECG, ecocardiograma, teste ergométrico, Holter e RM, é essencial para diagnóstico e estratificação da CMH. A detecção precoce de fibrose e arritmia redefiniu o risco e orientou condutas como suspensão de exercício, avaliação genética e possível CDI.



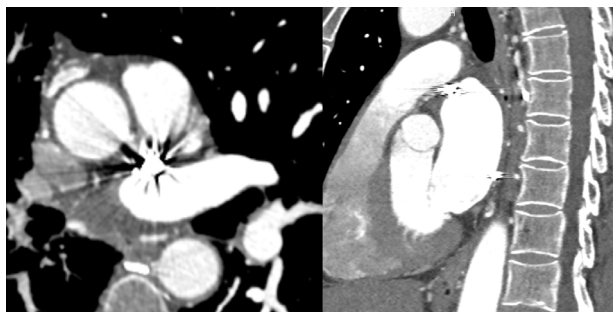
1117042

MULTIMODALIDADE DE IMAGEM NA AVALIAÇÃO DE DAC COMPLEXA E FÍSTULA CORONÁRIA CONGÊNITA: ECOCARDIOGRAFIA, CINEANGIOCORONARIOGRAFIA E ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONÁRIA

AUTOR(ES): OTÁVIO AUGUSTO GURGEL GARCIA1; GEISA MARIA BANDEIRA SANTOS1; MIGUEL TAKAO YAMAWAKI MURATA1; AMANDA GUIMARÃES DE SOUZA1; DEISE AUXILIADORA DE FREITAS ROCHA1; MAX MAURO VALIATE XAVIER1; AÉLIO CARDOSO DE SÁ FILHO1; DANIELA F A HEMERLY1; VICENTE NICOLIELLO DE SIQUEIRA1; CLAUDIO HENRIQUE FISHER1;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Homem, 56 anos, com histórico de infarto com supradesnivelamento do ST tratado com stent em artéria coronária direita (CD). Evoluiu com dispnéia aos mínimos esforços, ortopneia, sibilância noturna e angina leve, sendo encaminhado para reavaliação. Ao exame físico, encontrava-se estável, sem sinais de congestão. O ecocardiograma mostrou função sistólica preservada (FEVE 57%), hipocinesia apical anteroseptal, ausente em exame anterior. A cineangiogramiografia evidenciou oclusão total da artéria descendente anterior (DA) no terço médio, CD com stent pérvio e estenose grave na descendente posterior, com circulação colateral da CD para a DA. A angiotomografia confirmou oclusão da DA, estenose significativa em ramo diagonal e lesão moderada em CD. Detectou-se ainda fístula congênita entre o tronco da artéria pulmonar e a DA, com formação de enovelado vascular. **Discussão:** Paciente com DAC multivascular crônica e sintomas persistentes após revascularização percutânea prévia. A presença de fístula coronária congênita contribui potencialmente para isquemia miocárdica por fenômeno de roubo. A associação de diferentes métodos de imagem como ecocardiograma, cineangiogramiografia e angiotomografia foi essencial para a caracterização anatômica e funcional das lesões, permitindo diagnóstico preciso da fístula, difícil de identificar isoladamente. As alterações segmentares da contratilidade foram compatíveis com isquemia crônica em território da DA. A tomografia complementou com avaliação da árvore coronária distal, do stent e da anatomia da fístula. **Comentários Finais:** O caso evidencia a relevância da abordagem integrada por imagem multimodal na investigação de DAC complexa com sintomas refratários. A identificação de fístula coronária congênita associada à DAC, embora rara, tem impacto clínico e terapêutico. A definição da estratégia de tratamento, incluindo eventual intervenção percutânea ou cirúrgica, deve ser guiada pelos achados anatômicos e funcionais obtidos pelas diferentes modalidades.



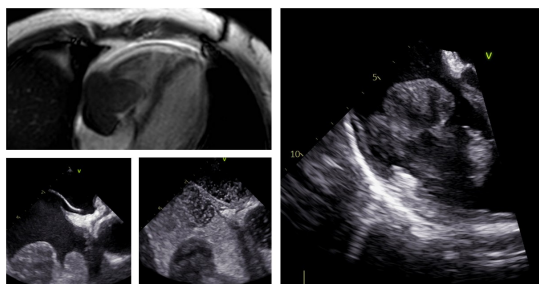
1116988

MULTIMODALIDADE EM IMAGEM CARDIOVASCULAR NA METÁSTASE CARDÍACA DE LEIOMIOSSARCOMA COM APRESENTAÇÃO SIMULTÂNEA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) E EMBOLIA PULMONAR (TEP)

AUTOR(ES): OTÁVIO AUGUSTO GURGEL GARCIA1; MIGUEL TAKAO YAMAWAKI MURATA1; AMANDA GUIMARÃES DE SOUZA1; ANA STELLA FLAVIO SIMÕES1; JOÃO GUSTAVO DE PAULA1; CLARA BERNARDY DOS SANTOS1; VICENTE NICOLIELLO DE SIQUEIRA1; APARECIDA DE GOUVEA1; DANIELA F A HEMERLY1; CLAUDIO HENRIQUE FISCHER1;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP) - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Homem, 40 anos, previamente hígido, com histórico recente de ressecção de leiomiossarcoma de coxa esquerda, apresentou paresia súbita em hemiface e membro superior esquerdo (NIHSS 5). A tomografia de crânio revelou infartos lacunares antigos e a trombólise foi contraindicada por uso profilático de rivaroxabana. O ecocardiograma transtorácico evidenciou massa atrial direita de 58x30 mm, heterogênea, multilobulada, aderida à parede livre e protrusa para a valva tricúspide, com obstrução parcial ao fluxo diastólico (gradiente máximo de 12 mmHg e médio de 5 mmHg) e forame oval patente (FOP) com shunt direita-esquerda. O estudo transesofágico confirmou os achados e revelou abaulamento do septo interatrial. Evoluiu com tromboembolismo pulmonar em lobo inferior direito (PESI IV). A ressonância magnética cardíaca 3T demonstrou massa isointensa em T1 e T2, com áreas focais de fibrose no realce tardio, compatível com metástase tumoral cardíaca (48x45 mm). A cirurgia cardíaca indicou ressecção, suspensa por coagulopatia e plaquetopenia (20.000/mm³) com suspeita de HIT. O paciente manteve estabilidade clínica em UTI, recebendo diureticoterapia e antibióticos para infecção da ferida operatória da coxa. **Discussão:** O caso destaca o valor da imagem cardiovascular multimodal na avaliação de massas intracardíacas. A ecocardiografia transtorácica e transesofágica permitiu rápida identificação da lesão e suas repercussões hemodinâmicas, além de detectar FOP com shunt direita-esquerda, condição para a provável embolia paradoxal. A ressonância cardíaca contribuiu com detalhamento tecidual, distinguindo metástase de trombo e mixoma, e reforçou o vínculo com o histórico oncológico. A apresentação clínica simultânea de AVC isquêmico e TEP em paciente jovem é incomum e deve alertar para acometimento cardíaco metastático na doença oncológica. **Comentários Finais:** A caracterização anatômica e funcional da massa cardíaca por diferentes métodos de imagem foi essencial para o diagnóstico e conduta. A correlação clínico-imagiológica guiou decisões em um cenário clínico de alta complexidade. Este caso reforça a necessidade de vigilância oncológica prolongada e de avaliação cardíaca em sarcomas de partes moles.



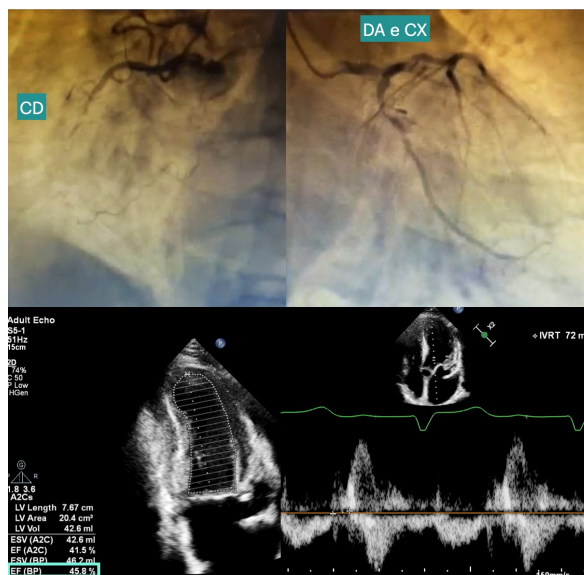
1116860

O PAPEL DO ECOCARDIOGRAMA NA DETECÇÃO DA DOENÇA VASCULAR DO ENXERTO EM TRANSPLANTADO CARDÍACO – CASO CLÍNICO COM EVOLUÇÃO ACELERADA

AUTOR(ES): GABRIELA ARRUDA FALCAO DE SOUZA1; ANA CLAUDIA LONGO1; FIAMMA FERREIRA NOGUEIRA1; ESTHEFANY DIAS BARBOSA1; RAFAEL CARVALHO VOUZELA1;

(1) INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA (IMIP) - RECIFE - PE - BRASIL;

Apresentação do caso: Homem, 39 anos, transplantado cardíaco em 2019, hipertenso e diabético, em acompanhamento regular. Realizou investigação de rotina de doença vascular do enxerto (DVE), com cateterismo (CATE) em julho de 2024, sem lesões significativas. No acompanhamento ambulatorial, fez ecocardiograma transtorácico (ETT) em abril de 2025, com fração de ejeção preservada, ausência de disfunção diastólica, com discreta hipocinesia septal apical e inferior apical. Realizado novo CATE, com surgimento de lesões coronarianas multiarteriais severas e novo ETT, já com queda de fração de ejeção (45%) e hipocinesia anterior e de toda a região apical. Devido a evolução rápida, optado por realização de biópsia endomiocárdica para avaliação de rejeição, entretanto presença de rejeição celular leve (1R) e rejeição humoral PAMR 1 (I +), não justificando a queda de fração de ejeção. Paciente evoluiu com quadro de dor torácica típica em maio de 2025, com alteração de troponina, sendo realizado CATE com tomografia intracoronariana e angioplastia de artéria descendente anterior, além do ajuste de dose dos imunossupressores. **Discussão:** DVE é uma complicação crônica e progressiva no transplante cardíaco, sendo uma das principais causas de disfunção tardia do enxerto e mortalidade após o primeiro ano do transplante. Ela se caracteriza por alterações vasculares difusas, acometendo grandes vasos e microvasculatura, progredindo de maneira silenciosa, o que torna o diagnóstico precoce um grande desafio clínico. Neste contexto, o ETT se destaca como uma ferramenta fundamental na monitorização do enxerto, com ampla disponibilidade e excelente custo-benefício. A alteração segmentar muitas vezes é o primeiro indicio de alteração funcional, sendo altamente sugestivo de comprometimento isquêmico, devendo motivar investigação ativa de DVE. A ausência de dor torácica no pós transplante cardíaco é comum devido a dessensibilização autonômica do miocárdio, o que reduz a frequência e a especificidade da dor como manifestação isquêmica. No caso relatado, o paciente apresentou dor, auxiliando no diagnóstico. **Comentários finais:** Este caso ilustra a importância crescente do ecocardiograma transtorácico como ferramenta sensível e acessível na vigilância da função miocárdica em pacientes transplantados cardíacos, desempenhando papel decisivo como exame de triagem e de monitoramento evolutivo, direcionando a investigação invasiva e possibilitando intervenções precoces.



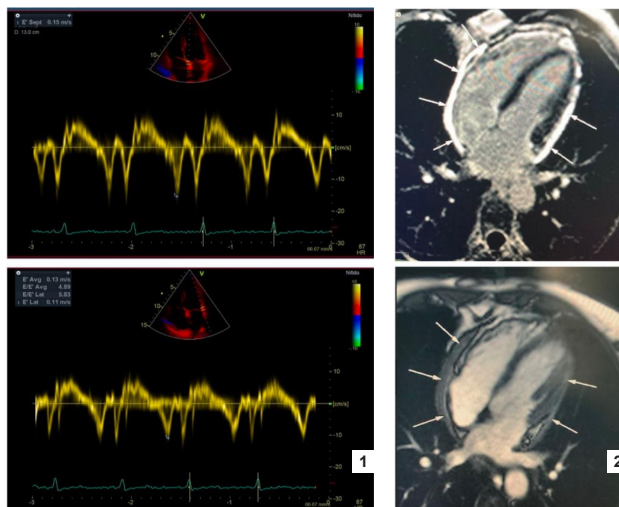
1116951

PERICARDITE CONSTRICTIVA TRANSITÓRIA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ICPEP

AUTOR(ES): FLAVIA NOGUEIRA CHIVA1; MARIANE HIGA SHINZATO1; NATAN ALEVATO DONADON1; DANDARA DIAS GOMES CUNHA1; AMANDA MIRANDA CONSTANTINO1; JORGE EDUARDO ASSEF1; MARJORIE PONTES BARIONI1;

(1) INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Introdução: A pericardite constrictiva transitória (PCT) é uma forma reversível de pericardite constrictiva, associada à inflamação aguda do pericárdio. Diferente da forma crônica, não requer pericardiectomia e pode resolver-se com tratamento clínico. Sua fisiologia envolve redução da distensibilidade pericárdica devido à inflamação, sem fibrose crônica. O diagnóstico é feito por imagem multimodal, com ecocardiografia e ressonância magnética para avaliar constrição, edema e inflamação. Para ilustrar essas características, apresentamos o caso de uma paciente com PCT secundária a inflamação neoplásica. **Relato de caso:** Paciente sexo feminino, 64 anos, com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica foi encaminhada ao ambulatório de Cardiologia para avaliação pré-tratamento com duplo bloqueio de HER2 devido a neoplasia de mama. A paciente apresentava quadro de dispnéia classificada como Classe Funcional II da NYHA, sem sinais de hipervolemia. Foi realizado um ecocardiograma transtorácico que revelou uma velocidade da onda e' septal (17 cm/s) superior à e' lateral (14 cm/s), configurando annulus reversus (Figura 1). Na investigação, a tomografia de tórax demonstrou a presença de múltiplos linfonodos proeminentes e linfonodomegalias em diversas cadeias mediastinais bilaterais, além de espessamento pericárdico denso, com espessura de até 1,1 cm. A Ressonância Cardíaca evidenciou acentuado espessamento pericárdico (Figura 2), predominantemente nas regiões adjacentes aos sulcos atrioventriculares, com espessura que atingiu até 12 mm, com áreas de aderência entre os folhetos e sinais de constrição. No início da diástole, observa-se septal bounce. A função sistólica do ventrículo esquerdo estava preservada (FEVE = 73%). Foi diagnosticada uma PCT secundária ao processo inflamatório neoplásico. O tratamento oncológico foi iniciado, resultando na resolução do quadro. **Conclusão:** O caso reforça a PCT como entidade distinta, ocorrendo em contextos inflamatórios agudos. A resolução após tratamento oncológico destaca seu potencial de reversão sem cirurgia, ao contrário da forma crônica. O uso de imagem multimodal, como ecocardiografia e ressonância, é essencial para diagnóstico e monitoramento, permitindo uma abordagem eficaz e menos invasiva. **Figura 1** – Ecocardiograma transtorácico evidenciando annulus reversus. **Figura 2** – Ressonância cardíaca evidenciando espessamento pericárdico.



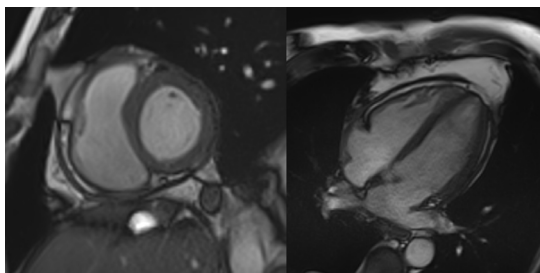
1117045

PERICARDITE CONSTRICTIVA: CORRELAÇÃO MULTIMODAL ENTRE ECOCARDIOGRAFIA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NA AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS-PERICARDIECTOMIA

AUTOR(ES): OTÁVIO AUGUSTO GURGEL GARCIA1; PALOMA FARINA LIMA1; MIGUEL TAKAO YAMAWAKI MURATA1; AMANDA GUIMARÃES DE SOUZA1; ARTHUR ANTUNES SILVA CASTRO1; GEISA MARIA BANDEIRA SANTOS1; APARECIDA DE GOUVEA1; MARIA EDUARDA MENEZES DE SIQUEIRA1; DANIELA F A HEMERLY1; CLAUDIO HENRIQUE FISCHER1;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP) - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Homem de 54 anos, hipertenso, ex-tabagista (70 a/m), acompanhado por insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada desde 2019. Foi encaminhado em julho/2019 com quadro de edema periférico e plenitude abdominal. Ecocardiograma transtorácico (01/08/2019) evidenciou cavidades cardíacas de dimensões preservadas, espessura miocárdica normal e septo interventricular com movimento paradoxal ("septo em balanço"). Observou-se também variação respiratória acentuada (>10%) da onda E mitral ao Doppler transmitral, refluxos valvares mínimos e veia cava inferior com diâmetro preservado, mas com colapsabilidade reduzida — conjunto compatível com padrão de enchimento restritivo, sugestivo de pericardite constrictiva. Ressonância magnética cardíaca (05/08/2019) demonstrou espessamento pericárdico de até 6 mm, principalmente sobre a parede livre do ventrículo direito, derrame pericárdico discreto, dilatação biatrial, movimento septal paradoxal e função biventricular preservada (FE VE 56%, FE VD 53%). Realce tardio focal pericárdico reforçou o diagnóstico. O paciente foi submetido a pericardiectomia em 18/08/2019. Biópsia do pericárdio revelou pericardite crônica com fibrose e ausência de granulomas. Evoluiu assintomático no seguimento ambulatorial, em classe funcional I, sem necessidade de diuréticos e sem sinais clínicos de recorrência. **Discussão:** A pericardite constrictiva é uma condição de restrição ao enchimento ventricular por fibrose pericárdica. O ecocardiograma é exame de primeira linha e oferece informações fundamentais: variação respiratória aumentada dos fluxos transtricúspide e transmitral, movimento septal paradoxal, reversão inspiratória do fluxo venoso hepático, encurtamento da diástole e colapso atrial precoce. A integridade da função sistólica com sinais de dissociação entre pressão intratorácica e intracardíaca durante a respiração também reforça o diagnóstico. A ressonância magnética permite quantificar o espessamento pericárdico (>4 mm), avaliar inflamação e fibrose por realce tardio e detalhar a interação interventricular, especialmente nos casos de janela ecocardiográfica limitada. **Comentários Finais:** Este caso ilustra como a associação entre ecocardiografia e ressonância magnética é determinante para o diagnóstico acurado da pericardite constrictiva. A abordagem multimodal guiou com segurança a indicação cirúrgica e permitiu o acompanhamento eficaz no pós-operatório.



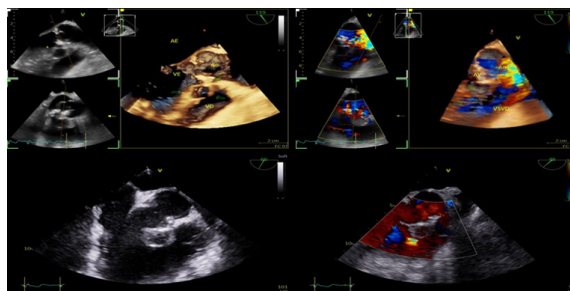
1116724

PSEUDOANEURISMA AÓRTICO EM POSIÇÃO ATÍPICA PROJETANDO-SE PARA O TRATO DE SAÍDA DO VENTRÍCULO DIREITO SECUNDÁRIO À ENDOCARDITE EM VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE

AUTOR(ES): ADOZINA MARQUES DE SOUZA NETA1; LUANA MORGADO BARBOZA1; ANA PAULA REIS VELOSO SICILIANO1; GUSTAVO ARUME GUENKA1; RAFAEL CASTRO SILVA1; HERBERT FELIPE HEIMBECK1;

(1) INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA- RJ - RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL;

Apresentação do caso: Paciente masculino, 62 anos, com hipertensão, diabetes e coronariopatia, apresentando febre arrastada e dispneia. Ao exame físico, ausculta de sopro diastólico em foco aórtico. Ecocardiograma transefágico evidenciou válvula aórtica bicúspide sem rafe, degenerada e calcificada, com imagem filamentar móvel de 0,6 cm na face arterial, sugestiva de vegetação. Identificou-se cavidade (1,8 x 1,3 cm), entre a aorta e a artéria pulmonar com fluxo bidirecional, compatível com pseudoaneurisma comunicando-se com a via de saída do ventrículo esquerdo e projetando-se para o trato de saída do ventrículo direito, abaixo da valva pulmonar. Função biventricular preservada. Aorta ascendente dilatada (4,0 cm). Eletrocardiograma com ritmo sinusal e bloqueio de ramo direito novo. Tomografia computadorizada (TC) de abdominal mostrou área hipodensa no baço, sugestiva de evento embólico. TC de crânio com lacuna hipodensa periventricular. Coronariografia revelou lesões graves na descendente anterior (70%) e moderadas nas demais artérias. Hemoculturas negativas. Sorologia positiva para *Coxiella burnetii* (IgM/IgG). Recebeu múltiplos ciclos antibióticos, totalizando 36 semanas. Em 02/2025, foi submetido a cirurgia com troca valvar aórtica por prótese biológica, revascularização miocárdica e fechamento do pseudoaneurisma localizado próximo ao óstio coronariano direito com pericárdio bovino. Histopatologia evidenciou necrose liquefativa. Evoluiu bem no pós-operatório e segue em acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** A ecocardiografia é essencial no diagnóstico, estratificação de risco e seguimento da endocardite infecciosa (EI). Complicações locais incluem abscessos, pseudoaneurismas e fístulas, além de distúrbios de condução. A válvula aórtica bicúspide apresenta maior risco de extensão perivalvar e abscessos. Fístulas e pseudoaneurismas costumam comunicar a aorta com câmaras cardíacas, sendo mais comum para o átrio direito, artéria pulmonar, átrio esquerdo e ventrículo direito. No caso descrito, a projeção para o trato de saída do ventrículo direito configura uma apresentação rara, de complexa abordagem cirúrgica. **Comentários finais:** O uso da ecocardiografia 3D foi decisiva para o diagnóstico e planejamento cirúrgico de pseudoaneurisma em posição incomum. O reconhecimento precoce dessas complicações pode reduzir mortalidade e melhorar os desfechos.



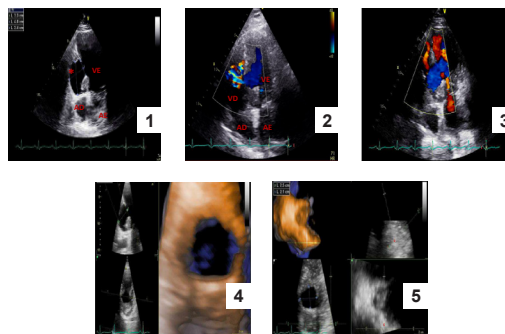
1117080

PSEUDOANEURISMA COM COMUNICAÇÃOINTERVENTRICULAR PÓS INFARTO: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): JULIA ASSIS PIRES1; JAQUELINE AMARAL DELFINO1; ANTONIO RAFAEL HOLANDA CAVALCANTE1; ANDRESSA ANDRADE HILGEMBERG1; MARIA BEATRIZ NOBREGA EBERLIN1; TULIO MARCOS COIMBRA1; GABRIELLA TOMAZ RICCARDI1; WILSON MATHIAS JUNIOR2; CECILIA BEATRIZ BITTENCOURT VIANA CRUZ3; JULIANA BARBOSA SOBRAL ALVES3;

(1) INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) – HCFMUSP – FELLOW DO SETOR DE ECOCARDIOGRAFIA - SÃO PAULO - SP - BRASIL; (2) INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) – HCFMUSP – MÉDICO E DIRETOR DO SERVIÇO DE ECOCARDIOGRAFIA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO E PROFESSOR LIVRE-DOCENTE PELA FACULDADE DE MEDICINA DA - SÃO PAULO - SP - BRASIL; (3) INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) – HCFMUSP – MÉDICA ASSISTENTE DO SETOR DE ECOCARDIOGRAFIA - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do caso: Paciente masculino, 60 anos, ex-tabagista (35 maços-ano), hipertenso, dislipidêmico, relata histórico de infarto agudo do miocárdio (IAM) em julho de 2020, não tratado adequadamente devido pandemia do COVID-19. Evoluiu com dispneia progressiva até os mínimos esforços e ortopneia, com diagnóstico tardio de comunicação interventricular (CIV) e foi submetido, em setembro de 2020 (em serviço externo), à correção cirúrgica associada à revascularização miocárdica através de enxerto da artéria mamária interna esquerda para a artéria descendente anterior (MIE-DA). Após, apresentou melhora parcial dos sintomas, permanecendo com dispneia aos esforços moderados. Ao exame físico atual, apresentava sopro holossistólico e contínuo, além de sinais de congestão periférica. O ecocardiograma transtorácico de março de 2024 evidenciou disfunção sistólica discreta (FE 40%) às custas de pseudoaneurisma ventricular septal com comunicação adicional com o ventrículo direito (VD), colo de 25x21 mm, largura de 34mm e extensão de 48mm, além de presença de trombos na cavidade aneurismática. A cineangiografiacoronariografia demonstrou padrão triarterial com enxerto MIE-DA ocluído e lesões importantes na artéria marginal esquerda e coronária direita, além de Qp/Qs = 1,78, compatível com shunt esquerda-direita significativo. **Discussão:** A ruptura septal ventricular é complicação grave e infrequente do IAM, associada à alta mortalidade se não tratada precocemente. A presença de sopro contínuo após cirurgia corretiva deve levantar suspeita de recanalização, falha da sutura ou formação de neocavidade(pseudoaneurisma). Neste caso, o pseudoaneurisma apresentou comunicação adicional com o VD, e elevado risco embólico devido à presença de trombos intracavitários. Além disso, a CIV apresentou shunt significativo, com repercussões clínicas e hemodinâmicas. **Conclusão:** Este caso ilustra duas complicações mecânicas raras e o manejo dessas complicações estruturais, muitas vezes subestimadas em fases tardias, impõem desafios relevantes e tem impacto decisivo sobre o desfecho dos pacientes. **Figura 1** – Ecocardiograma transtorácico, janela apical 4 câmaras, com corte anteriorizado. Imagem evidencia pseudoaneurisma ventricular esquerdo (*) com maiores dimensões medidas em 34mmX48mm, além de imagem sugestiva de trombo em seu interior. **Figura 2** – Ecocardiograma transtorácico, janela apical 4 câmaras. Observado fluxo turbulento ao doppler colorido, evidenciando comunicação interventricular. **Figura 3** – Ecocardiograma transtorácico, janela apical 4 câmaras, com corte anteriorizado. Observado fluxo no interior pseudoaneurisma ventricular com comunicação adicional para o ventrículo direito. **Figura 4** – Ecocardiograma transtorácico com reconstrução 3D. Observado pseudoaneurisma ventricular esquerdo com imagem sugestiva de trombo em seu interior. **Figura 5** – Ecocardiograma transtorácico com reconstrução 3D. Observado pseudoaneurisma ventricular esquerdo com colo medido em 25X21mm.



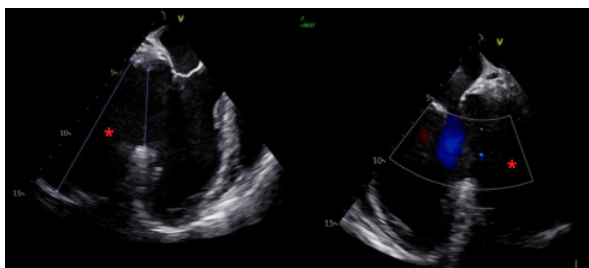
1116930

PSEUDOANEURISMA DE VENTRÍCULO ESQUERDO GIGANTE: COMPLICAÇÃO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

AUTOR(ES): AMANDA GUIMARAES SOUZA1; PALOMA FARINA LIMA1; DEISE AUXILIADORA FREITAS ROCHA1; ANA STELLA FLAVIO SIMOES1; GEISA MARIA BANDEIRA SANTOS1; ARTHUR ANTUNES SILVA CASTRO1; MIGUEL TAKAO YAMAWAKI MURATA1; OTAVIO AUGUSTO GURGEL GARCIA1; GUSTAVO ADOLFO KURIYAMA MASSARI1; CLAUDIO HENRIQUE FISCHER1;

(1) UNIFESP - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Caso clínico: Paciente masculino, de 75 anos, tabagista ativo, com história de infarto agudo do miocárdio (IAM) há 10 dias tratado clinicamente, procura pronto atendimento devido à piora de classe funcional. Foi submetido a cateterismo que evidenciou tronco de coronária esquerda com lesão distal de 60%, comprometendo óstio da artéria descendente anterior (DA), ramo intermédio (RI) e artéria circunflexa (CX); DA calcificada com 80% de estenose ostial; RI com calcificação e lesão ostial de 80%; ACX com oclusão proximal; artéria coronária direita com estenose do terço proximal ao médio de até 80%. Ecocardiograma transtorácico (ETT) mostrou aumento leve do átrio esquerdo, disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (VE) com fração de ejeção de 0,30 (Simpson) em função de acinesia lateral e inferior e hipocinesia das demais paredes, contratilidade do ventrículo direito (VD) reduzida em grau leve, derrame pericárdico leve e volumoso pseudoaneurisma (PsAn) com amplo óstio (46 mm) no segmento médio-basal da parede inferior do VE. Paciente foi encaminhado para unidade intensiva e monitorado com múltiplos ETTs. No último exame observou-se restrição de enchimento de VD, por provável efeito compressivo do PsAn, com variação do fluxo diastólico transvalvar tricúspide >35%, e PsAn com óstio de 48 mm e com dimensões de 79x84 mm. Paciente foi encaminhado para revascularização miocárdica e correção cirúrgica do PsAn, guiada por ecocardiograma transesofágico (ETE). **Discussão:** O PsAn do VE é uma complicação rara após o IAM, com alta mortalidade. Uma vez formado, causa estresse adicional na parede do VE com risco potencial de ruptura. O ETT demonstrou sua importância no diagnóstico e no acompanhamento, sendo um exame de fácil acesso e de baixo custo. Por meio do ETT foi feita a detecção inicial, determinada sua localização e tamanho e feita análise funcional, além de realizar o monitoramento da resposta ao tratamento e progressão do PsAn do VE ao longo do tempo. Já o ETE permitiu a monitorização cirúrgica e a excelência do resultado. **Comentários:** O PsAn do VE é subdiagnosticado e pode ocorrer por complicação de infarto agudo do miocárdio (IAM), trauma torácico, cirurgia cardíaca, endocardite infecciosa ou doença congênita. A maioria dos estudos indicam a correção cirúrgica. Relatamos caso de PsAn de VE como complicação pós-IAM que se manifestou clinicamente com piora da classe funcional e foi prontamente diagnosticado com o ecocardiograma.



* Imagem demonstrando pseudoaneurisma secundário a IAM, dimensões de 50mm de orifício de entrada e cavidade com diâmetro máximo de 100mm.

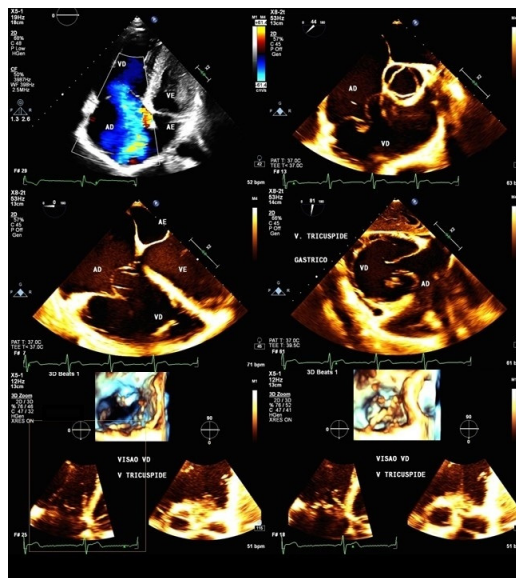
1117047

QUANDO A VALVA TRICÚSPIDE NÃO É CLÁSSICA: DIAGNÓSTICO MORFOLÓGICO COM ECOCARDIOGRAFIA TRIDIMENSIONAL

AUTOR(ES): FERNANDA BORGES CAVALET1; RAFAEL CAMPOS OLIVEIRA1; GABRIEL YSHIDA ALVES BRANDÃO2; IGOR ROCHA FREIRE2; JOÃO GABRIEL PEIXOTO SANTANA2; CAIO RASSI JUNQUEIRA3; SALVADOR RASSI FILHO3; VERENA NUNES SILVA1; JOÃO BATISTA MASSON SILVA1; DANIELA CARMO RASSI3;

(1) HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - GOIÂNIA - GO - BRASIL; (2) FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - GOIÂNIA - GO - BRASIL; (3) UNIVERSIDADE EVANGÉLICA DE GOIÁS - GOIÂNIA - GO - BRASIL;

Caso clínico: Paciente do sexo masculino, 30 anos, assintomático, encaminhado para realização de ecocardiograma devido à detecção de sopro sistólico ++++/6 em foco tricúspide. Sem outras alterações ao exame físico. O ecocardiograma bidimensional demonstrou aumento importante das câmaras direitas e presença de valva tricúspide displásica, com implantação normal das cúspides no plano valvar habitual, porém alongadas, com movimento sistólico para o interior do átrio direito, resultando em insuficiência tricúspide de grau importante. A análise tridimensional acrescentou uma informação relevante sobre a morfologia valvar, evidenciando que a valva tricúspide é constituída por quatro cúspides, classificada como displasia tipo III-B. **Discussão:** A valva tricúspide apresenta grande variabilidade morfológica, sendo a configuração clássica com três folhetos — anterior, septal e posterior — observada em apenas cerca de metade dos casos. Estudos anatômicos e de imagem recentes classificam a valva em diferentes morfologias: tipo I (clássico, três folhetos, 54%), tipo II (dois folhetos por fusão, 4–8%), tipo III (quatro folhetos, 39%, subdividido em IIIA — duplicação anterior, IIIB — posterior, mais comum, e IIIC — septal) e tipo IV (mais de quatro folhetos, raro, 2–3%). A ecocardiografia tridimensional (3D) revolucionou sua avaliação ao permitir visualização em face da valva, identificando folhetos, scallops, fendas e outras variações, além de mensurar com precisão o anel em sela e o aparato subvalvar. Essa acurácia é crucial para diferenciar causas primárias e secundárias de disfunção e para planejar intervenções. Por isso, a 3D é considerada o padrão-ouro para a análise morfológica detalhada e o planejamento terapêutico da valva tricúspide. **Comentários finais:** O caso destaca a importância da ecocardiografia 3D na avaliação detalhada da valva tricúspide, permitindo identificar variantes morfológicas como a displasia tipo III-B, com impacto direto no diagnóstico e planejamento terapêutico. Essa abordagem é essencial para a elucidação etiológica e a definição da melhor estratégia de intervenção.



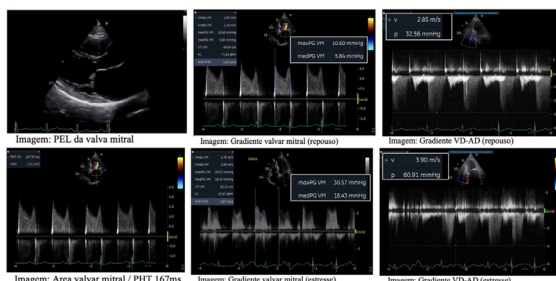
1116914

QUANDO O REPOUSO SILENCIA A GRAVIDADE: ECOCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FÍSICO COMO PROTAGONISTA DIAGNÓSTICO NA ESTENOSE MITRAL

AUTOR(ES): ANABEL LIMA VIEIRA¹; LEONCIO BEM SIDRIM¹; RENAN FIGUEIREDO FREITAS¹; LUCAS EDUARDO VILARINHO GUIMARÃES¹; KARINA MASCARENHAS BEZERRA ALVES¹; THAÍS ARAÚJO NÓBREGA¹; CLÁUDIA CAROLINA MENDONÇA CAMPOS¹; KÁSSIO HENRIQUE D'ANGELO LOPES¹; CARLOS ANTÔNIO MOTTA SILVEIRA¹; ANA CLAUDIA MARIA DA SILVA LONGO¹;

(1) PROCAPE/ UPE: PRONTO-SOCORRO CARDIOLÓGICO UNIVERSITÁRIO DE PERNAMBUCO - PROF. LUIZ TAVARES - RECIFE - PE - BRASIL;

APRESENTAÇÃO DO CASO: M.P.E.S., 51 anos, sexo feminino, portadora de dupla lesão valvar mitral de etiologia reumática, em seguimento no Ambulatório de Valvopatias, com queixas de dispnéia aos mínimos esforços, desconforto torácico em aperto e limitação funcional para atividades de vida diária. Ecocardiograma transtorácico (ECO) prévio evidenciava estenose mitral moderada a importante, associada a insuficiência mitral discreta. Apesar do quadro clínico, a equipe assistente inicialmente atribuiu os sintomas à síndrome fibromiálgica e à comorbidade respiratória (DPOC), optando por manejo conservador e seguimento ambulatorial. Posteriormente, a paciente evoluiu com agravamento dos sintomas e necessidade de internação hospitalar. Novo ECO evidenciou área valvar mitral (AVMi) reduzida (1,3 cm²), com demais parâmetros discordantes, sem aumento significativo do Gradiente médio transvalvar Mitral (GradM TVMi: 5,8mmHg) ou da pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP: 37mmHg). Diante da dissociação clínico-ecocardiográfica, foi indicado ecocardiograma com estresse físico (ECOEF) em ciclomaca para avaliação hemodinâmica sob carga. O exame demonstrou elevação expressiva do GradM TVMi: 5,8mmHg → 18,5mmHg (VR > 15mmHg), e da PSAP: 37mmHg → 65mmHg (VR > 60 mmHg), com surgimento de linhas B de Kerley à ultrassonografia pulmonar. O teste foi interrompido por importante dispnéia, sendo evidenciada repercussão hemodinâmica significativa da estenose mitral. Diante dos achados, a equipe optou por abordagem cirúrgica. **DISCUSSÃO:** O ecocardiograma transtorácico é ferramenta central na estratificação da gravidade das valvopatias mitrales. Contudo, em determinadas situações, especialmente quando há dissociação entre dados estruturais e sintomas clínicos, a avaliação em repouso pode não refletir adequadamente a sobrecarga funcional. O ECOEF desponta como método não invasivo e sensível para avaliação dinâmica, permitindo mensuração da resposta hemodinâmica valvar ao estresse, simulando os esforços cotidianos, e contribuindo para a decisão terapêutica. **CONCLUSÃO:** O caso ilustra a relevância do ECOEF na investigação de sintomas desproporcionais aos achados em repouso. Através de avaliação multiparamétrica em esforço, foi possível correlacionar clinicamente os sintomas à lesão valvar mitral, confirmando a origem valvar da dispnéia e subsidiando a indicação cirúrgica. Trata-se de ferramenta diagnóstica imprescindível na abordagem de estenoses mitrales com repercussão funcional subestimada.



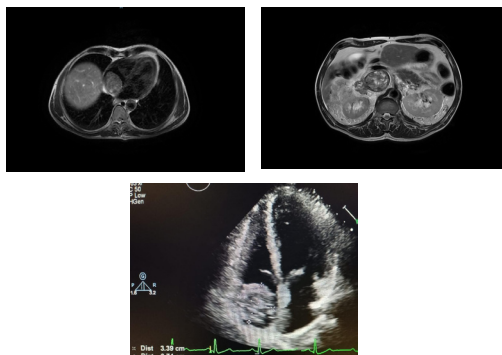
1116616

QUANDO O TUMOR INVADE O CORAÇÃO: UM CASO DE TROMBOSE TUMORAL EM ÁTRIO DIREITO

AUTOR(ES): MATHEUS CAVALCANTE BEZERRA¹; THIAGO GABRIEL FREIRE¹; RICARDO LUIZ DE MEDEIROS LIMA¹; CARLA SUELY SOUZA DE PAULA¹; LUCIANA WALTER ROSADO DE SÁ¹; SILVIA ROCHA DA COSTA FERNANDES¹; KELTON DANTAS PEREIRA¹; IGOR ISRAEL FILGUEIRA DE NEGREIROS¹; SUELISSON DA SILVA ARAUJO¹; KELSON KEMUEL CONFESSOR DE SOUSA¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - NATAL - RN - BRASIL;

Apresentação do Caso: CFA, 60 anos, masculino, hipertenso e ex-tabagista de grande monta (76 maços.ano), admitido com dor em hipogástrio e hematúria macroscópica há 2 meses. Durante a investigação, foi realizada tomografia de abdome, que evidenciou formação expansiva no rim direito, com aspecto neoplásico e extensão às veias renais bilateralmente e à porção distal da veia cava inferior, sugerindo trombose tumoral. Ecocardiograma transtorácico mostrou massa irregular e heterogênea na veia cava inferior, com extensão até o átrio direito. O paciente foi submetido à nefrectomia radical direita, cavotomia infradiafragmática até a bifurcação ilíaca e trombectomia atrial direita, sendo encaminhado à UTI no pós-operatório. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica por choque vasoplégico, evoluindo a óbito. **Discussão:** Na neoplasia renal, o trombo tumoral é uma extensão do tumor que invade a veia renal, podendo atingir a veia cava inferior (4–10% dos casos) e, raramente, o átrio direito (1%). Ao contrário do trombo convencional, envolve células neoplásicas. Essa condição pode causar obstrução vascular, embolia pulmonar, disfunção cardíaca e disseminação tumoral. O diagnóstico é feito por exames de imagem, como tomografia, ressonância magnética e ecocardiograma em fases avançadas. A anticoagulação pode prevenir eventos embólicos, mas não é o foco principal do tratamento. A cirurgia agressiva com nefrectomia e trombectomia é o tratamento de escolha, podendo proporcionar sobrevida em 5 anos em 30–60% dos casos. A presença de trombo no átrio está associada a pior prognóstico. O manejo exige atuação conjunta de urologistas, cirurgiões cardiovasculares, oncologistas e radiologistas. **Comentários Finais:** O caso evidencia a gravidade e complexidade da trombose tumoral associada ao carcinoma de células renais com extensão ao átrio direito. Trata-se de uma condição rara, mas com alta mortalidade, que exige diagnóstico precoce, abordagem cirúrgica cuidadosa e atuação multidisciplinar para melhores desfechos.



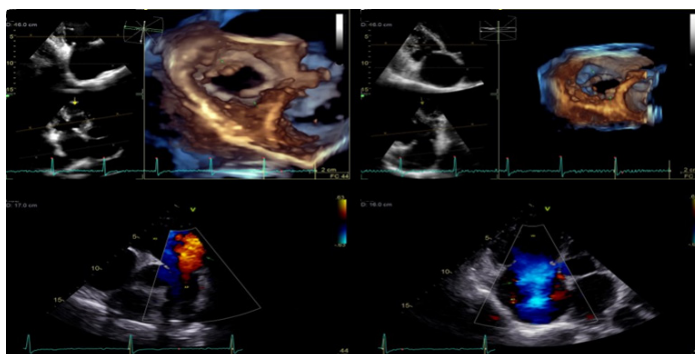
1116684

QUANDO SUSPEITAR DE DOENÇA CARDÍACA CARCINOIDE? ACHADOS ECOCARDIOGRÁFICOS

AUTOR(ES): ADOZINA MARQUES DE SOUZA NETA1; ALEX DOS SANTOS FÉLIX1; GUSTAVO ARUME GUENKA1; RAFAEL CASTRO SILVA1; HERBERT FELIPE HEIMBECK1

(1) INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA- RJ - RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL;

Relato de caso: Paciente masculino, 69 anos, iniciou em 2019 quadro de flushing facial e torácico, diarreia, dor abdominal e perda de 20 kg em seis meses. Ao exame físico: ascite, hepatomegalia, edema de membros inferiores e sopros nas valvas tricúspide e pulmonar. Tomografias revelaram lesão hepática e intestinal. Biópsia confirmou tumor neuroendócrino de delgado com metástase hepática (G2, Ki-67 10%). Ecocardiograma transtorácico com aquisição 3D demonstrou função sistólica do VE preservada, cavidades direitas dilatadas, disfunção do ventrículo direito (VD), válvula tricúspide espessada e retraída, com folhetos fixos e regurgitação torrencial (gradiente átrio direito -VD de 3 mmHg). Válvula pulmonar espessada e retraída, com insuficiência pulmonar grave. Tais achados são compatíveis com doença cardíaca carcinóide. O paciente encontra-se em uso de análogos da somatostatina, com melhora parcial dos sintomas (classe funcional NYHA II/III) e está em avaliação cirúrgica para troca valvar, considerando bom prognóstico oncológico (>5 anos). **Discussão:** Tumores carcinóides secretam substâncias vasoativas (como serotonina) que, ao atingirem a circulação sistêmica, causam alterações estruturais no coração. Predominantemente afetam o lado direito (tricúspide e pulmonar), causando espessamento, retração e fixação dos folhetos, resultando em regurgitação e/ou estenose. O acometimento esquerdo é raro, devido à degradação pulmonar dessas substâncias, sendo necessário investigar forame oval patente ou tumor pulmonar nesses casos. Ecocardiograficamente, observa-se regurgitação tricúspide importante em até 90% dos casos, regurgitação pulmonar em 81% e estenose pulmonar em 53%. A aquisição 3D melhora a análise anatômica, quantificação da regurgitação e avaliação da geometria do VD. **Comentários finais:** A suspeita de cardiopatia carcinóide deve ser levantada diante de acometimento simultâneo das valvas tricúspide e pulmonar, especialmente com folhetos espessados, retraídos e fixos. O ecocardiograma com imagem 3D é essencial para o diagnóstico e planejamento terapêutico.



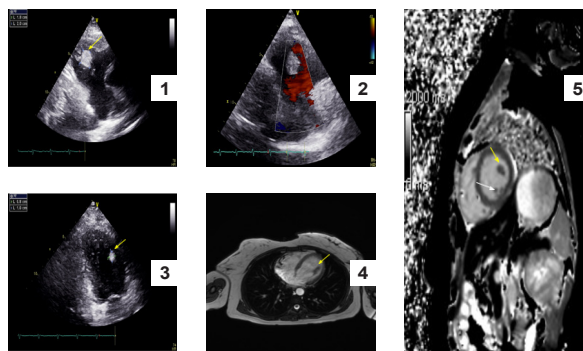
1116828

RABDOMIOMA CARDÍACO: UMA MANIFESTAÇÃO DA ESCLEROSE TUBEROSA

AUTOR(ES): MARIA BEATRIZ NOBREGA EBERLIN1; ANTONIO RAFAEL HOLANDA CAVALCANTE1; ANDRESSA ANDRADE HILGEMBERG1; JULIA ASSIS PIRES1; GABRIELLA TOMAZ RICCARDI1; JAQUELINE AMARA DELPINO1; TULIO MARCOS COIMBRA1; WILSON MATHIAS JUNIOR1; JULIANA BARBOSA SOBRAL ALVES1; CECÍLIA BEATRIZ BITTENCOURT VIANA CRUZ1;

(1) INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (INCOR HC FMUSP) - SÃO PAULO - SP - BRASIL

Apresentação do Caso: Mulher, 28 anos, em acompanhamento com equipe da Neurologia por Esclerose Tuberosa (ET), além de epilepsia e atraso no desenvolvimento psicomotor, seguia assintomática para sintomas cardiovasculares e foi submetida ao rastreio de acometimento de órgão alvo na ET. Ecocardiograma transtorácico evidenciou função biventricular preservada, insuficiência tricúspide discreta, além de duas massas hiperecogênicas em cavidades ventriculares, sendo uma relacionada à região da banda moderadora do ventrículo direito, medindo 20 x 18 mm, e a outra no ventrículo esquerdo junto ao músculo papilar anterolateral, medindo 10 x 8 mm, sem sinais de obstrução aos fluxos. À ressonância magnética cardíaca foi mostrado áreas focais com características de gordura na face septal direita e na base do músculo papilar anterolateral, sendo os achados compatíveis com diagnóstico clínico de rabdomioma. Paciente acompanhada ambulatorialmente para seguimento cardiológico. **Discussão:** A esclerose tuberosa (ET) é uma doença genética rara que pode causar o crescimento de tumores benignos, como rabdomiomas, no coração, além de afetar outros órgãos. Rabdomiomas cardíacos são os tumores primários mais comuns em crianças. Esses tumores podem ser múltiplos, estar localizados em qualquer região do coração, mas são mais comuns nos ventrículos e embora geralmente benignos, podem causar complicações como obstrução do fluxo sanguíneo, arritmias ou insuficiência cardíaca. A maior parte dos rabdomiomas cardíacos podem regredir espontaneamente, mas quando necessário tratamento, visa controlar os sintomas e pode incluir medicamentos para convulsões, se presentes, ou, em casos raros, cirurgia para remover o tumor se houver obstrução ou outras complicações. **Comentários Finais:** Este caso ressalta a importância do acompanhamento multidisciplinar de pacientes com ET, reconhecendo além das manifestações neurológicas, também as apresentações cardíacas. Há relevância no rastreio com ecocardiograma transtorácico do tumor benigno cardíaco mais relacionado à ET: o rabdomioma. **Figura 1** – Janela paraesternal eixo curto de ecocardiografia transtorácica com massa hiperecogênica em ventrículo direito medindo 20 x 18 mm, na região da banda moderadora (seta). **Figura 2** – Janela paraesternal eixo longo de via de entrada de ventrículo direito de ecocardiografia transtorácica mostrando ausência de fluxo ao estudo Doppler e mapeamento com fluxo em cores em massa hiperecogênica em ventrículo direito. **Figura 3** – Janela apical 2 câmaras de ecocardiografia transtorácica mostrando massa hiperecogênica em ventrículo esquerdo junto ao músculo papilar ântero-lateral medindo 10 x 8 mm (seta). **Figura 4** – Imagem de ressonância magnética cardíaca (RMC) mostrando área focal com característica de gordura na base do músculo papilar ântero-lateral, compatível com diagnóstico clínico de rabdomioma (seta), compatível com imagem evidenciada em ecocardiografia transtorácica (figura 3). **Figura 5** – Imagem de ressonância magnética cardíaca (RMC) mostrando área focal com característica de gordura na face septal direita (seta branca) e na base músculo papilar ântero-lateral, compatível com diagnóstico clínico de rabdomioma (seta amarela).



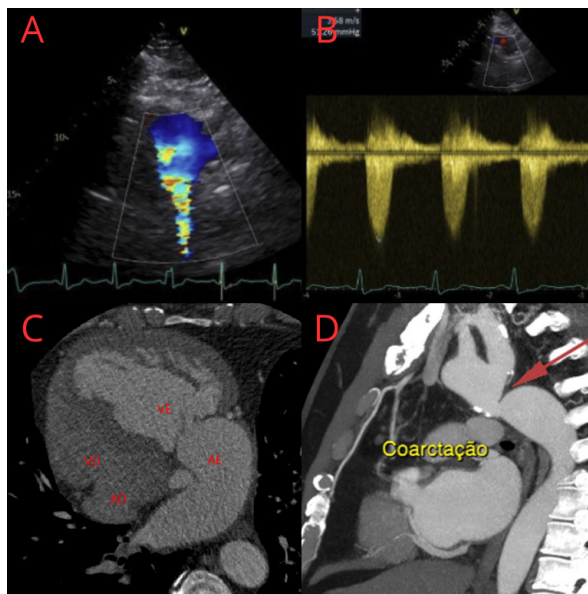
1116450

RARA ASSOCIAÇÃO DE COARCTAÇÃO DE AORTA E DEXTROCARDIA EM PACIENTE COM SCA – PAPEL DA MULTIMODALIDADE

AUTOR(ES): MIGUEL TAKAO YAMAWAKI MURATA1; LUIZ FELIPE BUTIGNOLI CAETANO1; WALDIR ROCHA DE AZEVEDO NETO1; LUCAS BOCKMANN GALVAO SILVA1; OTAVIO AUGUSTO GURGEL GARCIA1; AMANDA GUIMARAES DE SOUZA1; ARTHUR ANTUNES SILVA CASTRO1; VALDIR AMBROSIO MOISES1; CLAUDIO HENRIQUE FISCHER1; MARIA EDUARDA MENEZES DE SIQUEIRA1;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP) - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Homem de 55 anos com HAS há cerca de 10 anos internado com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio sem supra de ST. Eletrocardiograma em ritmo sinusal, onda P positiva em aVR e infradesnivelamento difuso do segmento ST. Submetido a cineangiogramografia invasiva porem houve dificuldade de identificar os ostios das coronárias assim paciente foi encaminhado para angiotomografia. A angiotomografia de coronárias mostrou dominância esquerda, coronárias com origem alta, ausência de redução luminal e Dextrocardia. Ao ecocardiograma Doppler transtorácico (ETT) foram observados situs solitus, coração posicionado à direita do tórax com ápice para direita, átrio esquerdo aumentado de grau leve, demais câmaras sem alterações, fração de ejeção do ventrículo esquerdo (VE) de 60% sem alteração segmentar. No corte supraesternal de coarctação da aorta (Figura A) abaixo da emergência da artéria subclávia esquerda com gradiente sistólico máximo de 51 mmHg (Figura B) e valva aórtica bivalvular com gradiente valvar aórtico médio de 16 mmHg. Pela suspeita de coarctação foi solicitado angiotomografia de tórax (Figura C e D) que corroborou o achado encontrado no eco. **Discussão:** A coarctação da aorta (CoA) é um estreitamento da aorta mais frequentemente localizado na região istmica do vaso. Corresponde de 5 a 8% das malformações cardíacas, pode ser isolada ou associada a valva aórtica bivalvular e comunicação interventricular. Manifesta-se clinicamente por hipertensão arterial sistêmica (HAS) em crianças, adolescentes ou adultos jovens, sopro cardíaco e diminuição de pulsos em membros inferiores. Sua associação com variações na posição e orientação do coração no tórax é incomum, principalmente em adultos. **Comentários Finais:** Com o ecocardiograma aliado à angiotomografia foi possível identificar a presença de dextrocardia e coarctação de aorta em paciente hipertenso e descartar obstrução coronariana grave como causa da dor torácica. A curiosidade do caso foi a associação destes achados, pouco relatados em mesmo indivíduo na literatura.



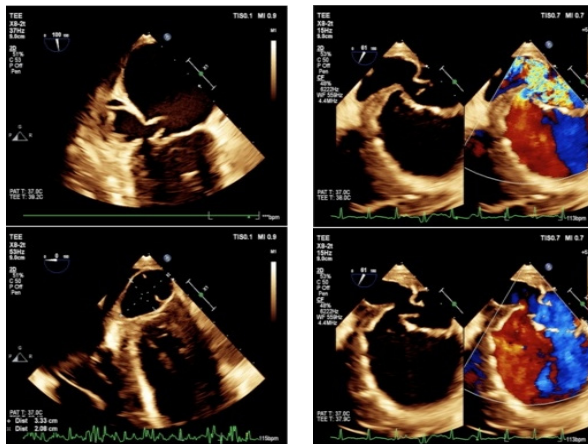
1116813

RELATO DE CASO DE PSEUDOANEURISMA EM CÚSPIDE POSTERIOR DA VALVA MITRAL

AUTOR(ES): NATÁLIA ANTELO MACHADO DE OLIVEIRA1; JULIANA ASSUMPTÃO PINTO1; YOHANNA BAIÃO BRITO PEREIRA1; JOANA ARLDT MELLO COBUCCI1; NICOLLE NERY LEÃO1; RENATA SILVA MATTOS1;

(1) INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA - RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL;

Apresentação do caso: MMCL, 15 anos, transferido de por derrame pericárdico. Paciente com diabetes tipo 1, história recente de Osteoartrite coxofemoral esquerda com abscesso perianal e em região glútea por *Staphylococcus aureus* MRSA. Evoluiu com endocardite infecciosa (EI), abscesso em cúspide posterior da valva mitral (VM) e derrame pericárdico com necessidade de drenagem. Após procedimento, presença de sopro sistólico 2+/6 com hipofonese de bulhas. Ecocardiograma transtorácico (ECOTT) mostrou imagem cística e móvel aderida à cúspide posterior da VM com regurgitação mitral grave. Foi submetido a procedimento cirúrgico. Ecocardiograma transesofágico (ECOTE) com imagem sugestiva de perfuração da cúspide posterior da VM e insuficiência importante, além da presença de espaço anecóico perivalvular pulsátil, formando neocavidade preenchida pelo fluxo ao Doppler colorido no anel posterior que comunica-se com o ventrículo esquerdo (VE) e átrio esquerdo (AE), sugestivo de pseudoaneurisma. **Relato cirúrgico:** vegetação aderida à cúspide posterior da VM com ruptura da cúspide e presença de pseudoaneurisma na inserção do anel valvar no VE. Realizada ressecção dos folhetos, fechamento do pseudoaneurisma e implante de valva metálica em posição mitral. No pós operatório, apresentava click metálico sem sopros. Foi mantido tratamento com antibiótico para EI. **Discussão** O pseudoaneurisma é uma rara, mas conhecida complicação de EI. Ocorre principalmente nos casos de infecção bacteriana por patógeno altamente invasivo, como o *S. aureus*. Acredita-se que se desenvolva a partir de um abscesso extravalvular que se degrada devido à necrose. Costuma se comunicar com alguma câmara de alta pressão, como o VE ou a Aorta, e, em relação à VM, ocorre, mais comumente, na região fibrosa mitro-aórtica próximo à cúspide anterior - diferente do observado neste paciente. Sua visualização no ECOTE é relativamente simples a partir do momento em que há a suspeição clínica. Apresenta como possíveis complicações a formação de fistulas para o AE - causando regurgitação de sangue - o rompimento - podendo causar derrame pericárdico e instabilidade hemodinâmica - e a compressão de coronária - podendo causar infarto do miocárdio. **Comentários finais:** A suspeição clínica de EI em casos de febre persistente é essencial, uma vez que o atraso no diagnóstico pode levar a complicações fatais. O ECOTE é um grande aliado no diagnóstico, auxiliando na conduta e no acompanhamento.



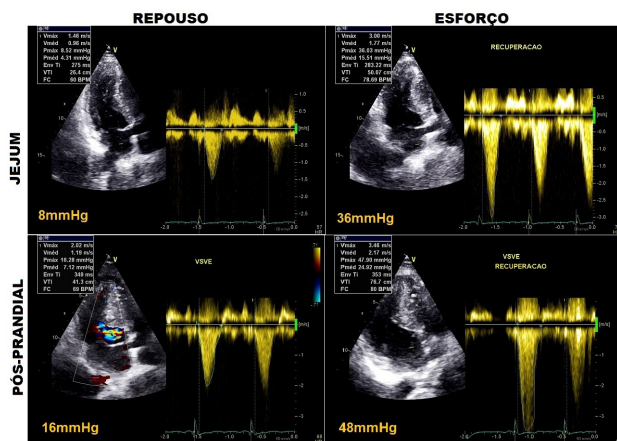
1116527

REPERCUSSÃO HEMODINÂMICA DA CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA EM REPOUSO E NO ESFORÇO EM BICICLETA SUPINA. A IMPRESCINDIBILIDADE DA AVALIAÇÃO PÓS-PRANDIAL

AUTOR(ES): MARILIA ESTHER BENEVIDES ABREU¹; TEREZA CRISTINA PINHEIRO DIÓGENES¹; HUMBERTO MORORÓ XEREX¹; JOSÉ SEBASTIÃO ABREU¹;

(1) CLINICÁRIO DE FORTALEZA - FORTALEZA - CE - BRASIL;

Paciente do sexo feminino, 42 anos, prévios atendimentos em emergência com desconforto precordial irradiado para as costas e sensação de desfalecimento. Em um destes atendimentos constatou-se dosagens elevadas de troponina, e em momento posterior foi submetida a angiotomografia coronariana. Portadora de CMH com espessura diastólica septal de 34 mm. O movimento anterior sistólico (MAS) da valva mitral ausente na condição de repouso em jejum. Fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 69% e strain global longitudinal de -13%, volumes atriais normais e valvas competentes. A paciente em uso de propranolol foi submetida ao ecocardiograma sob esforço (EE) na bicicleta em posição supina, o que permitiu a contínua observação da contratilidade miocárdica e as modificações do gradiente intraventricular. O primeiro exame foi realizado no início da manhã com a paciente em jejum. Foi orientada em seguida para um almoço substancial e meia hora após a refeição foi preparada para outro EE. Em condição de jejum o gradiente na VSVE mediou 8 mmHg no repouso e não havia MAS. Ainda em jejum e durante o esforço mediou 36 mmHg. Em condição pós-prandial o gradiente na VSVE mediou 16 mmHg no repouso e 48 mmHg durante o esforço. **Conclusão:** Na avaliação da severidade hemodinâmica da CMH a análise em condição pós-prandial é imprescindível, tanto no exame em repouso quanto durante o esforço, favorecendo a otimização terapêutica e a mudança de hábitos.



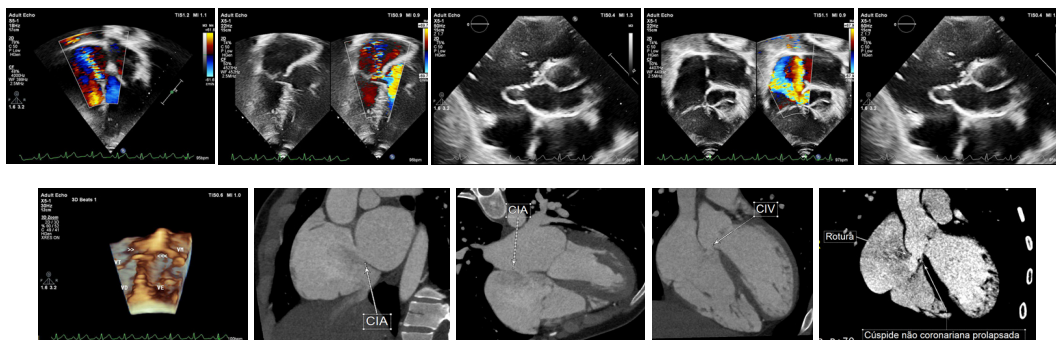
1117044

ROTURA DO SEIO DE VALSALVA VERSUS COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR COM PROLAPSO DA VALVA AÓRTICA: UM DESAFIO PARA O DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

AUTOR(ES): CAROLINA BEATRIZ AMARAL¹; TATIANE YUKARI TAKAHASHI¹; NATALI TOMELERI CAVALARI¹; RHAMON RIBEIRO DA COSTA¹; MARIA JULIA DE ARO BRAZ CORBI¹; FERNANDA RAGONETTI¹; MARCELO DEVIDO¹; ANDRÉ VAZ¹; PAULYNE GOMES DA SILVA OTSUBO¹; GLAUCIA MARIA PENHA TAVARES¹;

(1) INSTITUTO DO CORAÇÃO DA FMUSP - SÃO PAULO - SP - BRASIL

Paciente do sexo masculino, 22 anos, previamente hígido, em exame admissional foi auscultado sopro cardíaco, encaminhado para investigação com ecocardiograma, que diagnosticou CIV com repercussão hemodinâmica, sendo encaminhado para nosso serviço. Na admissão referia dispneia e episódios ocasionais de dor torácica lancinante associado aos grandes esforços (classe funcional II). Ao exame físico apresentava pressão arterial sistólica e diastólica divergentes e sopro sistólico em BEEM 3+/6+, que se acentuava em ortostase e valsava, além de ictus desviado para esquerda e para baixo. No ecocardiograma da nossa instituição foi evidenciada imagem interpretada como aneurisma roto de seio de Valsalva aórtico, com fluxo direcionado do seio não coronariano para o átrio direito, com gradiente sistólico elevado (131 mmHg), não sendo possível excluir a hipótese diagnóstica diferencial de defeito do tipo Gerbode (comunicação VE-AD). Na investigação complementar com angiotomografia foi visualizado defeito do septo interatrial tipo ostium secundum (12x15 mm), além de defeito do septo interventricular (CIV) (9x10 mm) com prolapso da cúspide aórtica não coronariana através da CIV e rotura valvar, gerando comunicação direta entre a aorta, ventrículo e átrio direitos. A valva aórtica é trivalvular e não apresenta insuficiência significativa. Há dilatação discreta a moderada das câmaras direitas e a função biventricular é preservada. Atualmente está em uso de diurético e encontra-se em programação cirúrgica para exploração valvar aórtica e fechamento de defeitos septais, aguardando convocação breve. O diagnóstico diferencial entre o defeito de Gerbode e a rotura de seio de Valsava para o AD pode ser desafiador, mas precisa ser considerado em casos semelhantes a esse. Ambas as situações são raras e a confirmação muitas vezes só é possível durante a cirurgia corretiva, sendo recomendável que a equipe cirúrgica esteja preparada para os dois cenários.



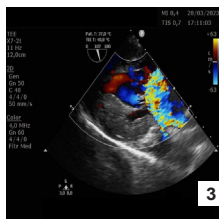
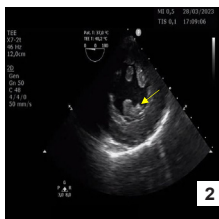
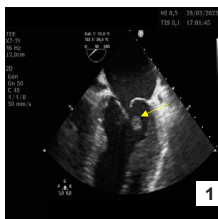
1116834

RUPTURA PARCIAL DO MÚSCULO PAPILAR ÂNTERO-LATERAL PÓS-INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

AUTOR(ES): MARIA BEATRIZ NOBREGA EBERLIN¹; TULIO MARCOS COIMBRA¹; ANTONIO RAFAEL HOLANDA CAVALCANTE¹; ANDRESSA ANDRADE HILGEMBERG¹; JULIA ASSIS PIRES¹; GABRIELLA TOMAZ RICCARDI¹; JAQUELINE AMARA DELPINO¹; WILSON MATHIAS JUNIOR¹; CECÍLIA BEATRIZ BITTENCOURT VIANA CRUZ¹; JULIANA BARBOSA SOBRAL ALVES¹;

(1) INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (INCOR HC FMUSP) - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Mulher, 45 anos, hipertensa e tabagista, transferida para angioplastia primária por infarto agudo do miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do segmento ST de parede infero-lateral (derivações V7-V8) não trombolisado. Admitida em insuficiência respiratória, necessitando intubação orotraqueal. Radiografia de tórax mostrou congestão pulmonar bilateral. No cateterismo, observou-se obstrução de 99% em terço médio da artéria circunflexa esquerda, sendo realizada angioplastia primária. À ventriculografia, evidenciou-se insuficiência mitral importante. Ecocardiograma transtorácico demonstrou prolapse da cúspide posterior com jato excêntrico dirigido à parede anterior do átrio esquerdo. Ecocardiografia transesofágica confirmou insuficiência mitral (IM) importante secundária à ruptura parcial do músculo papilar ântero-lateral. A paciente foi submetida a cirurgia cardíaca de urgência com implante de bioprótese, preservando parcialmente a cúspide posterior. Evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta em 16 dias, com função ventricular preservada e prótese normofuncionante. **Discussão:** A ruptura de músculo papilar (RMP) é uma complicação mecânica rara, porém letal, do IAM com incidência de 0,05% a 0,26% e mortalidade que pode ultrapassar 90% sem intervenção cirúrgica precoce. A musculatura papilar mitral compreende dois músculos principais: o pósteromedial, com irrigação única (geralmente pela coronária direita), e o ântero-lateral, com irrigação dupla (descendente anterior e circunflexa). Por esse motivo, a RMP mais comum ocorre no músculo pósteromedial. Nosso caso é notável por representar a exceção: ruptura parcial do músculo ântero-lateral. Mais raramente ainda, o envolvimento se deu na porção responsável por sustentar 1/3 das cordoalhas da cúspide posterior, sendo o habitual o prolapse da cúspide anterior. A confirmação diagnóstica da RMP exige acurácia. O ecocardiograma transesofágico (ETE), especialmente com vistas transgástricas, tem maior sensibilidade para detectar rupturas parciais. Do ponto de vista terapêutico, o tratamento cirúrgico é imperativo. Embora a plastia mitral preserve mais função ventricular, a troca valvar com preservação subvalvar, como foi realizada neste caso, é frequentemente preferida por sua previsibilidade em situações agudas. **Comentários finais:** Este caso ressaltava a importância do reconhecimento precoce da RMP como causa de IMI aguda pelo ETE, junto com abordagem multidisciplinar para o desfecho favorável. **Figura 1** – Visão de duas câmaras por ecocardiograma transesofágico mostrando ruptura parcial do músculo ântero-lateral com deslocamento da cúspide posterior para o interior do átrio esquerdo (seta), gerando falha de coaptação. **Figura 2** – Visão transgástrica eixo curto dos músculos papilares por ecocardiograma transesofágico mostrando ausência de parte do músculo ântero-lateral devido a sua ruptura (seta). **Figura 3** – Visão transgástrica eixo longo do ventrículo esquerdo com estudo Doppler e mapeamento com fluxo em cores demonstrando insuficiência mitral de grau importante com jatos excêntricos direcionados para parede septal e lateral do átrio esquerdo.



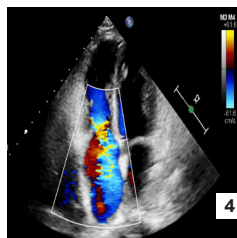
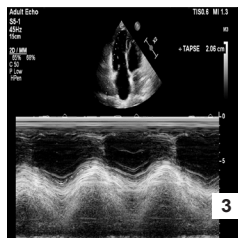
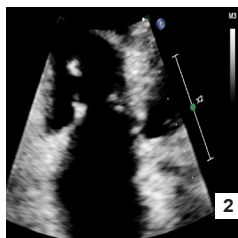
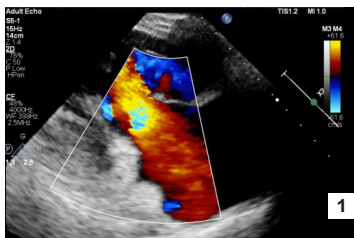
1116817

SÍNDROME CARCINOIDE: UM RELATO DE CASO

AUTOR(ES): GABRIELLA TOMAZ RICCARDI¹; ANTONIO RAFAEL HOLANDA CAVALCANTE¹; ANDRESSA ANDRADE HILGEMBERG¹; JULIA ASSIS PIRES¹; TULIO MARCOS COIMBRA¹; JAQUELINE AMARA DELPINO¹; MARIA BEATRIZ NOBREGA EBERLIN¹; JULIANA BARBOSA SOBRAL ALVES¹; CECÍLIA BEATRIZ BITTENCOURT VIANA CRUZ¹; WILSON MATHIAS JUNIOR¹

(1) INCOR - INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, de 49 anos, hipertensa, com queixa de dispnéia aos esforços (classe funcional II), de diarreia e de edema de membros inferiores há 2 anos. Refere acompanhamento conjunto com oncologia devido à tumor de intestino delgado grau 2, com infiltração metastática em fígado e peritônio. Ao exame físico, observado sopro holossistólico em foco tricúspide de 5+/6+. Realizada hipótese de síndrome carcinoide, prosseguida avaliação imunohistoquímica, dosado índice proliferativo Ki-67 em 2% e realizado ecocardiograma transtorácico que evidenciou função sistólica biventricular preservada, cavidades direitas dilatadas e valva tricúspide com cúspides espessadas, retraídas e fixas, de aspecto "congelado", com falha de coaptação central e insuficiência de grau importante compatível com acometimento carcinoide. O strain global longitudinal da parede livre do ventrículo direito foi 30%. Prescrito análogo de somatostatina de longa duração (lanreotida) e quimioterapia com everolimus, com relato de melhora de sintomas por paciente. **Discussão:** A síndrome carcinoide é uma condição rara causada por tumores neuroendócrinos bem diferenciados, mais comumente originados do trato gastrointestinal (especialmente intestino delgado) com metástase hepática. Há a secreção de aminas vasoativas, como serotonina e prostaglandina que se desviam do metabolismo hepático de primeira passagem e invadem a circulação sistêmica alcançando as câmaras cardíacas direitas. A exposição contínua das valvas tricúspide e pulmonar a essas substâncias pode incorrer em alterações estruturais e disfunção valvar levando à temida cardiopatia carcinoide. Os sintomas são rubor facial, diarreia e dispnéia. O diagnóstico é baseado na história clínica e em exames como: ecocardiograma, PET SCAM, teste de excreção urinária de 5-HIAA e análise imunohistoquímica (dosagem do Ki-67 entre 1 e 10%). O tratamento inclui o uso de análogos de somatostatina (primeira linha), quimioterapia citotóxica (como o everolimus), ressecção cirúrgica e troca valvar em casos graves e refratários. **Comentários finais:** A síndrome carcinoide é uma entidade rara que comumente está associada a tumores neuroendócrinos e que pode acometer valvas cardíacas, especialmente tricúspide e pulmonar. A realização de exames de imagem, como o ecocardiograma transtorácico permite não só o diagnóstico precoce da cardiopatia carcinoide como também uma avaliação seriada e não invasiva da função ventricular e valvar. **Figura 1** – Ecocardiograma transtorácico, janela paraesternal, evidenciando a via de entrada do ventrículo direito e a presença de insuficiência tricúspide importante. **Figura 2** – Ecocardiograma transtorácico, janela apical 4 câmaras focada na valva tricúspide evidenciando cúspides espessadas, fixas, retraídas e de aspecto "congelado". **Figura 3** – Ecocardiograma transtorácico, janela apical 4 câmaras focada no ventrículo direito. Realizada avaliação da função do ventrículo com parâmetros dentro da normalidade. **Figura 4** – Ecocardiograma transtorácico, janela apical 4 câmaras, evidenciando insuficiência tricúspide importante.



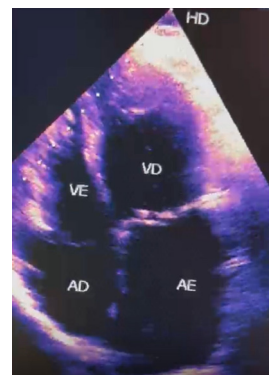
1114647

TRANSPosição CONGÊNITAMENTE CORRIGIDA DE GRANDES ARTÉRIAS NA SENESCÊNCIA: LIÇÕES DE UM CORAÇÃO RECONFIGURADO

AUTOR(ES): PEDRO ANTONIO GALDEANO1; PATRÍCIA REGINA ALVES GALDEANO1; FERNANDA NOGUEIRA BUENO RODRIGUES ALVES1; GABRIEL ANTONIO STANISCI MIGUEL2;

(1) CLÍNICA GALDEANO - ANÁPOLIS - GO - BRASIL; (2) CLÍNICA CARDIO LIFE - ANÁPOLIS - GO - BRASIL;

Apresentação do caso: Paciente masculino, 70 anos, natural e residente de Anápolis (GO), trabalhador rural, procurou avaliação cardiológica de rotina. Relata boa tolerância a atividades físicas leves, como caminhadas, sem queixas de dispnéia, dor torácica, palpitações ou síncope. Nega hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, tabagismo e uso de medicações. Nunca realizou ecocardiograma. O exame ecocardiográfico transtorácico evidenciou discordância atrioventricular e ventriculoarterial, compatível com transposição congênitamente corrigida das grandes artérias (TCCGA). Observou-se a valva tricúspide com inserção mais apical, associada à presença de trabécula septomarginal e banda moderadora, caracterizando ventrículo morfológicamente direito à esquerda. O ventrículo morfológicamente esquerdo situava-se à direita, com saída da artéria pulmonar. Notou-se dilatação moderada do ventrículo sistêmico (diâmetro médio de 48 mm), com disfunção sistólica discreta (TAPSE 15 mm e onda S' de 9 cm/s). Havia regurgitação leve da valva sistêmica e pressão sistólica estimada da artéria pulmonar de 20 mmHg. Ausência de outras cardiopatias associadas. O diagnóstico foi incidental, em paciente assintomático, por meio de exame de rotina. A janela paraesternal apresentou-se tecnicamente desafiadora, mas a janela apical quatro câmaras permitiu a clara identificação da morfologia ventricular invertida e da discordância de conexões. **Discussão:** A transposição congênitamente corrigida das grandes artérias (TCCGA) é uma anomalia cardíaca rara, responsável por menos de 1% das cardiopatias congênitas, e caracteriza-se por dupla discordância: atrioventricular e ventriculoarterial. A circulação resultante é fisiologicamente adequada, mas anatomicamente invertida, com o ventrículo direito exercendo função sistêmica. A evolução clínica desses pacientes varia amplamente. Na presença de lesões associadas — como comunicação interventricular, estenose pulmonar ou anomalias valvares —, o diagnóstico geralmente ocorre na infância. Em casos isolados, como o presente, a apresentação pode ser silenciosa e o diagnóstico adiado por décadas. A longevidade sem sintomas nesses pacientes é rara, dada a sobrecarga crônica imposta ao ventrículo morfológicamente direito, que, não sendo estruturalmente projetado para enfrentar a pós-carga sistêmica, pode desenvolver dilatação, disfunção progressiva e regurgitação tricúspide ao longo dos anos. A avaliação ecocardiográfica desempenha papel essencial, tanto para o diagnóstico quanto para o seguimento. A correta identificação dos elementos morfológicos — como a inserção apical da tricúspide e a trabeculação do ventrículo direito —, associada à análise funcional por parâmetros como TAPSE e onda S', permite monitoramento acurado. A ausência de sintomas neste septuagenário, mesmo com dilatação e leve disfunção sistêmica, reforça a variabilidade fenotípica da TCCGA. Casos descritos na literatura em pacientes acima de 70 anos são escassos, e normalmente acompanham manifestações clínicas. Este paciente, ao manter-se assintomático e funcionalmente ativo, destaca-se como um exemplo atípico, cuja adaptação cardíaca excede as expectativas fisiológicas habituais. **Comentários finais:** Este relato evidencia a impressionante capacidade de adaptação do sistema cardiovascular humano. Mesmo frente a uma anomalia anatômica relevante, com o ventrículo morfológicamente direito atuando como bomba sistêmica por décadas, não houve repercussão clínica significativa. A ausência de sintomas, associada à manutenção de atividade física leve e à inexistência de comorbidades, faz deste caso uma raridade na literatura. O diagnóstico tardio e incidental reforça a importância do exame ecocardiográfico cuidadoso, mesmo em pacientes aparentemente hígidos, sobretudo diante de alterações anatômicas que possam passar despercebidas em avaliações clínicas usuais. A abordagem por imagem, quando bem conduzida, é capaz de elucidar condições congênitas complexas e orientar condutas com base na função ventricular e na hemodinâmica individual. O caso também levanta reflexões sobre a resiliência do ventrículo direito em certos contextos anatômicos e sobre os limites da adaptação cardiovascular frente a sobrecargas crônicas. Ainda que não se possa extrapolar condutas, a observação prolongada de pacientes como este pode oferecer insights valiosos para o entendimento da história natural da TCCGA em adultos e idosos. **Referências bibliográficas:** 1. Kowalik E, Paleras K, Gawor M, et al. Systemic right ventricle in elderly patients with congenitally corrected transposition of the great arteries: clinical profile, cardiac biomarkers, and echocardiographic parameters. *Anatol J Cardiol.* 2020;24(2):99–106. 2. Graham TP Jr, Bernard YD, Mellen BG, et al. Long-term outcome in congenitally corrected transposition of the great arteries: a multi-institutional study. *J Am Coll Cardiol.* 2000;36(1):255–61. 3. Placci A, Benfari G, Rossi A, et al. Congenitally corrected transposition of the great arteries in an 83-year-old asymptomatic patient: description and literature review. *BMJ Case Rep.* 2014;2014:0242228. 4. Moore C, Osman A. New onset heart failure in congenitally corrected transposition of the great arteries, dextrocardia, and situs inversus in an octogenarian. *J Congenit Cardiol.* 2018;26



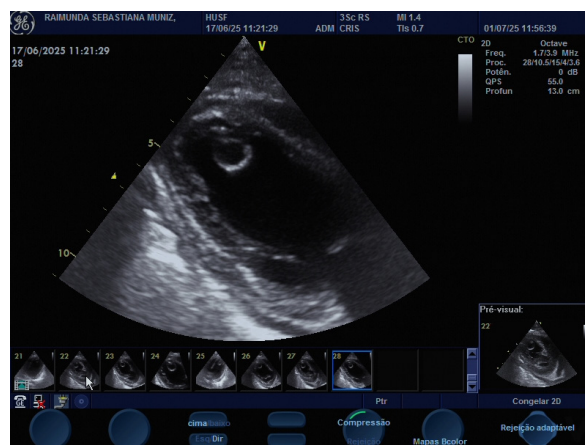
1116529

TROMBO CÍSTICO NO VENTRÍCULO ESQUERDO DIAGNOSTICADO POR ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

AUTOR(ES): ANNIE AZEREDO COUTINHO1; CRISTINA DE SYLOS1; RENATA NASCIMENTO DIAS1; NICOLI PAPIANI1; FABIO MANCILHA CARNEIRO1; MURILLO ANTUNES1;

(1) HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO (HUSF) - BRAGANÇA PAULISTA - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente feminina, 35 anos, previamente hígida, foi encaminhada à unidade hospitalar após 8 dias de início de quadro de febre, astenia e odinofagia, evoluindo posteriormente dor torácica intensa aos mínimos esforços. O diagnóstico foi de miopericardite. O ECO transtorácico realizado na admissão evidenciou disfunção sistólica global moderada a grave do VE, com hipocinesia difusa e moderado derrame pericárdico anterior. Sete dias depois, novo ECO foi realizado pelo mesmo operador e demonstrou massa cística móvel e hiperecogênica na ponta acinética do VE, medindo aproximadamente 1,2 x 1,2 cm, não presente em exame prévio, com suspeita de trombo cístico intracavitário. Foi iniciada anticoagulação oral, a paciente apresentou boa evolução clínica e laboratorial, com alta hospitalar. Após três dias de anticoagulação, retornou ao hospital com dor abdominal. Novo ECO não evidenciava mais a massa previamente descrita. A investigação diagnóstica revelou infarto esplênico, compatível com embolização do trombo anteriormente visualizado no VE. **Discussão:** O trombo ventricular esquerdo é uma complicação reconhecida em diversas cardiomiopatias e eventos inflamatórios, como a miopericardite. Sua apresentação na forma cística, com conteúdo predominantemente anecogênico e aparência de massa encapsulada, é extremamente rara. Essa morfologia incomum pode mimetizar cistos verdadeiros ou tumores intracavitários, o que torna essencial a acurácia diagnóstica por imagem. A forma cística de trombo intracavitário pode levar a confusão diagnóstica com massas não trombóticas, como mixomas atípicos e cistos infecciosos, especialmente o cisto hidático. Outros diagnósticos diferenciais são cisto sanguíneo e cisto broncogênico. O ecocardiograma é geralmente o primeiro método a identificar a massa. **Comentários Finais:** O trombo cístico do ventrículo esquerdo representa uma entidade rara e potencialmente desafiadora no diagnóstico diferencial das massas intracavitárias. Sua morfologia incomum, simulando cistos verdadeiros ou neoplasias, reforça a importância de se conhecer e considerar essas apresentações atípicas na prática clínica. O reconhecimento precoce dessas apresentações incomuns e a consideração criteriosa de seus diagnósticos diferenciais são fundamentais para evitar condutas inadequadas e reduzir o risco de complicações. A familiaridade do ecocardiografista e do clínico com tais entidades pode impactar diretamente na condução terapêutica e nos desfechos do paciente.



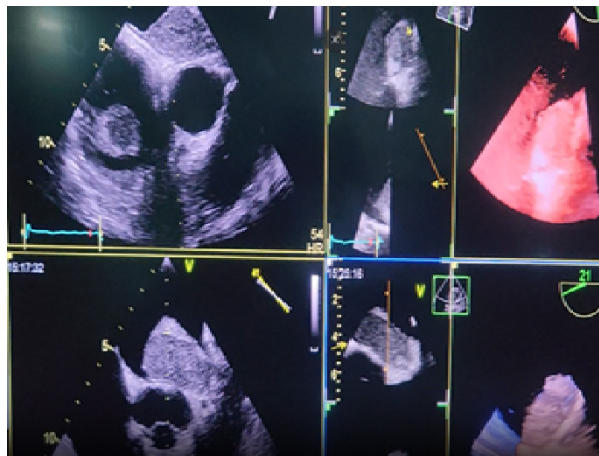
1116470

TROMBOS ATRIAIS GIGANTES SIMULANDO TUMOR CARDÍACO: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): MARCUS VINICIUS SILVA FREIRE DE CARVALHO¹; ALEXANDRE COSTA SOUZA¹; MOISES IMBASSAHY GUIMARAES MOREIRA¹; ALBERTO BRANDÃO SIQUEIRA¹; MARCELA PEREIRA FLORES¹; RODRIGO MOREL VIEIRA DE MELO¹;

(1) HOSPITAL SÃO RAFAEL, INSTITUTO I'DOR - SALVADOR - BA - BRASIL;

Apresentação do caso: Paciente 79 anos, HAS, FA permanente, AVE prévio e TVP, em uso irregular de Rivaroxabana, foi internado com quadro de dor torácica atípica. O ecot identificou massa no AE, medindo 4,0 x 2,5 cm podendo corresponder a tumor ou trombo. Diante dessa suspeita, paciente foi submetido a análise com ECOTE 3D com a identificação de duas grandes massas em AE e AD. O AE possuía uma imagem extensa pouco móvel, heterogênea, com superfície irregulares, aderida à parede anterior do átrio esquerdo e com extensão para a parede septal, bem como para a parede lateral e se projetando para o interior do apêndice atrial, porém, sem exercer efeito de massa em relação à veia pulmonar superior esquerda (diâmetro máximo de 5,02 x 2,7 cm). O AD possuía uma imagem extensa pouco móvel, arredondada, heterogênea, com superfícies regulares e aderida ao interior do apêndice atrial direito, projetando-se para a região central do respectivo átrio (diâmetros máximos de 2,7 x 2,7 cm). Ambas as imagens eram sugestivas de trombo organizados. Entretanto, visando maior detalhamento, foi realizada administração de agente de realce ultrassonográfico (ARUS), do tipo hexafluoreto de enxofre, com defeito de enchimento local (visto que o ARUS não penetrou no interior das massas), sugerindo que ambas as imagens eram avasculares e, portanto, corroborando para o diagnóstico de trombos organizados. A ressonância magnética também confirmou os achados do ecocardiograma transesofágico. Diante do quadro, foi indicada abordagem cirúrgica devido ao grande volume das estruturas e consequente risco de embolizações difusas, sendo realizada a retirada das massas atriais. O exame macro e microscópico confirmou tratar-se de trombos. **Discussão:** O presente caso apresenta a peculiaridade de apresentação de grandes trombos em ambos os átrios simulando neoplasias. Neste cenário a utilização do contraste no ECOTE 3D foi de grande valor, na medida que não houve perfusão da massa pelo contraste Hexafluoreto de Enxofre, levando ao diagnóstico mais provável de trombo, fato comprovado pela ressonância cardíaca e pelo estudo anátomo-patológico. **Conclusão:** Esse relato exemplifica a importância da utilização do agente de contraste para avaliar o grau de vascularização cardíaca e o melhor detalhamento anatômico para distinção de massas cardíacas entre tumores benignos, tumores malignos e trombos cardíacos, sobretudo quando apresentam características atípicas e de difícil distinção ao método transtorácico convencional.



1116836

UMA NOVA FRONTEIRA NO TRATAMENTO DA VALVA TRICÚSPIDE: CASO DE SUCESSO DE IMPLANTE DE TRICLIP

AUTOR(ES): LUDMILA BARBERINO¹; ALEXANDRE COSTA¹; MARCELLA FLORES¹; MARCUS VINICIUS FREIRE¹; RICARDO GUEDES¹; ADRIANO CHAVES¹; CRISTIANO GUEDES¹; RODRIGO MOREL¹;

(1) HOSPITAL SÃO RAFAEL - SALVADOR - BA - BRASIL;

Apresentação do caso: Paciente de 78 anos, masculino, portador de insuficiência cardíaca com fração de ejeção levemente reduzida, fibrilação atrial e doença renal crônica não dialítica. Vinha em seguimento clínico otimizado, porém mantinha-se muito sintomático, em classe funcional III, edemaciado, com internações frequentes para compensação clínica. Ao ecocardiograma, apresentava aumento biatrial importante, insuficiência mitral moderada e insuficiência tricúspide massiva, com vena contracta de 14 mm (secundária à dilatação do anel valvar e consequente redução da superfície de coaptação das suas cúspides). Devido ao quadro clínico e à presença de alto risco para cirurgia convencional (TRI-SCORE de 5 pontos, correspondendo a cerca de 14 % de mortalidade intra-hospitalar), foi optado por tratamento da insuficiência tricúspide através de reparo transcater com o dispositivo TriClip. O procedimento foi realizado em um Hospital terciário e foi guiado por ecocardiograma transesofágico. Foram utilizados 2 clips, não houve complicações e o paciente saiu de sala com refluxo residual discreto. **Discussão:** O manejo das valvopatias tricúspides secundárias se dá principalmente com o tratamento da condição de base (como insuficiência cardíaca esquerda e hipertensão pulmonar) e com terapia diurética para controle sintomático. A cirurgia convencional geralmente é reservada para pacientes que vão fazer cirurgia cardíaca por outro motivo (como tratamento de valvopatia mitral). Recentemente, o tratamento invasivo para casos clínicos refratários e com alto risco cirúrgico vem ganhando cada vez mais destaque na literatura e na prática clínica. Uma das técnicas mais difundidas de reparo é o tratamento borda a borda transcater com uso do TriClip. Este dispositivo foi avaliado no TRILUMINATE TRIAL tendo apresentado bons resultados em termos de melhora da qualidade de vida. **Comentários finais:** O tratamento percutâneo das valvopatias vem ganhando cada vez mais espaço na cardiologia. Inicialmente com as valvas mitral e aórtica como protagonistas. Nos últimos anos, o tratamento da tricúspide também ganhou destaque, em especial visando melhora sintomática e de qualidade de vida dos pacientes refratários ao tratamento medicamentoso otimizado. Nosso caso ilustra um dos primeiros implantes do dispositivo Triclip no Brasil, sendo o segundo da região Nordeste, com excelente resultado pós procedimento.



1116436

VALOR DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO DA ABORDAGEM INTEGRADA COM DOPPLER TRANSCRANIANO, ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO E TRANSESOFÁGICO NO AVC ISQUÊMICO CRIPTOGÊNICO

AUTOR(ES): GRACIELLY RODRIGUES BARROS¹; GUILHERME COUTINHO DE OLIVEIRA¹;

(1) HOSPITAL UNIMED VITÓRIA - VITÓRIA - ES - BRASIL;

Introdução: O forame oval patente (FOP) é uma causa potencial de acidente vascular cerebral isquêmico criptogênico (AVCi), especialmente em adultos jovens. Embora o ecocardiograma transesofágico (ETE) seja considerado o padrão ouro anatômico, métodos funcionais como o Doppler transcraniano (DTC) e o ecocardiograma transtorácico com contraste (ETT) oferecem maior sensibilidade para detecção de shunt direita-esquerda. A avaliação integrada pode aprimorar o diagnóstico e influenciar condutas terapêuticas, como o fechamento percutâneo do FOP. **Objetivo:** Avaliar a acurácia diagnóstica e o impacto clínico da abordagem combinada com DTC, ETT e ETE em pacientes com AVCi, considerando escores preditivos e desfechos clínicos. **Método:** Estudo retrospectivo com 180 pacientes entre 18 e 60 anos com AVCi e investigação etiológica negativa entre 2020 e 2024. Todos realizaram ao menos dois exames (DTC, ETT, ETE). Foram aplicados os escores ROPE e PASCAL para estratificação do risco causal. A principal variável de desfecho foi a recorrência de AVC/TIA em até dois anos de seguimento. **Resultados:** FOP foi identificado em 62% dos pacientes, sendo que 30% apresentavam aneurisma do septo interatrial. A combinação dos métodos aumentou a taxa de detecção e influenciou diretamente na indicação de fechamento percutâneo. Pacientes com escore ROPE alto ou moderado e que foram submetidos ao fechamento apresentaram menor taxa de recorrência de eventos isquêmicos. O grupo com DTC positivo e ETE negativo teve maior taxa de recorrência quando não tratado. **Conclusão:** A integração funcional-anatômica com DTC, ETT e ETE aprimora o diagnóstico do FOP clinicamente relevante e permite selecionar melhor os pacientes que se beneficiam do fechamento percutâneo, com impacto positivo na prevenção secundária do AVCi.

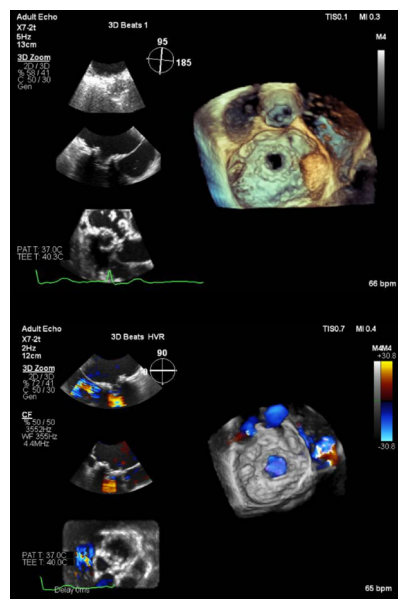
1117104

VALVE-IN-VALVE EM PACIENTE OCTAGENÁRIA COM MÚLTIPLAS INTEVENÇÕES PRÉVIAS: AVALIAÇÃO INICIAL E SEGUIMENTO COM ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO

AUTOR(ES): HENRIQUE RESIN¹; ULYSSES RAZIA CAVALCANTI¹; LAURA HECK ZETTERMAN¹; GABRIELA CARMINATI LINO¹; EDUARDO MENTI¹; FABIO RODRIGO FURINI¹; VALTER CORREIA LIMA¹; MATEUS DE SÁ RÉGO LIMA DE ALMADA¹; PAULO ERNESTO LEÃES¹; LEONARDO DE LEMOS BONOTTO¹;

(1) HOSPITAL SÃO FRANCISCO DA SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, UNISINOS - PORTO ALEGRE - RS - BRASIL;

Apresentação do caso: Paciente feminina de 80 anos, portadora de ICC, hipertensa com fibrilação atrial permanente, com procedimentos prévios de bioprótese mitral e plastia tricúspide em 2009, com reoperatório em 2015 para troca valvar mitral com bioprótese mitral N29, juntamente com valvuloplastia tricúspide e atrioseptoplastia, vem ao nosso serviço em caráter ambulatorial. No acompanhamento, a paciente trouxe uma ecocardiografia transesofágica (ETE) que mostrava o apêndice atrial praticamente ocluído por trombo juntamente com uma prótese mitral biológica com claro sinal de degeneração. Após demais avaliações para estimar riscos operatórios, foi-se combinado pelo o implante transcaterter valvar em bioprótese, que foi realizado com sucesso pela equipe de cardiologia intervencionista em nosso hospital. No seguimento ambulatorial pós-alta, o ETE apresentou oclusão do apêndice atrial esquerdo por abordagem cirúrgica combinada a dispositivos percutâneos, com pequeno leak residual e trombose parcial do apêndice. Notou-se disfunção sistólica leve do VE, além de comunicação interatrial residual no sítio de punção transeptal, apresentando shunt unidirecional. Identificou-se também veia pulmonar inferior direita com drenagem anômala, associada a hipertensão pulmonar, regurgitação tricúspide moderada e sinais de sobrecarga das câmaras direitas. A válvula aórtica apresentava esclerose com regurgitação leve. Ressalta-se que a presença de fibrilação atrial impacta negativamente a dinâmica global das estruturas cardíacas avaliadas. Finalmente, a prótese valvar mitral tinha aspecto usual com fluxo diastólico de velocidades normais, com gradiente de pico trans-valvar= 11 mmHg e gradiente médio trans-valvar=5 mmHg, com ausência de regurgitação ao Doppler a cores e convencional. **Discussão:** Diante da alta morbimortalidade associada à reoperação em biopróteses degeneradas, o implante transcaterter valvar em bioprótese (Valve-in-Valve) representa uma estratégia menos invasiva, capaz de restaurar a função valvar, postergar nova cirurgia e reduzir riscos perioperatórios, especialmente em pacientes com múltiplas intervenções prévias. **Comentários finais:** O ETE é indispensável no seguimento na avaliação de procedimentos de valve-in-valve mitral, sendo parte central do algoritmo diagnóstico e de monitoramento. A paciente se encontra estável, fazendo controle ambulatorial de sua condição juntamente com suas comorbidades e FEVE borderline de 45%.



1117001

VEGETAÇÕES VOLUMOSAS EM ENDOCARDITE INFECCIOSA: RELATO DE DOIS CASOS CRÍTICOS COM ACOMETIMENTO VALVAR EXTENSO E COMPLICAÇÕES ESTRUTURAIS

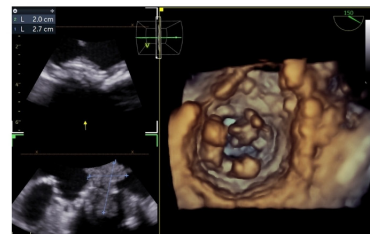
AUTOR(ES): MARJORIE PONTES BARIONI¹; FLAVIA NOGUEIRA CHIVA¹; WENDY SIERRAALTA¹; VANESSA GUIMARAES ANDRIOLI¹; JULIANA JANGELAVICIN BARBOSA¹; MARIO SERGIO ALVES ISSA¹; JORGE EDUARDO ASSEF¹; ANDREA DE ANDRADE VILELA¹;

(1) INSTITUIÇÃO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação dos casos A endocardite infecciosa (EI) sobre próteses e válvulas nativas permanece um desafio clínico, com elevada morbimortalidade. 25 a 30% dos casos envolvem próteses valvares. A presença de vegetações volumosas e abscessos intracardíacos está associada a risco elevado de complicações. Este trabalho apresenta dois casos de EI com vegetações gigantes e achados ecocardiográficos marcantes. Caso 1 - Paciente do sexo feminino, 56 anos, submetida à troca valvar mitral e aórtica por próteses biológicas em 2017. Admitida devido quadro de dispneia progressiva e em tratamento ambulatorial com cefalexina para foco cutâneo em membro inferior esquerdo. Após piora hemodinâmica, solicitado ecocardiograma transesofágico (ECOTE) e observadas vegetações móveis na prótese mitral (19x8mm e 13x9 mm) e múltiplas imagens na prótese aórtica (maior medindo 6x8 mm) (1), além de espessamento da fibrosa mitro-aórtica, sugerindo abscesso. Apesar de antibioticoterapia direcionada, um novo ECOTE após 10 dias evidenciou vegetação mitral, 36x16 mm (2), com projeção para o átrio esquerdo e obstrução funcional da prótese. A paciente foi submetida à cirurgia de retroca valvar mitral e aórtica. Caso 2 – Paciente do sexo feminino, 55 anos, com dentição em péssimo estado. Admitida no pronto atendimento em choque séptico. O ECOTE evidenciou valva mitral com espessamento acentuado na porção basal dos segmentos A1 e A2, com massa móvel aderida à região da comissura anterolateral. Notou-se fistula na base de A1 com fluxo que atravessa a vegetação, comunicando ventrículo esquerdo e átrio esquerdo, sugestivo de abscesso fistulizado. A vegetação mede 28x18 mm (3), com projeção para o ventrículo esquerdo durante a diástole. Hemoculturas parciais negativas com programação cirúrgica e antibioticoterapia empírica. Discussão Ambos os casos ilustram a apresentação crítica de EI com vegetações volumosas, condição associada a elevado risco de eventos embólicos, insuficiência valvar aguda e necessidade de intervenção precoce. Vegetações >10 mm já são consideradas de risco aumentado, e nos casos descritos, os diâmetros excedem amplamente esse limite (até 28 mm), reforçando a gravidade dos achados. **Comentários finais:** A presença de vegetações volumosas representa marcador importante de gravidade em endocardite infecciosa. Os dois casos aqui relatados evidenciam a diversidade de apresentações clínicas e estruturais da doença e reforçam o papel essencial da imagem na tomada de decisão precoce.



Caso 1 - Ecocardiograma transesofágico - vegetação em prótese mitral (19x8mm e 13x9mm)



Caso 1 - Ecocardiograma transesofágico após 10 dias



Caso 2 - Ecocardiograma transesofágico - vegetação em valva mitral fistulizada

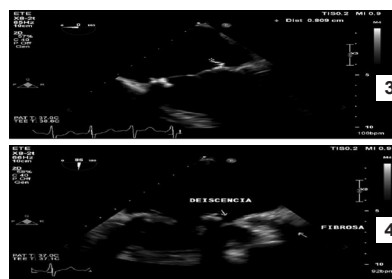
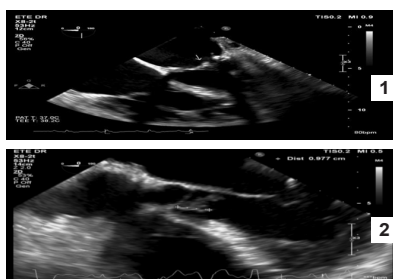
1116992

A IMPORTÂNCIA DA IMAGEM NO DIAGNÓSTICO DE ENDOCARDITE COM HEMOCULTURA NEGATIVA: TRÊS CASOS CLÍNICOS

AUTOR(ES): STHEFANE ALMEIDA1; FLAVIO EDUARDO RUZYCKI STASIAK1; DANIANE RAFAEL1; VINICIUS NICOLAU WOITOWICZ1; COSTANTINO ROBERTO FRACK COSTANTINI1; LEONARDO IEZZI DE MORAES1;

(1) HOSPITAL CARDIOLÓGICO COSTANTINI - CURITIBA - PR - BRASIL;

A endocardite infecciosa (EI) é uma condição grave que acomete principalmente as válvulas cardíacas e pode ser fatal se não diagnosticada e tratada adequadamente. O diagnóstico tradicional se baseia em hemoculturas, porém 2,5% a 31% dos casos apresentam resultados negativos, o que dificulta o diagnóstico e o início do tratamento. Nesses casos, os métodos de imagem, especialmente o ecocardiograma transesofágico (ETE), tornam-se ferramentas essenciais. O ETE possui alta sensibilidade para detectar vegetações, abscessos e outras complicações. A Diretriz de Endocardite da ESC 2023 reforça a importância da imagem como critério diagnóstico maior, incluindo novas modalidades como a Tomografia Computadorizada por Emissão de Pósitrons (PET/CT) e ressonância magnética (RM), que auxiliam na identificação de infecções em casos complexos, como pacientes com válvulas protéticas ou dispositivos intracardíacos. **Três casos clínicos ilustram esse cenário:** Paciente O.O.O. 71 anos: apresentando hipotensão, prostração, com ausculta cardíaca de insuficiência aórtica importante e hemocultura negativa. Submetido a ETE que revelou vegetações nas válvulas aórtica e mitral. Confirmada EI com abscesso mitroaórtico. Foi realizada troca valvar e antibioticoterapia com sucesso. Paciente J.T.B. 77 anos: com histórico de EI e plastia mitral em 2021. Em 2025 evoluiu com quadro de sepse, exame físico compatível com insuficiência mitral e hemoculturas negativas. O ETE mostrou vegetações na válvula mitral protética. Apesar da antibioticoterapia, a paciente teve piora clínica, sendo optado por cuidados paliativos. Paciente A.S.C. 71 anos: portador de prótese biológica mitral, evoluiu com quadro de sepse, sopro compatível com insuficiência mitral importante e hemocultura negativa. Realizou ETE e RM que identificaram vegetação e sinais inflamatórios. Submetido a cirurgia e antibioticoterapia. **Discussão:** A imagem é fundamental na suspeita de EI com hemocultura negativa, principalmente em pacientes com válvulas protéticas, onde o diagnóstico é mais desafiador. O ETE, além de confirmar o diagnóstico, ajuda na avaliação da gravidade e na decisão terapêutica, inclusive cirúrgica. A atual Diretriz de Endocardite da ESC insere a imagem compatível com EI como critério maior. **Conclusão:** Os casos apresentados demonstram a centralidade da imagem no diagnóstico e condução da endocardite infecciosa com hemocultura negativa, orientando de forma decisiva o tratamento adequado em diferentes cenários clínicos. **Figura 1 –** Caso 1: Ecocardiograma transesofágico: Vegetação em válvula mitral. **Figura 2 –** Caso 2: Ecocardiograma transesofágico: Vegetação em válvula aórtica. **Figura 3 –** Caso 3: Ecocardiograma transesofágico: vegetação em válvula mitral. **Figura 4 –** Caso 4: Ecocardiograma transesofágico: Abscesso em válvula mitral protética com refluxo perivalvar.



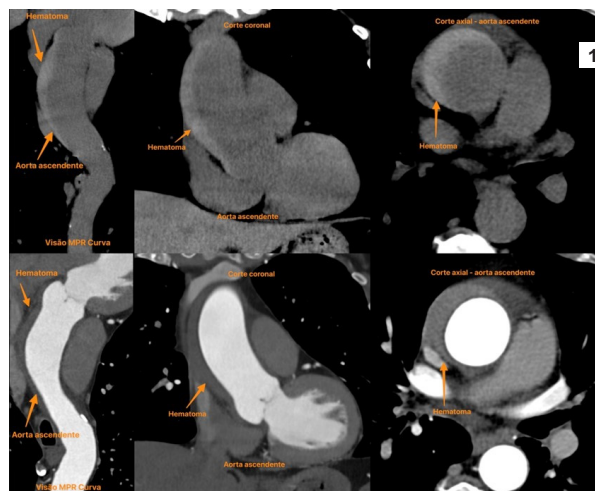
1116734

A MULTIMODALIDADE DE IMAGEM CARDIOVASCULAR NO DIAGNÓSTICO DO HEMATOMA INTRAMURAL DE AORTA ASCENDENTE: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): MARIA ESTEFANIA BOSCO OTTO1; NATHALIA CAETANO LOBO2; MARCUS VINICIUS SILVA FREITAS2; TIAGO NOBREGA MORATO2; FERNANDO ANTIBAS ATK2;

(1) UNB E HOSPITAL DF STAR REDE D'OR - BRASÍLIA - DF - BRASIL; (2) HOSPITAL DF STAR REDE D'OR - BRASÍLIA - DF - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente feminina, 67 anos, ex-tabagista, com histórico de pré-diabetes e dislipidemia, procurou atendimento em emergência por dor torácica contínua iniciada há 48 horas. A dor foi descrita como intensa, lancinante, localizada na região anterior do tórax, irradiando-se para a região cervical anterior, associada a astenia e mal-estar. No momento da admissão a paciente estava hipertensa, o ECG mostrou fibrilação atrial, sem sinais de isquemia aguda. O ecocardiograma transtorácico evidenciou função biventricular preservada, dilatação discreta da aorta ascendente e pequeno derrame pericárdico. Inicialmente, realizou-se tomografia computadorizada de tórax sem contraste (Figura 1), a qual sugeriu hematoma intramural (HIM), complementada por angiogramografia contrastada (Figura 1) que definiu o diagnóstico. A paciente foi submetida à cirurgia com monitorização intraoperatória por ecocardiografia transesofágica (ETE), que demonstrou hematoma próximo ao anel aórtico, sem acometimento valvar evidente, mas com grande proximidade ao anel valvar. Devido este achado do ETE, optou-se pela troca da válvula aórtica por prótese biológica e substituição da aorta ascendente por tubo de Dacron. A paciente evoluiu com derrame pericárdico no pós-operatório, drenado, e recebeu alta hospitalar após 15 dias, com prótese valvar normofuncionante. **Discussão:** O HIM da aorta é uma manifestação de síndrome aórtica aguda (SAA) caracterizada por hemorragia na camada média da aorta, sem ruptura intimal visível. Representa 10–30% dos casos SAA, predominando em idosos hipertensos. A ausência de flap intimal o diferencia da dissecação clássica, tornando o seu diagnóstico desafiador. A angiogramografia é o método de escolha para identificação do HIM, enquanto o ETE auxilia na avaliação de complicações como insuficiência aórtica e decisão cirúrgica. A forma tipo A, envolvendo a aorta ascendente, requer abordagem cirúrgica precoce com mortalidade similar à da dissecação de aorta. **Comentários Finais:** Este caso ilustra a importância da abordagem com multimodalidade de imagem cardiovascular para o diagnóstico preciso e a conduta adequada do HIM da aorta ascendente. O HIM da aorta deve ser tratado como dissecação aguda da aorta pelo risco de ruptura. O envolvimento dos seios de Valsalva, próximo ao anel aórtico, promove uma situação de dificuldade na preservação valvar e pode ser avaliada pelo ETE intraoperatório determinando a troca valvar, como orientado no intraoperatório deste caso. **Figura 1 –** Imagens tomografia de tórax sem contraste e angiogramografia de aorta torácica (planos MPR curvo, coronal e axial) demonstrando o hematoma intramural, que se estende desde a raiz aórtica até o arco médio.



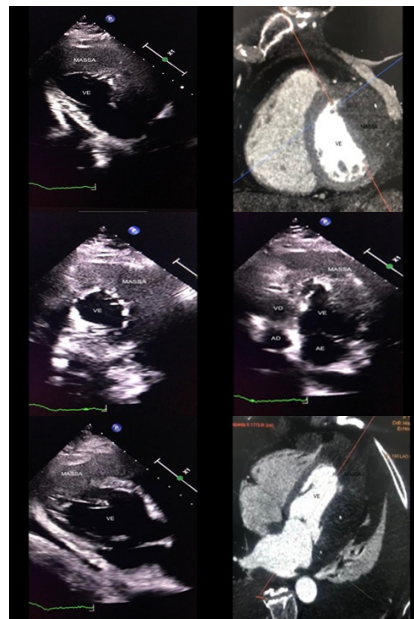
1116780

ACHADO DE INVASÃO TUMORAL NO MIOCÁRDIO EM PACIENTE COM SUPRA DE ST: DIAGNÓSTICO POR ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO

AUTOR(ES): ISADORA COMINETTI BIGOLINI¹; RUBENS STACHELSKI¹; JULIANO SARTORI¹; MARIA LUIZA STANGHERLIN¹; LEONARDO PRAMIO¹; GABRIELA BASSANI FAHL¹;

(1) UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES (URI) - ERECHIM - RS - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente feminina, 73 anos, portadora de carcinoma espinocelular (CEC) pulmonar avançado com invasão pleural, linfonodal e volumosa massa em mediastino anterosuperior (7,0 x 5,0 x 6,0 cm), em vigência de quimioterapia, radioterapia e imunoterapia. Durante o tratamento, apresentou derrames pleurais recorrentes, broncopneumonia, tromboembolismo pulmonar e taquicardia supraventricular. Após nove meses, tomografia mostrou redução da massa mediastinal (4,0 x 3,0 cm), mas surgiram implantes pericárdicos nodulares (até 1,7 cm). Em novembro de 2021, internou por dispneia. Radiografia revelou opacidade no hemitórax esquerdo, realizou-se toracocentese. Três semanas depois, retornou ao hospital e foi indicada pleurodesse por derrame pleural recorrente. No pré-operatório, eletrocardiograma mostrou supradesnivelamento do segmento ST em derivações anterolaterais sem clínica de síndrome coronariana aguda. Suspeitou-se de pericardite ou progressão tumoral com invasão pericárdica. Ecocardiograma transtorácico revelou massa mediastinal com invasão do miocárdio no ápice e parede anterior e lateral do ventrículo esquerdo, com hipocinesia e fração de ejeção reduzida (40,7% por Simpson). Angiotomografia descartou obstruções coronarianas e compressão extrínseca, mas mostrou infiltração por tumor até a cavidade ventricular esquerda. Descartado infarto, foi realizada videopleuroscopia bilateral com pleurodesse química, sem intercorrências. A paciente teve alta em dezembro de 2021, mas evoluiu para óbito por insuficiência respiratória após três meses. **Discussão:** O CEC é um subtipo de câncer de pulmão não pequenas células, com apresentações variadas. Em caso de acometimento cardíaco por tumor, o prognóstico é desfavorável, exceto em casos incomuns quando a neoplasia avançada responde à terapia sistêmica. O caso descrito evidenciou um CEC pulmonar de comportamento agressivo, com progressão local e extensa infiltração do miocárdio. O ecocardiograma foi determinante para elucidação do caso de forma não invasiva, além de demonstrar a relevância do método na busca de diagnósticos diferenciais para alterações eletrocardiográficas. **Comentários Finais:** Este relato reitera a avaliação integral no diagnóstico médico, sendo que resultados de exames complementares devem ser interpretados em conjunção com as informações clínicas. Ademais, destaca como a avaliação ecocardiográfica pode responder uma questão clínica e auxiliar a conduta médica de maneira relevante.



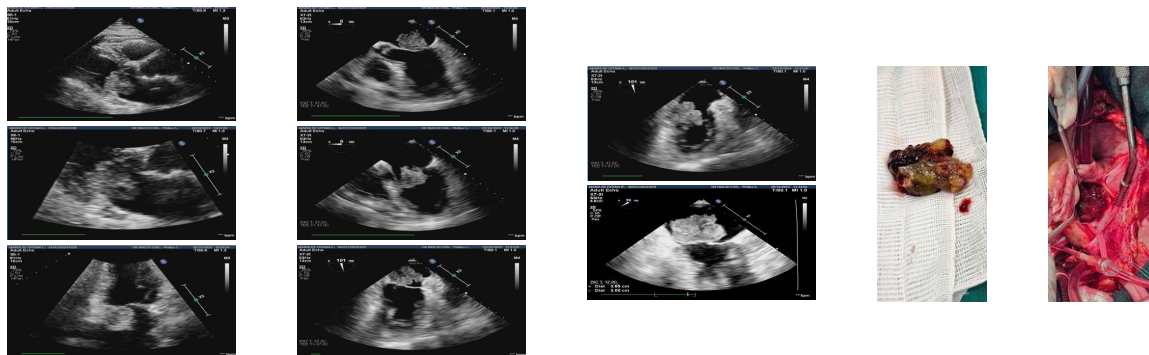
1116654

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE UM MIXOMA ATRIAL: PAPEL FUNDAMENTAL DO ECOCARDIOGRAMA

AUTOR(ES): INÁCIO ANTUNES CHICONELI¹; THAÍS FLORES CARVALHO¹; CEZAR LADEIRA MACEDO JÚNIOR¹; JOSÉ GUILHERME SOUZA JÚNIOR¹; CAIO AUGUSTO CARVALHO¹; JUAN DIAS LIMA¹; JOSIANE RODRIGUES NUNES¹; SCHNEIDER GARDONI SILVA ELIAS²; HUDSON UMEOKA JÚNIOR¹;

(1) PREVENTCOR - MURIAÉ - MG - BRASIL; (2) CASA DE SAÚDE SANTA LÚCIA - MURIAÉ - MG - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente do sexo feminino, 68 anos, foi admitida após episódio de hemiparesia transitória em hemisfério direito, com exame clínico neurológico normal na chegada ao hospital. A ressonância magnética de crânio revelou múltiplos focos de restrição à difusão, compatíveis com acidente vascular cerebral (AVC) de origem embólica. Durante investigação etiológica, o ecocardiograma transtorácico evidenciou massa hiperecogênica, pedunculada localizada no interior do átrio esquerdo e associada ao folheto posterior da valva mitral, de contornos irregulares e grande mobilidade, com protrusão para o interior do ventrículo esquerdo durante a diástole. A suspeita de mixoma foi reforçada por ecocardiograma transesofágico, que confirmou a presença de massa de aproximadamente 36 x 30 mm no interior do átrio esquerdo. A paciente foi encaminhada à cirurgia cardíaca, com excisão completa da massa e preservação da valva mitral. O exame anatomopatológico confirmou tratar-se de mixoma atrial. **Discussão:** O mixoma é o tumor cardíaco primário mais comum, com predileção pelo átrio esquerdo. Pode manifestar-se por sintomas constitucionais, obstrutivos ou fenômenos embólicos. A apresentação inicial com quadro neurológico, embora descrita, não é frequente. Nos casos de AVC criptogênico, a investigação com ecocardiograma é fundamental, principalmente o transesofágico, que possui alta sensibilidade para detecção de massas intracardíacas, trombos e outras fontes embólicas. A localização junto ao folheto posterior da valva mitral, associada à mobilidade da massa, eleva o risco embólico e reforça a urgência da conduta cirúrgica. **Comentários Finais:** Este caso evidencia a relevância do ecocardiograma, especialmente o transesofágico, na elucidação de AVCs de etiologia indeterminada. A rápida identificação do mixoma permitiu a intervenção cirúrgica precoce, com bom desfecho clínico. A imagem cardiovascular demonstrou papel essencial tanto no diagnóstico quanto no planejamento terapêutico. Em pacientes com quadro neurológico sugestivo de AVC embólico e sem causa evidente, a avaliação cardiológica com imagem detalhada deve ser prontamente considerada.



1117065

ACOMETIMENTO MULTIVALVAR SECUNDÁRIO A MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO VI: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): THIAGO DORNELAS DE OLIVEIRA¹; JOSÉ DIAS DE ASSIS NETO¹; SARA SARY ELDIM CAMPANATI¹; IZABELLA SILVA FIGUEIREDO¹; LILIAN PAULA DE SOUZA¹; MARIA DO CARMO PEREIRA NUNES¹;

(1) HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG - BELO HORIZONTE - MG - BRASIL;

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 29 anos, com diagnóstico de mucopolissacaridose tipo VI (síndrome de Maroteaux-Lamy), apresentando-se clinicamente com paraplegia decorrente de compressão medular. Em tratamento com reposição enzimática com galsulfase. Relata dor torácica, palpitações e dispneia aos pequenos esforços. Ao exame físico, apresenta fácies síndrômica, assimetria torácica e giba costal por escoliose. Ritmo cardíaco regular em três tempos, bulhas normofonéticas e sopro mesoteliadiastólico em foco mitral (3+/6+). Ecocardiograma transtorácico demonstrou ventrículos com dimensões e função preservadas, porém com aumento significativo do átrio esquerdo (volume indexado de 48 mL/m²). A valva mitral apresentava espessamento difuso dos folhetos, sem fusão comissural, com estenose grave (área valvar pela planimetria de 0,80 cm²), e gradientes transvalvares máximo de 30 mmHg e médio de 17 mmHg, com regurgitação leve. Observou-se ainda espessamento das valvas tricúspide e aórtica, com dupla lesão leve em ambas, além de espessamento do pericárdio anterior ao ventrículo direito. **Discussão:** A mucopolissacaridose tipo VI é uma doença genética autossômica recessiva causada pela deficiência da enzima arilsulfatase B, levando ao acúmulo progressivo de glicosaminoglicanos em diversos tecidos, incluindo estruturas cardiovasculares. O envolvimento cardíaco é frequente e contribui significativamente para a morbimortalidade, sendo as valvopatias mitral e aórtica as manifestações mais comuns. Além disso, podem ocorrer miocardiopatia, hipertensão arterial e acometimento coronariano. A espessura valvar e o grau de disfunção podem progredir mesmo com o tratamento enzimático, exigindo acompanhamento regular para avaliação de intervenção valvar. **Comentários finais:** O espessamento valvar difuso constitui uma das manifestações nas mucopolissacaridoses. Este caso reforça a importância do rastreio ecocardiográfico periódico, mesmo na vigência de reposição enzimática, para melhor estratificação de risco e planejamento terapêutico.



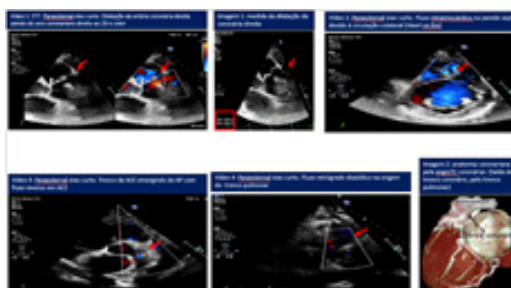
1116434

ALCAPA NO ADULTO: CAUSA RARA E SUBDIAGNOSTICADA DE DISFUNÇÃO VENTRICULAR ESQUERDA. UM RELATO DE CASO

AUTOR(ES): FERNANDA VALE GUIMARAES¹; WANEISSA NAKAMURA GUIMARAES¹; DASSIS CAJUBA COSTA BRITTO FILHO¹; ANA LUIZA CALDEIRA LOPES¹; FERNANDA BIANCHI BESSA¹; REYNA PINHEIRO CALZADA¹; ANDRE DEVECCHI¹; FERNANDA LAIZA PEREIRA BATISTA¹; CAMILA MARTINS FERREIRA¹; ADENALVA LIMA SOUZA BECK¹;

(1) INSTITUTO DE CARDIOLOGIA E TRANSPLANTES DO DISTRITO FEDERAL (ICTDF) - BRASÍLIA - DF - BRASIL;

Apresentação do caso: Mulher, 47 anos, com histórico de diabetes e câncer de colo uterino tratado com quimio e radioterapia, referia dor torácica atípica de longa data. Cintilografia miocárdica prévia ao tratamento oncológico revelou hipocinesia anterio-apical com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) preservada e isquemia induzida por estresse. Ecocardiogramas seriados demonstraram manutenção da FEVE e insuficiência mitral (IM) discreta. Cateterismo revelou artéria coronária direita (ACD) dilatada e impossibilidade de cateterização seletiva do tronco coronário esquerdo (TCE) sendo indicado angiotomografia coronariana que demonstrou anomalia da origem da artéria coronária esquerda (ACE) a partir da artéria pulmonar (AP) (ALCAPA). Novo ecocardiograma transtorácico (ETT) evidenciou dilatação discreta de câmaras esquerdas, FEVE de 42%, hipocinesia difusa, IM moderada (secundária), ACD bastante dilatada (0,9cm) com hiperfluxo, fluxo diastólico em tronco da AP, origem do tronco da ACE a partir da AP e fluxo colorido proeminente no septo interventricular (SIV), sugestivo de colaterais (Heart on fire), achados clássicos de ALCAPA. Atualmente, a paciente encontra-se assintomática em tratamento para cardiomiopatia dilatada (CMD). **Discussão:** A ALCAPA é uma cardiopatia congênita rara (1 para cada 300.000 nascidos vivos), potencialmente letal na infância, mas pode evoluir até a vida adulta em casos de circulação colateral bem desenvolvida. No adulto, o diagnóstico é frequentemente retardado porque a apresentação é heterogênea e pode ser confundido com outras comorbidades, exigindo alta suspeita clínica. Embora, no caso descrito, a disfunção do VE possa ser atribuída à cardiotoxicidade, os achados do ETT são clássicos. A realização de um mapeamento detalhado da artéria coronária direita (ACD) e do Doppler colorido da AP e do SIV, frequentemente negligenciado na rotina clínica, possibilita um diagnóstico precoce e acurado em mais de 80% dos casos da forma adulta. O manejo cirúrgico é geralmente indicado devido ao risco de arritmias fatais, morte súbita e disfunção ventricular progressiva. **Comentários:** ALCAPA no adulto é uma causa rara, porém tratável, devendo sempre ser pesquisada no contexto de CMD. O diagnóstico precoce permite intervenções que podem alterar o prognóstico. O ecocardiograma é o método de primeira linha mas seus achados característicos podem facilmente passar despercebidos na ausência de avaliação direcionada, como ilustrado nesse caso.



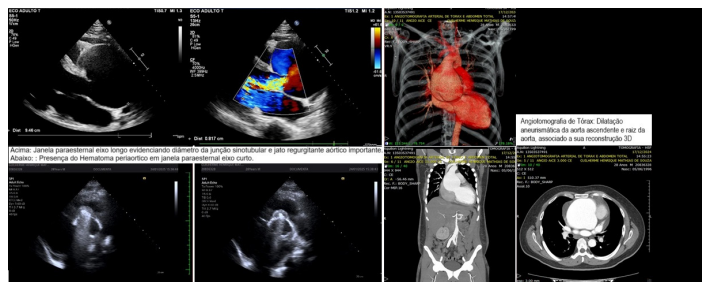
1116569

ANÁLISE ECOCARDIOGRÁFICA DE HEMATOMA PERIPROTÉTICO AÓRTICO APÓS CIRURGIA DE BENTALL-DE BONO POR ANEURISMA GIGANTE DE AORTA ASCENDENTE

AUTOR(ES): EDUARDO POLETTI CAMARA1; MARIANA FOSENCA DOS SANTOS2; ANDRÉ LUIS TOZZATO VOLPE1; KARINA ELORD CASTRO RIBEIRO SILVEIRA1; SIMONE HELENA CAIXE1; THAIS HELENA PEREIRA MARTINS1; THIAGO COELHO BANDECA1; ADELE PAGLIARINI CYPRIANO1; JULIANO CESAR DOS SANTOS1; KELTER JAMEL SGOBI1;

(1) HOSPITAL SÃO FRANCISCO - RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL; (2) HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA - RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL;

Apresentação do caso: Paciente masculino, 28 anos, hipertenso desde os 16 anos, sem outras comorbidades, apresentou epigastralgia recorrente seguida de dor torácica aos esforços e dispnéia progressiva. Ao exame, identificou-se massa pulsátil em precórdio e sopro pansistólico. A radiografia de tórax mostrou hilos congestionados e aumento da área cardíaca. Ao ecocardiograma transtorácico revelou-se insuficiência aórtica grave (PHT 119 ms), insuficiências mitral e tricúspide moderadas, dilatação aneurismática da aorta ascendente (95 mm) e da raiz aórtica (47 mm), dilatação biventricular e fração de ejeção do ventrículo esquerdo reduzida (FEVE: 40%). A angiotomografia confirmou o aneurisma gigante da aorta ascendente (10 cm) sem dissecção. O paciente foi então submetido à cirurgia de Bentall de Bono. No pós-operatório, ecocardiograma identificou material heterogêneo adjacente à raiz da aorta anterior, medindo 16 x 31 mm, com artefato de reverberação sobre a prótese mecânica, sem fluxo ao Doppler, sugestivo de hematoma periaórtico e a prótese apresentou regurgitação discreta com gradientes preservados. Após anticoagulação plena e terapia para insuficiência cardíaca, houve melhora clínica. Aos 60 dias, novo ecocardiograma mostrou resolução completa do hematoma e recuperação da FEVE. **Discussão:** Aneurismas gigantes da aorta ascendente (>10 cm) são raros (<0,5% dos casos) e apresentam alto risco de dissecção e ruptura, com mortalidade significativa acima de 6 cm. A cirurgia de Bentall é o tratamento indicado, mas possui complicações em até 25% dos casos. O ecocardiograma transtorácico foi fundamental para o diagnóstico inicial do aneurisma e das insuficiências valvares, além de detectar precocemente o hematoma periaórtico pós-cirúrgico, uma complicação rara (2–5%). A ausência de fluxo Doppler e os artefatos acústicos foram cruciais para diferenciar o hematoma de pseudoaneurisma ou abscesso. A resolução espontânea do hematoma e a melhora da função ventricular ressaltam o valor do ecocardiograma no acompanhamento não invasivo e na orientação terapêutica. **Comentários Finais:** Este caso reforça o papel essencial do ecocardiograma transtorácico no manejo de pacientes com aneurismas gigantes da aorta submetidos à cirurgia de Bentall, destacando sua importância na avaliação e monitoramento de complicações raras e no desfecho clínico favorável.



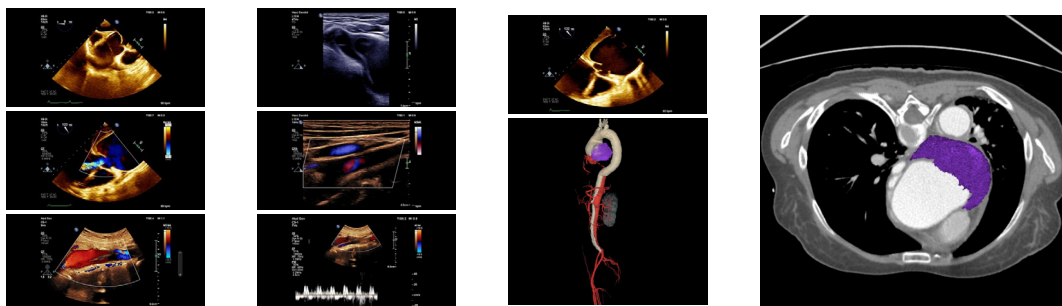
1114539

ANEURISMA SEGUIDO DE DISSECÇÃO DE AORTA ASCENDENTE: UMA COMPLICAÇÃO RARA DE AORTITE SIFILÍTICA TERCIÁRIA NOS DIAS ATUAIS

AUTOR(ES): BRUNA ZANFORLIN JÁCOME1; SYLVIA MANHÃES PIRES DE VASCONCELOS1; BERNARDO NASCIMENTO LOURENÇO1; ALESSANDRO ZAKHIA DE SEIXAS1; LARISSA RIBAS CARESTIATO1; ANNA ESTHER ARAUJO E SILVA1; ISABELA SENNA MOREIRA1; JULIANA SERAFIM DA SILVEIRA1; WALTER GENTA JUNIOR1; ELIZA DE ALMEIDA GRIPPI1;

(1) HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO / HUAP - UFF - NITEROI - RJ - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente do sexo feminino, 42 anos, branca, natural do Rio de Janeiro, procurou atendimento no HUAP, referindo cansaço aos mínimos esforços há 4 meses. Há 6 meses apresentou dor precordial de forte intensidade associada a vômitos e síncope. Encaminhada para realização de ETT que evidenciou aneurisma de aorta ascendente em torno de 7,5 cm, com hematoma em seu interior. Presença de insuficiência aórtica moderada, devido à dilatação da aorta ascendente. No plano apical 5 câmaras, observou-se imagem sugestiva de flap intimal, confirmada ao avaliar a aorta abdominal no plano subcostal, com visualização de 2 lúmens. O verdadeiro e o falso lúmens apresentam fluxos semelhantes, provavelmente pela presença de comunicações entre eles. Realizado ETE que demonstrou valva aórtica trivalvular associada a aneurisma de aorta ascendente com hematoma em falsa luz. Paciente encaminhada à angiotomografia que evidenciou aneurisma fusiforme em aorta ascendente medindo 8,1x7,5cm com componente justamural compatível com hematoma mural. A dissecção se estende até as ilíacas e a falsa luz é a predominante. Solicitado sorologias virais sendo positiva para HIV e sífilis, com o diagnóstico de aortite sífilítica. Paciente foi encaminhada à cirurgia cardíaca. **Discussão:** A dissecção de aorta é uma condição grave e entre suas causas destaca-se a aortite sífilítica, uma manifestação tardia da sífilis terciária que afeta a aorta e pode resultar em dissecção. A sífilis é uma doença infecciosa causada pelo *Treponema pallidum*. Após a infecção primária, o T. pallidum está presente na parede da aorta, inicialmente na adventícia e logo após nos vasos linfáticos. Este é um dos principais motivos do tropismo das espiroquetas para a aorta ascendente, uma vez que é rica em linfáticos. O processo inflamatório pode ser encontrado até 25 anos após a infecção inicial. A incidência de manifestações tardias de sífilis diminuiu drasticamente devido à penicilina. A sífilis terciária era a causa mais comum de aneurisma da aorta torácica, resultando em 5 a 10% das mortes cardiovasculares. Atualmente é uma complicação rara da sífilis, o que torna a suposição diagnóstica mais difícil. **Comentários Finais:** Este é um caso raro de aortite sífilítica, levando a aneurisma da aorta ascendente seguido por dissecção. O reconhecimento precoce e o tratamento adequado são fundamentais para evitar esse tipo de desfecho clínico. Este caso destaca a importância de considerar etiologias infecciosas em pacientes com aneurismas e dissecções aórticas.



1116463

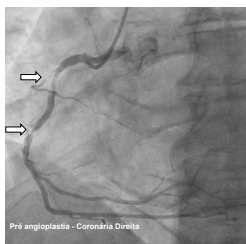
ANEURISMAS CORONÁRIOS PÓS INTERVENÇÃO CORONARIANA PERCUTÂNEA COM STENTS FARMACOLÓGICOS: UM EFEITO COLATERAL RARO

AUTOR(ES): BRUNO QUERIDO¹; THIAGO ARTIOLI¹; LAYANE BONFANTE¹; MATHEUS LORENZONI¹; DENIS CARDENAS¹; MARINA CAVALLARI¹; MARINELLA CENTEMERO¹; PAUL SALVADOR¹; LUIZA GOULART¹;

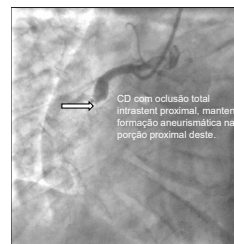
(1) INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

INTRODUÇÃO: Intervenção coronária percutânea na síndrome coronária aguda reduz mortalidade e reinfarto. Entretanto existem riscos: trombose, reestenose, e raramente, formação de aneurismas coronários. **CASO:** Homem, 50 anos, tabagista e diabético; encaminhado ao serviço de referência após infarto do miocárdio com supradesnivelamento de ST (IAMCSST) inferior trombolisado em julho/2019 para coronariografia (CATE) que revelou lesão longa na porção proximal e média da coronária direita (CD), tratada com stent farmacológico (SF), sem outras lesões. Manteve dupla antiagregação plaquetária (DAPT) por 1 ano. Em julho/2021 apresentou novo infarto e CATE com SF na CD mantido com ectasia proximal, lesão grave na descendente posterior (tratada com SF) e lesão grave proximal em descendente anterior tratada com SF. Prescrito DAPT por 1 ano. Em abril/2022, novo IAMCSST inferior e CATE com stents em CD prévios e formação aneurismática no SF proximal; Descendente anterior sem obstruções e ectasia na porção proximal do SF. Tomografia de coerência óptica revelou aneurismas com má aposição nas porções proximais dos stents em CD e descendente anterior e ausência de endotelização das hastes mal apostas nas 2 artérias. Mantido em tratamento clínico e DAPT (trocado clopidogrel por Ticagrelor) por 1 ano. Em maio/23, após suspensão do Ticagrelor, apresentou novo IAMCSST inferior trombolisado, cujo CATE evidenciou aumento da formação aneurismática na porção proximal do stent da CD, com demais stents prévios. Encaminhado para investigação de trombofilia (não confirmada) e mantido com DAPT. Em maio/24 apresentou novo IAMCSST inferior trombolisado, CATE demonstrou CD com oclusão total intrastent proximal, mantendo formação aneurismática na porção proximal deste. Devido aos múltiplos eventos relacionados a este vaso, optamos por não realizar intervenção percutânea. **CONCLUSÃO:** Aneurismas Coronarianos são raros (0.8-1.3%) após SF, predispondo à trombose e síndrome coronariana aguda, particularmente após suspensão da DAPT, o que ocorreu neste caso. Fatores predisponentes: lesões complexas (proximais, longas, oclusões totais e SF de primeira geração). Fisiopatologia é incerta, relacionada ao efeito tóxico das drogas antireestenose, cicatrização endotelial retardada, hipersensibilidade ao polímero, enfraquecimento da parede arterial, dilatação e má aposição das hastes do SF. O tratamento é controverso, DAPT em longo prazo pode ser considerada, mas o manejo deve ser individualizado.

Julho 2019



Maio 2024



1116837

APRESENTAÇÃO RARA DE AGENESIA DO PERICÁRDICO EM MULHER JOVEM

AUTOR(ES): VALTER MAGALHÃES DE SOUZA FILHO¹; JULIA GARCIA LEAL ELIAS¹; MARCELO LOPES MONTE MOR¹; FERNANDA SEGURA CAMPOS¹; SARA SANTOS ARAUJO¹; MIRSAIL GABRIEL DA SILVA NETO¹; SILVIO LUIZ POLINI GONÇALVES¹;

(1) HOSPITAL VERA CRUZ - CAMPINAS - SP - BRASIL;

Apresentação do caso: Mulher, 19 anos, assintomática, sem comorbidades conhecidas, em avaliação de rotina foi observado cardiomegalia, o que motivou investigação por meio do ecocardiograma transesofágico. O mesmo identificou pseudodilatação das câmaras direitas e hiper mobilidade dos segmentos laterais do ventrículo esquerdo e da parede livre do ventrículo direito, achados sugestivos de agenesia do pericárdio. A ressonância magnética cardíaca confirmou levoposição excessiva das câmaras cardíacas, hiper mobilidade biventricular e insinuação do parênquima pulmonar entre o tronco da pulmonar e aorta ascendente e evidenciou ausência do pericárdio lateral, confirmando o diagnóstico de agenesia parcial do pericárdio. **Discussão:** A agenesia congênita do pericárdio é rara, podendo ocorrer de forma parcial ou total, com prevalência estimada entre 0,002 a 0,004%, mais frequente em homens. Por ser majoritariamente assintomática, o diagnóstico costuma ocorrer incidentalmente em exames de imagem. Cerca de 50% dos casos associam-se a outras malformações cardíacas, como o defeito do septo interatrial, persistência do canal arterial, valvulopatia mitral, valva aórtica bicuspid, teatrológia de Fallot e drenagem pulmonar anômala, além de anomalias extracardíacas, como a síndrome de Marfan. Este caso ilustra o diagnóstico incidental em paciente jovem, assintomática, com suspeita pelo ecocardiograma de uma patologia de frequência rara, direcionando a complementação com a ressonância magnética cardíaca. **Comentários finais:** A identificação de cardiopatias congênitas, mesmo em assintomáticos, é fundamental por impactar a linha de cuidado, permitindo planejamento adequado de abordagens clínicas e cirúrgicas. No caso da agenesia do pericárdio, o ecocardiograma destaca-se como ferramenta acessível e valiosa no rastreamento inicial.



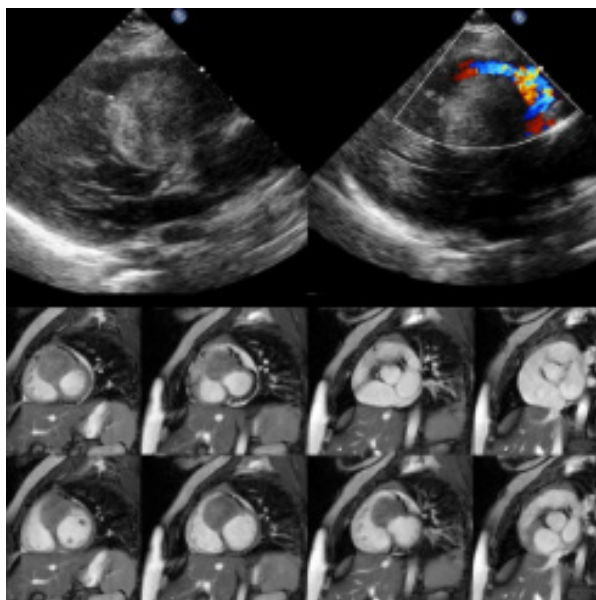
1116456

AVALIAÇÃO POR IMAGEM DE MASSA INTRACARDÍACA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE FIBROMA CARDÍACO

AUTOR(ES): NICOLLE NERY LEÃO¹; RENATA MATTOS SILVA¹; ADRIANA MACINTYRE INNOCENZI¹; MARITZA XAVIER ANZANELLO¹; HÉRICA FALCI FERREIRA MACHADO¹; RENATA LABRONICI¹; JOANA ARLDT MELLO COBUCCI¹; NATÁLIA ANTELO MACHADO OLIVEIRA¹; YOHANNA BAIÃO BRITO PEREIRA¹;

(1) INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA - RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL;

Menino de 4 anos, assintomático, internado com síndrome de Stevens-Johnson associada ao uso de fenobarbital. Durante a internação, foi auscultado sopro cardíaco e solicitado ecocardiograma (ECO), que evidenciou grande massa em corpo e via de saída do ventrículo direito, adjacente ao septo interventricular, com projeção intracavitária causando obstrução ao fluxo. A ressonância magnética cardíaca (RMC), confirmou imagem de massa única, de bordos bem definidos, não móvel, localizada no ventrículo direito junto ao septo com projeção para a via de saída, sem evidências de infiltração miocárdica. As características morfológicas e de sinal foram sugestivas de fibroma cardíaco (FC). O paciente encontra-se aguardando ressecção cirúrgica. Os tumores cardíacos são raros na infância, sendo a maioria benignos. O FC é o segundo mais comum, geralmente único, afetando preferencialmente o septo interventricular. Pode crescer em direção à cavidade, infiltrar o miocárdio e apresentar calcificações centrais. Embora a maioria seja assintomática e o diagnóstico incidental, podem causar complicações graves, como arritmias, embolizações, insuficiência cardíaca e morte súbita. O ECO é o exame de escolha inicial. Permite avaliação da localização, tamanho e relação com as estruturas cardíacas. No caso do FC, geralmente revela massa sólida, grande, única, não contrátil e heterogênea. Contudo, limitações como dependência do operador e janelas acústicas ruins indicam o uso complementar da RMC, que fornece caracterização tecidual superior, definindo localização, contornos, relação com estruturas adjacentes, extensão e, sendo fundamental no planejamento cirúrgico. O FC geralmente é isointenso em T1 e hipointenso em T2, ocasionalmente podem exibir alguns aspectos heterogêneos com aparência de hiperintensidade, apresentam realce tardio intenso e hipoperfusão na primeira passagem de contraste. A tomografia pode auxiliar na detecção de calcificações. A biópsia é o padrão-ouro, porém reservada a casos selecionados. O FC não regride espontaneamente, sendo a ressecção cirúrgica indicada em casos de obstrução significativa, arritmias ou embolização. As opções cirúrgicas incluem ressecção parcial, total ou transplante cardíaco. O manejo ideal ainda é desafiador na prática pediátrica. O FC, embora benigno, pode ter desfechos graves. Por isso, o diagnóstico preciso e a definição terapêutica são essenciais. A combinação entre ECO e RMC é essencial para a caracterização do FC e o planejamento cirúrgico.



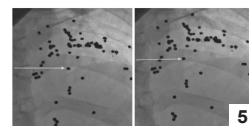
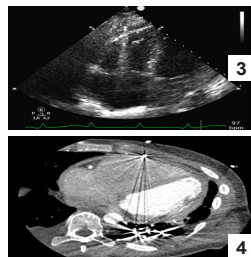
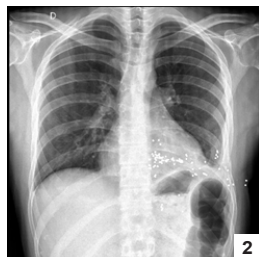
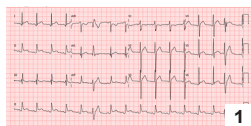
1116732

AVALIAÇÃO POR MULTIMODALIDADE DE IMAGEM EM PERICARDITE POR PROJÉTEIS DE ARMA DE FOGO: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): VICTÓRIA LIMA ALMEIDA¹; GUILHERME BACELLAR FONTANA¹; LETÍCIA ARAÚJO TASSINE PENATTI¹; THAIS FERNANDA MOGARI¹; FLÁVIO HENRIQUE VALICELLI¹; ANTÔNIO CARLOS LEITE DE BARROS FILHO¹; MINNA MOREIRA DIAS ROMANO¹; ANDRÉ SCHMIDT¹; HENRIQUE TURIN MOREIRA¹;

(1) HC FMRP - RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL;

Homem, 23 anos, previamente hígido, admitido em setor de emergência por ferimento de arma de fogo em 31/12/2024. Submetido a procedimentos cirúrgicos, incluindo correção de fratura exposta do úmero esquerdo, além de lesão de artéria braquial e nervo mediano. Também foram realizadas esplenectomia e gastrectomia em cunha. Durante a internação, foi solicitada avaliação da Cardiologia devido à presença de taquicardia ventricular fascicular em monitorização contínua, sem sinais de instabilidade hemodinâmica, revertida após administração de amiodarona endovenosa. Iniciado então, verapamil via oral, com alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial. Após 5 meses da alta hospitalar, paciente retornou ao ambulatório com queixa de dor torácica intermitente iniciada há 3 dias, com piora em decúbito dorsal e inspiração profunda, e melhora ao inclinar o tronco para frente. Realizado eletrocardiograma com evidência de supradesnivelamento do segmento ST associado à infradesnivelamento do segmento PR difusamente. Diante do diagnóstico de pericardite aguda por causa externa, optado pela internação hospitalar para investigação. Iniciado tratamento com ibuprofeno e colchicina. Ecocardiograma evidenciou pericárdio de aspecto hiperecogênico, com derrame mínimo, além de sombras acústicas de projétil próximo à parede livre do ventrículo direito. Tomografia computadorizada de coração, sincronizada com ECG, demonstrou espessamento pericárdico de até 6 mm, sem derrame, com múltiplos projéteis adjacentes ao coração, principalmente junto à parede anterolateral do ventrículo esquerdo. Realizado fluoroscopia em setor de hemodinâmica para avaliar o posicionamento dinâmico dos projéteis, sendo observado que alguns projéteis apresentavam movimentação sincronizada com os batimentos cardíacos em apneia, demonstrando íntima relação com estruturas cardíacas. Visto melhora sintomática desde o início do tratamento, bem como marcadores inflamatórios em queda, optado pela manutenção do tratamento clínico, com reavaliações clínicas ambulatoriais semanais. Em caso de falha terapêutica, programada discussão em Heart Team com vistas à pericardiectomia regional. A presença de projétil no saco pericárdico é uma condição rara, e o tratamento varia conforme o quadro clínico, podendo incluir observação, pericardiocentese ou cirurgia. Neste caso, a avaliação por múltiplas modalidades de imagem foi essencial para o diagnóstico, monitorização terapêutica e eventual planejamento terapêutico. **Figura 1** – Eletrocardiograma na admissão hospitalar. **Figura 2** – Radiografia de tórax evidenciando estilhaços de projétil, não sendo possível diferenciar topografia. **Figura 3** – Ecocardiograma transtorácico: apical 4 câmaras com sombra acústica do projétil. **Figura 4** – Angiotomografia de coração. **Figura 5** – Fluoroscopia com paciente em apneia mostrando movimentação do projétil durante a sístole (esquerda) e diástole (direita).



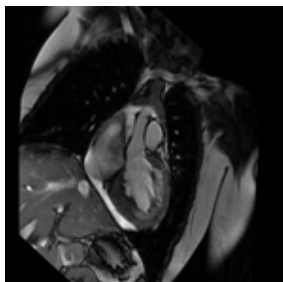
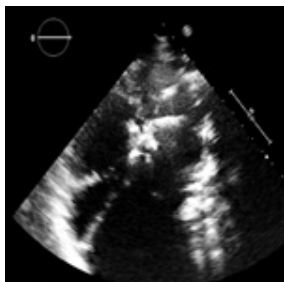
1116748

CALCIFICAÇÃO E OSSIFICAÇÃO MIOCÁRDICA: UM RELATO DE CASO EM ADOLESCENTE COM EVOLUÇÃO FATAL

AUTOR(ES): MARIA FERNANDA ROCHA MENEZES¹; BRUNO HIDEO SAIKI SILVA¹; FLÁVIA LUISA DOS SANTOS TEIXEIRA¹; FLÁVIA SOLANGE PORTO LOVATO¹; LETÍCIA FORTKAMP DE ALMEIDA¹; HELEN CAROLINE TELES OJEDA¹; DENISE REGINA ADAMY¹;

(1) HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE - CURITIBA - PR - BRASIL;

Apresentação do caso: L.F.R., 13 anos, sem comorbidades, estava em seguimento ambulatorial por massa intracardíaca assintomática desde o período neonatal. Ecocardiogramas e ressonâncias mostravam massa calcificada heterogênea sobre o septo interventricular (SIV), estendendo-se ao ventrículo esquerdo (VE), sem obstrução da via de saída ou disfunção. Em abril de 2025, foi internado com dispneia e fadiga aos esforços. Exames revelaram disfunção sistólica grave (fração de ejeção de 19%), hipertensão pulmonar severa e dilatação de átrio esquerdo. Radiografia evidenciou áreas de calcificação. A ressonância mostrou VE trabeculado, discinesia apical, realce tardio em SIV e parede lateral, além de edema miocárdico difuso. Cateterismo evidenciou lesão infiltrativa calcificada e hipertensão pulmonar sistêmica. Instituiu-se tratamento clínico otimizado para insuficiência cardíaca, com estabilização hemodinâmica. Recebeu alta após 16 dias. Duas semanas depois, retornou com tosse, febre, coriza e hemoptise. Evoluiu em 24 horas com edema agudo de pulmão e choque cardiogênico, necessitando intubação e suporte vasotativo. Pesquisa viral detectou Influenza A. No segundo dia de internação, evoluiu a óbito por parada cardíaca súbita. Anatomopatológico revelou calcificação e ossificação em VE e SIV, fibrose e calcificação distrófica em vasos e grandes artérias. **Discussão:** Calcificações miocárdicas em adolescentes são raras e, quando ocorrem, são geralmente assintomáticas. Podem ser distróficas, quando ocorrem em áreas de necrose celular com eletrólitos normais, ou metastáticas, associadas a distúrbios como hiperparatireoidismo. O caso confirmou padrão distrófico, sem alterações metabólicas. Essa calcificação pode surgir após inflamações, como miocardites e seu envolvimento extenso prejudica a função cardíaca. A infecção por Influenza A possivelmente foi o gatilho inflamatório, resultando em descompensação aguda, edema pulmonar e arritmia fatal. A evolução rápida reforça a vulnerabilidade de pacientes com alterações cardíacas estruturais, mesmo que assintomáticas. **Comentários finais:** O caso ressalta a importância do acompanhamento precoce de alterações cardíacas estruturais assintomáticas em jovens. A calcificação distrófica, mesmo silenciosa, pode evoluir de forma crítica. O seguimento especializado e o tratamento adequado de condições associadas é essencial para evitar desfechos graves. O relato contribui para o entendimento clínico de cardiopatias raras na adolescência.



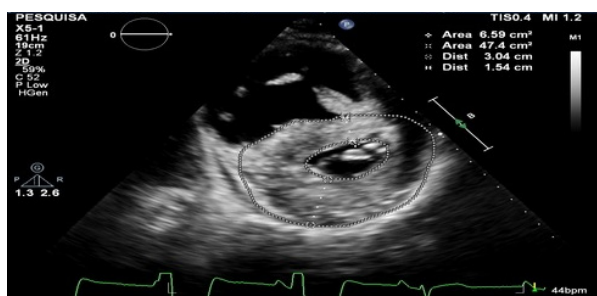
1117052

CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA COM FENÓTIPO BIVENTRICULAR E OBSTRUÇÃO DA VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO DIREITO: RELATO DE CASO E O PAPEL DA IMAGEM MULTIMODAL

AUTOR(ES): FERNANDA BORGES CAVALET¹; RAFAEL CAMPOS OLIVEIRA¹; ANA CAROLINE REINALDO DE OLIVEIRA¹; DANIELA DO CARMO RASSI¹; VERENA NUNES E SILVA¹; JOÃO BATISTA MASSON SILVA¹;

(1) HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - GOIÂNIA - GO - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente masculino, 32 anos, com cardiomiopatia hipertrofica (CMH), em acompanhamento ambulatorial e portador de cardiodesfibrilador implantável para profilaxia primária. Evoluiu com piora da dispneia (NYHA II) mesmo com terapia medicamentosa. O ecocardiograma transtorácico (ETT) revelou função sistólica do ventrículo esquerdo (VE) preservada e hipertrofia assimétrica do VE, mais acentuada no segmento basal da parede anteroseptal (24 mm) e no segmento médio da parede inferolateral (30 mm). Não havia obstrução dinâmica na via de saída do VE (VSVE) em repouso (19 mmHg), mas observou-se obstrução leve após manobra de Valsalva (36 mmHg). Adicionalmente, identificou-se disfunção sistólica do ventrículo direito (VD), acompanhada de hipertrofia da base do VD e da região infundibular, causando obstrução na via de saída do VD (VSVD), com gradiente em repouso de 94 mmHg. A ressonância magnética cardíaca (RMC) corroborou os achados do ETT e demonstrou fibrose miocárdica estimada em mais de 15% da massa total do VE. **Discussão:** A CMH é a doença cardíaca genética mais comum, causada por mutações em genes de proteínas sarcoméricas. Caracteriza-se por hipertrofia ventricular esquerda (HVE) na ausência de outras condições justificáveis, definida por espessura da parede do VE ≥ 15 mm. Há diferentes padrões de HVE, sendo o septo anterior basal o mais comum (70%). Outros fenótipos incluem apical, concêntrica, de parede lateral, e a menos frequente hipertrofia médio-ventricular. Embora predominantemente no VE, o VD pode ser afetado. A hipertrofia do VD associada à HVE ocorre em 9-16% dos pacientes, sendo o acometimento isolado do VD extremamente raro. O envolvimento do VD está ligado a formas mais avançadas e prognóstico menos favorável. A hipertrofia no VD ocorre principalmente na inserção da parede livre do VD no septo interventricular. O ETT é a imagem inicial de escolha na CMH. Novas técnicas de ecocardiografia e, especialmente, a RMC aprimoram a diferenciação da CMH de outras causas de HVE, otimizam o diagnóstico fenotípico (como no caso de HVE assimétrica com hipertrofia do VD), e permitem a avaliação e quantificação da fibrose miocárdica, um importante marcador prognóstico. **Conclusão:** A compreensão e a utilização adequadas de imagens multimodais são fundamentais para o diagnóstico preciso, bem como para o tratamento e acompanhamento de pacientes com CMH.



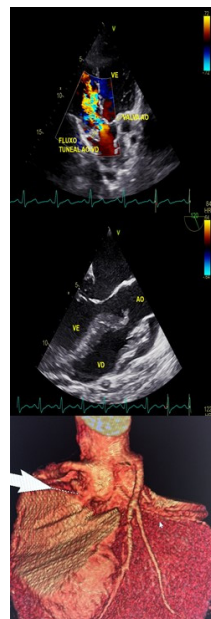
1116719

CARDIOPATIA CONGÊNITA RARA EM ADULTO JOVEM: TÚNEL AORTO-VENTRICULAR DIREITO

AUTOR(ES): MATEUS MAITAN CACHONI¹; VÍCTOR SENISE NASCIMENTO¹; ANNA LUÍZA GUAGLIARDI DOMINGUES¹; MARIA FRANCO LIMA DE CASTRO¹; JÚLIA MARIOTI¹; RENATO TEIXEIRA¹; MARIA JULIA SILVEIRA RAHAL¹; ALEXANDRE VOLNEY VILLA¹; KATASHI OKOSHII¹; SILMÉIA GARCIA ZANATI BAZAN¹;

(1) FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP - BOTUCATU - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente feminina, 28 anos, encaminhada ao ambulatório de cardiologia após quadro gripal e achado de sopro sistólico para avaliação de possível cardiopatia congênita com suspeita de comunicação interventricular (CIV). Ao exame físico apresentava sopro sistólico contínuo no segundo espaço intercostal direito. O ecocardiograma transtorácico evidenciou comunicação anômala entre a aorta e o ventrículo direito, com fluxo unidirecional sistólico e diastólico. O ecocardiograma transesofágico confirmou túnel aorto-ventricular direito (TAVD) com 9,0x3,5mm, associando-se a função ventricular esquerda no limite inferior e sinais de hipertensão pulmonar leve. Angiotomografia de coronárias foi solicitada para avaliação de anomalias associadas e planejamento cirúrgico. O exame confirmou a presença de comunicação entre o seio coronariano esquerdo e o ventrículo direito (TAVD) e afastou anomalias coronarianas, sendo encaminhada para correção cirúrgica eletiva. **Discussão:** O TAVD é uma anomalia congênita rara que representa menos de 10% dos casos de túnel aorto-ventricular, cuja maioria se comunica com o ventrículo esquerdo. A incidência exata é desconhecida, aproximadamente 130 casos foram relatados na literatura, cerca de duas vezes mais casos em homens do que em mulheres. Trata-se de um canal extracardiaco que conecta a aorta ascendente ao ventrículo direito, resultante de defeito no desenvolvimento dos coxins endocárdicos que formam as raízes aórtica e pulmonar. O diagnóstico diferencial inclui janela aorto-pulmonar, CIV e fístulas coronárias. A apresentação clínica depende do tamanho do túnel e do grau de shunt, variando de insuficiência cardíaca precoce a sopro assintomático. O ecocardiograma é o método diagnóstico de escolha, complementado por tomografia ou ressonância nos casos complexos. A ausência de anomalias coronarianas permite o planejamento cirúrgico seguro. O tratamento definitivo é cirúrgico, visando o fechamento do túnel para evitar sobrecarga volumétrica, insuficiência cardíaca e risco de endocardite. **Comentários Finais:** O TAVD, apesar de raro, deve ser considerado em adultos jovens com sopro contínuo e sem diagnóstico prévio. O uso de imagem multimodal é essencial para elucidação diagnóstica e planejamento terapêutico. A correção cirúrgica precoce apresenta bom prognóstico e reduz complicações tardias. Este caso destaca a importância da investigação precisa de cardiopatias congênitas raras em adultos.



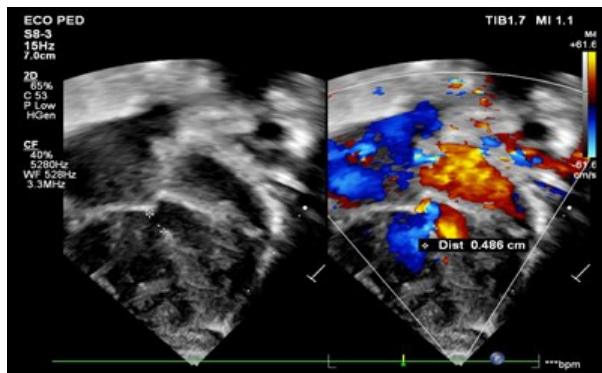
1116717

CARDIOPATIA CONGÊNITA RARA: SÍNDROME DE TAUSSIG-BING EM RECÉM-NASCIDO

AUTOR(ES): MATEUS MAITAN CACHONI¹; VÍCTOR SENISE NASCIMENTO¹; ANNA LUÍZA GUAGLIARDI DOMINGUES¹; MARIA FRANCO LIMA DE CASTRO¹; JÚLIA MARIOTI¹; ANA PAULA MENA LOUSADA¹; JULIANA RODRIGUES ORTIZ¹; SILMÉIA GARCIA ZANATI BAZAN¹;

(1) FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP - BOTUCATU - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Lactente feminina com 15 dias de vida encaminhada ao Pronto Socorro com quadro clínico de choque cardiogênico, icterícia precoce e alteração neuropsicomotora grave. Ao exame físico apresentava baixa implantação de orelhas, malformação do aparelho auditivo e anorretal, pescoço alado, palato fendido, desvio ulnar das mãos, sopro holossistólico +4/+6 panfocal. Apresentava múltiplas malformações congênitas como meningocele e cardiopatia congênita. O ecocardiograma transtorácico mostrou dupla via de saída do ventrículo direito (DORV) do tipo Taussig-Bing, associada à comunicação interatrial tipo óstio secundum, persistência do canal arterial, comunicação interventricular (CIV) tipo via de saída muscular subpulmonar, estenose pulmonar moderada, dilatação moderada do ventrículo direito com miocárdio hipertrabeculado. Cariótipo e teste do pezinho com resultados normais. Houve melhora do quadro clínico, tendo alta hospitalar e mantendo acompanhamento no ambulatório de genética em investigação de síndrome velocardiofacial. **Discussão:** Síndrome de Taussig-Bing é uma cardiopatia congênita rara caracterizada por transposição das grandes artérias com CIV subpulmonar, tipo de duplo trajeto de saída do ventrículo direito (DORV). Essa condição leva a fisiologia semelhante à transposição completa das grandes artérias, com mistura inadequada de sangue e, consequentemente, hipóxia sistêmica. CIV subpulmonar pode causar fluxo pulmonar aumentado, causando congestão pulmonar e insuficiência cardíaca. Os sintomas são: cianose, taquipneia, dificuldade para mamar, sudorese ao se alimentar, atraso no crescimento e insuficiência cardíaca. O diagnóstico ecocardiográfico identifica a origem das grandes artérias, localização da CIV e padrão de drenagem coronariana. A angiotomografia ou ressonância magnética cardíaca pode ser indicada para avaliação pré-operatória. A correção cirúrgica é a operação de switch arterial com fechamento da CIV (cirurgia de Jatene). **Comentários Finais:** Síndrome de Taussig-Bing é uma cardiopatia congênita complexa e rara, mas importante pela gravidade e pelo tratamento cirúrgico com ótimos resultados quando manejada adequadamente. O reconhecimento precoce no ecocardiograma da anatomia e das anomalias associadas é fundamental para o sucesso cirúrgico. O switch arterial primário é a melhor abordagem cirúrgica, sendo essencial o seguimento clínico rigoroso para garantir boa qualidade de vida em longo prazo.



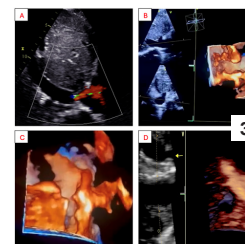
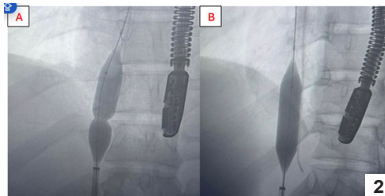
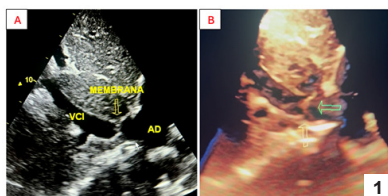
1117067

CASO RARO DE SÍNDROME DE BUDD-CHIARI POR OBSTRUÇÃO MEMBRANOSA DA VEIA CAVA INFERIOR: DIAGNÓSTICO POR ECOCARDIOGRAMA TRIDIMENSIONAL

AUTOR(ES): BRUNO FRETAS LEITE1; RAFAEL MODESTO FERNANDES1; JUN RAMOS KAWAOKA1; FELIPE CARVALHO DE OLIVEIRA1; CAIO REBOUCAS CAFEZEIRO1; BRUNO VASCONCELLOS OLIVEIRA1; DIOGO FREITAS AZEVEDO1; FABRICIO MASCARENHAS OLIVEIRA1; RAYMUNDO PARANA1; MARCIA NOYA1;

(1) HOSPITAL ALIANÇA STAR - REDE D'OR - SALVADOR - BA - BRASIL;

APRESENTAÇÃO: Paciente masculino, 44 anos, procedente de Curitiba – PR com queixa de fadiga, náuseas e dor e distensão abdominal iniciadas há 4 anos. Ao longo desse período, exames compatíveis com disfunção hepática e doença crônica parenquimatosa do fígado. Negava consumo de álcool. Investigação negativa para hepatites virais e autoimunes. O paciente foi internado para investigação diagnóstica e indicação de biópsia hepática. Como parte do preparo pré-operatório, foi solicitado um ecocardiograma transtorácico (ECO). Este revelou uma imagem sugestiva de membrana na veia cava inferior (VCI) próxima à sua junção com o átrio direito (AD), levantando a hipótese de obstrução venosa. (Figura 1A) Para melhor caracterização anatômica, foi realizado ecocardiograma tridimensional (3D) (Figura 1B), que confirmou a presença de uma membrana obstrutiva na VCI, compatível com Síndrome de Budd-Chiari (SBC) tipo membranoso. Foi realizada angioplastia com cateter balão com sucesso (Figura 2). Após 6 meses da abordagem, paciente apresenta exames de imagem com normalização da função hepática. ECO de controle evidenciou uma estenose residual estimada em 50%, porém suficiente para uma drenagem satisfatória da VCI no AD. (Figura 3) **DISCUSSÃO:** A SBC é uma condição rara caracterizada por obstrução parcial ou completa do fluxo venoso hepático. Os dados epidemiológicos globais da SBC estimam que a sua incidência seja cerca de um caso por milhão de habitantes por ano. Nesse caso, a apresentação clínica foi dominada pelos sinais de cirrose, o que levou inicialmente à investigação hepática isolada. O achado incidental no ECO de dilatação injustificada da veia cava inferior levou a maior detalhamento através da janela subcostal. A utilização do 3D foi fundamental para a caracterização anatômica da membrana, fornecendo imagens em alta resolução espacial e permitindo visualização detalhada da obstrução. **COMENTÁRIOS FINAIS:** Este caso ilustra a importância de uma abordagem multidisciplinar e da ampliação diagnóstica em pacientes com doença hepática crônica de causa incerta. O ECO 3D mostrou-se essencial para o diagnóstico da SBC de padrão membranoso, modificando diretamente a conduta e o prognóstico do paciente. A identificação precoce da SBC tem impacto prognóstico, pois permite intervenções que podem evitar a progressão para insuficiência hepática terminal e morte. **Figura 1 – A:** Ecocardiograma transtorácico, janela subcostal: veia cava inferior dilatada e presença de membrana em sua junção com o átrio direito; B: Pela imagem 3D é possível notar que a veia supra hepática deságua a montante da membrana. **Figura 2 – A:** Imagem da angioplastia transfemoral com cateter balão durante insuflação com indentação típica no local da obstrução membranosa. B: Após insuflação completa. **Figura 3 –** Ecocardiograma transtorácico em janela subcostal de controle após 6 meses da angioplastia com balão: em A, imagem com doppler colorido evidenciando aceleração do fluxo, que ocupa aproximadamente metade do diâmetro do vaso; B e C, imagens 3D onde se caracteriza melhor a luz e membrana residual. D, imagem in face para cálculo da área residual por planimetria.



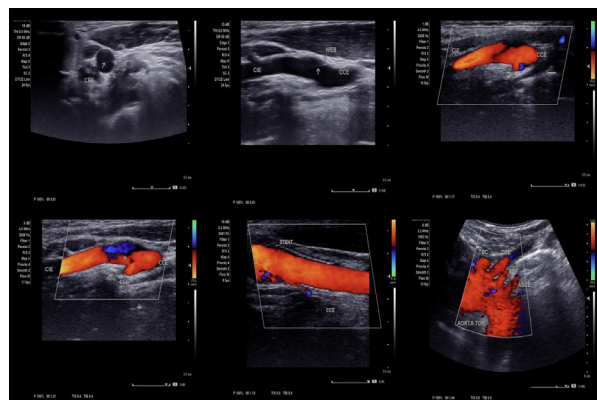
1116518

CEFALÉIA PERSISTENTE SECUNDÁRIA A MEMBRANA CAROTÍDEA (“CAROTID WEB”)

AUTOR(ES): JOSÉ ALDO RIBEIRO TEODORO1; LUCAS BUTION TEODORO2; PEDRO BUTION TEODORO2; MARCO ANTONIO ZANDONI JUNIOR2; ANTÔNIO PIO MARIA JEMMA3;

(1) PRENOTO CLÍNICA MÉDICA DIAGNÓSTICA - RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL; (2) UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA - PRESIDENTE PRUDENTE - SP - BRASIL; (3) HOSPITAL SÃO PAULO - RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente do sexo feminino, 33 anos, com queixa de cefaleia pulsátil hemcraniana esquerda de longa duração e intensidade acentuada, foi avaliada por neurologista e encaminhada ao cirurgião vascular com hipótese de cefaleia de origem vascular. Realizou-se Eco-Doppler Colorido (EDC) dos vasos cervicais, que identificou membrana carotídea (MC) na artéria carótida interna esquerda, caracterizada por espessamento intimal triangular, membrana móvel intraluminal e alteração do padrão de fluxo, além de variação anatômica da artéria vertebral esquerda com origem no arco aórtico. A angiografia confirmou a presença da MC sem estenose significativa. Optou-se por tratamento endovascular com implante de stent sem angioplastia. O procedimento foi bem-sucedido, com ausência da membrana em angiografia de controle e resolução total da cefaleia no seguimento de cinco meses. **Discussão:** A MC, uma displasia fibromuscular intimal rara, pode ser causa de eventos isquêmicos e cefaleias atípicas. Embora geralmente assintomática, sua manifestação clínica pode incluir cefaleia intensa, como no caso descrito. O EDC mostrou-se um método não invasivo e altamente sensível para a detecção da MC, sendo fundamental para o diagnóstico inicial. A angiografia confirmou os achados e permitiu o planejamento da intervenção. Dentre as abordagens terapêuticas, a colocação de stent foi escolhida visando minimizar o risco de embolização, com sucesso clínico e hemodinâmico. **Comentários Finais:** Este caso ressaltar a importância da MC como diagnóstico diferencial em cefaleias persistentes de etiologia incerta. O EDC, associado à angiografia, demonstrou alta acurácia na identificação das alterações estruturais e do padrão de fluxo. O tratamento endovascular com stent resultou em desfecho clínico satisfatório e eliminação completa dos sintomas. A conscientização sobre essa condição rara pode ampliar a capacidade diagnóstica de clínicos e especialistas, promovendo decisões terapêuticas mais eficazes e prevenção de eventos isquêmicos futuros.



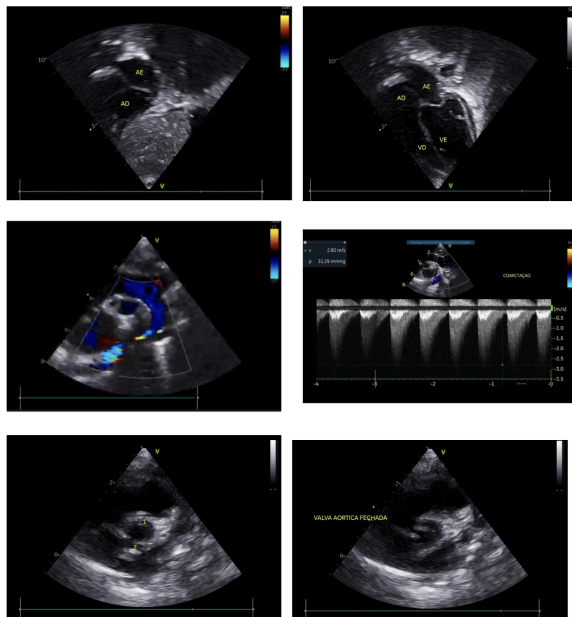
1116821

- COARCTAÇÃO CRÍTICA DA AORTA COM DIAGNÓSTICO TARDIO EM LACTENTE ASSINTOMÁTICO: O VALOR DA IMAGEM ECOCARDIOGRÁFICA NA AVALIAÇÃO DE CASOS SILENCIOSOS

AUTOR(ES): CAROLINA RIBEIRO COSTA¹; MARCELO FREDERIGUE DE CASTRO²;

(1) HOSPITAL MILITAR DE MINAS GERAIS - BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; (2) HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA - BELO HORIZONTE - MG - BRASIL;

Apresentação do Caso: Lactente masculino, 7 meses, 7,7 kg, encaminhado à cardiologia pediátrica após detecção de estalido protossistólico em foco aórtico ao exame físico. Havia histórico de bronquiolite grave com necessidade de ventilação mecânica e internação hospitalar prolongada. Pré-natal sem intercorrências. Nascimento a termo, com testes de triagem neonatal normais, inclusive o teste do coraçozinho (SatO₂ 96/96%). Desenvolvimento neuropsicomotor e crescimento adequados. Ao exame, encontrava-se em bom estado geral, com pulsos radiais cheios, porém pediosos ausentes. Extremidades aquecidas, perfusão preservada e saturação de 99% em membros superiores. Saturímetro não detectou curva para aferição da saturação em membros inferiores. O ecocardiograma transtorácico evidenciou hipoplasia moderada da aorta descendente, com estreitamento crítico do istmo aórtico (3 mm; Z = -5,0), com fluxo turbulento ao Doppler contínuo, velocidade máxima de 2,8 m/s e gradiente estimado em 31 mmHg. Destaca-se que o gradiente pode estar subestimado por limitação técnica no alinhamento do fluxo. Observou-se valva aórtica bivalvular com função preservada e câmaras cardíacas normais. Encaminhado para correção cirúrgica, que foi realizada sem intercorrências, com ausência de gradiente residual. **Discussão:** A coarctação crítica da aorta geralmente se manifesta nas primeiras semanas de vida com instabilidade hemodinâmica. Este caso se destaca pelo diagnóstico tardio em lactente assintomático, o que é incomum. A presença de vasos colaterais eficazes foi provavelmente responsável por manter a perfusão distal e mascarar a gravidade da obstrução. O ecocardiograma foi fundamental ao demonstrar o estreitamento aórtico, o gradiente e a anatomia valvar associada. **Comentários Finais:** Este caso ressalta o papel essencial da imagem ecocardiográfica na detecção de cardiopatias críticas mesmo em pacientes estáveis. O diagnóstico tardio de coarctação grave, compensada por circulação colateral, mostra que a ausência de sintomas não exclui doença significativa. A avaliação ecocardiográfica detalhada foi decisiva para o diagnóstico e tratamento oportuno.



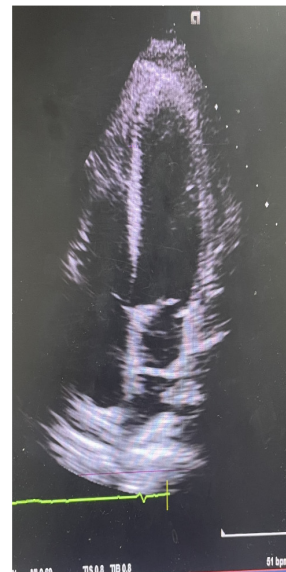
1116820

COR TRIATRIATUM SINISTRUM DIAGNOSTICADO POR ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA EM PACIENTE ADULTO COM APRESENTAÇÃO NEUROLÓGICA ATÍPICA

AUTOR(ES): IVIA DAYANA MALLAU FULGUERA¹; IZABELA MARTINS JACOB¹; TAMARA DE SÁ GONÇALVES LOPES¹; NATHALIA TROMBINI CALLIERI BELARMINO¹; BRUNO TIAGO CABRAL¹; LEANDRO CARLOS CUNHA KLARGE¹; HUSSEIN ALI ZEIN¹; MARCEL CIUFFO ALMEIDA PINA¹; ANA CLARA RODRIGUES TUDE¹; LUMA ALENCAR ALEXANDRE SOUSA¹;

(1) ECOCARDIOGRAFIA- INRAD / HOSPITAL DE CLÍNICAS FMUSP - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Relato de Caso: Paciente masculino, 38 anos, previamente hígido, foi admitido após episódios de crises convulsivas. A tomografia de crânio e angiotomografia arterial e venosa evidenciou trombose venosa central do seio sagital superior. Durante a investigação etiológica, o paciente apresentava frequência cardíaca de 75 bpm, ritmo sinusal, sem sopros, sem sinais de insuficiência cardíaca e sem outras alterações ao exame físico. O ecocardiograma transtorácico (TTE) revelou uma membrana fina atravessando o átrio esquerdo, com aspecto compatível com Cor Triatriatum Sinistrum, gerando uma separação entre a porção proximal (venosa) e distal (valvar mitral) do átrio esquerdo. Não foram observados gradientes significativos ao Doppler contínuo. Não se observou dilatação das câmaras esquerdas, e a função sistólica ventricular estava preservada. O paciente permanece em acompanhamento clínico, assintomático do ponto de vista cardiovascular, sem necessidade de intervenção cirúrgica. **Discussão:** Este caso destaca uma apresentação atípica de Cor Triatriatum Sinistrum, diagnosticado de forma incidental durante investigação neurológica. A associação entre esta anomalia e fenômenos embólicos, incluindo eventos neurológicos, está descrita na literatura, especialmente em casos com estase sanguínea atrial ou comunicação interatrial associada (não identificada no presente caso). A ecocardiografia transtorácica mostrou-se suficiente para o diagnóstico inicial, enfatizando o valor desse método na triagem de cardiopatias congênitas em adultos. Embora o paciente esteja assintomático do ponto de vista cardiovascular, o caso reforça a importância de um seguimento rigoroso, com avaliação periódica de função e anatomia atrial. **Conclusão:** O Cor Triatriatum Sinistrum pode permanecer clinicamente silencioso até a vida adulta e ser diagnosticado de forma incidental, como neste caso, após investigação de sintomas neurológicos. A ecocardiografia transtorácica continua sendo um método essencial para o diagnóstico inicial.



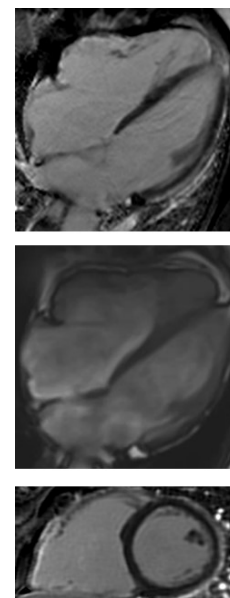
1116729

DA PALPITAÇÃO AO DIAGNÓSTICO: CARDIOMIOPATIA ARRITMOGÊNICA DO VENTRÍCULO DIREITO EM PACIENTE JOVEM COM HISTÓRIA FAMILIAR DE MORTE SÚBITA

AUTOR(ES): ANNA LUÍZA GUAGLIARDI DOMINGUES¹; MARIA FRANCO LIMA DE CASTRO¹; MATEUS MAITAN CACHONI¹; MARIA JULIA SILVEIRA RAHAL¹; ALEXANDRE VOLNEY VILLA¹; KARINA NOGUEIRA DIAS SECCO MALAGUTTE¹; VICTOR SENISE NASCIMENTO¹; SILMÉIA GARCIA ZANATI BAZAN¹;

(1) HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU (UNESP) - BOTUCATU - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Homem, 38 anos, com queixa de palpitações ao esforço físico, acompanhadas de vertigem e dor torácica. Refere morte súbita de um irmão e da avó materna. Eletrocardiograma: ritmo sinusal, extrassístoles ventriculares e atraso na condução intraventricular. Holter: extrassístoles ventriculares frequentes e episódios de taquicardia ventricular não sustentada. Ecocardiograma transtorácico: aumento leve do átrio esquerdo e moderado das câmaras direitas, disfunção sistólica leve do ventrículo esquerdo, disfunção sistólica do ventrículo direito (VD) com fração de área encurtada de 28% e acinesia da parede lateral médio-basal do VD. Ressonância magnética cardíaca confirmou dilatação leve do átrio direito e moderada do VD, função sistólica global do VD normal, discinesia da parede livre do VD associada a realce tardio transmural na parede lateral e apical do VD. A partir dos achados clínicos, eletrocardiográficos e de imagem, fez-se diagnóstico de cardiomiopatia arritmogênica do ventrículo direito (CAVD). Realizado implante de cardioversor desfibrilador implantável (CDI) e iniciada terapia medicamentosa com betabloqueador e amiodarona, além de orientações sobre atividade física e triagem familiar. **Discussão:** CAVD é uma doença genética rara, caracterizada por alterações estruturais nos desmossomos dos cardiomiócitos, com perda da adesão celular e substituição progressiva do miocárdio do VD por tecido fibrogorduroso, podendo levar a arritmias ventriculares malignas e aumentar risco de morte súbita. A apresentação clínica típica ocorre entre segunda e quarta décadas de vida, com manifestações de palpitações e síncope induzidas por esforço, como no caso descrito. História familiar de morte súbita constitui importante marcador de risco. O diagnóstico é desafiador, dada dificuldade de avaliação anatômica e funcional do VD por métodos convencionais de imagem. A ressonância magnética cardíaca desempenha papel central na detecção de alterações morfológicas, funcionais e detecção de fibrose miocárdica por meio do realce tardio. **Comentários Finais:** CAVD inicia-se com fase arritmica, com elevada carga de ectopia ventricular e risco aumentado de morte súbita, evoluindo para disfunção progressiva do VD, acometimento biventricular e insuficiência cardíaca. O diagnóstico precoce da CAVD é fundamental para a implementação de estratégias terapêuticas voltadas à prevenção de morte súbita, controle de sintomas e manejo familiar, incluindo triagem e aconselhamento genético.



1116799

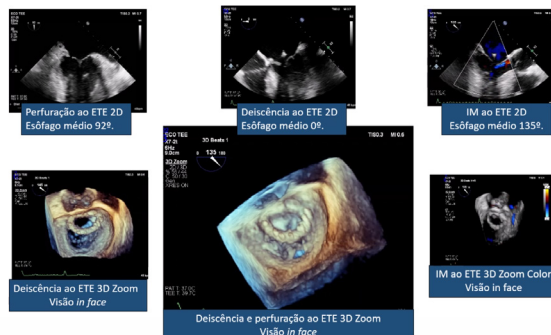
DEISCÊNCIA DO ANEL DE ANULOPLASTIA MITRAL APÓS REPARO DE PROLAPSO DE VALVA MITRAL EM UM CENTRO TERCIÁRIO: UM RELATO DE CASO DE UMA COMPLICAÇÃO RARA

AUTOR(ES): MITRAL EM UM CENTRO TERCIÁRIO: UM RELATO DE CASO DE UMA COMPLICAÇÃO RARA

THASIELY MOURA FARIA¹; REYNA PINHEIRO CALZADA¹; CAMILA MARTINS FERREIRA¹; FERNANDA LAIZA PEREIRA BATISTA¹; DASSIS CAJUBÁ DA COSTA BRITTO FILHO¹; FERNANDO ANTIBAS ATIK¹; TAMARA RESENDE COSTA¹; MARIANA FAULA BOY¹; CLAUDIO HUMBERTO GONÇALVES MAIA¹; ADENALVA LIMA DE SOUZA BECK¹;

(1) INSTITUTO DE CARDIOLOGIA E TRANSPLANTES DO DISTRITO FEDERAL, ICTDF - BRASÍLIA - DF - BRASIL;

Apresentação do caso: Homem, 59 anos, hipertenso, diabético, com prolapso da valva mitral (PVM) de todo o folheto posterior (FP) (Barlow), rotura de cordoalha tendínea e insuficiência mitral (IM) acentuada, foi submetido a plastia mitral com anel de Carpentier rígido, Braile no. 28 e ressecção triangular do FP, em centro terciário, com boa evolução inicial. Ecocardiograma transtorácico (ETT) pré alta mostrou plastia da valva mitral com IM residual discreta a moderada. Cerca de 30 dias após, passou a queixar-se de dispnéia, e novo ETT evidenciou IM acentuada com provável perfuração do segmento P2 (FP). Complementação com ecocardiograma transesofágico bi e tridimensional (ETE 2D/3D) permitiu observar que a perfuração do P2 era elíptica e se devia à tração exercida pela mobilidade excessiva do anel implantado, decorrente da deiscência parcial da sutura no anel posterior. Ao Doppler colorido 2D e 3D observou-se grandes jatos de regurgitação, largos, excêntricos, dois na região para-anular, e um relacionado à região da perfuração. Diante dos achados, o paciente foi submetido com sucesso a replastia mitral com anel de Carpentier rígido Braile no. 32. **Discussão:** A deiscência parcial ou total do anel de anuloplastia mitral (DAM) após reparo de PVM, é uma complicação rara, geralmente precoce, com prevalência < 2% em centros experientes, porém grave. Pacientes idosos, diabéticos ou portadores de doença do tecido conjuntivo apresentam maior propensão a DAM. Apesar da natureza multifatorial, em pacientes com Barlow, a DAM geralmente decorre de implante de anéis subdimensionados para o tamanho do anel valvar nativo, técnica cirúrgica inadequada, fixação em tecido frágil (como no anel posterior, pela menor densidade de colágeno) e implante de anéis rígidos. Nesse contexto, o ETE 3D é crucial para o diagnóstico e detalhamento anatômico dessa complicação, fornecendo uma avaliação precisa da mobilidade do anel, localização e extensão da deiscência, além da caracterização dos jatos de IM, informações fundamentais no planejamento cirúrgico. Além disso, ETE 3D no pré-operatório de PVM também pode contribuir para a escolha do anel adequado (tamanho, tipo) e prevenção da DAM. **Comentários finais:** Apesar de rara, a DAM é uma complicação grave que requer diagnóstico e intervenção precoces. O caso relatado destaca a superioridade do ETE 3D no diagnóstico e caracterização anatômica dessa complicação, e alerta para a avaliação criteriosa do anel mitral, o que impacta no sucesso cirúrgico.



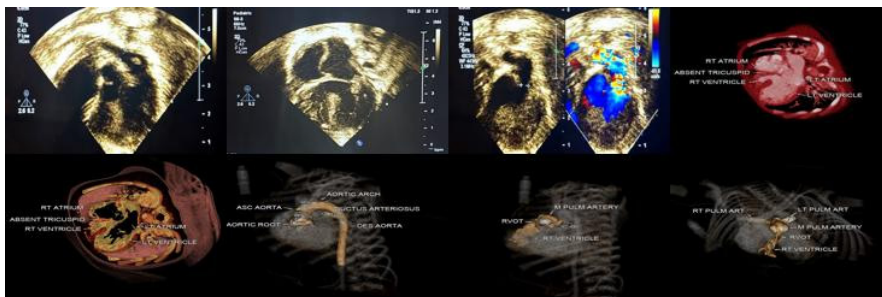
1117087

DESAFIO DIAGNÓSTICO: ASSOCIAÇÃO RARA DE ATRESIA TRICÚSPIDE COM DUPLA VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO DIREITO E ESTENOSE PULMONAR EM LACTENTE – RELATO DE CASO

AUTOR(ES): ISABELA CARVALHO DEMONER DOURADO¹; ISABEL CRISTINA BRITTO GUIMARÃES¹; GUILHERME GARCIA¹; JANE CAVALCANTE DO AMARAL MOURA¹; CATARINA DAMASCENO FERNANDES¹;

(1) HOSPITAL ANA NERY - SALVADOR - BA - BRASIL;

Lactente de 1 mês e 18 dias, nascido de cesariana eletiva, termo, rotura de membranas e ultrassonografia obstétrica sugerindo cardiopatia. Evoluiu com desconforto respiratório precoce, necessitando oxigenoterapia. Ecocardiograma inicial evidenciou atresia tricúspide tipo IB, sendo iniciada prostaglandina, suspensa em seguida. Encaminhado para hospital terciário, onde novo ecocardiograma mostrou dupla via de saída do ventrículo direito, atresia tricúspide, aneurisma da lâmina da fossa oval com pequena comunicação interatrial, comunicação interventricular trabecular-muscular, estenose subvalvar e valvar pulmonar e canal arterial pérvio. Foi submetido com sucesso à atRIOseptostomia por balão. A angiotomografia cardíaca confirmou a anatomia complexa e revelou origem anômala da artéria descendente anterior do seio coronariano direito com trajeto pré-pulmonar. A associação entre atresia tricúspide e DVSVD é rara e caracteriza uma cardiopatia congênita complexa com fisiologia univentricular, impondo desafios ao diagnóstico e ao planejamento terapêutico. Embora cada lesão isoladamente seja bem descrita, sua coexistência demanda avaliação anatômica minuciosa para definir abordagem cirúrgica individualizada. A ecocardiografia permite análise segmentar sequencial, sendo método inicial essencial. Entretanto, a complexidade anatômica pode exigir complementação com métodos avançados, como a angiotomografia cardíaca. No presente caso, a combinação de ecocardiografia e angiotomografia foi fundamental para o diagnóstico abrangente, identificando alterações anatômicas relevantes para o risco cirúrgico e orientando decisões terapêuticas, incluindo a realização de atRIOseptostomia e o planejamento para futuras intervenções. Este relato ilustra a relevância da abordagem multimodal na avaliação de cardiopatias congênitas complexas. A coexistência de atresia tricúspide e DVSVD impõe desafios diagnósticos e terapêuticos significativos, exigindo análise segmentar sequencial cuidadosa. A integração entre ecocardiografia e angiotomografia cardíaca permitiu definir com clareza a anatomia cardiovascular, apoiando decisões clínicas e cirúrgicas individualizadas. O uso de técnicas de imagem avançadas é essencial para melhorar o prognóstico desses pacientes, oferecendo suporte decisivo ao planejamento em centros especializados e reforçando a importância de estratégias diagnósticas personalizadas em cardiopatias congênitas raras.



1117053

DESCOBERTA INCIDENTAL DE ALPACA EM PACIENTE ASSINTOMÁTICA DE 57 ANOS

AUTOR(ES): CAROLINA VAZ DA COSTA¹; LÍVIA CASTRO²; CIBELE GONTIJO²; LEONARDO SARA²;

(1) SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA - GOIÂNIA - GO - BRASIL; (2) CLÍNICA CDI PREMIUM - GOIÂNIA - GO - BRASIL;

Paciente do sexo feminino, L.P.S., 57 anos, residente em Urupá, Rondônia. Paciente encontrava-se assintomática e em acompanhamento ambulatorial de rotina. Negava comorbidades prévias conhecidas, medicações de uso contínuo e alergias. No dia 07/07/2025, realizou teste ergométrico que apresentou resultado positivo para isquemia induzida ao esforço, sem manifestações clínicas associadas durante o exame. Como seguimento da investigação, foi solicitado angiotomografia de coronárias (angioTC) que evidenciou origem anômala da artéria coronária esquerda a partir da artéria pulmonar (ALPACA). A angioTC demonstrou ainda dilatação compensatória da artéria coronária direita, com extensa rede de colaterais suprimindo o território dependente da coronária esquerda, sem estenoses significativas. **Discussão:** A ALPACA é uma cardiopatia congênita rara, com incidência estimada em apx. 1 caso para cada 300.000 nascidos vivos. Frequentemente manifesta-se ainda na infância com insuficiência cardíaca. No entanto, formas compensadas pela formação de circulação colateral, como neste caso, podem permanecer assintomáticas e não diagnosticadas até a idade adulta. O caso da paciente L.P.S. chama a atenção por ser assintomática e ter o diagnóstico realizado de forma incidental, a partir de um teste ergométrico positivo para isquemia, em uma avaliação de rotina. Como exame para seguimento, a angioTC permitiu a identificação precisa da anomalia coronariana. A presença de circulação colateral extensa a partir da artéria coronária direita é compatível com adaptação hemodinâmica de longa data, o que pode explicar a ausência de sintomas graves até o momento. No entanto, mesmo em pacientes assintomáticos, essa condição está associada a risco potencial de isquemia silenciosa, arritmias ventriculares e morte súbita, especialmente em situações de aumento da demanda cardíaca.



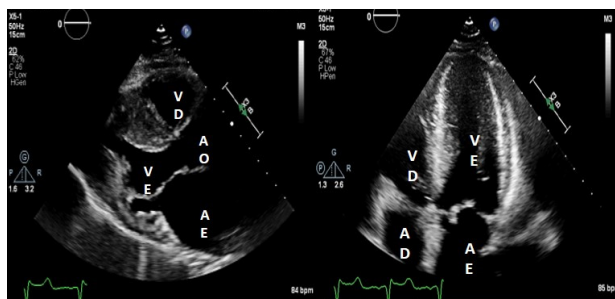
1117091

DESENVOLVIMENTO DE CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA APÓS TRANSPLANTE CARDÍACO: UMA NOVA FRONTEIRA NA INTERAÇÃO ENTRE IMUNOSSUPRESSÃO E REMODELAMENTO MIOCÁRDICO

AUTOR(ES): SANDRA NÍVEA REIS SARAIVA FALCÃO¹; LUIZA CHAVES AGUIAR²; JOSE CARLOS JUCA POMPEU NETO³; ISABELLA FEITOSA PITA ULISSES³; FLÁVIO BAUMGARTEN OLIVEIRA³;

(1) UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, HOSPITAL DE MESSEJANA - FORTALEZA - CE - BRASIL; (2) HOSPITAL DE MESSEJANA - FORTALEZA - CE - BRASIL; (3) UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - FORTALEZA - CE - BRASIL;

Apresentação do Caso: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é definida por hipertrofia ventricular esquerda (HVE) não explicada por sobrecarga hemodinâmica. Relatamos o caso de um paciente masculino, 59 anos, submetido a transplante cardíaco ortotópico bicaval em janeiro de 2018 por cardiomiopatia dilatada isquêmica. Evoluiu com função preservada do enxerto e apenas um episódio leve de rejeição celular nos primeiros 15 dias. Manteve imunossupressão com tacrolimus, micofenolato sódico e prednisona. Ecocardiogramas de rotina dos quatro anos seguintes evidenciaram SIV de até 12 mm, PPVE de 10 mm, fração de ejeção preservada e ausência de doença vascular do enxerto. Em maio de 2023, o ecocardiograma de estresse revelou SIV de 25 mm, PPVE de 9 mm, massa ventricular de 189,12 g/m² e átrio esquerdo discretamente dilatado (48 mm), sem gradiente na via de saída após Valsalva. O paciente encontrava-se assintomático. ECG mostrou ritmo sinusal com inversão de ondas T em derivações anteriores e laterais, sem novas alterações. Realizou ressonância cardíaca com confirmação dos dados ecocardiográficos. Foi prosseguido com troca do tacrolimus por everolimus. **Discussão:** A HVE em receptores de transplante pode resultar de hipertensão, inflamação crônica ou efeitos imunossupressores, especialmente dos inibidores da calcineurina. No entanto, a progressão para fenótipo compatível com CMH é raramente descrita. A diferenciação entre remodelamento adaptativo e CMH verdadeira é fundamental, pois altera a abordagem clínica, incluindo avaliação de risco arritmico e discussão sobre terapias emergentes, como inibidores seletivos da miosina. A fisiopatologia exata permanece incerta, e a possível interação entre imunossupressão crônica e remodelamento miocárdico ainda é objeto de estudo. **Comentários Finais:** Este caso ilustra uma apresentação rara de CMH em paciente transplantado, destacando a importância da vigilância ecocardiográfica mesmo em indivíduos assintomáticos. Frente ao achado de HVE acentuada tardia, deve-se considerar CMH no diagnóstico diferencial. A investigação da etiologia e suas implicações no manejo imunossupressor é clínico é essencial para otimizar o seguimento desses pacientes.



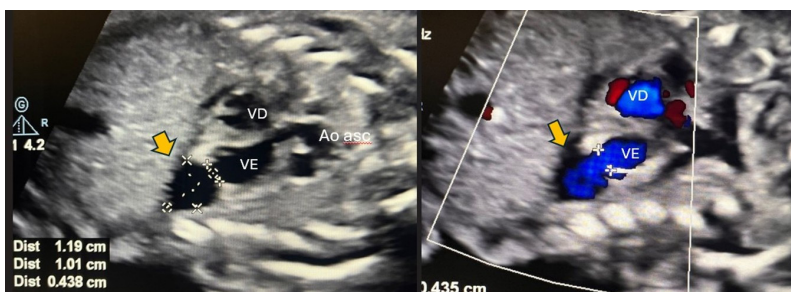
1116902

DIAGNÓSTICO ECOCARDIOGRÁFICO EM VIDA FETAL E NEONATAL DE ANEURISMA X DIVERTÍCULO DE VENTRÍCULO ESQUERDO – AINDA UM DESAFIO?

AUTOR(ES): ANDRESSA MUSSI SOARES¹; LEONARDO MUSSI SOARES²; BERNARDO MUSSI SOARES¹; RESI APOLINÁRIO¹; RENATA MOREIRA BACKER PACIFICO¹; AMANDA SAID BRITTO¹; FATIMA FERNANDA D LESSA¹; LUIZ FERNANDO LUNZ¹; ARIANE PACHECO LEAL¹; PAULO JOSÉ F SOARES¹;

(1) HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - ES - BRASIL; (2) UNIVERSIDADE DE MINNESOTA - UNITED STATES;

Apresentação do Caso: Primigesta, 31 anos, sem comorbidades ou alterações ultrassonográficas fetais até 22 semanas, quando ao ultrassom foi interrogado divertículo em ápice de VE e encaminhado para ecocardiograma fetal (ECO) que foi realizado com 24 semanas. Ao ECO observou-se imagem aneurismática ampla que se expande na diástole com cerca de 12x10 mm e área de 1 cm² na região apical de VE, com fluxo em seu interior ao mapeamento em cores e ao Doppler. A comunicação da protrusão com o VE não é estreita, medindo cerca de 7 mm na sua maior dimensão, a contração desta porção é discinética, sendo a imagem mais sugestiva de aneurisma de VE. A criança nasceu clinicamente estável sendo realizado ressonância magnética que conformou os achados sugestivos de aneurisma de ventrículo esquerdo, sendo possível alta para acompanhamento ambulatorial. Lactente segue sem intercorrências hemodinâmicas já com 6 meses de vida. **Discussão:** As protrusões congênitas da parede dos ventrículos são muito raras e sua incidência na literatura não é muito clara, variando de 0,02 a 0,04%. O diagnóstico diferencial ecocardiográfico entre aneurisma e divertículo é desafiador, assim como sua manifestação clínica, podendo evoluir desde a forma assintomática até quadros graves com ruptura da parede e óbito no período pré-natal. Os divertículos em geral têm o formato de um dedo ou gancho, conectam-se a cavidade ventricular por uma junção estreita, contraem simultaneamente com o ventrículo esquerdo (VE) e em geral cursam com derrame pericárdico volumoso. O aneurisma é caracterizado por uma porção acinética ou discinética sendo a junção de conexão com o VE mais ampla. Histologicamente, o divertículo diferentemente do aneurisma, apresenta as três camadas da parede ventricular, pode estar associado com anomalias conotruncais, comunicações interventriculares e defeitos de linha média como na onfalocèle e pentalogia de Cantrell. **Comentários finais:** Apesar de raras, o diagnóstico pré-natal das protrusões do VE é de extrema importância para adequado acompanhamento da evolução do quadro, das possíveis complicações fetais, programação do parto e conduta terapêutica. O diagnóstico ecocardiográfico em vida fetal e neonatal entre aneurisma e divertículo permanece um desafio. Estes pacientes precisam ser acompanhados para avaliação de possíveis complicações, assim como do adequado momento para intervenção.



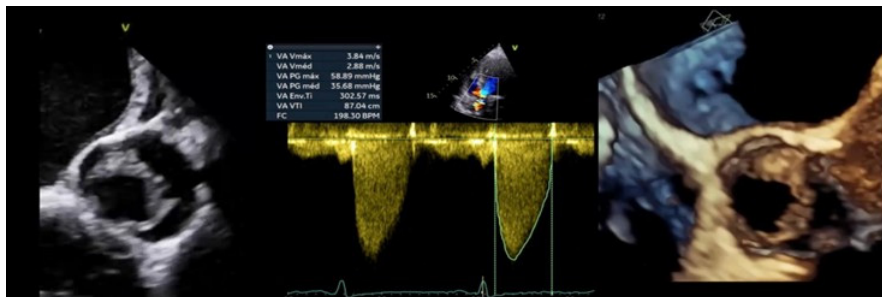
1116466

DIAGNÓSTICO TARDIO DE VALVA AÓRTICA UNICÚSPIDE EM MULHER DE 68 ANOS: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): ISRAEL NILTON ALMEIDA FEITOSA1; ISABELLE ADJANINE BORGES LIMA1; WANDEMBERG SOUSA SILVA1; GEÓRGIA MARANHÃO DANTAS MARTINS1; IMARA CORREIA QUEIROZ BARBOSA1;

(1) HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO/EBSERH - CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL;

Apresentação do Caso: Mulher de 68 anos, antecedentes de betatalassemia, declínio cognitivo progressivo e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, evoluindo com recuperação da função ventricular. As medicações foram suspensas, por decisão médica, após melhora clínica. Nos últimos meses, apesar da retomada do tratamento farmacológico, manteve queixa de dispnéia aos esforços. Ao exame físico, apresentava sopro sistólico em foco aórtico, com irradiação para a região cervical. A morfologia da valva aórtica foi de difícil caracterização à ecocardiografia transtorácica, sendo realizada ecocardiografia transesofágica bi- e tridimensional (3D), demonstrando uma valva unicúspide (VAU) unicomissural, comissura funcional entre as cúspides não coronariana e coronariana direita e fina rafe entre as cúspides coronarianas esquerda e direita. A cúspide funcional apresentava espessamento difuso e abertura circular. A avaliação hemodinâmica revelou gradiente de pico de 59mmHg e médio de 35,5mmHg. O índice de velocidade Doppler foi de 0,33. A área estimada pela equação de continuidade e planimetria 3D foi de 1,05cm². Observavam-se hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo, função sistólica discretamente reduzida e disfunção diastólica grau II. **Discussão:** A VAU apresenta duas variantes principais: acomissural, sem comissuras funcionais e com orifício central restrito; e unicomissural, com uma única comissura funcional, geralmente entre a cúspide não coronariana e a esquerda, criando orifício circular. A VAU é bem menos prevalente que a valva aórtica bicúspide (VAB), mas pode representar até 5% dos casos em cirurgias valvares, sugerindo subdiagnóstico, devido a limitações dos métodos de imagem e semelhança com VAB calcificadas. A ecocardiografia transtorácica tem sensibilidade limitada, enquanto a transesofágica, especialmente com imagem 3D, aumenta a acurácia diagnóstica. Nas formas unicomissurais, a presença de uma comissura funcional garante alguma mobilidade e área valvar maior, o que retarda a evolução, embora a disfunção significativa surja geralmente entre a terceira e a quinta década de vida. **Comentários Finais:** A valva aórtica unicomissural é rara, frequentemente subdiagnosticada pela ecocardiografia transtorácica. O reconhecimento de suas variantes anatômicas por métodos de imagem avançados, como a ecocardiografia transesofágica 3D, favorece o diagnóstico acurado, essencial para o seguimento clínico e decisão terapêutica nos casos de estenose significativa.



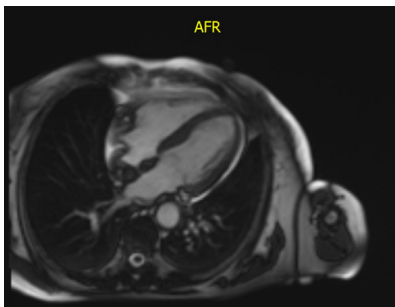
1116920

DOENÇA DE ERDHEIM-CHESTER: INFILTRAÇÃO CARDÍACA EM PACIENTE COM QUADRO CLÍNICO MULTISSISTÊMICO

AUTOR(ES): ALINE FERREIRA TRAVESSA1; DENISE REZENDE TRAVESSA1; MARCO ANTÔNIO FERREIRA TRAVESSA1; RAFAEL FERREIRA TRAVESSA1; ANTÔNIO DELDUQUE DE ARAÚJO TRAVESSA1;

(1) CARDIO CENTRO MÉDICO - BELÉM - PA - BRASIL;

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 74 anos, hipertensa, apresentou quadro subagudo de perda ponderal, fadiga intensa, instabilidade postural com quedas, poliúria, polidipsia e náuseas. Exames laboratoriais descartaram distúrbios glicêmicos como diabetes insipidus e PET-CT revelou captação anômala em múltiplos sítios: tireoide, esterno, septo interatrial, trato gastrointestinal, pelve renal, linfonodos, adrenais, endométrio e peritônio. A laparoscopia evidenciou lesões nodulares peritoneais. A histologia revelou proliferação fibroblástica com infiltrado histiocitário xantomatoso, linfoplasmocitário e gigantócitos, além de imunohistoquímica compatível com Doença de Erdheim-Chester (ECD): CD68+, CD1a-, presença de mutação BRAF V600E. Iniciado tratamento com Vemurafenibe, com melhora clínica. Ecocardiogramas seriados demonstraram espessamento persistente do septo interatrial (11 mm) e parede atrial direita, sem disfunção ventricular esquerda significativa. A fração de ejeção manteve-se preservada. Entretanto, a análise por speckle tracking revelou strain longitudinal global do VE discretamente reduzido, variando entre -16,3% e -17,7%, indicando disfunção subclínica. Ressonância magnética cardíaca confirmou infiltração do septo interatrial e parede posterior do átrio direito, com realce heterogêneo e edema, além de espessamento do folheto anterior da valva mitral e acometimento pericoronariano direito. **Discussão:** A ECD é uma histiocitose rara, não Langerhans, com envolvimento multissistêmico e mutação BRAF em até 50% dos casos. Manifestações clínicas iniciais do caso descrito são compatíveis com acometimento do sistema nervoso central e alterações hipotalâmico-hipofisárias. O acometimento cardíaco, presente em até 70% dos pacientes, associa-se a pior prognóstico, mas muitas vezes é subdiagnosticado. O caso destaca o valor da avaliação cardíaca por imagem multimodal: PET-CT para estadiamento, RM para caracterização tecidual e ecocardiograma com strain para detecção de disfunção precoce. O uso do GLS como marcador sensível de comprometimento miocárdico em pacientes com ECD pode ser fundamental na estratificação de risco e monitoramento terapêutico, mesmo com fração de ejeção preservada. **Comentários finais:** Este relato reforça a importância da suspeição clínica e da abordagem multidisciplinar, ressaltando o papel crescente da ecocardiografia com strain na detecção de acometimento cardíaco precoce em doenças infiltrativas como a ECD.



1116598

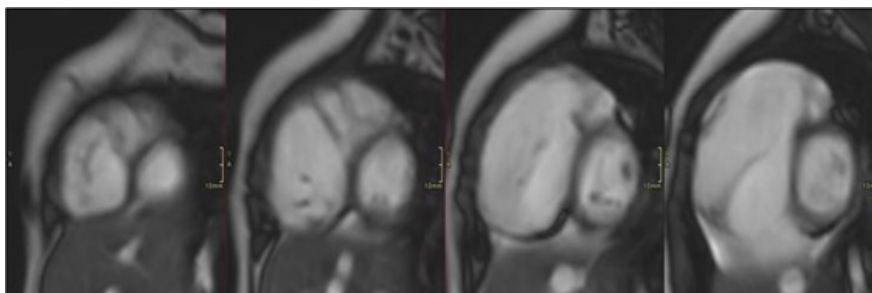
DOENÇA DE UHL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOENÇA DE EBSTEIN

AUTOR(ES): MARIA EMILIA DE ARNALDO SILVA¹; ULISSES ALEXANDRE CROTI¹; CARLOS HENRIQUE DE MARCHI¹; TATIANE CRISTINA ROSA MEDICI¹; THALITA DA SILVA CANEVARI¹; THAIS CASTRO DALLA LIBERA¹;

(1) HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DO COMPLEXO FUNFARME - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL;

Apresentação do caso: Lactente, sexo feminino, 1 ano e 4 meses, nascida a termo. Aos 20 dias de vida apresentou cianose central não investigada. Aos 5 meses, evoluiu com taquipneia e aumento de volume abdominal, sendo internada para investigação, apresentando saturação de oxigênio de 94%. Após exames iniciais formulada hipótese diagnóstica de doença de Ebstein, iniciado uso de captopril, espironolactona e furosemida em doses habituais, porém, mantendo clínica de sudorese às mamadas e dificuldade de ganho de peso. Encaminhada para centro de referência em cardiologia pediátrica. Ecocardiograma de admissão, mostrou redução importante da espessura das paredes do ventrículo direito (VD), aumento das trabeculações e disfunção contrátil importante com fração de área de encurtamento (FAC) de 14%. Valva tricúspide com falha de coaptação e ausência de critérios para Ebstein. Especulada a possibilidade de doença de Uhl, confirmada após a ressonância magnética cardíaca que demonstrou dilatação importante das câmaras direitas, redução difusa da espessura miocárdica do VD compatível com fibrose. Além disso, confirmado diagnóstico de Acidúria glutárica, deficiência da enzima mitocondrial glutaril-CoA desidrogenase.

Discussão: A doença de Uhl é uma doença rara descrita pela ausência ou redução significativa do miocárdio do VD, com etiologia ainda pouco conhecida e com maior discussão acerca da apoptose seletiva de miócitos. É diagnóstico diferencial de doença de Ebstein, displasia arritmogênica de VD, entre outras. A mesma apresenta aumento da cavidade do VD, disfunção importante e ausência de substituição por tecido adiposo. Clinicamente, os pacientes evoluem com sinais de insuficiência cardíaca direita, podendo apresentar cianose. O diagnóstico é possível ser feito por meio de ecocardiograma, ressonância cardíaca e biópsia. Apesar do prognóstico ruim, alguns pacientes atingem à idade adulta, existindo algumas propostas cirúrgicas. Devido alto risco de formação de trombo em VD, opta-se comumente pelo controle clínico medicamentoso com uso de anticoagulante, digoxina, beta bloqueadores e diuréticos. Há relatos de associação entre Acidúria glutárica tipo II e doença do miocárdio. **Comentários finais:** Apesar de ser rara, deve ser considerada como diagnóstico diferencial em lactentes com insuficiência cardíaca direita. O diagnóstico preciso pode ser realizado por meio de métodos complementares como o ecocardiograma e a ressonância magnética cardíaca. **Figura 1** – Ressonância magnética do coração sequência de cine SSFP no eixo curto evidenciando o aumento das dimensões do ventrículo direito com redução difusa da espessura miocárdica.



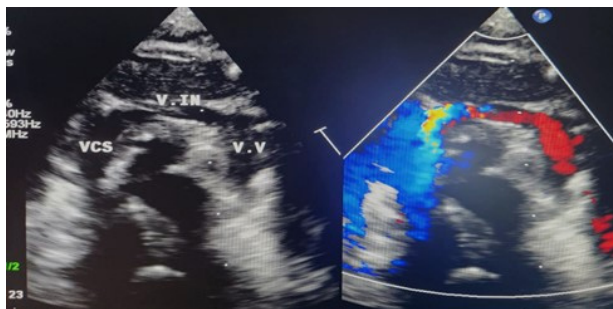
1116715

RENAGEM ANÔMALA TOTAL DE VEIAS PULMONARES (DATVP) MISTA EM RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

AUTOR(ES): MARIA FRANCO LIMA DE CASTRO¹; VICTOR SENISE NASCIMENTO¹; ANNA LUÍZA GUAGLIARDI DOMINGUES¹; MATEUS MAITAN CACHONI¹; JÚLIA MARIOTI¹; ANA PAULA MENA LOUSADA¹; ELVIS AARON PORTO¹; JULIANA RODRIGUES ORTIZ¹; SILMÉIA GARCIA ZANATI BAZAN¹;

(1) FMB-UNESP - BOTUCATU - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: B.V.B.S.T., nascida de 32 semanas, com rápida evolução para desconforto respiratório grave necessitando de intubação orotraqueal em sala de parto. O ecocardiograma transtorácico (ETT) no primeiro dia de vida revelou regurgitação tricúspide, disfunção de ventrículo direito, shunt direita-esquerda via forame oval e canal arterial e hipertensão pulmonar (HP: 66mmHg). Inicialmente manejado HP sem sucesso. Após seis dias, novo ETT confirmou DATVP tipo mista, com veia pulmonar superior esquerda drenando em veia vertical e veia inominada, enquanto as demais veias pulmonares drenavam no seio coronário e uma comunicação interatrial (CIA) ampla. Devido ao baixo peso e condições clínicas desfavoráveis, realizou-se cirurgia paliativa aos 17 dias de vida para fechamento do canal arterial. A evolução foi complicada por síndrome da resposta inflamatória sistêmica, infecções, piora hemodinâmica, hemodiálise e hidrocefalia pós-hemorragica. Aos quatro meses, estável e com peso adequado, foi submetida à correção cirúrgica, evoluindo a óbito no intra-operatório por HP refratária. Os achados intra-operatórios confirmaram a DATVP tipo mista além de estenose da valva pulmonar, conforme visto em ETT. **Discussão:** DATVP é uma cardiopatia congênita rara na qual as veias pulmonares se conectam às estruturas do sistema venoso sistêmico, com CIA obrigatória. Apresenta variabilidade anatômica e diferentes quadros clínicos. Os sintomas e a gravidade estão relacionados à presença ou não de obstrução ao retorno venoso pulmonar, nesses casos, cianose, desconforto respiratório, HP e instabilidade hemodinâmica são precoces. As formas supra-cardíaca e cardíaca são mais comuns e frequentemente menos graves. Em contraste, os tipos infra-cardíaco e misto (25% e 5% dos casos) estão associados à maior morbimortalidade. O ETT é o principal método diagnóstico. O tratamento é cirúrgico e técnicas como hipotermia profunda e parada circulatória podem ser necessárias em casos mais críticos. A HP é o principal fator de risco para complicações e óbito. O retardo diagnóstico e a presença de infecção, desnutrição e prematuridade são fatores que agravam o desfecho. **Comentários Finais:** DATVP impõe desafio diagnóstico e terapêutico, especialmente na forma mista. Achados ecocardiográficos sugestivos devem alertar precocemente. Neste caso, a rápida deterioração inviabilizou a correção, evidenciando os limites da intervenção tardia e a importância do manejo precoce em pacientes vulneráveis.



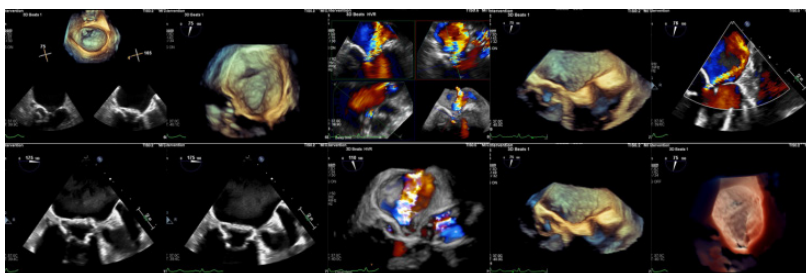
1116387

ECOCARDIOGRAMA TRIDIMENSIONAL NA RECONSTRUÇÃO MULTIPLANAR PARA AVALIAÇÃO DE DEGENERAÇÃO CASEOSA DO ANEL MITRAL FISTULIZADA

AUTOR(ES): SUZY MACEDO FRAULOB1; RENATO PAGAN DA CRUZ1; LUCIANO MARTINS DE HOLANDA1; ELNARA MARCIA NEGR1; FLÁVIO TARASOUTCHI1; ANA CAROLINA FURLAN GALUBAN1; THAMARA CARVALHO MORAIS1; JOAO VITOR DE OMENA SOUZA COSTA1; JAIRO ALVES PINHEIRO JUNIOR1;

(1) HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do caso: Mulher, 76 anos, com hipotireoidismo, dislipidemia, parkinsonismo leve e síndrome de Cushing secundária, apresentou insuficiência cardíaca (IC) classe funcional IV, com edema agudo de pulmão, sendo intubada à admissão. Ecocardiograma transtorácico (ETT) mostrou FEVE 61% e massa calcificada com centro ecolucente na base da cúspide posterior da valva mitral, sugerindo calcificação caseosa do anel mitral (CCAM). Refluxo mitral discreto/moderado, com PSAP estimada em 52 mmHg. Após estabilização clínica, recebeu alta em 13 dias. Um ano depois, novo episódio de descompensação levou à realização de ecocardiograma transesofágico (ETE), que revelou dupla lesão mitral com refluxo importante e formação pulsátil (27 × 23 mm) com fluxo anômalo do VE para o AE. Angiotomografia cardíaca evidenciou extensa calcificação anular e lesão nodular (35,6 × 20,4 mm), sugestivo de CCAM. Avaliação para Valve-in-MAC foi desfavorável devido à obstrução da via de saída do VE. Optou-se por manejo clínico. **Discussão:** A CCAM é uma forma rara da calcificação do anel mitral, com prevalência estimada em até 1% dos casos. Afeta predominantemente mulheres idosas e pode simular massas cardíacas (tumores, abscessos, trombos). É composta por material necrótico calcificado encapsulado por tecido fibroso. Embora geralmente assintomática, pode causar disfunção valvar, embolia ou, raramente, fistulização com formação de pseudoaneurisma. Esse tipo de complicação decorre da ruptura da cápsula fibrosa, criando comunicação com câmaras cardíacas adjacentes. Fatores de risco incluem hipertensão e uso de anticoagulantes. O diagnóstico requer abordagem multimodal: ETT sugere a lesão, ETE identifica fluxo fistuloso, TC evidencia a cápsula calcificada e RMC auxilia na diferenciação de tumores e abscessos. O tratamento depende da gravidade: casos assintomáticos ou estáveis são manejados conservadoramente; complicações exigem intervenção, usualmente cirúrgica. Estratégias percutâneas são ainda experimentais. **Comentários finais:** A CCAM é uma entidade rara, potencialmente subdiagnosticada, que pode evoluir com complicações graves como pseudoaneurisma e fistula. O diagnóstico correto exige imagem multimodal. O tratamento deve ser individualizado conforme sintomas, risco embólico e impacto hemodinâmico. A vigilância clínica é fundamental nos casos sem indicação cirúrgica.



1116458

ENDOCARDITE DE LIBMAN-SACKS EM PACIENTE COM LÚPUS ERMETATOSO SISTÊMICO (LES) SEM SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): EMMANUELLA ANDRADE LEAL1; DANIELLA BASTOS RAWET1; ROBERTO OSÓRIO FERREIRA1; ANDRÉ LUIZ DIAS LIMA BONFIM1; ISABELA STARLING DE ALBUQUERQUE FERNANDES1; RAPHAELA DE ABREU E SILVA MARTINEZ1; PEDRO MORAES DE OLIVEIRA1;

(1) HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES (HFSE) - RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL

Apresentação do caso: Feminina, 25 anos, portadora de lúpus eritematoso sistêmico (LES) com manifestações cutâneas e articulares, procurou atendimento com relato de dois episódios de lipotímia. Estava em tratamento regular em uso de hidroxiquina e micofenolato de mofetila, com redução gradual da dose nos últimos 6 meses, em virtude do bom controle da doença e sem uso de corticoides há 2 anos. Ao exame físico não apresentava déficits neurológicos. Exames iniciais (Tomografia de crânio, eletrocardiograma, doppler de carótidas e vertebrais) foram normais. Ao ecocardiograma transtorácico evidenciava vegetação na válvula tricúspide, sendo aventado a possibilidade de endocardite de Libman-Sacks. Paciente não apresentava sinais de embolização pulmonar (parâmetros de ventrículo direito normais e sem queixas respiratórias). Foram colhidas quatro hemoculturas, todas negativas, e marcadores imunológicos para SAF foram não reagentes. Permaneceu afebril, assintomática e sem alterações infecciosas. Teve alta hospitalar com medicações já em uso previamente. **Discussão:** A endocardite de Libman-Sacks é uma forma não bacteriana de endocardite associada ao LES, caracterizada por vegetações estéreis compostas por fibrina e imunocomplexos, com predileção por válvulas mitral e aórtica. O acometimento da tricúspide, como neste caso, é raro, especialmente em pacientes sem SAF ou atividade inflamatória ativa. A inflamação endotelial causada pelo LES pode levar à formação dessas vegetações, mesmo na ausência da síndrome antifosfolípide. Na ausência de SAF, a endocardite de Libman-Sacks pode cursar de forma subclínica, sendo detectada por ecocardiograma, ou se manifestar por insuficiência valvar e, mais raramente, eventos embólicos. **Comentários finais:** Este caso reforça a importância de considerar a endocardite de Libman-Sacks como possível manifestação cardíaca do lúpus, mesmo na ausência de SAF. O manejo deve ser individualizado, com foco no controle da atividade lúpica. A apresentação subclínica e o risco potencial de complicações reforçam a necessidade de vigilância clínica em pacientes com LES, mesmo em fases estáveis da doença.



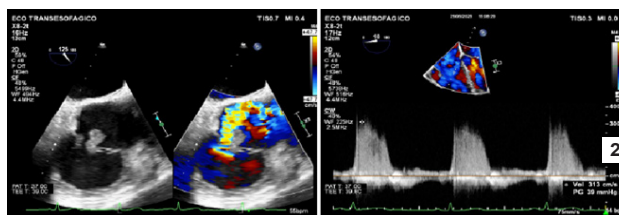
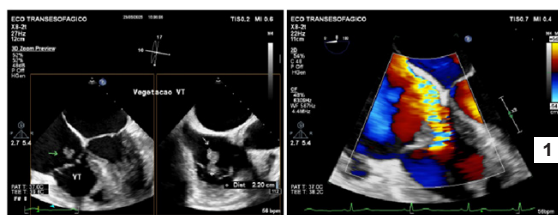
1116987

ENDOCARDITE DE VALVA TRICÚSPIDE EM PACIENTE NÃO EXPOSTA A FATORES DE RISCO CONVENCIONAIS, UM RELATO DE CASO

AUTOR(ES): FLAVIO EDUARDO RUZYCKI STASIAK1; STHEFANE ALMEIDA1; DANIANE RAFAEL1; VINICIUS NICOLAU WOITOWICZ1; COSTANTINO ROBERTO FRACK COSTANTINI1; LEONARDO IEZZI DE MORAES1;

(1) HOSPITAL CARDIOLÓGICO COSTANTINI - CURITIBA - PR - BRASIL;

G.M, 24 anos, enfermeira, histórico de bypass gástrico, uso recorrente de corticóides endovenosos por Rinite alérgica e de uso de antibióticos por Hidradenite supurativa (HS). Iniciou quadro de febre e calafrios associada à plaquetopenia e ausculta cardíaca de insuficiência tricúspide importante. Evoluiu com dispnéia, tosse e imagem compatível com pneumonia necrotizante. Hemocultura e cultura de escarro com *Staphylococcus aureus* resistente à penicilina. Ecocardiograma transesofágico (ETE) com vegetação de 22 mm em valva tricúspide (VT) e refluxo importante, aumento ventricular direito, hipertensão pulmonar e derrame pericárdico moderado. Recebeu Cefazolina, Gentamicina e Levofloxacino. Conforme diretriz da European Society of Cardiology (ESC 2023) classifica-se pelos Critérios de Duke como endocardite definitiva e indica-se cirurgia precoce. Submetida a Troca valvar tricúspide (prótese biológica Edwards 31 Magna Ease) e implante de marca-passo por bloqueio atrioventricular total. A endocardite infecciosa direita (EID) representa a minoria dos casos (5 a 10%) e a VT é acometida em cerca de 90% dos casos. Associada ao uso de drogas endovenosas sua ocorrência em pacientes sem este fator de risco exige investigação criteriosa. E, fatores como dispositivos intravasculares, imunossupressão iatrogênica e infecções cutâneas ganham relevância. O uso de corticóides exerce efeito imunossupressor predispondo o indivíduo à bacteremia em sítios atípicos. A HS, frequentemente possui colonização secundária por *S. aureus*. Estudos demonstram que cerca de 60 a 70% das lesões crônicas de HS podem abrigar bactérias patogênicas. A associação entre HS e bacteremia é rara, mas plausível em pacientes imunossuprimidos. A ausência de dispositivo venoso, imunossupressão grave ou procedimento invasivo reforça o papel de uma infecção cutânea crônica como porta de entrada. O diagnóstico de endocardite de VT pode ser desafiador, uma vez que os sintomas são menos dramáticos, com predomínio de febre, calafrios e sinais de embolização séptica. O ETE é o exame de escolha para detectar vegetações, e fundamental em casos suspeitos. O tratamento é com antibióticos empíricos inicialmente e ajustados conforme cultura. A cirurgia ocorre em casos refratários, complicações ou grandes vegetações com risco de embolização. Este caso destaca a atenção a fatores não usuais para a EIC como as afecções cutâneas, raras como foco primário, em pacientes não expostos a fatores de risco convencionais. **Figura 1 – A)** Ecocardiograma transesofágico evidenciando vegetação em valva tricúspide de 2,2cm(seta branca). **B)** evidência de refluxo tricúspide importante(doppler). **Figura 2 –** Vegetação em valva tricúspide (à esquerda) e refluxo tricúspide importante (à direita).



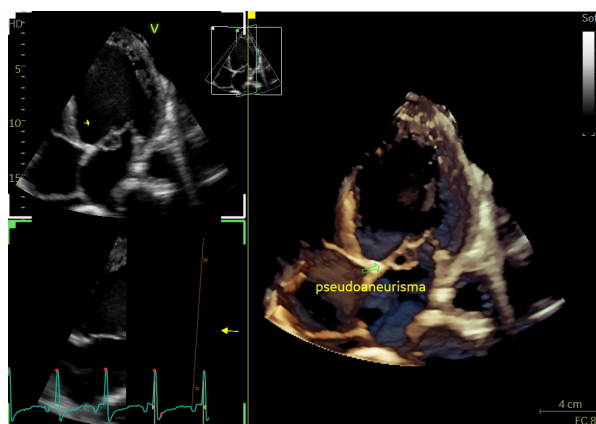
1116630

ENDOCARDITE EM VALVA AÓRTICA BICÚSPIDE COM PSEUDOANEURISMA MITRAL ASSOCIADO: UMA RARA E AGRESSIVA COMPLICAÇÃO

AUTOR(ES): ALEXANDRE COSTA1; LUDMILA BARBERINO1; MARCELLA FLORES1; MARCUS VINÍCIUS FREIRE1; YURI XAXIER DE CARVALHO1; LEONARDO FLAUSINO1; LUCIANO RAPOLD1; RODRIGO MOREL1;

(1) HOSPITAL SÃO RAFAEL - SALVADOR - BA - BRASIL;

Caso: Paciente masculino 37 anos, admitido em unidade de emergência por dispneia progressiva há 6 meses, evoluindo nos últimos 7 dias com ortopneia, edema de membros inferiores e febre vespertina. Ao exame apresentava pulso em martelo d'água, pulsação visível em fúrcula, sopro diastólico (IV) em foco aórtico e sistólico (III) em foco mitral. O ecocardiograma transtorácico demonstrou valva aórtica espessada, com morfologia bicúspide e falha de coaptação, além de imagem filiforme móvel de 16 mm compatível com vegetação, projetando-se para a via de saída do ventrículo esquerdo. O Doppler revelou refluxo aórtico importante com jato excêntrico atingindo a cúspide anterior da valva mitral. Foi identificado também refluxo mitral importante, com sinais de delaminação da cúspide anterior, sugerindo pseudoaneurisma. A ecocardiografia transesofágica 3D confirmou os achados, revelando uma cavidade sacular na cúspide anterior da valva mitral, com colapso parcial na sístole e expansão em diástole, compatível com pseudoaneurisma. Não se observou comunicação com a fibrosa intervalar. Hemoculturas foram positivas para *Enterococcus faecalis*. Iniciou-se tratamento com ceftriaxona e daptomicina, seguido por intervenção cirúrgica urgente com troca mitral e aórtica por próteses mecânicas. A artiotomia esquerda confirmou a delaminação da cúspide anterior com formação de pseudoaneurisma. O paciente evoluiu bem e recebeu alta após conclusão do tratamento antimicrobiano. **Discussão:** A endocardite infecciosa em valva aórtica bicúspide possui potencial evolutivo agressivo, com risco elevado de destruição valvar e complicações estruturais. No presente caso, houve uma manifestação rara: formação de pseudoaneurisma na cúspide anterior da valva mitral. A complicação descrita, com a formação de pseudoaneurisma na cúspide anterior da valva mitral, é rara e potencialmente grave. Estima-se que a ocorrência de pseudoaneurismas mitrais secundários à endocardite infecciosa da valva aórtica varie entre 0,02% e 0,29% dos casos descritos, sendo frequentemente subdiagnosticada em fases iniciais. A caracterização anatômica precoce da complicação foi decisiva para a indicação cirúrgica, diante do risco iminente de descompensação e evolução desfavorável. **Conclusão:** A detecção precoce do pseudoaneurisma mitral reforça o papel do julgamento clínico integrado aos exames de imagem para reconhecimento precoce de gravidade e decisões terapêuticas individualizadas.



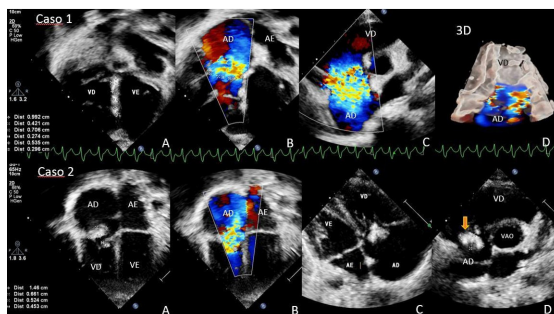
1116891

ENDOCARDITE FÚNGICA EM NEONATOS E LACTENTES: UM REAL DESAFIO DURANTE E APÓS O DIAGNÓSTICO

AUTOR(ES): ANDRESSA MUSSI SOARES¹; BERNARDO MUSSI SOARES¹; LEONARDO MUSSI SOARES²; RESI APOLINÁRIO¹; RENATA BACKER MOREIRA PACÍFICO¹; FÁTIMA FERNANDA D LESSA¹; AMANDA SAID BRITTO¹; FERNANDA LUBE ANTUNES PEREIRA¹; PAULO JOSÉ FERREIRA SOARES¹; LUIZ DANIEL FRAGA TORRES¹;

(1) HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - ES - BRASIL; (2) UNIVERSIDADE DE MINNESOTA - UNITED STATES;

Apresentação dos casos: **Caso 1:** Prematura de 33 semanas, canal arterial patente ocluído com ibuprofeno, cateter central de inserção periférica (PICC) por tempo prolongado, apresentando ao ecocardiograma várias imagens ovaladas hiperefringentes em valva tricúspide, septo interventricular / ventrículo direito, sugestivas de vegetações. Hemocultura positiva para *Paecilomyces* spp, tendo recebido vários esquemas antifúngicos inclusive anidulafungina. Apresentou quadro grave de embolização pulmonar e hipoxemia, sendo realizado cirurgia cardíaca para exérese de vegetações. Segue em acompanhamento cardiológico, já com 3 anos de idade, ainda com várias vegetações intracardíacas, evoluindo com regurgitação tricúspide importante, dilatação atrial direita, em programação de reabordagem cirúrgica. **Caso 2:** Prematura 36 semanas, atresia de jejuno submetida a correção no período neonatal, PICC por tempo prolongado. Ecocardiograma com várias imagens arredondadas, pedunculadas, hiperefringentes na valva tricúspide. Hemocultura positiva para *Cândida albicans*. Recebeu fluconazol, micafungina e anfotericina B. Segue em acompanhamento ambulatorial, com várias imagens de vegetações "cronificadas" na valva tricúspide, sem maiores sintomologias. Recentemente, com 5 anos evoluiu com piora da regurgitação tricúspide ao ecocardiograma. **Discussão:** A endocardite infecciosa fúngica é uma condição rara, porém extremamente grave na população pediátrica, especialmente em prematuros com uso prolongado de cateter venoso central, nutrição parenteral ou imunossupressão. O diagnóstico precoce e o monitoramento contínuo tornam-se desafiadores e essenciais para o desfecho clínico, uma vez que muitas vezes a hemocultura é negativa. O ecocardiograma assume papel central na detecção de vegetações, avaliação da função valvar, identificação de complicações estruturais e estratificação da necessidade de intervenção cirúrgica. **Comentários finais:** O uso sistemático da ecocardiografia, aliado ao acompanhamento evolutivo por imagem, pode não apenas guiar decisões terapêuticas — como a introdução precoce de antifúngicos ou a indicação cirúrgica —, mas também impactar diretamente no prognóstico desses vulneráveis pacientes. O diagnóstico, tratamento, acompanhamento e o momento de intervir, permanece um grande desafio.



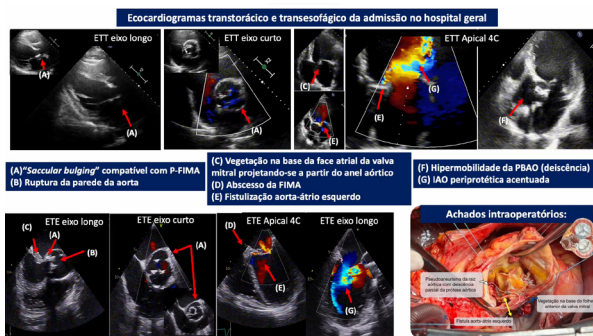
1116754

ENDOCARDITE INFECCIOSA DE PRÓTESE COM EXTENSÃO PERIANULAR ENVOLVENDO A FIMA: COMO DIAGNOSTICAR AO ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO E TRANSESOFÁGICO - UM RELATO DE CASO

AUTOR(ES): CAMILA MARTINS FERREIRA¹; TAMARA RESENDE COSTA¹; BRUNO ARAUJO DA CUNHA¹; BIANCA CORRÊA ROCHA DE MELLO¹; ROBERTO BENTES ALBUQUERQUE¹; ANA LUIZA CALDEIRA LOPES¹; ISABELLA FROTA DE OLIVEIRA MOREIRA¹; MICHELLE BRUNA DA SILVA SENA¹; CLAUDIO RIBEIRO DA CUNHA¹; ADENALVA LIMA DE SOUZA BECK¹;

(1) INSTITUTO DE CARDIOLOGIA E TRANSPLANTES DO DISTRITO FEDERAL (ICTDF) - BRASÍLIA - DF - BRASIL;

Apresentação do caso: Homem, 73 anos, fez troca valvar aórtica (TVAO) por prótese biológica (PBAO) há 8 anos, devido a insuficiência aórtica (IAO) acentuada e fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 25%. No pós-operatório, ecocardiograma transtorácico (ETT) mostrava prótese normofuncionante e FEVE de 45%. Há 3 meses vinha com dispnéia progressiva, sem sopro novo, e teve febre que desapareceu após tratamento de pneumonia. Em retorno, eletrocardiograma mostrou bloqueio átrio ventricular (BAV) de 1º grau, que alertou para abscesso aórtico e foi internado. ETT e ecocardiograma transesofágico (ETE) no mesmo dia, relataram vegetação em face atrial do folheto anterior da valva mitral, medindo 2,3x1,1cm, insuficiência mitral discreta, aneurisma de raiz aórtica e IAO protética moderada, sem abscesso. Hemoculturas negativas. Iniciada antibioticoterapia, porém, evoluiu com piora hemodinâmica e, em 10 dias, logo após transferência para nosso hospital (especializado em valvas), necessitou de intubação orotraqueal e drogas vasoativas. Em discussão em Heart Team, diante da ausência de abscesso, optado por revisão das imagens do ETT/ETE externos, sendo identificado espessamento da fibrosa intervalar mitroaórtica (FIMA) (sugestivo de abscesso), hiper mobilidade da PBAO (deiscência parcial), IAO periprotética acentuada, imagem sacular pulsátil entre a raiz da aorta e o átrio esquerdo (sacular bulging), compatível com pseudoaneurisma da FIMA (P-FIMA) e fistulização da aorta para o folheto anterior mitral e folheto septal tricúspide (tanto ETE quanto ETT). Novo ETT demonstrou piora da deiscência e da FEVE (30%). Submetido à cirurgia de urgência que confirmou os achados, sendo realizado troca valvar aórtica e mitral e plastia tricúspide com sucesso ao ETE intraoperatório. Porém, evoluiu com óbito em 24 horas por falência de múltiplos órgãos. **Discussão:** A endocardite infecciosa de prótese (EIP) com extensão perianular, especialmente para FIMA, requer cirurgia de urgência. O diagnóstico é desafiador e muitas vezes tardio, com alta morbimortalidade. P-FIMA é raro e deve ser suscitado na presença de sacular bulging no ecocardiograma. O ETE é mandatório devido maior acurácia e caracterização espacial. **Conclusão:** Este caso ressalta os sinais ecocardiográficos de complicações perianulares da EIP, por vezes já perceptíveis ao ETT. Embora o ETE tenha excelente acurácia, o diagnóstico pode ser retardado se não houver alta suspeição clínica e avaliação de centro especializado.



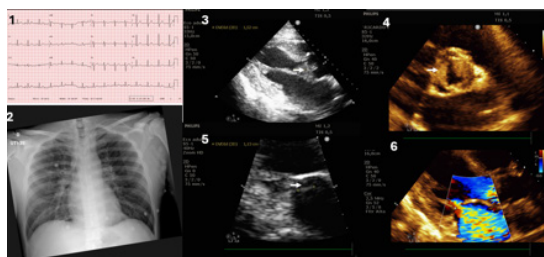
1117079

ENDOCARDITE TROMBÓTICA NÃO BACTERIANA

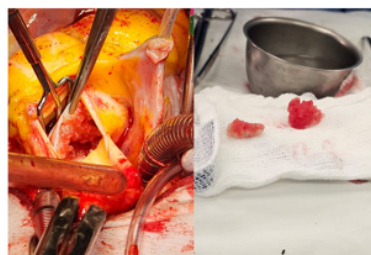
AUTOR(ES): MARCELO GOULART PAIVA1; ANA BEATRIZ AISEMANN GOULART PAIVA1; RAFAEL RUAS NASTARI1; FERNANDA DEL CASTANHEL1; RALLYSON DE OLIVEIRA GONÇALVES1; MARIANA PINTO WETTEN1; RICARDO LOPES FERREIRA1;

(1) HOSPITAL 9 DE JULHO - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Paciente 39 anos, antecedentes de leucemia mieloide crônica e deficiência de imunoglobulina, em 12/24 apresentou quadro de ataque isquêmico transitório sem etiologia definida, 02/25 novo quadro sendo identificada múltiplas imagens embólicas agudas e subagudas em RNM de crânio. ETT com vegetações móveis aderidas na valva aórtica com 21mm e valva mitral com 13mm, refluxo aórtico e mitral importantes (fig 1). Laboratório com leucocitose e PCR discretamente elevada, hemoculturas negativas, ECG e RX tórax sem alterações. Iniciado Ceftriaxone e Vancomicina empiricamente, indicado cirurgia de urgência no D7 de ATB devido a congestão pulmonar, FA de alta resposta e PA divergente. Submetido a dupla troca valvar mitral e aórtica por próteses biológicas, POI complicado por sangramento, embolização aguda para membro inferior esquerdo. 1PO com síndrome vasoplégica, insuficiência renal aguda e posteriormente falência de múltiplos órgãos evoluindo a óbito no 3PO. Anátomo (valvar e do material embólico) foi material fibrótico com degeneração mixoide, foco de calcificação e discreto infiltrado inflamatório crônico compatível com endocardite trombótica não bacteriana (fig 2). A endocardite trombótica não bacteriana (ETNB) é condição rara caracterizada pela formação de vegetações valvares estéreis compostas por plaquetas e fibrina. Essas são frágeis e podem resultar em eventos embólicos sistêmicos sendo associadas a estados de hipercoagulabilidade, como neoplasias malignas, lúpus eritematoso sistêmico e síndrome antifosfolípide. Podem permanecer assintomáticas ou com sintomas inespecíficos até ocorrência de eventos embólicos (50%), para cérebro (mais comum), rins, baço e extremidades. ETE é o método de escolha para a detecção de vegetações localizadas principalmente na valva mitral e preferencialmente nas bordas dos folhetos, apresentando sensibilidade superior ao ETT. Diagnóstico diferencial com fibroelastoma, trombo, excrescências de Lambl e endocardite infecciosa (EI). O manejo da ETNB envolve o tratamento da condição subjacente e a anticoagulação com heparina para prevenir eventos embólicos. Cirurgia pode ser considerada na disfunção valvar significativa ou eventos embólicos recorrentes. O prognóstico da ETNB é reservado com mortalidade próxima de 38%, principalmente devido à gravidade das doenças subjacentes. ETNB deve ser considerada nos casos suspeitos com hemocultura negativa e a anticoagulação, na ausência de contra indicação, prontamente iniciada.



1 - ECG em ritmo sinusal 2 - RX TORAX 3 - ETT paraesternal vegetação valva aórtica (seta) 4 - ETT para esternal eixo curvo Vegetação aórtica (seta) 5 - ETT paraesternal vegetação valva mitral 6 - ETT paraesternal regurgitação mitral (*)



Vegetação valvar aórtica

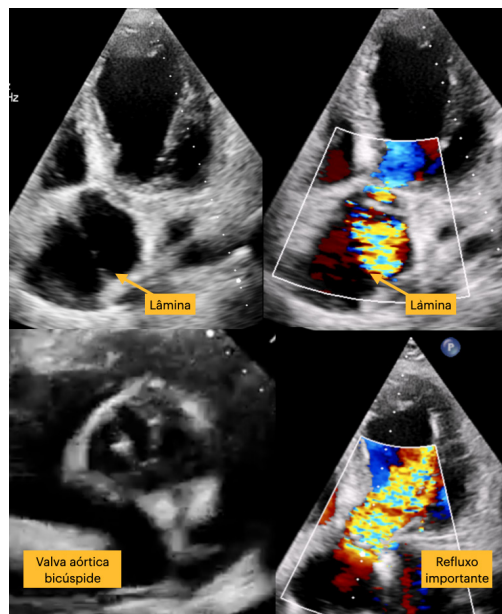
1116815

ENTRE FOLHETOS E FLAPS: DESCOBERTA INCIDENTAL DE DISSECÇÃO AÓRTICA EM PACIENTE COM VALVA AÓRTICA BICÚSPIDE

AUTOR(ES): GABRIELA ARRUDA FALCÃO SOUZA LEÃO1; ANA CLAUDIA LONGO1; ESTHEFANY DIAS BARBOSA1; FIAMMA FERREIRA NOGUEIRA1; DIOGO COUTINHO SUASSUNA1;

(1) IMIP - RECIFE - PE - BRASIL;

Apresentação do caso: Mulher, 57 anos, com relato de dor em região dorsal há 6 meses. Realizou ecocardiograma transtorácico (ETT), que revelou valva aórtica bicúspide (VAB), com refluxo importante, dilatação do seio aórtico (4,8 cm) e da aorta ascendente (6,7 cm – indexada 3,9 cm/m²). Além de imagem linear hiperecoica, móvel, compatível com flap de dissecção, delimitando dois lúmens distintos do seio aórtico até a porção proximal da aorta ascendente, Doppler com fluxo apenas no lúmen verdadeiro. Submetida a angiotomografia de aorta que confirmou a dilatação fusiforme da aorta ascendente e dissecção iniciada a cerca de 2,3 cm da valva aórtica com extensão até joelho anterior do arco aórtico. Submetida à cirurgia de Bentall com boa evolução. **Discussão:** A dissecção aguda da aorta ascendente (tipo A de Stanford) é classicamente uma emergência clínica, cursando com dor torácica intensa e instabilidade hemodinâmica. Contudo, existem formas crônicas, localizadas e assintomáticas, que são extremamente raras e representam um desafio diagnóstico. A presença de valva aórtica bicúspide, é reconhecidamente associada à degeneração da camada média da aorta ascendente, predispondo a dissecção mesmo na ausência de hipertensão ou aterosclerose. A literatura descreve a prevalência de dissecção associada à VAB entre 0,5–3%. A dissecção localizada, sem extensão, e oligossintomática, como neste caso, é descrita em poucos relatos na literatura, com risco real de ruptura súbita se não diagnosticada a tempo. Este caso destaca a utilidade da ecocardiografia transtorácica (ETT) na detecção de alterações estruturais da aorta torácica, permitindo intervenção precoce em uma condição de alto risco. O uso da angiotomografia foi confirmatório, mas o achado inicial por ETT reforça seu papel como ferramenta diagnóstica, mesmo fora de contextos agudos. **Comentários finais:** O caso demonstra a importância da ecocardiografia transtorácica como método de triagem valioso. O diagnóstico precoce de dissecção tipo A em portador de valva aórtica bicúspide permitiu intervenção precoce e desfecho favorável, evitando uma evolução catastrófica.



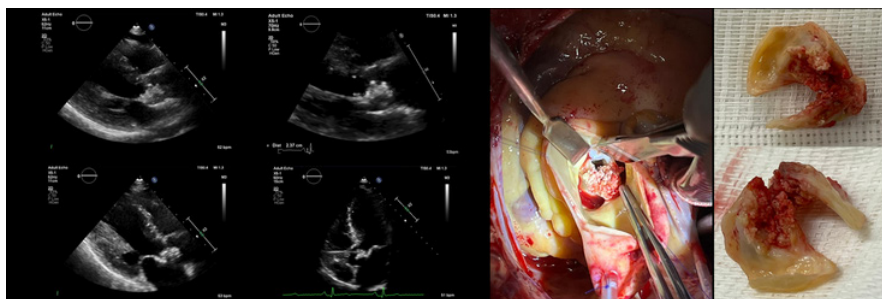
1117013

ESTENOSE AÓRTICA SECUNDÁRIA A CALCIFICAÇÃO VALVAR ABERRANTE

AUTOR(ES): JOSÉ DIAS DE ASSIS NETO¹; THIAGO DORNELAS DE OLIVEIRA¹; GABRIELA ZAMUNARO LOPES RUIZ¹; THIAGO PINHEIRO JUNQUEIRA¹; PAULO HENRIQUE NOGUEIRA COSTA¹; MARIANA DE BRAGA LIMA CARVALHO CANESSO¹; GERALDO BRASILEIRO FILHO²;

(1) HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG - BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; (2) FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - BELO HORIZONTE - MG - BRASIL;

Apresentação do caso: Mulher, 55 anos, procurou atendimento por déficit visual à direita, sendo identificada oclusão de ramo da artéria central da retina, sugerindo evento isquêmico embólico. Apresentava também dor torácica em queimação e dispnéia aos moderados esforços. **Comorbidades:** hipertensão arterial, doença renal crônica G3a, trombocitopenia idiopática e tabagismo (30 anos-maço). Fazia uso de losartana, atenolol, anlodipino e furosemida. Para investigação etiológica, foram realizadas ressonância magnética e angiotomografia de crânio, ambas sem alterações. Prosseguindo na propedêutica, o ecocardiograma transtorácico revelou uma valva aórtica calcificada, sugestiva de bicúspide, com uma massa irregular de 2,4 cm, móvel e hiperrefringente, em topografia do folheto não coronariano. A abertura valvar era reduzida, com velocidade máxima de 4,6 m/s, gradiente máximo de 86 mmHg e médio 53 mmHg, Índice de velocidade (DVI) de 0,24 e área valvar de 0,7 cm². Foram então solicitadas hemoculturas e sorologias para Bartonella e Coxiella burnetti, todas negativas. No entanto, a paciente preenchia os Critérios de Duke para endocardite infecciosa: 1 maior (massa/vegetação) e 3 menores (fator de risco: valva bicúspide, fenômeno vascular: oclusão arterial, e fenômeno imunológico: fator reumatoide positivo). Deste modo, foi iniciada antibioticoterapia empírica e realizada cirurgia precoce de troca valvar. No intraoperatório encontrou-se uma valva extremamente calcificada, tricúspide e com padrão de calcificação desigual, mais intenso na comissura entre os folhetos coronariano direito e não coronariano, formando uma massa de cálcio amorfo e de fácil fragmentação. O exame anatomopatológico mostrou grandes áreas de calcificação e neoformação conjuntiva. Não foram encontrados inflamação ativa ou microrganismos e a cultura foi negativa. Diante da ausência de processo infeccioso, a antibioticoterapia foi interrompida. A paciente teve excelente evolução, com alta hospitalar após 1 semana. **Discussão:** Massas valvares não são específicas para endocardite infecciosa e podem representar trombos, tumores, vegetações estéreis ou alterações valvares degenerativas. Diferenciar essas entidades é um desafio, mesmo com métodos de imagem avançados. **Comentários finais:** Esse caso reforça a complexidade na avaliação de valvopatias degenerativas avançadas e seus diagnósticos diferenciais.



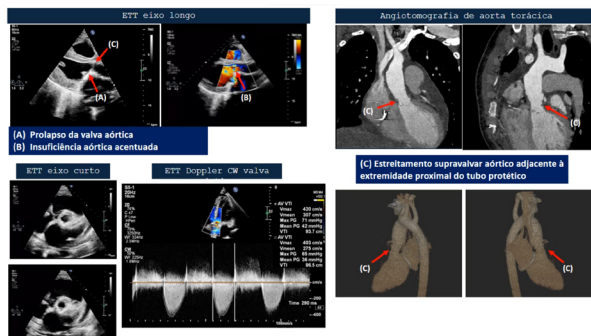
1116840

ESTENOSE SUPRAVALVAR AÓRTICA APÓS IMPLANTE DE PRÓTESE TUBULAR EM AORTA ASCENDENTE COM PLASTIA AÓRTICA: COMPLICAÇÃO RARA EM PACIENTE COM DOENÇA MULTIVALVAR RELACIONADA À MUTAÇÃO DA FILAMINA A

AUTOR(ES): CLAUDIO HUMBERTO GONÇALVES MAIA¹; FERNANDA VALE GUIMARÃES¹; CAMILA MARTINS FERREIRA¹; ISMENIA AMORIM ARAUJO¹; DASSIS CAJUBA COSTA BRITTO¹; REYNA PINHEIRO CALZADA¹; FERNANDA LAIZA PEREIRA BATISTA¹; THASIELY MOURA FÁRIA¹; GUILHERME URPIA MONTE¹; ADENALVA LIMA SOUZA BECK¹;

(1) INSTITUTO DE CARDIOLOGIA E TRANSPLANTES DO DISTRITO FEDERAL (ICTDF) - BRASILIA - DF - BRASIL;

Apresentação do caso: Homem, 20 anos, portador de cardiopatia valvar hereditária ligada ao X (OMIM 314400), associada à mutação no gene da filamina A (FLNA), apresentava em ecocardiograma transtorácico (ETT), prolapso de ambos os folhetos da valva mitral com insuficiência acentuada, prolapso de todos os folhetos da valva tricúspide com insuficiência moderada e dilatação da raiz aórtica (44 mm). Ventrículo esquerdo com fração de ejeção de 57% e diâmetro sistólico de 41 mm. Foi submetido a troca valvar mitral por bioprótese, plastia tricúspide e implante de tubo de Dacron em raiz aórtica/aorta ascendente com plastia da valva aórtica (técnica de Tirone David), sem intercorrências. Nos primeiros dias de pós-operatório foi auscultado sopro sistólico ejetivo em foco aórtico 4+/6+ associado a sopro diastólico aspirativo em foco aórtico 3+/6+. ETT evidenciou prolapso da valva aórtica (VA) com insuficiência aórtica (IAO) acentuada, e a análise com Doppler mostrou gradientes sistólicos de 71 (pico) e 42 mmHg (médio). Apesar dos gradientes elevados, os folhetos da VA apresentavam abertura preservada. Ao analisar o tubo protético, foi observado estreitamento em extremidade proximal, sugerindo estenose supravalvar aórtica (ESA). Angiotomografia de aorta torácica confirmou o estreitamento da aorta, medindo 18,5 x 16mm, em desproporção ao calibre do segmento tubular adjacente, que media 32mm. Diante dos achados, paciente foi reoperado, com implante de tubo valvulado (técnica de Bentall de Bono), sem intercorrências. **Discussão:** A cirurgia de Tirone David preserva a valva aórtica garantindo sobrevida significativa a longo prazo e baixas taxas de reintervenção valvar (3-10% após 10 anos, devido a IAO acentuada). ESA é uma complicação raríssima após implante de tubo na aorta, não havendo nenhum caso tão precoce descrito na literatura até o momento. No caso descrito, o estreitamento supravalvar e consequente prolapso da VA podem estar relacionados à fragilidade tecidual decorrente da condição de base do paciente. A avaliação em Heart Team, dentro de um centro especializado em valva, é crucial para maximizar o sucesso da intervenção e mitigar riscos. **Comentários finais:** Na era da multimodalidade, o ecocardiograma permanece fundamental para a avaliação de complicações no pós-operatório de cirurgias valvares. Esse caso ressalta a importância de análise minuciosa da anatomia e dos parâmetros hemodinâmicos para o correto diagnóstico de ESA, uma complicação rara nesse contexto.



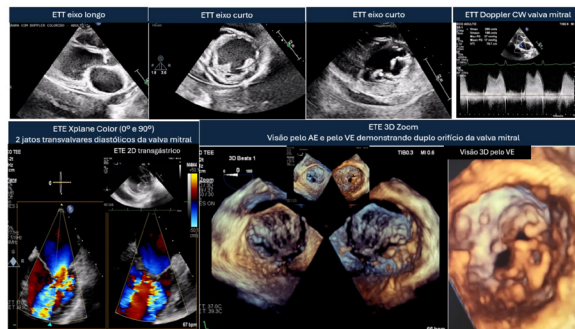
1116798

ESTENOSE VALVAR MITRAL COM ABERTURA EM DOME: UM DIAGNÓSTICO RARO E DESAFIADOR DE VALVA MITRAL COM DUPLO ORIFÍCIO CONFUNDIDO COM ETIOLOGIA REUMÁTICA

AUTOR(ES): THASIELY MOURA FARIA1; CAMILA MARTINS FERREIRA1; ANA LUIZA CALDEIRA LOPES1; MICHELLE BRUNA DA SILVA SENA1; DASSIS CAJUBA DA COSTA BRITTO FILHO1; REYNA PINHEIRO CALZADA1; FERNANDA BIANCHI DE BESSA1; MANUELA BAIMA COSTA CABRAL1; CLAUDIO HUMBERTO GONÇALVES MAIA1; ADENALVA LIMA DE SOUZA BECK1;

(1) INSTITUTO DE CARDIOLOGIA E TRANSPLANTES DO DISTRITO FEDERAL, ICTDF - BRASÍLIA - DF - BRASIL;

Apresentação do caso: Mulher, 30 anos, assintomática, é encaminhada ao nosso serviço para acompanhamento, devido a sopro mitral diastólico ++/6 e detecção de estenose mitral (EM) reumática em exame pré-admissional. Ecocardiograma transtorácico (ETT) do nosso serviço mostrou que a valva mitral era espessada, com abertura em dome, porém sem fusão comissural, com músculos papilares e cordoalhas presentes e normoimplantados, sem fusão. No eixo curto, havia aparentemente dois orifícios, em planos diferentes. Ao Doppler colorido, observou-se fluxo transvalvar mitral diastólico turbulento (2 jatos), com gradientes diastólicos de 28 mmHg (pico) e 17 mmHg (médio) compatíveis com EM acentuada, sem insuficiência associada. Para melhor definição do mecanismo, optou-se por complementar com ecocardiograma transesofágico tridimensional (ETE 3D) que confirmou a suspeita de valva mitral com duplo orifício (VMDO), e permitiu demonstrar um orifício principal, na comissura anterolateral, com área valvar (AV) pela planimetria 3D de 0,7cm², e um orifício menor, na comissura pósteromedial, com AV de 0,5cm². **Discussão:** A VMDO é uma anomalia congênita rara com incidência estimada em 0,01% a 0,06%. Comumente é associada a outras doenças congênitas tais como defeito do septo atrioventricular, anomalia de Ebstein, coarctação de aorta, persistência da cana arterial e valva aórtica bicúspide. Baseado em características ecocardiográficas há três tipos: excêntrico ("hole type" - 85% dos casos), central ("bridge type"), e duplicado (este com duplo anel e aparato valvar). O caso relatado é do tipo central, observado em 15% dos pacientes com VMDO, e caracterizado por uma ponte central de tecido fibroso conectando os 2 folhetos da valva mitral. Estes dois orifícios podem ser simétricos ou não e, normalmente, os músculos papilares são normoimplantados, emitindo cordoalhas para os componentes valvares de forma separada. A evolução clínica é variável, podendo permanecer sem disfunção valvar ou evoluir para estenose (26-43% dos casos) ou insuficiência valvar (13-26% dos casos), com necessidade de intervenção. **Comentários finais:** A ecocardiografia transtorácica (ETT) é o principal método para avaliar VMDO. O caso descrito alerta para a suspeita dessa rara anomalia congênita como uma causa de EM, que pode ser confundida com a etiologia reumática, porém não apresenta fusão comissural. O ETE 3D aprimora a avaliação da anatomia (folhetos, anel, aparato subvalvar) e a identificação do duplo orifício.



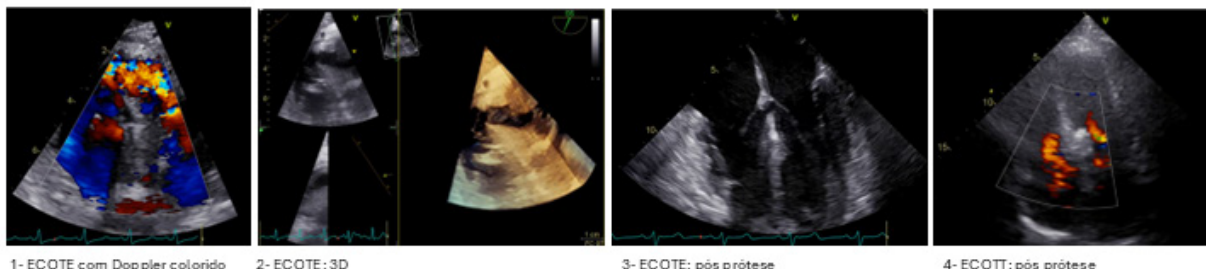
1116953

FECHAMENTO PERCUTÂNEO DE COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR PÓS-IAM COM PRÓTESE CERA: PAPEL DA ECOCARDIOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO E GUIA DO PROCEDIMENTO EM COMPLICAÇÃO MECÂNICA GRAVE

AUTOR(ES): NATAN ALEVATO DONADON1; WENDY SIERRAALTA1; SIMONE PEDRA1; CARLOS PEDRA1; JORGE ASSEF1; ANDREA VILELA1; FLAVIA CHIVA1; ITALO MENEZES FERREIRA1; DEBORA MURAKAMI1; TITO PALADINO1;

(1) INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Mulher, 65 anos, hipertensa e diabética, apresentou dor torácica e dispnéia, procurando atendimento médico após 4 horas dos sintomas. Diagnosticada com IAMCSST anterior, sendo encaminhada para angioplastia primária. Admitida em KILLIP IV, realizou cineangiogramia que revelou CD subocluida no terço proximal e DA subocluida no terço médio. Foi implantado stent na DA. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica e necessidade de balão intra-aórtico. ECOTT beira-leito evidenciou acinesia do septo basal com comunicação interventricular muscular nesta região, medindo 8 mm, com shunt esquerda-direita (gradiente máximo de 30 mmHg), fração de ejeção preservada e sem derrame pericárdico. Frente ao achado, foi indicado fechamento percutâneo da CIV. No ecocardiograma transesofágico, observou-se CIV muscular médio-apical, medindo 18x10 mm, com área de 1,6 cm² e fluxo esquerda-direita. Procedeu-se ao implante de prótese CERA Muscular VSD Occluder n°16, com posicionamento adequado, mínimo fluxo residual e sem comprometimento de estruturas adjacentes. A paciente evoluiu com melhora clínica, desmame de suporte hemodinâmico e alta da unidade coronariana após uma semana. **Discussão:** A CIV pós-IAM é complicação rara (<1% dos casos na era da reperfusão precoce), porém associada a alta mortalidade, principalmente nas primeiras 72 horas. Quando não tratada, a mortalidade hospitalar ultrapassa 90%. A cirurgia, embora tradicional, apresenta mortalidade significativa (30-50%) em fase aguda. O fechamento percutâneo com dispositivos oclusores surge como alternativa viável em casos selecionados, especialmente quando o risco cirúrgico é elevado. O dispositivo implantado possui desenho favorável para defeitos musculares, com bons resultados em centros especializados. O ecocardiograma é fundamental tanto no diagnóstico quanto no planejamento do tratamento. O ETT permite rápida identificação do defeito, estimativa de gradiente e função ventricular. O ETE, especialmente em 3D, fornece detalhamento anatômico preciso e é essencial para guiar o implante do dispositivo com segurança. **Comentários Finais:** O caso demonstra abordagem eficaz de uma complicação mecânica grave do IAM. A intervenção percutânea guiada por ECO possibilitou estabilização clínica e boa evolução. A técnica, embora complexa, representa uma alternativa promissora à cirurgia em pacientes selecionados, reforçando o papel do trabalho multidisciplinar e da imagem cardiovascular no manejo moderno dessas situações.



1116749

FIBROELASTOMA PAPILAR DE VALVA PULMONAR: PAPEL DO ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO TRIDIMENSIONAL NO DIAGNÓSTICO E CONDUTA

AUTOR(ES): NÚBIA FERREIRA PEDRO LACK1; CESAR AUGUSTO PEREIRA JARDIM1; NATÁLIA DUARTE JARDIM1; FLAVIO TARASOUTCHI1; FABIO BISCEGLI JATENE1; JAIRO ALVES PINHEIRO JUNIOR1;

(1) HOSPITAL HCOR ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SÍRIA - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Introdução: Os fibroelastomas papilares (FEP) são tumores cardíacos benignos raros, considerados os tumores valvares mais comuns, predominam em adultos com idade média de 60 anos, são frequentemente assintomáticos, embora possam apresentar risco de complicações embólicas e obstrutivas, principalmente quando maiores de 1cm. São mais comumente localizados em valvas esquerdas, sendo a valva pulmonar acometida em menos de 10% dos casos. A ecocardiografia é a principal ferramenta diagnóstica, sendo o ecocardiograma transesofágico tridimensional (ETE 3D) particularmente valioso por fornecer detalhamento anatômico superior, facilitando a diferenciação com outras lesões intracardíacas e auxiliando na decisão terapêutica. **Relato do Caso:** Paciente masculino, 61 anos, previamente assintomático, sem comorbidades conhecidas, foi submetido a ecocardiografia transtorácica (ETT) que revelou imagem hiperecogênica, móvel, de cerca de 1,2 cm, aderida à valva pulmonar. O ETE 3D confirmou tratar-se de massa pedunculada, homogênea e bem delimitada, com padrão pontilhado periférico típico de FEP, sem sinais de disfunção valvar. A avaliação volumétrica e espacial tridimensional permitiu confirmar a inserção exclusiva na valva pulmonar e excluir envolvimento do trato de saída do ventrículo direito. Diante do risco embólico e da mobilidade da lesão, optou-se por ressecção cirúrgica eletiva. O paciente teve boa evolução pós-operatória e o exame anatomopatológico confirmou o FEP. **Discussão:** Em comparação ao ETT, o ecocardiograma transesofágico possibilita aquisição de imagem com melhor resolução espacial devido ao uso de altas frequências de ultrassom. Em adição, o ETE 3D fornece planos seccionais além dos padronizados, possibilita pós processamento de imagens e é uma ferramenta fundamental no diagnóstico de massas intracardíacas. Sua aplicação permite contribuir com diagnósticos diferenciais através de sua caracterização morfológica, avalia sua relação com estruturas adjacentes, se existe plano de clivagem, além de oferecer imagens em tempo real. Essa acurácia diagnóstica reduz incertezas clínicas. **Conclusão:** O ETE 3D é uma ferramenta essencial na avaliação de tumores cardíacos. Sua aplicação permite alcançar de forma mais acurada o diagnóstico, possibilita a caracterização morfológica detalhada, fornecendo dados importantes para a estratégia cirúrgica quando indicada e favorecendo melhores desfechos clínicos.



1116437

FIBROELASTOMA PAPILÍFERO COM TAMANHO E LOCALIZAÇÃO ATÍPICAS E O PAPEL DA MULTIMODALIDADE DE IMAGEM: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): AFERNANDA LAIZA PEREIRA BATISTA1; ARYELL DAVID PROENÇA1; PAULO BATISTA DOS REIS NETTO1; GUILHERME URPIA MONTE1; CAMILA MARTINS FERREIRA1; FERNANDA VALE GUIMARAES1; THASIELY MOURA FARIAS1; ANA LUIZA CALDEIRA LOPES1; MICHELLE BRUNA DA SILVA SENA1; ADENALVA LIMA DE SOUZA BECK1;

(1) INSTITUTO DE CARDIOLOGIA E TRANSPLANTES DO DISTRITO FEDERAL - BRASÍLIA - DF - BRASIL;

Apresentação do Caso: Mulher, 55 anos, hipertensa, ex-tabagista, realiza ecocardiograma transtorácico (ETT) devido à queixa de dispnéia aos moderados esforços e precordialgia. ETT evidenciou massa nodular, isoecogênica, móvel, regular, pedunculada, medindo 13x8mm, aparentemente aderida a parede livre do átrio direito próximo à valva tricúspide (VT) (que apresentava insuficiência tricúspide discreta), sugestiva de fibroelastoma papilífero (FEP) ou mixoma. Complementação com Ecocardiograma Transesofágico Tridimensional (ETE3D) demonstrou que a massa media 16x13mm e estava aparentemente aderida ao folheto septal da VT. Ressonância Magnética Cardíaca (RMC) confirmou os achados do ETE. Cineangiogramia detectou doença arterial coronariana obstrutiva (DAC) em DA (80%). Após discussão em Heart Team, a paciente foi submetida à exérese do tumor, plastia da VT de bom resultado e revascularização do miocárdio. À macroscopia, o tumor media 18x18x17mm, em histopatológico foi confirmado o diagnóstico de FEP. **Discussão:** Os tumores cardíacos primários têm incidência rara (inferior a 0,1%). O FEP é o terceiro mais comum, respondendo por 10% dos casos. São tumores benignos, mais encontrados na idade adulta, tipicamente pequenos (<10mm), únicos ou múltiplos, que em 90% dos casos se localizam nas válvulas cardíacas esquerdas (aórtica e mitral). Apresentação clínica varia de achado incidental assintomático a complicações emboligênicas (geralmente associadas a tumores móveis ou >=10mm). Apesar dos sintomas descritos terem sido atribuídas a DAC e não ao tumor, a cirurgia foi primariamente indicada devido as características de alto risco emboligênico. O ETT tem acurácia diagnóstica de 85% na detecção de FEP, mas o ETE, especialmente com 3D, refina o diagnóstico morfológico e é crucial na tomada de decisão uma vez que permite uma caracterização morfológica mais acurada da massa e relação com estruturas adjacentes, com vistas à ressecção cirúrgica. Em caso de dúvidas, RMC pode auxiliar na melhor caracterização. **Comentários Finais:** Esse relato acrescenta à literatura um caso de FEP com dimensões e localização atípicas. A utilização da multimodalidade de imagem, aliando ETE 3D e RMC, foi fundamental para o diagnóstico e contribuiu para o sucesso cirúrgico, uma vez que ofereceu uma visão espacial mais detalhada da extensão de local de inserção, permitindo a preservação da valva. Acompanhamento com ETT é recomendável uma vez que o FEP pode recidivar mesmo após ressecção total.

Imagem 1: ETT corte apical 4 câmaras.



Imagem 2: ETE multiplanar.

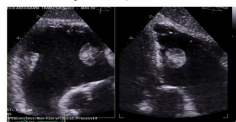


Imagem 3: Tumor visto em intraoperatório.



Imagem 4: ETE 3D.

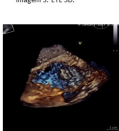
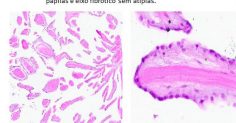


Imagem 5: DAC em corte apical 4 câmaras.



Imagem 6: Cortes histopatológicos demonstrando papilas e vaso fibrotico sem atipias.



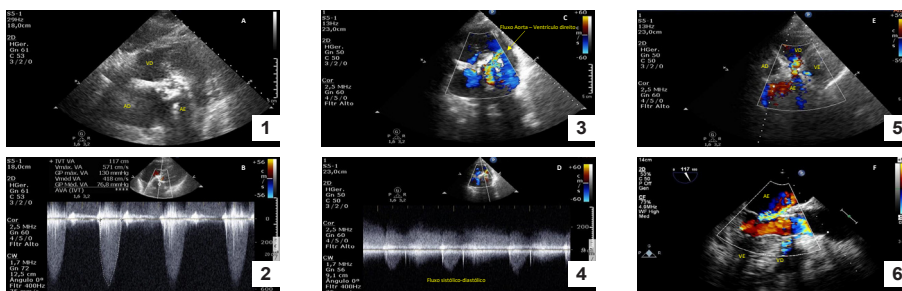
1116911

FÍSTULA AORTO-VENTRICULAR DIREITA PÓS TAVI: UMA COMPLICAÇÃO RARA E FATAL

AUTOR(ES): ALAN RODRIGUES ANDRADE¹; JULIA CRISTINA DE SOUZA¹; GIANLUCA POLLES RADUAN ANDREOLI¹; ANTONIO RAHAL MESTRENER¹; OTÁVIO PARISI DE CARVALHO¹; GUILHERME MARTINS GUZMAN¹; ANTONIO CARLOS FONSECA DE QUEIROZ FILHO¹; TAIRON SAID BATISTA LEITE¹; PEDRO MAURO GRAZIOZI¹;

(1) HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação: Paciente masculino, 93 anos, hipertenso, antecedente de fibrilação atrial, revascularização miocárdica e desbastamento da valva aórtica há 10 anos. Evolui com dispnéia aos mínimos esforços, sendo internado para manejo clínico. Ao exame: ritmo cardíaco irregular e sopro sistólico ejetivo aórtico 5+/6+. Ecocardiograma transtorácico mostrou aumento biatrial, hipertrofia ventricular esquerda concêntrica, função sistólica preservada, valva aórtica intensamente calcificada, gradiente médio de 76 mmHg, índice de velocidades de 0,11, área estimada em 0,34 cm² (equação de continuidade) e refluxo discreto; valva mitral com calcificação anular e refluxo importante (Fig. A e B). Após otimização clínica, foi indicada implante transcater da valva aórtica (TAVI). Pós-implante, o ecocardiograma intraoperatório evidenciou redução significativa dos gradientes (máx. 10 mmHg, méd. 5 mmHg) e refluxo central discreto, porém detectou fluxo contínuo do seio coronariano para o ventrículo direito, compatível com fistula aorto-ventricular direita, confirmado por complementação transesofágica (Fig. C, D, E e F). Nos dias seguintes, evoluiu com insuficiência cardíaca direita, disfunção ventricular direita e necessidade de drogas vasoativas. Dada a fragilidade, comorbidades e alta complexidade técnica da correção percutânea, o Heart Team optou por cuidado paliativo, evoluindo a óbito dias depois. **Discussão:** A estenose aórtica grave e sintomática associa-se a alta mortalidade sem intervenção. A TAVI revolucionou o tratamento de pacientes com risco cirúrgico elevado, porém complicações raras como a fistula aorto-ventricular direita podem ocorrer, sendo de difícil diagnóstico e manejo. A calcificação subvalvar e a pós-dilatação excessiva são fatores predisponentes. A ecocardiografia é fundamental para a detecção, mostrando fluxo sistólico-diastólico contínuo ao Doppler. O tratamento deve ser individualizado, podendo ir do manejo conservador à intervenção percutânea, frequentemente de alta complexidade. **Considerações Finais:** Este caso mostra a importância da ecocardiografia intraoperatória para o reconhecimento de complicações como a fistula aorto-ventricular direita que, apesar de rara, apresenta alta mortalidade e exige diagnóstico precoce. De igual importância, a avaliação multimodalidade pré operatória estima com maior acurácia pacientes de maior risco para complicações. Estudos adicionais são necessários para melhor compreender e tratar essa grave intercorrência.



1116802

GRANDE MASSA NO ÁTRIO DIREITO ASSOCIADA À SÍNDROME NEFRÓTICA EM CRIANÇA: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): ISABELLA KNOPP DE LIMA¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL;

Apresentação do caso: Paciente 3 anos com antecedentes de síndrome nefrótica desde agosto de 2023, com padrão de recaídas frequentes e difícil controle clínico com a medicação em uso. Em maio de 2025, o paciente foi internado para investigação de uma de grande massa móvel em átrio direito (AD) sugestiva de mixoma, identificada em ecocardiograma de rotina. Como parte da propedêutica etiológica foi submetida a angiogramografia de tórax que evidenciou imagem sugestiva de trombo, localizada em ramos da artéria pulmonar sendo iniciado anticoagulação com heparina e posteriormente com varfarina com boa evolução clínica. No seguimento ambulatorial repetido o ecocardiograma que evidenciou regressão significativa da massa em átrio direito com a anticoagulação confirmando se tratar de trombo. **Discussão:** A presença de massa no átrio direito em crianças, identificada pela ecocardiografia, é uma condição que exige investigação cuidadosa, pois pode estar associada a diferentes etiologias caracterizando um desafio diagnóstico. Entre as causas podemos citar: tumores cardíacos como rabiomioma, fibroma, mixoma, teratoma e angiossarcoma, além de vegetação e trombo. É importante também fazer uma avaliação complementar multimodalidade sempre correlacionando com a história clínica e o exame físico, que ajudam na caracterização da massa que pode impactar na conduta terapêutica. A história de síndrome nefrótica de difícil controle clínico é um fator de risco importante para tromboembolismo venoso devido à perda urinária de antitrombina 3, aumento de fatores de coagulação e disfunção endotelial. Os achados de imagem associada à história clínica e boa resposta anticoagulação foram fundamentais para a confirmação diagnóstica e evolução favorável do paciente. **Comentários finais:** O caso apresentado exemplifica a complexidade do manejo de uma massa intracardíaca em paciente pediátrico que impõe ampla investigação etiológica, sendo o trombo intracardíaco uma possibilidade relevante em contextos de hipercoagulabilidade, como na síndrome nefrótica. O diagnóstico diferencial cuidadoso com imagem e história clínica, aliado à conduta terapêutica adequada, incluindo anticoagulação levando a regressão da imagem, foi fundamental para o desfecho favorável neste caso, evitando uma cirurgia cardíaca.



1116615

HEMANGIOMA CAVERNOSO EM ÁTRIO ESQUERDO: AVALIAÇÃO ECOCARDIOGRÁFICA E CORREÇÃO CIRÚRGICA COM RECONSTRUÇÃO TECTAL E SEPTOPLASTIA COM PERICÁRDIO BOVINO

AUTOR(ES): EDUARDO POLETTI CAMARA1; MARIANA FONSECA SANTOS2; ANDRE LUIZ TOZZATO VOLPE1; BRUNA LOPES CÔNSOLO3; SIMONE HELENA CAIXE1; THAIS HELENA PEREIRA MARTINS1; JULIANO CESAR DOS SANTOS1; THIAGO COELHO BANDECA1; KARINA ELORD CASTRO RIBEIRO DA SILVEIRA1;

(1) HOSPITAL SÃO FRANCISCO - RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL; (2) HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA - RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL; (3) CARDIOPRIME - RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL;

Apresentação do caso: Paciente masculino, 56 anos, dislipidêmico, apresentou dispnéia progressiva e adinamia. Teste ergométrico mostrou baixa tolerância ao esforço (6,54 METs) sem sinais eletrocardiográficos de isquemia. Foi realizada angiotomografia coronariana que evidenciou escore de cálcio de 74 UA, com aterosclerose sem estenoses significativas. O ecocardiograma transtorácico revelou dilatação leve do átrio esquerdo, hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo, disfunção diastólica, dilatação leve da raiz e da aorta ascendente, insuficiência mitral leve, fração de ejeção do ventrículo esquerdo preservada e uma imagem hiperecogênica oval de 28 x 34 mm aderida ao septo interatrial, sem gradiente hemodinâmico significativo e etiologia incerta. Dada a suspeita de tumor intracavitário, prosseguiu-se com ressonância magnética cardíaca que confirmou a massa oval no átrio esquerdo, aderida ao septo interatrial, medindo 2,8 x 2,9 x 2,6 cm, sugestiva de mixoma. O paciente foi submetido à ressecção cirúrgica com reconstrução do teto atrial e septoplastia com pericárdio bovino. Durante a saída da circulação extracorpórea, apresentou arritmia ventricular, revertida com sucesso, evoluindo estável no pós-operatório. A análise anatomopatológica revelou hemangioma cavernoso. No ecocardiograma após seis meses, a fração de ejeção permaneceu preservada, com função segmentar normal, insuficiência aórtica leve e recuperação da dilatação atrial esquerda. **Discussão:** Hemangiomas cardíacos são tumores primários benignos raros, correspondendo a menos de 2% das neoplasias cardíacas, com a variante cavernosa ainda mais incomum. A localização no átrio esquerdo, especialmente no septo interatrial, é excepcional, com menos de 100 casos relatados. Os sintomas são inespecíficos, ligados ao efeito mecânico da massa. O ecocardiograma foi fundamental para a detecção inicial, guiando a investigação complementar por ressonância. Esta combinação diagnóstica tem acurácia superior a 90% para massas cardíacas. Apesar da suspeita inicial de mixoma, o diagnóstico definitivo foi hemangioma cavernoso, cuja raridade dificulta o manejo clínico. A ressecção cirúrgica completa é o tratamento indicado, com bom prognóstico quando realizada adequadamente. **Comentários Finais:** Este relato destaca a importância do ecocardiograma na identificação precoce de massas cardíacas raras, como hemangioma cavernoso atrial esquerdo, e reforça o papel da imagem cardiovascular para resultados clínicos satisfatórios.

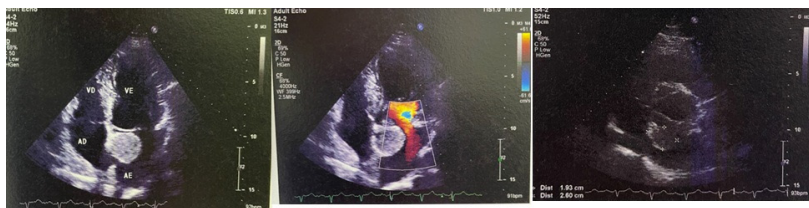


Imagem hiperecogênica oval de 28 x 34 mm aderida ao septo interatrial, sem gradiente hemodinâmico significativo, de etiologia incerta - posteriormente definida como hemangioma cavernoso

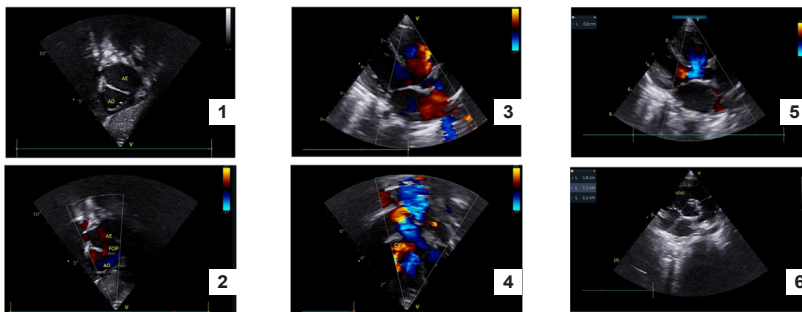
1116783

HIPERTENSÃO PULMONAR PRECOCE EM LACTENTE COM CIV PERIMEMBRANOSA OLIGOSSINTOMÁTICA: UM ALERTA PARA O DIAGNÓSTICO

AUTOR(ES): CAROLINA RIBEIRO COSTA1; MARCELO FREDERIGUE DE CASTRO2;

(1) HOSPITAL MILITAR DE MINAS GERAIS - BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; (2) HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA - BELO HORIZONTE - MG - BRASIL;

Apresentação do Caso: Lactente do sexo feminino, 8 meses, com importante déficit pondero-estatural (peso: 5370g, Z = -3,3; estatura: 63 cm, Z = -2,9), encaminhada por pediatra após detecção de sopro cardíaco. História pré-natal sem intercorrências e ecocardiograma fetal sem alterações. Alimentação exclusivamente ao seio até os seis meses. Mãe não referia cansaço às mamadas ou sinais de insuficiência cardíaca. Desenvolvimento neuropsicomotor adequado. O atraso do crescimento vinha sendo atribuído à seletividade alimentar. Ao exame físico, apresentava sopro holossistólico em borda esternal esquerda baixa com irradiação ampla, estalido protossistólico em foco pulmonar e hiperfonesse de segunda bulha. Saturação de oxigênio em ar ambiente: 99%. Sem outros sinais clínicos de insuficiência cardíaca. Ecocardiograma revelou comunicação interventricular (CIV) perimembranosa ampla, com shunt bidirecional (predominante esquerda-direita), aumento leve das câmaras esquerdas e sinais de hipertensão pulmonar (HP). Eletrocardiograma com sobrecarga de átrio esquerdo e achados sugestivos de HP. Iniciado tratamento com furosemida e captopril. Indicada correção cirúrgica com urgência, realizada ainda aos 8 meses, sem intercorrências. **Discussão:** A CIV perimembranosa, quando hemodinamicamente significativa, geralmente cursa com sinais precoces de insuficiência cardíaca, como taquidispnéia e dificuldade alimentar. Este caso se destaca pela apresentação atípica: ausência de sintomas clássicos, ausência de fenótipo sindrômico e presença de hipertensão pulmonar antes do primeiro ano de vida. A ausência de sinais evidentes retardou a investigação cardiológica, apesar da repercussão hemodinâmica já presente. O crescimento insatisfatório e a ausculta cardíaca alterada foram os principais indícios para o diagnóstico. É possível que o desenvolvimento precoce da HP tenha limitado o hiperfluxo pulmonar, mascarando os sintomas clássicos de insuficiência cardíaca. Embora a HP seja uma complicação conhecida de CIVs amplas não tratadas, sua manifestação precoce em crianças não sindrômicas é rara. A correção cirúrgica oportuna é essencial para evitar progressão para doença vascular pulmonar irreversível. **Comentários finais:** Este caso reforça a importância de valorizar achados clínicos sutis, como falha de crescimento e alterações auscultatórias, mesmo na ausência de sintomas típicos. A correção cirúrgica precoce foi determinante para o bom prognóstico do caso.



1116793

MAGEM SOB PRESSÃO – O PAPEL DA ECOCARDIOGRAFIA NA OCLUSÃO PERCUTÂNEA DO APÊNDICE ATRIAL ESQUERDO COM TROMBO: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): BRUNO ROBERT VASCONCELLOS OLIVEIRA¹; ADRIANO DIAS DOURADO OLIVEIRA¹; GABRIEL DE CASTRO VAZ LEAL¹; JUN RAMOS KAWAOKA¹; BRUNO DE FREITAS LEITE¹; FELIPE CARVALHO DE OLIVEIRA¹; CAIO REBOUÇAS FONSECA CAFEZEIRO¹; DIOGO FREITAS CARDOSO DE AZEVEDO¹; MÁRCIA MARIA NOYA RABELO¹; RAFAEL MODESTO FERNANDES¹;

(1) HOSPITAL ALIANÇA - REDE D'OR SÃO LUIZ - SALVADOR - BA - BRASIL;

Paciente portador de fibrilação atrial (FA) com diversas comorbidades cardiovasculares, CHA2DS2VA igual a 7 e DOAC Score igual a 8, apresentando múltiplos episódios cardioembólicos e presença de trombo em apêndice atrial esquerdo (AAE), a despeito da anticoagulação oral adequada. Deu entrada no nosso serviço em setembro/2024 com Trombose em artéria renal direita. Posteriormente, no mês seguinte, apresentou Acidente vascular encefálico isquêmico menor em tálamo direito. O Ecocardiograma (Eco) evidenciou hipertrofia ventricular esquerda excêntrica com hipocontratilidade difusa e fração de ejeção de 40% pelo Simpson, AAE dilatado e hipocontrátil, com trombo em seu interior. Diante desse cenário trombogênico, optou-se por fechamento percutâneo do AAE com dispositivo de proteção cerebral. Na ocasião, o Eco evidenciou AAE com landing zone de 28 x 20 mm e trombo medindo 11 x 11 mm. Procedeu-se com fechamento percutâneo do AAE com prótese LAMBE™ 34 x 38 mm, utilizou-se a técnica no-touch, sem uso de contraste, e o procedimento guiado através do Eco transesofágico 3D, com liberação do dispositivo distante do trombo. Evidenciou-se posicionamento adequado da prótese, com compressão satisfatória, estabilidade em repouso, discreto leak peridispositivo (< 3 mm), sem intercorrências clínicas ou angiográficas. A oclusão percutânea do AAE é uma alternativa não farmacológica razoável para prevenção de tromboembolismo na FA em pacientes que não toleram a anticoagulação oral, ou a presença de eventos embólicos a despeito da anticoagulação oral adequada. Apesar da presença de trombo no AAE ser uma contraindicação relativa ao procedimento, a sua persistência mesmo após a anticoagulação adequada, traz um cenário clínico desafiador. Algumas séries de casos têm demonstrando bons resultados na intervenção percutânea neste cenário. Através da técnica no-touch, evita-se qualquer entrada de catéter, guia ou contraste no interior do AAE, para minimizar o risco de deslocamento do trombo e embolização sistêmica, e os operadores realizam o implante orientados pelas imagens do Eco. Pode-se utilizar, ainda, o filtro de proteção cerebral para prevenção de AVC periprocedimental, no qual estudos prévios demonstraram a eficácia do dispositivo no fechamento do AAE com trombo no seu interior. Conforme demonstrado em uma série de relatos de caso neste cenário, a oclusão percutânea do AAE na presença de trombo consiste numa técnica desafiadora, porém factível na presença fulcral do Ecocardiograma.



1117072

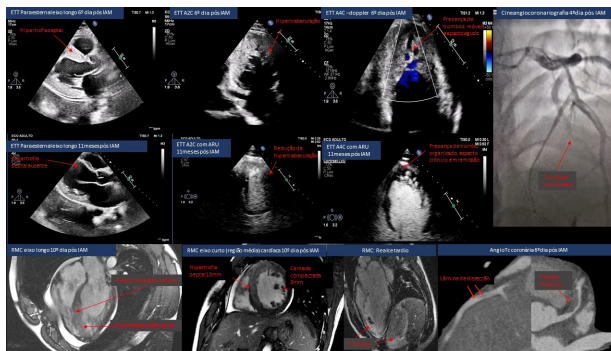
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM ATLETA JOVEM COM HIPERTRABECULAÇÃO VENTRICULAR: ADAPTAÇÃO FISIOLÓGICA OU RELAÇÃO CAUSAL? UM RELATO DE CASO QUE DEBATE O PARADIGMA DA CARDIOMIOPATIA NÃO COMPACTADA

AUTOR(ES): ANA LUIZA CALDEIRA LOPES¹; THASIELY MOURA FARIA¹; WANESSA NAKAMURA GUIMARÃES¹; AMANDA GRAZIELLA RODRIGUES FERNANDES¹; LAYSSA DE MELO FEITOSA¹; BIANCA CORRÊA ROCHA DE MELLO¹; MICHELLE BRUNA DA SILVA SENA¹; AMARILDO CANEVAROLI JUNIOR¹; GUILHERME URPIA MONTE¹; ADENALVA LIMA DE SOUZA BECK¹;

(1) INSTITUTO DE CARDIOLOGIA E TRANSPLANTES DO DISTRITO FEDERAL, ICTDF - BRASÍLIA - DF - BRASIL;

Apresentação do caso: Homem de 23 anos, previamente hígido, atleta, sem história familiar de cardiopatias, em uso semanal de cocaína, foi admitido com dor torácica típica iniciada há 2 dias. O eletrocardiograma mostrou infarto agudo do miocárdio (IAM) com supradesnivelamento de ST. A cineangiogramiografia demonstrou trombos em artéria descendente anterior e dissecção, suspeitada também por angiogramiografia. Ecocardiograma transtorácico (ETT) no 6º dia de IAM evidenciou fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 39%, acinesia apical e anteroseptal média, espessura septal (ES) de 12mm, e hipertrabeculações (HT) apicais parcialmente preenchidas por trombo. Ressonância magnética cardíaca (RMC) demonstrou realce tardio transmural na área infartada, HT, relação entre miocárdio não compactado/compactado de 2,8 e vários trombos apicais. Considerou-se, então, a hipótese de IAM tromboembólico associado a cardiomiopatia não compactada (CMNC). Após 1 ano, paciente retorna assintomático, sem uso de cocaína e com menor intensidade de atividade física. Novo ETT com agente de realce ultrassonográfico (ARU) mostrou redução da ES (9 mm) e da HT, FEVE 45% e persistência de trombo apical organizado em área acinética. Diante da reversão da HT, a RMC foi revisada e observou-se espessura da camada compactada preservada (8mm) e hipertrofia septal (13mm), achados incompatíveis com CMNC.

Discussão: HT do VE, embora associada a cardiomiopatias, pode ocorrer em até 20% da população saudável ou ser uma adaptação fisiológica, especialmente em atletas. Apesar da CMNC estar em debate atualmente, evidências apontam que além da HT com relação NC/C > 2,3 (na RMC), é necessário um afinamento da camada compactada para identificar os casos verdadeiramente patológicos (associados a arritmias, eventos tromboembólicos e disfunção de VE). No caso relatado, a reversão da HT e a ausência de afinamento sugerem fenótipo do atleta. O IAM foi causado por dissecção coronariana induzida por cocaína; os trombos foram consequência da disfunção regional isquêmica do VE e não causa do evento. **Comentários finais:** Esse caso ilustra a importância da avaliação morfológica criteriosa e seriada com ecocardiograma (idealmente com ARU) e RMC, na distinção entre CMNC e HT fisiológica. Também é fundamental interpretar o contexto clínico, ainda mais considerando a alta variabilidade de fenótipos com HT e a diversidade de critérios morfológicos. Diagnósticos precipitados de CMNC podem levar a abordagens inadequadas.



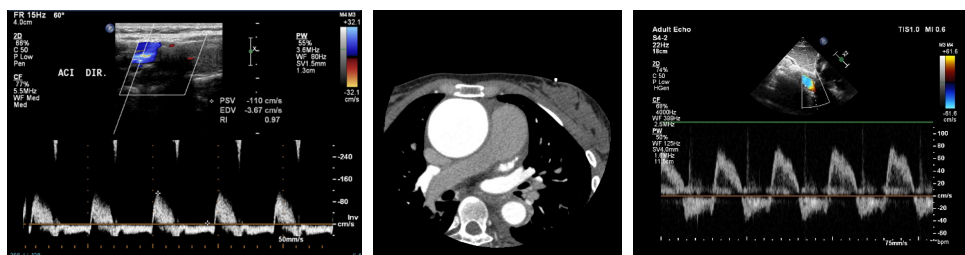
1116668

INSUFICIÊNCIA AÓRTICA IMPORTANTE EM PACIENTE JOVEM COM ARTERITE DE TAKAYASU: ABORDAGEM MULTIMODAL COM ÊNFASE NOS ACHADOS ECOCARDIOGRÁFICOS E DE DOPPLER DE CARÓTIDAS

AUTOR(ES): SUELISSON DA SILVA ARAUJO1; THIAGO GABRIEL FREIRE1; RICARDO LUIZ DE MEDEIROS LIMA1; CARLA SUELY SOUZA DE PAULA1; LUCIANA WALTER ROSADO DE SÁ1; KELTON DANTAS PEREIRA1; IGOR ISRAEL FILGUEIRA DE NEGREIROS1; MATHEUS CAVALCANTE BEZERRA1; PAMELA CASTRO PEREIRA2; DIOGO LUIZ DE MAGALHÃES FERRAZ1;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE (UFRN) - NATAL - RN - BRASIL; (2) INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: LSM, 25 anos, diagnóstico de Arterite de Takayasu (AT) (2018), com acometimento vascular sistêmico (dilatação sacular da artéria renal direita com áreas de estenoses em ramos segmentares das artérias renais e estenose da artéria ilíaca externa direita + oclusão proximal da artéria ilíaca externa esquerda), aneurisma da aorta ascendente (AAA/ 6,1 cm) e insuficiência aórtica (IAo) de grau importante (2019). Ao longo do seguimento, exames seriados demonstraram agravamento do refluxo aórtico e dilatação da raiz da aorta, sendo indicado tratamento cirúrgico. No pré-operatório, o ecodoppler de carótidas evidenciou doença aterosclerótica difusa, estenose significativa na origem da carótida comum esquerda (VPS 531 cm/s) e sinais de roubo de fluxo bilateral, sugerindo envolvimento inflamatório ativo ou sequele vascular. Foi realizada cirurgia de Tironi David (correção do aneurisma de aorta ascendente e plastia da valva aórtica) associado à ponte de safena para coronária direita, por achado intraoperatório de oclusão do vaso. No pós-operatório imediato, evoluiu com IAo de grau leve e derrame pericárdico moderado, sem repercussão hemodinâmica. **Discussão:** a AT está envolvida no processo inflamatório crônico da parede da aorta, comprometendo a coaptação valvar por dilatação progressiva da raiz e da AA, gerando diferentes graus de IAo. A progressão do refluxo valvar, documentada em 2019, consequente ao aumento do calibre da aorta, demonstrou relação direta entre o comprometimento da parede aórtica e a disfunção valvar. A imagem cardiovascular foi essencial, desde a quantificação do refluxo pelo ecocardiograma transtorácico, até a documentação do AA em angiografias seriadas, que nortearam a cirurgia. O eco de carótidas evidenciou roubo de fluxo e estenoses hemodinamicamente significativas, reforçando o caráter sistêmico e difuso da doença, que, embora rara, cursa com acometimento de grandes vasos. **Comentários Finais:** o caso resalta a importância da avaliação ecocardiográfica seriada e do uso de métodos de imagem complementar em pacientes com AT. A correlação entre os achados demonstra a natureza sistêmica da vasculite e o valor da imagem cardiovascular multimodal no diagnóstico e manejo de pacientes com AT. A associação com achados vasculares extracardíacos como o roubo de fluxo carotídeo, amplia a compreensão da doença e reforça a importância do raciocínio integrado na prática ecocardiográfica, decisivos para o diagnóstico e indicação cirúrgica.



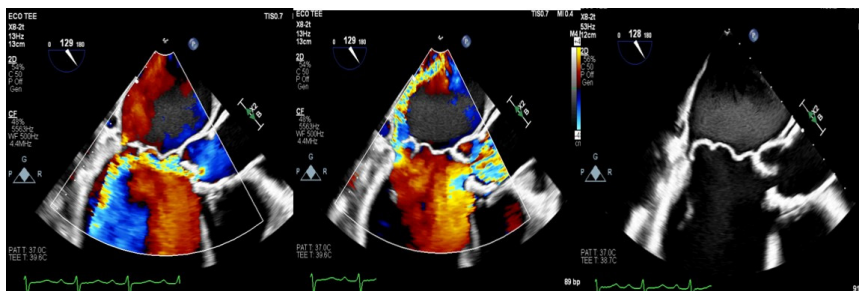
1117082

INSUFICIÊNCIA MITRAL SECUNDÁRIA A JATO EXCÊNTRICO DE REGURGITAÇÃO AÓRTICA: REMODELAMENTO VALVAR MITRAL EM PACIENTE COM VALVA AÓRTICA BIVALVULAR

AUTOR(ES): SANDRA NIVEA DOS REIS SARAIVA FALCÃO1; JOSE CARLOS JUCA POMPEU NETO2; ISABELLA FEITOSA PITA ULISSES2; FLAVIO BAUGARTEN OLIVEIRA2; LUIZA CHAVES AGUIAR3;

(1) UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, HOSPITAL DE MESSEJANA - FORTALEZA - CE - BRASIL; (2) UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - FORTALEZA - CE - BRASIL; (3) HOSPITAL DE MESSEJANA - FORTALEZA - CE - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente masculino, 42 anos, com história de sopro cardíaco não investigado, procurou atendimento em unidade de emergência por dispnéia progressiva há um mês, evoluindo para intolerância a pequenos esforços. Ao exame físico, apresentava sinais de congestão pulmonar, edema de membros inferiores e presença de sopro sistólico foco mitral e sistólico em foco aórtico. Foi realizado ecocardiograma transtorácico e transesofágico que evidenciaram: Dilatação importante e câmaras cardíacas esquerdas, valva aórtica bivalvular (VAB) com rafe entre os folhetos coronarianos direito e esquerdo, folhetos espessados, falha de coaptação e jato de insuficiência aórtica (IAo) importante, excêntrico e posterior, direcionado ao folheto anterior da valva mitral (VM). Observou-se ainda prolapse do segmento A2 do folheto anterior mitral e insuficiência mitral (IM) excêntrica de grau importante com direção posterior. **Discussão:** A VAB, presente em até 2% da população, pode evoluir com disfunção valvar significativa, sendo a insuficiência aórtica uma manifestação comum em homens jovens. O jato excêntrico da IAo, quando direcionado contra o folheto anterior mitral (FAM), pode provocar alterações morfológicas significativas, como alongamento e prolapse do FAM, contribuindo para IM funcional. Estudos recentes utilizando ecocardiografia transesofágica tridimensional demonstram que jatos excêntricos posteriores de IAo estão associados a maior área do FAM e alteração da relação entre os folhetos da mitral, evidenciando remodelamento assimétrico da valva mitral, possivelmente por estresse mecânico crônico. No caso descrito, a direção do jato regurgitante foi provável causa para o desenvolvimento da disfunção mitral, ainda na ausência de cardiopatia reumática ou degenerativa evidente. **Comentários Finais:** Este caso clínico ilustra uma rara, porém fisiopatologicamente plausível, associação entre IAo excêntrica e IM funcional. Destaca-se a importância da análise cuidadosa do jato regurgitante aórtico e suas repercussões sobre o aparato mitral. A identificação dessa interação pode alterar o manejo clínico e cirúrgico, reforçando a necessidade de mais estudos sobre os efeitos do jato regurgitante aórtico na morfologia e função mitral.



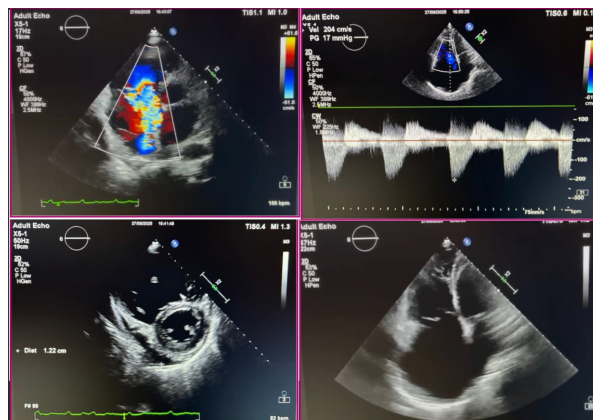
1117088

INSUFICIÊNCIA TRICÚSPIDE MACIÇA SECUNDÁRIA À FIBRILAÇÃO ATRIAL DE LONGA DURAÇÃO: RELATO DE CASO E REVISÃO DOS CONCEITOS DIAGNÓSTICOS

AUTOR(ES): ISABELLA LOUISE DE MATOS RIBEIRO PINTO1; RICARDO WANG1; DIEGO NASCIMENTO MORAES1; JOSÉ DIAS DE ASSIS NETO1; IGOR FERREIRA DE SALES1; MARIANA CARVALHO CANESSO1; MATEUS ROBERTO DE OLIVEIRA1; MARCO PAULO TOMAZ BARBOSA1;

(1) HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE MINAS GERAIS - HC UFMG - BELO HORIZONTE - MG - BRASIL;

E.O.M, mulher 66 anos, portadora de fibrilação atrial (FA), hipertensão, doença renal crônica e há 17 anos submetida gastropastia de Fobi e Capela. Admitida em contexto de hematoquezia com necessidade de hemotransfusão. Realizada propeidêutica para hemorragia digestiva sendo encontrada uma úlcera gástrica e lesão ulcerada em cólon transverso. Paciente estava em uso de Rivaroxabana, apresentou dessaturação, sendo realizado ecocardiografia que apresentava (dilatação atrial direita (AD) - Volume 178ml), relação átrio-ventrículo 2.2, IT maciça, ventrículo direito medindo 53 mm, FAC 36% e, VRT: 2,1 m/s, além de fração de ejeção do ventrículo esquerdo preservada (56%). Descartado quadro de embolia pulmonar aguda e crônica por angiotomografia de tórax, com calibre de artéria pulmonar estimada em 25mm. Manometria sem indícios de hipertensão pulmonar (HP) (PSAP: 19mmHg). Os achados da ecocardiografia e história clínica de FA prolongada foram sugestivos de IT atrial. Paciente aguarda resultado de biópsia de lesão colônica para realização de ablação de FA para controle do ritmo. A insuficiência tricúspide (IT) atrial é uma entidade clínica cada vez mais reconhecida, caracterizada pela disfunção da válvula tricúspide secundária a dilatação isolada do anel tricúspide, na ausência de doença primária ou dilatação significativa ventricular (classificação de Carpentier Tipo 1). A IT atrial deve ser diferenciada da insuficiência tricúspide ventricular, pois possui características fisiopatológicas, prognósticas e abordagens terapêuticas distintas. A identificação precoce e o manejo adequado são fundamentais para prevenir a progressão da insuficiência e suas complicações hemodinâmicas. É importante ressaltar que esse é um diagnóstico de exclusão e implica que causas alternativas de regurgitação tricúspide primária e causas de dilatação ventricular foram adequadamente descartadas. Este caso clínico exemplifica uma forma funcional de IT, predominantemente atrial, como manifestação secundária à FA de longa data, caracterizada por dilatação significativa do AD e ausência de disfunção biventricular ou HP. A exclusão criteriosa de etiologias primárias da válvula tricúspide foi fundamental para o estabelecimento do diagnóstico. O reconhecimento precoce desta entidade e o manejo direcionado à causa subjacente, particularmente o controle do ritmo em pacientes com fibrilação atrial, são cruciais para evitar progressão da disfunção valvar e suas consequências clínicas.



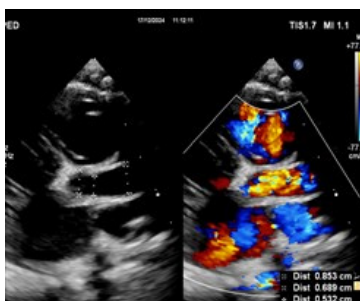
1116730

INTERRUPÇÃO DO ARCO AÓRTICO TIPO B COM ARTÉRIA SUBCLÁVIA ESQUERDA ABERRANTE: RELATO DE CASO COM ABORDAGEM MULTIMODAL DE IMAGEM

AUTOR(ES): ANNA LUÍZA GUAGLIARDI DOMINGUES1; MATEUS MAITAN CACHONI1; MARIA FRANCO LIMA DE CASTRO1; JÚLIA MARIOT1; MARIA JULIA SILVEIRA RAHAL1; ALEXANDRE VOLNEY VILLA1; ANA PAULA MENA LOUSADA1; VÍCTOR SENISE NASCIMENTO1; JULIANA RODRIGUES ORTIZ1; SILMÉIA GARCIA ZANATI BAZANI1;

(1) HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU (UNESP) - BOTUCATU - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Lactente masculino com 3 meses, apresenta desconforto respiratório durante as mamadas desde o nascimento. Foi identificado sopro cardíaco e Ecocardiograma mostrou comunicação interventricular (CIV) ampla de 13,5mm, tipo mal alinhamento posterior, com repercussão hemodinâmica (dilatação importante do tronco pulmonar e sinais de hiperfluxo pulmonar). Não foi identificado fluxo anterógrado no arco aórtico, com imagem de interrupção após emergência da artéria carótida comum esquerda, caracterizando interrupção do arco aórtico (IAAo) tipo B. A aorta descendente com fluxo retrógrado do canal arterial e posicionada à direita, com emergência de dois ramos na porção superior, correspondentes às artérias subclávias direita e esquerda, sendo esta última de origem anômala. Canal arterial com calibre aumentado e válvula aórtica trivalvulada e hipoplásica, com estenose subvalvar leve. Angiotomografia de tórax confirmou os achados ecocardiográficos: IAAo tipo B com origem anômala da artéria subclávia esquerda, persistência do canal arterial e dilatação do tronco pulmonar. **Discussão:** IAAo é uma cardiopatia congênita rara, caracterizada pela ausência de continuidade anatômica entre aorta ascendente e descendente. A forma tipo B é mais prevalente. A IAAo raramente ocorre de forma isolada, frequentemente se associa com CIV, que quando grande, causa hiperfluxo pulmonar, levando aumento da artéria pulmonar e do canal arterial, com hipoplasia da aorta pré-ductal. A presença de artéria subclávia aberrante contribui para redução do fluxo anterógrado através do anel aórtico, agravando hipoplasia. A ecocardiografia é o principal método diagnóstico, podendo ser complementada pela angiotomografia de tórax para melhor definição anatômica. Por se tratar de cardiopatia congênita dependente do canal arterial, a intervenção cirúrgica é mandatória. A evolução natural da doença, sem correção cirúrgica, é desfavorável, com mortalidade de 75% na primeira semana de vida e sobrevivência inferior a 10% no primeiro ano de vida. **Comentários Finais:** IAAo é uma condição rara, porém com alta mortalidade caso não diagnosticada nos primeiros dias de vida. A realização de ecocardiograma, sobretudo em vida fetal, ou logo ao nascimento é essencial para diagnóstico e intervenção cirúrgica precoces, levando à maior sobrevida desses pacientes.



1116610

LINFOMA CARDÍACO COM BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR TOTAL EM PACIENTE COM AIDS: PAPEL DIAGNÓSTICO DA ECOCARDIOGRAFIA

AUTOR(ES): EDUARDO GATTI PIANCA¹; FERNANDO COLARES BARROS¹; FERNANDA PANDOLFO¹; ANA CAROLINA MARTINS MAZUCA¹; PEDRO TREGNAGO BARCELLOS¹; RAFAEL FELIPE MINOTTO¹; MAURÍCIO SILVEIRA FREITAS¹;

(1) HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - PORTO ALEGRE - RS - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente masculino, 39 anos, portador de HIV com histórico de abandono de tratamento antirretroviral há cerca de um ano, admitido por febre, prostração, inapetência e perda ponderal. Apresentava candidíase oral e sinais de imunossupressão avançada (CD4: 112 células/mm³; CV: 809.000 cópias). Eletrocardiograma evidenciou bloqueio atrioventricular total, com necessidade de implante de marcapasso temporário e epicárdico subsequente. Ecocardiograma transtorácico confirmou massa heterogênea ocupando quase toda a cavidade do átrio direito, com extensão ao VD e AE, além de derrame pleural bilateral. Funções sistólicas ventriculares preservadas. Realizou-se biópsia endomiocárdica transjugular guiada por ecocardiograma transesofágico e fluoroscopia, com coleta de quatro fragmentos sem intercorrências. Citologia de derrame pleural foi positiva para células malignas. A tomografia de tórax revelou volumosa lesão expansiva e heterogênea centrada no átrio direito (13,0 x 9,5 cm), com extensão extracardíaca e ao átrio esquerdo, sugestiva de neoplasia cardíaca. O paciente evoluiu com choque séptico refratário, associado a possível disfunção miocárdica por infiltração tumoral. Foi a óbito antes da conclusão anatomopatológica, que revelou tratar-se de linfoma não-Hodgkin. **Discussão:** Tumores cardíacos primários são raros, sendo os malignos (linfomas e sarcomas) ainda mais incomuns. O linfoma cardíaco primário tem maior incidência em imunossuprimidos, especialmente pacientes com AIDS. O envolvimento do sistema de condução, como no BAVT deste caso, é achado relevante e sugestivo. A ecocardiografia teve papel fundamental na identificação da massa, avaliação funcional e orientação da biópsia. A abordagem ecocardiográfica integrada (transtorácica e transesofágica) permitiu visualização precisa da lesão, contribuindo para a definição diagnóstica. **Comentários Finais:** Este caso destaca a importância da ecocardiografia na avaliação de massas cardíacas, especialmente em pacientes imunossuprimidos. A associação entre HIV avançado e linfoma cardíaco deve ser considerada diante de massas intracardíacas volumosas com rápida progressão clínica. A biópsia endomiocárdica guiada por imagem é uma estratégia segura e eficaz para elucidação diagnóstica nesses cenários complexos.

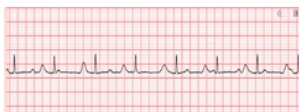


Figura 1: Eletrocardiograma evidenciando bloqueio atrioventricular total

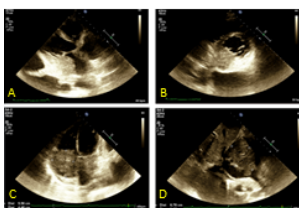


Figura 2: Ecocardiograma transtorácico. A) Janela paraesternal eixo longo B) Janela paraesternal eixo curto C) Janela Apical 4 câmaras D) Janela subcostal

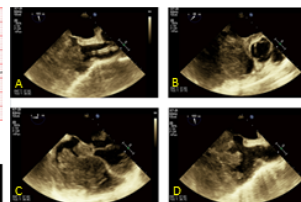


Figura 3: Ecocardiograma transesofágico. A) Janela bicaval 103° B) Janela 45° C) Janela 4 câmaras 0° D) Janela subcostal

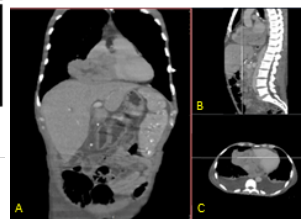


Figura 4: Tomografia Computadorizada de Tórax. A) Coronal B) Sagital C) Transversal

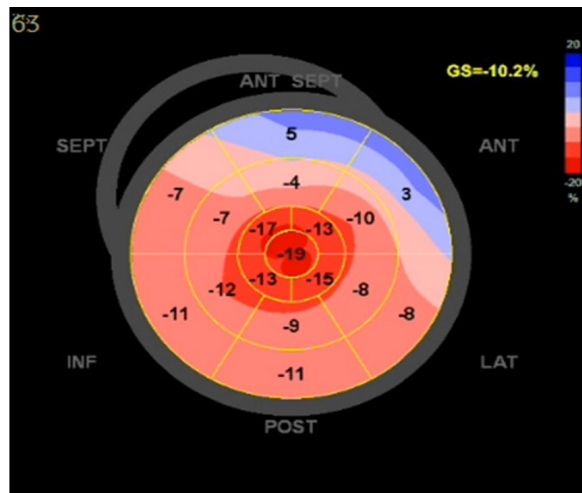
1116679

MIOCARDIOPATIA DILATADA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL RARA DE MICROPOLIANGIÍTE ANCA POSTIVO: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): KAROLINE GONZAGA COSTA¹; NATHÁLIA MACEDO ASSUNÇÃO¹; RITA MIKELLE SOARES DIAS¹; CARLOS ALBERTO ROCHA ARAUJO FILHO¹; PRISCILA RIBEIRO ANDRADE¹; MARIA LUISA PINTO RAMOS ARAÚJO¹; ROSYANE LUZ RUFINO LIMA¹; MARIANA UBALDO BARBOSA PAIVA¹; MARIA ESTEFANIA BOSCO OTTO¹;

(1) UNIVERSIDADE DE BRÁSILIA/ EBSERH - BRÁSILIA - DF - BRASIL;

APRESENTAÇÃO DO CASO: Paciente masculino, 28 anos, previamente hígido, internado por pneumonia comunitária. No seguimento ambulatorial evoluiu com tosse produtiva, hemoptise, dispnéia progressiva, edema de membros inferiores, espumúria e hematuria. Na readmissão hospitalar apresentava anemia grave e insuficiência renal aguda. A biópsia renal evidenciou glomerulonefrite pauci-imune e a sorologia foi positiva para p-ANCA (MPO-ANCA-anticorpos anticitoplasma de neutrófilo), levando ao diagnóstico de micropoliangiíte (MPA) ANCA positivo e ao início de suporte dialítico e corticoterapia para reduzir o processo inflamatório autoimune. Radiografia e tomografia de tórax revelaram infiltrados alveolares difusos e cardiomegalia. Este último achado motivou a solicitação de um ecocardiograma transtorácico que revelou o ventrículo esquerdo dilatado, fração de ejeção de 30 % (método de Simpson) e strain longitudinal global de -10,2 %, com preservação apical (Figura 1); ventrículo direito com fração de encurtamento de 22 %, S' lateral de 12 cm/s e strain da parede lateral de -16,6 %, caracterizando disfunção moderada. Observou-se insuficiência mitral funcional moderada e discreto derrame pericárdico. **DISCUSSÃO:** Historicamente, a micropoliangiíte (MPA) foi por vezes confundida com a chamada granulomatose de Wegener—epônimo abandonado em 2012 em favor de granulomatose com poliangiíte (GPA)—embora se trate de entidades distintas: a MPA não forma granulomas e apresenta predomínio de MPO-ANCA, enquanto a GPA exibe granulomatose necrosante e maior frequência de PR3-ANCA. As vasculites ANCA-associadas acometem principalmente pulmões e rins; o envolvimento miocárdico primário na MPA é raríssimo (< 1 %). Quando presente, descrevem-se pericardite, miocardite ou disfunção ventricular por capilarite, mas a apresentação inicial como miocardiopatia dilatada é excepcional, como ilustrado neste relato. **COMENTÁRIOS FINAIS:** Este caso enfatiza a importância da avaliação ecocardiográfica sistemática em MPA, mesmo na ausência de sintomas cardiovasculares. A detecção precoce de disfunção ventricular permite otimizar imunossupressão e instituir terapia específica para insuficiência cardíaca, potencialmente melhorando o tratamento e prognóstico. O paciente permanece em diálise crônica, sob corticoterapia e imunoterapia, com melhora do quadro pulmonar. Atualmente aguarda ressonância magnética cardíaca para caracterização morfofuncional evolutiva. **Figura –** Mapa polar do Strain Global Longitudinal do ventrículo esquerdo reduzido, com aspecto peculiar de poupar a ponta "Apical Sparing".



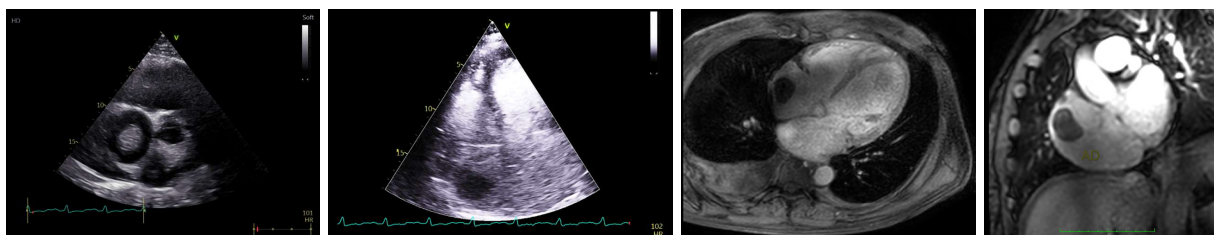
1117056

MIOCARDIOPATIAS INDUZIDAS POR ANABOLIZANTES: UM NOVO PARADIGMA NA AVALIAÇÃO ECOCARDIOGRÁFICA

AUTOR(ES): GLAUCO GARCIA PEREIRA1; PAMELA CASTRO PEREIRA1; ARTHUR ARAUJO HOOPER1; MARIA GABRIELA AGUDELO DELGADO1; HENRIQUE ANTONIO DELZIOVO1; MARINA ROMERA CAVALLARI1; VANESSA ANDRIOLI1; DEBORA MURAKAMI1; IBRAIM MASCIARELLI FRANCISCO PINTO1; WENDY SIERRAALTA1;

(1) INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

RELATO DE CASO: Homem de 54 anos, previamente hígido, procurou atendimento por dispneia progressiva, ortopneia e edema periférico. Fazia uso contínuo de enantato de testosterona há dois anos, com fins estéticos. Ecocardiograma transtorácico demonstrou disfunção biventricular importante (FEVE 25%, FAC 30%), com presença de duas massas intracardíacas: uma móvel no ventrículo esquerdo (11 mm) e outra fixa no átrio direito (31 x 30 mm). Para elucidação diagnóstica, realizou-se ecocardiograma com contraste, que revelou ausência de captação do agente de realce pelas estruturas, sugerindo fortemente trombos intracavitários. A confirmação veio pela ressonância magnética cardíaca, que também apontou sinais de miocardiopatia dilatada com provável etiologia inflamatória e toxicidade associada ao uso de anabolizantes. O paciente foi internado, iniciou anticoagulação plena e recebeu alta após otimização da terapêutica para insuficiência cardíaca. **DISCUSSÃO:** A miocardiopatia induzida por anabolizantes representa um desafio crescente. As alterações estruturais e funcionais cardíacas causadas pelo uso de esteroides anabolizantes androgênicos (EAA) muitas vezes mimetizam outras cardiopatias, tornando o diagnóstico precoce e preciso um ponto crítico. Neste contexto, a ecocardiografia com agente de realce não apenas melhora a definição de estruturas intracavitárias, mas muda a perspectiva diagnóstica, permitindo diferenciar com segurança trombos de tumores ou vegetações. O caso apresentado reforça a necessidade de incorporar uma abordagem ecocardiográfica mais refinada para atender a essa nova demanda clínica, com foco em pacientes jovens, aparentemente saudáveis, mas com histórico de uso de EAA. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O uso de EAA tem se tornado uma prática cada vez mais comum. Embora seus efeitos colaterais cardiovasculares já estejam descritos, eles seguem subestimados na prática clínica. Complicações como miocardiopatias, eventos tromboembólicos e disfunção ventricular podem evoluir silenciosamente até estágios avançados. Neste novo cenário, em que o perfil do paciente cardiopata está em transformação, a ecocardiografia precisa se adaptar. O uso do agente de realce ecocardiográfico surge como ferramenta fundamental para ampliar a acurácia diagnóstica, especialmente na diferenciação entre massas intracardíacas.



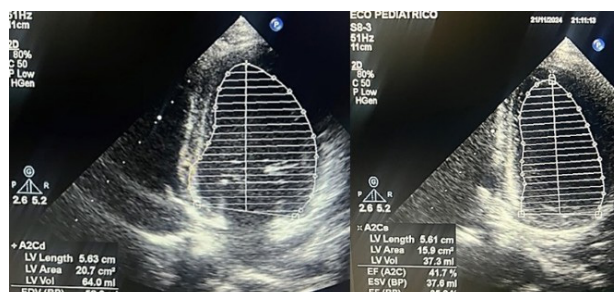
1116905

MIOCARDITE AGUDA E SÍNDROME DO CHOQUE POR DENGUE EM LACTENTE - O ECOCARDIOGRAMA PRECOCE PODE FAZER A DIFERENÇA?

AUTOR(ES): ANDRESSA MUSSI SOARES1; BERNARDO MUSSI SOARES1; LEONARDO MUSSI SOARES2; NATALIA VARGAS ZIPINOTI1; MAURA MOULIN RODRIGUES1; SORAYA AMORIM ZAMPIROLI1; RICARDO VENTURY1; HELOISA HELENA SÁ1; JOÃO HENRIQUE VENTURY1; PAULO JOSÉ FERREIRA SOARES1;

(1) HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - ES - BRASIL; (2) UNIVERSIDADE DE MINNESOTA - UNITED STATES;

Apresentação do caso: Menina de 1 ano, peso: 10 kg, interna com quadro de febre há 4 dias com sinais de insuficiência cardíaca, taquicardia, anasarca (derrame pleural e ascite), dispneia, palidez cutânea, evoluindo para choque e oligúria. Necessitou ventilação mecânica, drogas vasoativas. Ecocardiograma realizado precocemente demonstrou disfunção ventricular esquerda (FEVE pelo Simpson: 35%), coronárias com z-score normais, regurgitação mitral, tricúspide e derrame pericárdico grau discretos. Exames séricos com anemia plaquetopenia, hipoalbuminemia, elevação de troponina, CKMB, proBNP (35.000 ng/l), proteína C reativa (162 mg/l) dímero D e lactato. Devido ao quadro clínico e ecocardiográfico feito hipótese diagnóstica de Dengue, confirmada por teste rápido e sorologia (IGM positiva). Realizado imunoglobulina humana (IGV) e houve melhora da FEVE para 56% após 4 dias. **Discussão:** A miocardite é uma doença inflamatória cuja etiologia viral representa a maioria dos casos. A infecção pelo vírus da Dengue (DENV) é endêmica no Brasil, a sua manifestação cardiovascular apesar de rara pode aumentar em muito a morbimortalidade, portanto é necessário identificação precoce para intervenção terapêutica. Os mecanismos relacionados com o acometimento cardíaco incluem efeitos diretos do DENV no miocárdio e efeitos indiretos da resposta inflamatória desencadeada pela infecção culminando na liberação de citocinas vasoativas pró inflamatórias responsáveis pelo extravasamento vascular e inflamação miocárdica. A realização do ecocardiograma precoce demonstrando as alterações miocárdicas agrega informações relevantes que podem fazer diferença no prognóstico destes pacientes. **Comentários finais:** A miocardite e a síndrome de choque por Dengue constituem-se em um quadro grave que necessitam de diagnóstico e intervenção terapêutica precoces. Apesar da maioria dos casos serem autolimitados, as formas graves de Dengue, como neste relato de caso, com intensa manifestação clínica e laboratorial, direcionam para um imediato suporte terapêutico para minimizar os desfechos desfavoráveis. O ecocardiograma foi uma ferramenta essencial para o direcionamento do diagnóstico e uso da imunoglobulina humana, auxiliando em uma rápida melhora da performance miocárdica e dos sinais de insuficiência cardíaca e anasarca.



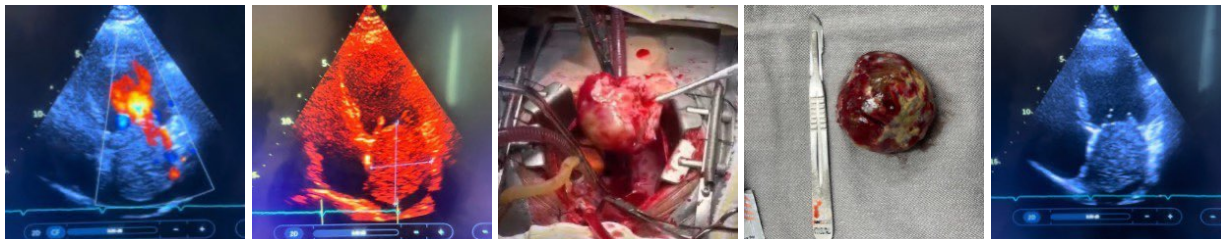
1116692

MIXOMA ATRIAL ESQUERDO GIGANTE CAUSANDO OBSTRUÇÃO AO FLUXO VALVAR MITRAL: CASO CLÍNICO

AUTOR(ES): RAFAELA SANTOS GARCIA1; ISABELA SANTOS GARCIA2; LUIZA SANTOS MELO IRENO3; HERBERT COELHO HORTMANN4; JOSE LUIZ BARROS PENAS5;

(1) HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, UNIVERSIDADE DE ITAÚNA, HOSPITAL FELICIO ROCHO - BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; (2) HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, FACULDADE ATENAS - SETE LAGOAS - MG - BRASIL; (3) UNIVERSIDADE DE ITAÚNA - ITAÚNA - MG - BRASIL; (4) HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS - SETE LAGOAS - MG - BRASIL; (5) HOSPITAL FELICIO ROCHO - BELO HORIZONTE - MG - BRASIL;

Apresentação do caso: L.D.R, 57 anos, sexo feminino, previamente hígida, procura médico cardiologista com história de dispnéia aos moderados esforços, com piora progressiva nos últimos 4 meses, associada a ortopneia. **Discussão:** Solicitado Ecocardiograma Transtorácico para investigação onde evidenciou grande massa pedunculada no interior do átrio esquerdo, aderida ao septo interatrial em região de fossa oval, medindo 6,3x4,5cm e gerando obstrução dinâmica na via de entrada do ventrículo esquerdo, sugerindo mixoma atrial. Ao exame físico, encontrava-se estável hemodinamicamente e eupneica em ar ambiente. Ausculta cardíaca com bulhas normoritmicas, hipofonese de B1 e sopro do tipo ruflar diastólico em foco mitral. Orientado conduta cirúrgica. Submetida a ressecção da massa cardíaca por esternotomia (CEC 56' e clamp AO 35'), sem intercorrências. Encaminhada ao CTI no pós operatório onde evoluiu no dia seguinte com fibrilação atrial de alta resposta ventricular aguda, revertida com cardioversão química e controlada. Recebeu alta hospitalar 5 dias após a cirurgia. Não houve recorrência da arritmia e paciente obteve melhora completa dos sintomas. Pós operatório com boa evolução. Material enviado para o anatomopatológico com histologia confirmando diagnóstico de mixoma. **Comentários Finais:** O mixoma atrial é o mais comum dos raros tumores cardíacos primários benignos. Comumente encontrado no átrio esquerdo e geralmente ligado ao septo interatrial. Os sintomas de apresentação mais comuns são sintomas de obstrução da valva mitral, seguidos por manifestações embólicas. O Ecocardiograma Transtorácico é o método mais comumente usado para o diagnóstico, podendo quantificar o tamanho, forma, mobilidade, localização e o sítio de inserção, bem como suas relações anatômicas. O tratamento cirúrgico é indicado na maioria dos casos, e deve ser em caráter de urgência quando há risco de embolização sistêmica ou oclusão do orifício valvar como no caso descrito. O prognóstico após a cirurgia é excelente sendo rara a recorrência local.



1117012

MULTIMODALIDADE DE IMAGEM CARDIOVASCULAR NA AVALIAÇÃO DE MASSA OVALADA NA INTERFACE ENTRE A PAREDE LIVRE DO VD E O PERICÁRDIO – UM DESAFIO DE ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA

AUTOR(ES): ANDRE LUIZ DIAS LIMA BONFIM1; EMMANUELLA ANDRADE LEAL2; LUIS FELIPE AZEVEDO DE CARVALHO3; GABRIEL CORDEIRO CAMARGO3;

(1) HOSPITAL QUINTA D'OR - SÃO CRISTÓVÃO - RJ - BRASIL; (2) HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO - RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; (3) HOSPITAL QUITA D'OR - SÃO CRISTÓVÃO - RJ - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente masculino, 39 anos, com quadro de pericardite crônica sintomática de provável etiologia viral, após exclusão de causas fúngica, autoimune, tuberculosa e bacteriana. Apresentava sintomas persistentes apesar de múltiplas linhas terapêuticas, incluindo colchicina, anti-inflamatórios não esteroidais, corticosteroides e azatioprina ao longo de 3 anos de acompanhamento. Foi submetido a uma ressonância magnética cardíaca que evidenciou massa ovalada na interface entre a parede livre do ventrículo direito e o pericárdio, medindo 2,5 x 1,9 x 1,0 cm, sem plano de clivagem definido e com hiperssinal em T2 e captação periférica pelo meio de contraste, sugerindo natureza inflamatória ou tumoral. Angiotomografia cardíaca revelou discreto plano de clivagem, porém com natureza indeterminada. O caso foi discutido em Heart Team e optou-se por abordagem cirúrgica com pericardiectomia, linfadenectomia e timentomia, sustentados pelo aspecto anatômico em sala. O histopatológico revelou processo inflamatório crônico granulomatoso não necrótico com células gigantes, sem identificação de microrganismos. Após deliberação, aventamos a possibilidade diagnóstica de pseudotumor inflamatório. **Discussão:** O caso ilustra os desafios diagnósticos na presença de massa pericárdica associada à pericardite crônica. A utilização integrada de diferentes modalidades de imagem foi essencial para caracterização anatômica, relação da massa com outras estruturas e características do tecido avaliado, ocupando papel fundamental no direcionamento da conduta. Houve, porém, a necessidade de complementação por meio da biópsia. A ausência de agentes infecciosos identificáveis no tecido através de colorações específicas (Ziehl-Neelsen / Grocott) e a histologia compatível com etiologia inflamatória, permitiu a elaboração diagnóstica de pseudotumor inflamatório, uma entidade rara e de difícil suspeição clínica. **Comentários Finais:** Casos de pericardite crônica com massas associadas requerem investigação detalhada, e a multimodalidade de imagem desempenha papel central nesse processo. O pseudotumor inflamatório, embora raro, deve ser considerado no diagnóstico diferencial de massas pericárdicas, especialmente na ausência de sinais típicos de neoplasias malignas, doenças autoimunes que cursam com serosites, ou infecções. O relato destaca a importância da abordagem multidisciplinar no direcionamento do fluxograma diagnóstico e na definição de condutas.



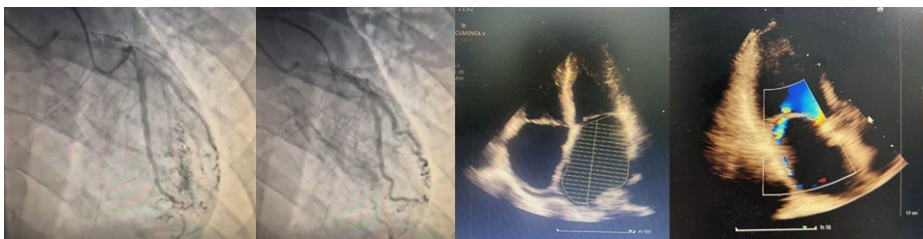
1116629

MÚLTIPLAS FÍSTULAS CORONÁRIO-CAVITÁRIAS COM ALTERAÇÕES MORFOFUNCIONAIS NAS CÂMARAS CARDÍACAS ESQUERDAS

AUTOR(ES): EDUARDO POLETTI CAMARA1; MARIANA FOSENCA SANTOS2; ADELE PAGLIARINI CYPRIANO1; ANDRE LUIS TOZZATO VOLPE1; SIMONE HELENA CAIXE1; THAIS HELENA PEREIRA MARTINS1; KARINA ELORD CASTRO RIBEIRO DA SILVEIRA1; RENATA BONILHA FINZI1; MARIA CECILIA BONILHA FINZI1; LEANDRO BERMUDEZ DA SILVA1;

(1) HOSPITAL SÃO FRANCISCO - RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL; (2) HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA - RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL;

Apresentação do caso: Apresentamos um caso de um paciente do sexo masculino, 79 anos, hipertenso e com fibrilação atrial crônica, procurou atendimento após quadro de síndrome coronariana aguda precipitado por esforço físico extenuante. Apresentava HEART score de 8 e GRACE score de 181. O eletrocardiograma demonstrou fibrilação atrial com resposta ventricular controlada e alterações difusas de repolarização ventricular. No ecocardiograma, observaram-se dilatação acentuada do átrio esquerdo e moderada do direito, hipertrofia excêntrica do ventrículo esquerdo, disfunção diastólica, insuficiências mitral (vena contracta = 5,1 mm) e tricúspide moderada (PSAP = 61 mmHg), espessamento de folhetos aórticos, acinesia apical e fração de ejeção preservada (55%). A cineangiogramiografia revelou ausência de lesões obstrutivas, presença de ponte miocárdica em segmento médio da artéria descendente anterior e múltiplas fístulas coronário-cavitárias oriundas de ramos diagonais. Devido a multiplicidade das fístulas, optou-se por tratamento clínico, com alta hospitalar após otimização terapêutica. **Discussão:** As fístulas coronárias são anomalias raras, com prevalência variando entre 0,1% e 0,2% nas cineangiogramiografias e até 0,9% nos estudos por tomografia, graças à maior sensibilidade do método. Em grandes coortes, foram detectadas em 0,42% dos casos, sendo 29% múltiplas, com associação frequente a arritmias (38%) e remodelamento ventricular esquerdo (25%). A apresentação clínica é heterogênea, dificultando o diagnóstico precoce. O ecocardiograma com Doppler é ferramenta essencial, permitindo não apenas a suspeita inicial, mas também a avaliação funcional e morfológica das câmaras cardíacas, com ênfase nas repercussões atriais e ventriculares esquerdas. Sua utilização permite correlação direta entre a presença de fístulas e alterações estruturais, como dilatação atrial e disfunção diastólica, guiando decisões terapêuticas individualizadas. Este caso reforça a relevância da ecocardiografia na abordagem dessas comunicações raras, especialmente quando múltiplas, e com repercussão hemodinâmica significativa. **Comentários Finais:** As fístulas coronário-cavitárias, especialmente quando múltiplas, são achados raros e clinicamente relevantes. O ecocardiograma com Doppler foi fundamental na avaliação das repercussões morfológicas e funcionais, destacando-se como ferramenta essencial no diagnóstico e condução desses casos.



Presença de múltiplas fístulas coronário-cavitárias oriundas de ramos diagonais e em sequência suas repercussões em dilatação atrial e câmaras cardíacas.

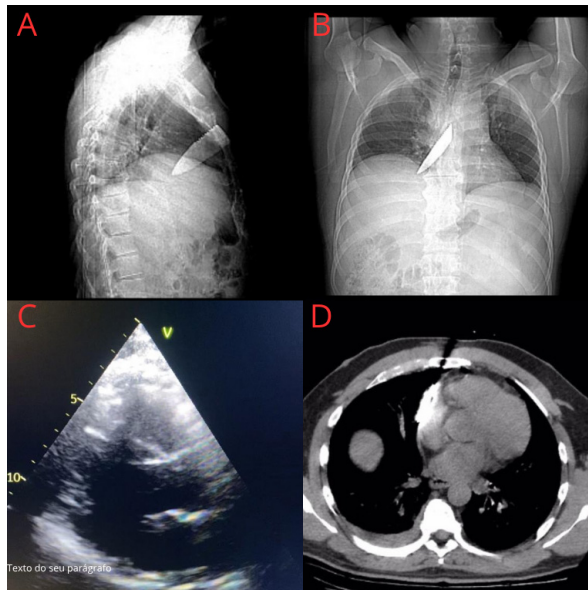
1116940

PAPEL DA MULTIMODALIDADE NA AVALIAÇÃO CARDÍACA EM FERIMENTO POR ARMA BRANCA DE ALTO RISCO

AUTOR(ES): MIGUEL TAKAO YAMAWAKI MURATA1; LUIZ FELIPE BUTIGNOLI CAETANO1; LUCAS BOCKMANN GALVAO SILVA1; ARTHUR ANTUNES SILVA CASTRO1; OTAVIO AUGUSTO GURGEL1; JESSICA CÁSSIA DOS SANTOS PELOSO1; INGRID APARECIDA MESQUITA LIMA1; VALDIR AMBROSIO MOISES1; CLAUDIO HENRIQUE FISCHER1; MARIA EDUARDA MENEZES DE SIQUEIRA1;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP) - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Homem, 43 anos, transferido para hospital terciário após agressão por arma branca em região anterior do tórax, no manúbrio esternal, com lesão externa medindo cerca de 6 cm de extensão. Radiografia de tórax (Figura A e B), realizada para avaliação do posicionamento da ponta da arma ainda presente internamente revelou direcionamento para região hepática. Realizado ecocardiograma transtorácico (Figura C) na emergência, sendo evitada janela subcostal devido à presença do objeto perfurocortante. Avaliação via janela paraesternal e quatro câmaras evidenciou mínimo derrame pericárdico, sem sinais de restrição hemodinâmica. Visando o procedimento cirúrgico neste ferimento de alto risco, embora estável hemodinamicamente, foi realizada tomografia de tórax (Figura D) que mostrou objeto metálico tangenciando grandes vasos e mediastino sem acometimento de estruturas vitais. Foi então realizada retirada de corpo estranho por videotoracoscopia associada a rafia de diafragma à direita sem intercorrências. **Discussão:** Ferimentos cardíacos por arma branca são fatais em 60 a 80% dos casos, antes mesmo de chegar ao serviço de saúde, principalmente se ocorrem na área de Ziedler (box cardíaco), determinada anatomicamente pela fúrcula esternal, linha paraesternal direita, rebordo costal das décimas costelas e linha axilar média esquerda. Apenas 10% apresentam possibilidade de tratamento. Raramente há tempo suficiente para realização de exames de imagem nestes casos, sendo prioritária a terapêutica cirúrgica. **Conclusões:** Apesar de ferimento em zona de alta probabilidade de acometimento cardíaco (área de Ziedler) e elevada morbidade e mortalidade, em virtude da estabilidade hemodinâmica foi possível avaliação detalhada pelos métodos de imagem, a qual forneceu informações essenciais para o planejamento cirúrgico e obtenção do resultado favorável.



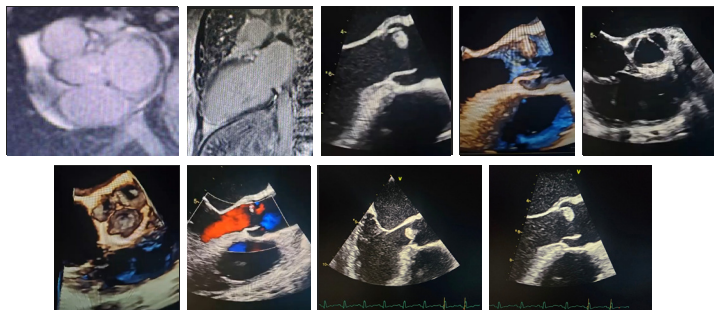
1116848

PAPEL DOS EXAMES DE IMAGEM COMO NORTEADORES NO MANEJO CLÍNICO E CIRÚRGICO DE PACIENTE DE 58 ANOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE ETIOLOGIA ISQUÊMICA E VALVAR COM RECUPERAÇÃO FUNCIONAL FAVORÁVEL

AUTOR(ES): SABRINA CHAVES LIMA LIMA1; GABRIELA HIKARI TUKIYAMA1; MARCIA TEREZINHA TARDIVO1; KATASHI OKOSHI1; LEONARDO ZACANER1; MARIA JULIA RHAL1; RENATO TEXEIRA1; ALEXANDRE VOLPATO1; LUIS ALEXANDRE CICHETTO1; LEONARDO RUFINO GARCIA1;

(1) HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - BOTUCATU - SP - BRASIL;

Apresentação: Caso clínico de uma paciente de 58 anos que não tinha diagnóstico prévio de IC e, ao notar os primeiros sintomas, estes evoluíram com piora rápida. A princípio, foi visto em Ecocardiograma disfunção biventricular FEVE de 17% além de disfunção sistólica de ventrículo direito (FAC=21%) e presença de imagem em valva aórtica sugestiva de fibroelastoma papilífero. Como investigação de provável etiologia isquêmica da ICFER foi realizado AngioTC de coronárias que mostrou lesões triarteriais graves. Diante desses dados ecocardiográficos, a equipe cirúrgica considerou que o risco da revascularização seria muito elevado e sem grandes benefícios na funcionalidade cardíaca, contraindicando a cirurgia até que fosse realizada nova avaliação de função cardíaca e avaliação da viabilidade miocárdica após otimização medicamentosa. A Ressonância foi realizada e demonstrou viabilidade preservada, com grande extensão de miocárdio viável. O caso foi rediscutido no Heart Team, concluindo que o procedimento cirúrgico seria adequado e com benefícios superando os riscos. Com o tratamento adequado (clínico e cirúrgico) e otimização medicamentosa, além do controle dos fatores de risco (diabetes mellitus, dislipidemia e hipertensão arterial), a paciente apresentou recuperação funcional cardíaca verificada pela melhora significativa da FEVE e da cinesia do VE. A paciente passou por reavaliação ambulatorial referindo melhora da funcionalidade, sem quaisquer queixas de dispnéia ou dor torácica. O exame anatomopatológico do tumor ressecado foi compatível com fibroelastoma papilífero. **Discussão:** O diagnóstico preciso da etiologia da IC, bem como a avaliação complementar com a ressonância magnética, que permitiu identificar a presença de miocárdio com potencial de reversibilidade, a despeito da doença arterial coronariana grave, garantiu maior segurança na indicação da revascularização miocárdica. Esta, por sua vez, foi imprescindível para recuperação funcional do coração e da qualidade de vida da paciente, como verificado no último EcoTT realizado. **Comentários finais:** Este caso demonstra como o exame de imagem de viabilidade miocárdica contribuiu para a decisão terapêutica assertiva e impactou positivamente no prognóstico da paciente. Caso contrário, sem a confirmação de viabilidade a paciente não seria submetida à cirurgia de Revascularização



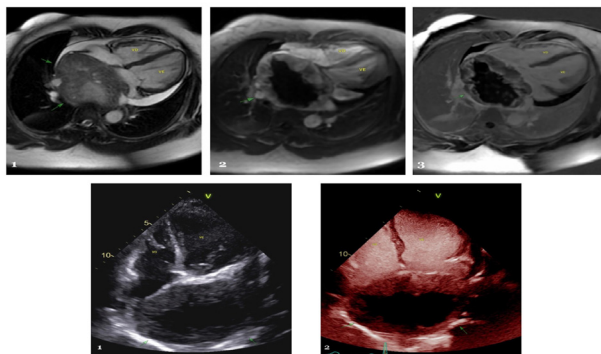
1116721

PARAGANGLIOMA CARDÍACO INTRA-ATRIAL

AUTOR(ES): AMANDA DE ANDRADE CAMPELLO1; LUÍSA WAGNER DO REGO BARROS UHLMANN1; MARIANNA DA SILVA LUZ1; RICARDO JAVIER NAVARRETE SUAREZ1; HERBERT FELIPE HEIMBECK1; RAFAEL CASTRO1; ANGELA DE ALMEIDA LEITE1; GUSTAVO ARUME GUENKA1; MARCELO SOUZA HADLICH1; ALEX DOS SANTOS FELIX1;

(1) INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA - LARANJEIRAS - RJ - BRASIL;

Introdução: Os tumores cardíacos primários são raros, e entre eles os paragangliomas são extremamente incomuns. Caracterizam-se por alta vascularização, potencial invasivo e origem neuroendócrina. O diagnóstico diferencial inclui mixoma, angiossarcoma e timoma invasivo, sendo a confirmação dependente de biópsia com imuno-histoquímica. **Apresentação do caso:** Paciente feminina, 69 anos, com dispnéia progressiva há 8 meses, associada a perda ponderal de 7 kg. Sem comorbidades prévias conhecidas. Relato familiar de morte súbita entre 58 e 62 anos. **Discussão:** Ecocardiograma transtorácico evidenciou volumosa massa heterogênea no átrio esquerdo, ocupando cerca de 70% de seu volume, com contornos irregulares e sem plano de clivagem com estruturas adjacentes. Havia compressão do átrio direito e desvio do septo interatrial. Função sistólica do VE preservada. Tomografia de tórax contrastada mostrou lesão expansiva sólida, medindo 103x117x80 mm, com realce periférico irregular e extensa área necrótica central. A massa mantinha contato com o septo interatrial, sugerindo extensão para o átrio direito. Era indissociável da veia cava superior, tronco pulmonar, artéria pulmonar direita e em íntimo contato com brônquios e esôfago, sugerindo lesão neoplásica agressiva. Ressonância cardíaca demonstrou massa com sinal semelhante ao miocárdio em T1 e hipersinal em T2. Houve captação periférica à perfusão com centro hipocaptante, além de realce tardio heterogêneo. O ecocardiograma com contraste (SonoVue) reforçou o padrão de intensa vascularização periférica e ausência de perfusão central. Coronariografia sem lesões obstrutivas. A paciente foi submetida à biópsia transeptal guiada por ecocardiograma transesofágico. Encaminhada à cirurgia com proposta de ressecção da massa. O estudo histopatológico com imuno-histoquímica confirmou neoplasia de origem neuroendócrina, compatível com paraganglioma cardíaco. **Comentários finais:** Trata-se de tumor cardíaco raro, com alta vascularização e invasividade local. O diagnóstico diferencial inclui mixoma, angiossarcoma e timoma invasivo. A confirmação depende do estudo histológico e imunohistoquímico. A paciente segue em acompanhamento pelo serviço de cardio-oncologia.



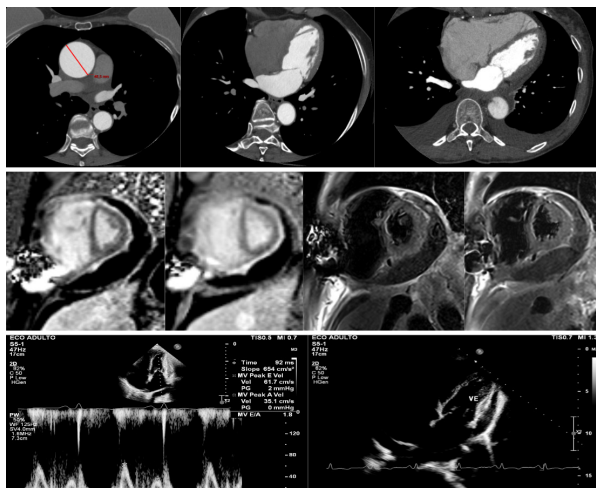
1116867

PERICARDITE CONSTRICTIVA PÓS-CORREÇÃO DO ANEURISMA DE AORTA: RELEVÂNCIA DA MULTIMODALIDADE DE IMAGEM NO DIAGNÓSTICO, SEGUIMENTO E DECISÃO TERAPÊUTICA

AUTOR(ES): FRANCO CAMARGO ZAPPAROLI1; ROBERTO GOMES DE CARVALHO2; REMULO JOSE RAUEN JUNIOR2; MARCUS VINICIUS TELLES FADEL3; EDUARDO RAMOS SAMPAIO4; EDUARDO MENDEL BALBI FILHO4; RODRIGO JULIO CERCI4; BRENNIO CAMARGO ZAPPAROLI1; MARCELLO ZAPPAROLI4;

(1) PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ (PUC-PR) - CURITIBA - PR - BRASIL; (2) HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS - CURITIBA - PR - BRASIL; (3) VOX CORDIS CARDIOLOGIA - CURITIBA - PR - BRASIL; (4) DAPI DIAGNÓSTICO AVANÇADO POR IMAGEM - CURITIBA - PR - BRASIL;

APRESENTAÇÃO DO CASO: Paciente feminina, 70 anos, previamente hígida, com diagnóstico de aneurisma de aorta ascendente em 2023, submetida à correção cirúrgica com interposição de tubo de Dacron em 2024, sem intercorrências iniciais. Um mês após a alta, evoluiu com dispneia, edema de membros inferiores e derrame pleural bilateral, tratados clinicamente. Aos três meses do pós-operatório, manteve sinais de insuficiência cardíaca direita. Angiotomografia de artérias pulmonares descartou tromboembolismo. Angiotomografia de coronárias (ATC) evidenciou sinais de constrição, com aumento de câmaras direitas, retificação septal e interdependência ventricular. O ecocardiograma transtorácico (ECOTT) confirmou a fisiologia constrictiva, com disfunção ventricular direita e derrame pericárdico discreto. A ressonância magnética cardíaca (RMC) revelou inflamação ativa do pericárdio caracterizado por hipersinal em T2 e realce ao agente de contraste paramagnético, movimento septal assíncrono e ausência de fibrose miocárdica, optando-se inicialmente por tratamento clínico. Evoluiu com piora clínica e retorno de ascite, edema de membros inferiores e derrame pleural, nova RMC mostrou aumento do derrame pericárdico com conteúdo hemorrágico, espessamento e sinais constrictivos. O ECOTT evidenciou insuficiência tricúspide associada à sobrecarga das câmaras direitas, sendo indicada pericardiectomia. **DISCUSSÃO:** A pericardite constrictiva é uma complicação rara (2–3%) após cirurgia cardíaca, causada por espessamento e rigidez pericárdica, levando à restrição do enchimento diastólico e insuficiência cardíaca direita. Seu diagnóstico precoce é desafiador, pois o quadro clínico pode ser inespecífico, com dispneia progressiva, ascite e edema periférico. A utilização de diferentes modalidades de imagem se torna essencial para confirmar a fisiologia constrictiva e orientar a conduta terapêutica. **COMENTÁRIOS FINAIS:** A multimodalidade de imagem foi decisiva neste caso. O ECOTT permitiu a detecção funcional inicial e o monitoramento hemodinâmico. A ATC excluiu tromboembolismo e evidenciou alterações morfológicas sugestivas de constrição. A RMC teve papel central ao identificar inflamação ativa, derrame hemorrágico e sinais anatômicos e funcionais da pericardite constrictiva, sendo determinante para a decisão cirúrgica. A integração entre as modalidades otimizou o manejo e condução terapêutica.



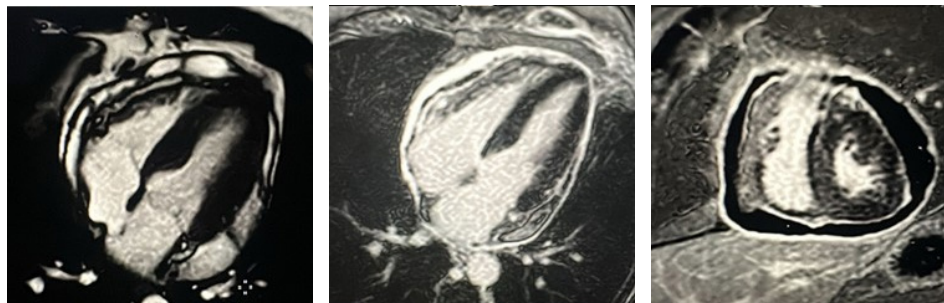
1116713

PERICARDITE EFUSIVA CONSTRICTIVA DE PROVÁVEL ETIOLOGIA VIRAL: RELATO DE CASO COM EVOLUÇÃO SUBAGUDA

AUTOR(ES): MARIA FRANCO LIMA DE CASTRO1; MARIA JULIA SILVEIRA RAHAL1; ALEXANDRE VOLNEY VILLA1; MATEUS MAITAN CACHONI1; ANNA LUÍZA GUAGLIARDI DOMINGUES1; KARINA NOGUEIRA DIAS SECCO MALAGUTTE1; VICTOR SENISE NASCIMENTO1; SILMÉIA GARCIA ZANATI BAZAN1;

(1) FMB-UNESP - BOTUCATU - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente masculino, 46 anos, previamente hígido, procurou atendimento com dor torácica, febre, sudorese e dispneia. As dosagens de troponinas estavam elevadas, porém sem curva típica de síndrome coronariana aguda. Relatava infecção de vias aéreas superiores três semanas antes, seguida de amigdalite tratada com antibióticos. O ecocardiograma transtorácico revelou derrame pericárdico moderado, sem sinais de constrição ou tamponamento. A ressonância magnética cardíaca (RMC) foi solicitada para melhor caracterização, mostrando derrame pericárdico septado, edema e realce tardio pericárdico, confirmando pericardite complicada. Investigação para causas secundárias (colagenoses e neoplasias) foi negativa, sendo a etiologia viral presumida. A punção foi contraindicada devido à localização do derrame, restrito à região adjacente ao átrio esquerdo e segmento anterolateral basal do ventrículo esquerdo. O paciente recebeu alta com colchicina e ibuprofeno. No entanto, retornou após 30 dias com recidiva dos sintomas. Nova RMC demonstrou progressão para pericardite efusiva constrictiva. Iniciada corticoterapia com altas doses, com boa resposta clínica. **Discussão:** A pericardite efusiva constrictiva é uma forma rara e frequentemente subdiagnosticada de acometimento pericárdico, marcada por derrame persistente associado à restrição ao enchimento diastólico, podendo não ter sinais clássicos de tamponamento ou calcificação. Representa fase intermediária entre pericardite aguda e constrição crônica. As principais causas incluem infecções, tuberculose, colagenoses, neoplasias e etiologias pós-operatórias. A ecocardiografia pode sugerir o diagnóstico por sinais como variação respiratória das valvas AV, colapso atrial e movimento paradoxal do septo, mas a ressonância magnética é essencial na identificação de espessamento, inflamação ativa e aderências. O tratamento inicial é clínico, casos refratários com disfunção persistente podem requerer pericardiectomia. O diagnóstico precoce é fundamental para evitar evolução irreversível. **Comentários Finais:** A evolução subaguda e a resposta clínica limitada observadas no caso destacam a necessidade de seguimento rigoroso, mesmo após aparente melhora inicial. A RMC foi decisiva no diagnóstico, ao evidenciar inflamação ativa e restrição diastólica, sendo ferramenta valiosa na diferenciação entre pericardite transitória, efusiva-constrictiva e miocardiopatias, impactando diretamente a conduta e o prognóstico.



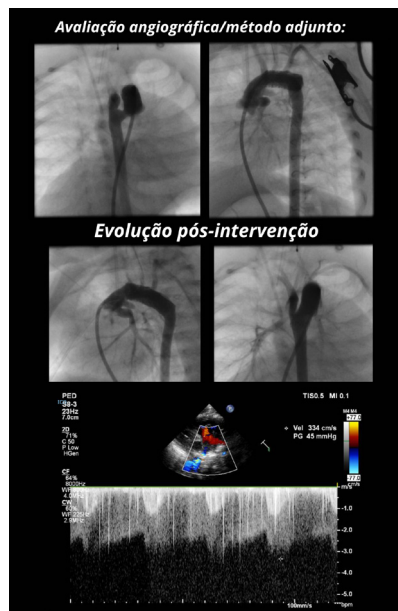
1117083

PROJEÇÃO OBLÍQUA EM TERAPIA HÍBRIDA DE ESTENOSE AÓRTICA CRÍTICA: QUANDO A IMAGEM MUDA A CONDUTA

AUTOR(ES): ULYSSES RAZIA CAVALCANTI¹; FERNANDA CARLOS VELASCO¹; VITÓRIA FLORES DOS SANTOS¹; LEONARDO AUGUSTO SCHREINER¹; GABRIELA CARMINATI LINO¹; JOÃO LUIZ MÂNICA²; CARLO BENETTI PILLA²;

(1) UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS - SÃO LEOPOLDO - RS - BRASIL; (2) HOSPITAL SÃO FRANCISCO - COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE PORTO ALEGRE - PORTO ALEGRE - RS - BRASIL;

Apresentação do Caso: Lactente do sexo masculino, admitido aos 3 meses e 20 dias, portador de estenose valvar aórtica congênita crítica, com importante comprometimento da função sistodiastólica do ventrículo esquerdo (VE) e presença de fibroelastose endocárdica difusa, identificada ao ecocardiograma. Frente à indefinição anatômico-funcional quanto à viabilidade de reparo uni ou biventricular no período neonatal, indicou-se estratégia paliativa com abordagem híbrida: bandagem dos ramos da artéria pulmonar e implante de stent no canal arterial, guiado por angiografia em projeção lateral esquerda. Apesar da realização técnica adequada, o paciente evoluiu com descompensação hemodinâmica. Diante da discrepância entre a imagem angiográfica inicial e o quadro clínico, indicou-se novo estudo hemodinâmico para reavaliação do eixo de saída do VE e da perviabilidade do shunt ductal. Na nova cineangiografia, realizada em projeção oblíqua anterior esquerda (LAO), foi evidenciada estenose significativa na junção canal-aorta, previamente não identificada na projeção ortogonal. A alteração do plano de fluoroscopia permitiu delinear falha de aposição do stent ao longo do trajeto ductal. Procedeu-se à reintervenção percutânea com implante de stent adicional, obtendo-se adequada cobertura da área estenosada e estabilização clínica subsequente. **Discussão:** A estenose ducto-aórtica passou despercebida em projeção lateral padrão, sendo visibilizada apenas em LAO, demonstrando a limitação das projeções ortogonais em anatomias complexas. Em intervenções híbridas neonatais, especialmente nas transições entre canal arterial e aorta descendente, o emprego sistemático de múltiplas incidências — incluindo projeções oblíquas (LAO/RAO) — é essencial para acurácia diagnóstica e planejamento terapêutico. A persistência de instabilidade após abordagem inicial tecnicamente satisfatória deve levantar hipótese de limitação de imagem, exigindo revisão da estratégia angiográfica e reintervenção precoce, como neste caso. **Comentários Finais:** Em contextos de intervenção estrutural neonatal, especialmente em terapias híbridas, a seleção criteriosa das projeções angiográficas é determinante para o sucesso técnico e clínico. Este caso ressalta a importância da projeção LAO na avaliação do trajeto ducto-aórtico, reforçando a necessidade de interpretação dinâmica e tridimensional da anatomia em procedimentos hemodinâmicos complexos.



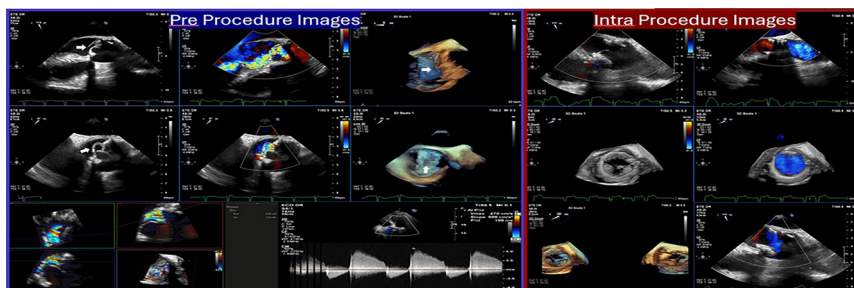
1116632

PRÓTESE BIOLÓGICA AÓRTICA QUE DUROU INCRÍVEIS 35 ANOS: TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO COM VALVE IN VALVE

AUTOR(ES): MARIA DANNIELLA GIROTO¹; DANIANE RAFAEL¹; ADRIANO ERLON FONSECA¹; COSTANTINO ROBERTO COSTANTINI¹; COSTANTINO ORTIZ COSTANTINI¹; SERGIO GUSTAVO TARBINE¹; RAFAEL MICHEL MACEDO¹; MARCIO MORENO LUIZE¹; LEONARDO IEZZI MORAES¹; MARCEL DA SILVA JUSTEN¹;

(1) HOSPITAL CARDIOLÓGICO COSTANTINI - CURITIBA - PR - BRASIL;

Apresentação do Caso: Homem, 86 anos, apresentando ortopnéia e dispnéia há 1 semana (NYHA III). História de cirurgia de troca valvar aórtica 35 anos atrás (ano 1990) devido a estenose aórtica reumática. Na ocasião, por decisão do paciente, foi implantada uma prótese biológica St Jude Medical-Biocor 27. Ao longo desses 35 anos o paciente manteve-se assintomático e estava em acompanhamento com ecocardiogramas que mostravam a prótese normofuncionante até 2023 e com refluxo protético moderado de 2023 até o momento da admissão hospitalar em 2025. No internamento, apresentava PA 110x40 mmHg, ritmo cardíaco regular com sopro diastólico decrescente +++/6 em foco aórtico, crepitações basais pulmonares. Ecocardiograma com alteração estrutural da prótese tipo ruptura de folheto com insuficiência importante. Cateterismo cardíaco: VE com hipocinesia difusa, lesões graves em coronárias direita e circunflexa. STS Score 15%. Submetido ao implante transcatereter de prótese valvar aórtica (valve in valve) com prótese balão expansível Myval 24,5 sem intercorrências e com bom resultado pós implante. Recebeu alta hospitalar 72 horas após. **Discussão:** Ecocardiograma pré procedimento: prótese biológica aórtica com folhetos espessados, abertura adequada (V. Máx. 1,9 m/s; Grad. Máx. 15 e Médio 7 mmHg, AOE 1,8 cm²) e ruptura e desabamento do folheto em posição não coronariana determinando refluxo importante (vena contracta 6,0 mm, PHT 198 ms). Ventrículo esquerdo com EF 53% e disfunção diastólica grau III. PSAP 58 mmHg. Ecocardiograma do procedimento: endoprótese valvar aórtica com folhetos delgados, abertura adequada e competente (V. Máx. 1,6 m/s; Grad. Máx. 11 e Médio 4 mmHg, AOE 1,9 cm²). O ecocardiograma teve papel essencial na condução desse caso em 4 momentos: no acompanhamento da prótese, no diagnóstico da disfunção protética, no auxílio ao procedimento de valve in valve e na avaliação da endoprótese transcatereter pós implante. **Comentários Finais:** Esse caso é interessante pela durabilidade da prótese biológica que, surpreendentemente durou mais de 3 décadas. Além disso, fica evidente o papel fundamental da ecocardiografia em todas as etapas do cuidado ao paciente: desde o diagnóstico da disfunção dela e do melhor momento de intervenção, bem como guiando o procedimento transcatereter e avaliando os resultados.



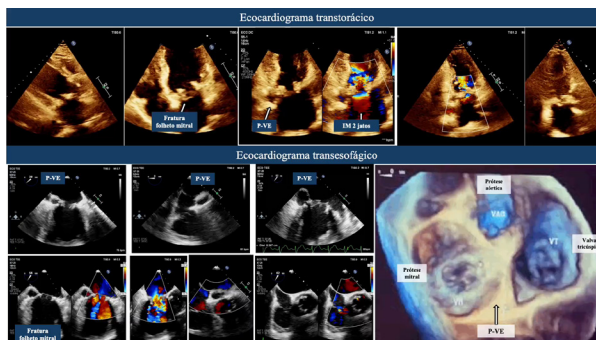
1117098

PSEUDOANEURISMA DO VENTRÍCULO ESQUERDO: COMPLICAÇÃO RARA DEZ ANOS APÓS RE-TROCA VALVAR MITRAL E AÓRTICA. UM RELATO DE CASO

AUTOR(ES): CAMILA MARTINS FERREIRA¹; LAYSSA DE MELO FEITOSA¹; BIANCA CORRÊA ROCHA DE MELLO¹; DASSIS CAJUBA DA COSTA BRITTO FILHO¹; ISMENIA AMORIM DE ARAUJO¹; TAMARA RESENDE COSTA¹; FILIPE LIMA DE MENEZES¹; CLAUDIO RIBEIRO DA CUNHA¹; ADENALVA LIMA DE SOUZA BECK¹;

(1) INSTITUTO DE CARDIOLOGIA E TRANSPLANTES DO DISTRITO FEDERAL (ICTDF) - BRASÍLIA - DF - BRASIL;

Apresentação do caso: Mulher, 52 anos, com valvopatia mitral e aórtica reumática, submetida à implante de prótese biológica mitral (PBMit) e aórtica (PBAo) em 2008 e reoperação em 2015. Evoluía assintomática até que, um mês antes da admissão, apresentou dispnéia súbita e intensa, acompanhada de sopro sistólico audível sem estetoscópio. Ecocardiograma transtorácico (ETT) realizado em centro especializado em doença valvar evidenciou PBMit espessada com eversão de um dos seus folhetos, compatível com fratura. Doppler mostrou gradientes transprotéticos de 20mmHg (pico) e 8mmHg (médio), insuficiência mitral com dois jatos excêntricos: um protético, acentuado, associado à fratura de folheto mitral (FFM); outro aparentemente extravalvar originado de imagem sacular posterior ao ventrículo esquerdo (VE). PBAo estava espessada. Complementação com ecocardiograma transesofágico bi e tridimensional (ETE 2D/3D) confirmou os achados e permitiu visualizar cavidade pulsátil na base do anel protético mitral, entre a valva mitral e tricúspide, medindo 2,3 x 2,4 cm, com fluxo em seu interior oriundo do VE e com trajeto fistuloso para o átrio esquerdo, caracterizando pseudoaneurisma do ventrículo esquerdo (P-VE). Todos os achados foram confirmados no intraoperatório. Feito correção do P-VE com patch e substituição da PBMit e PBAo com sucesso. **Discussão:** P-VE após troca valvar mitroaórtica resulta de uma ruptura contida da parede ventricular, sendo raro (incidência de 0,5-2%), especialmente se tardio, e na ausência de endocardite. Reoperação de valva mitral é um fator de risco. A alta mortalidade (65-75%) e o risco de ruptura tornam o diagnóstico precoce essencial. No ETT, sinais como jato excêntrico de origem incerta, gradientes elevados sem estenose e alterações anatômicas periprotéticas são sinais de alerta ("red flags") para P-VE, mas poderiam ter sido mascaradas pela FFM em centros não especializados. ETE 2D/3D é crucial para confirmação do diagnóstico e preciso detalhamento morfológico e espacial do P-VE, informações fundamentais para o planejamento cirúrgico. **Comentários finais:** Este caso ilustra "red flags" ecocardiográficos de P-VE em um paciente com bioprótese mitro aórtica, um diagnóstico raro, desafiador e potencialmente fatal. O ETT é o método de primeira linha e pode fornecer pistas valiosas. O ETE, particularmente com reconstrução 3D, é indispensável para confirmação do diagnóstico e avaliação anatômica detalhada com vistas à intervenção cirúrgica.



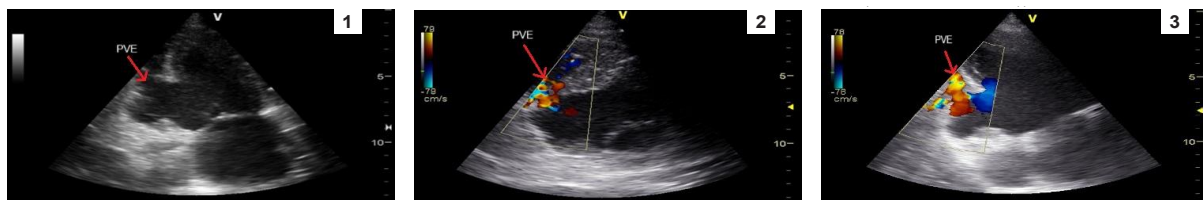
1117034

PSEUDOANEURISMA DO VENTRÍCULO ESQUERDO: DIAGNÓSTICO SUSPEITADO POR NOVO SOPRO CARDÍACO

AUTOR(ES): FLAVIANE BACHIM OLIVEIRA¹; ELISA ALMEIDA REZENDE¹; MARIA CLARA POMBO FERREIRA HOLAK¹; MARSELHA MARQUES BARRAL MONTESSI¹;

(1) HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - (HMTJ) - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL;

Uma mulher de 69 anos, obesa e hipertensa, com história de uso recente de anti-inflamatório não esteroidal (AINE) para dor dentária. Foi admitida no pronto atendimento após episódio de sudorese, náusea e vômitos seguida por síncope. O eletrocardiograma (ECG) não evidenciava alterações isquêmicas e as troponinas estavam discretamente elevadas, porém sem ascensão. Diagnosticada como angina instável, recebeu dupla antiagregação plaquetária. Após episódio de hematêmese e melena com queda hematócritica, a antiagregação foi suspensa. Foi transferida para a unidade de terapia intensiva (UTI) de nossa instituição e conduzida como infarto agudo do miocárdio (IAM) tipo 2, secundário ao quadro anêmico. Recebe alta da UTI, após estabilização clínica e laboratorial, ao serviço de gastroenterologia para o seguimento propedêutico. No 10º dia de internação, apresentou nova dor torácica associada a náusea e vômitos, que foi aliviada após analgesia simples. À avaliação médica foi encontrado novo sopro cardíaco, sistólico e panfocal, mais audível em epigástrico. Realizado, então, exame de ecocardiografia em caráter de urgência, que identificou uma descontinuidade da parede inferior miocárdica do ventrículo esquerdo, com imagem sacular comunicante com a cavidade cardíaca e fluxo para a falsa luz ao Doppler, compatível com pseudoaneurisma do Ventrículo Esquerdo (PVE). A paciente foi submetida à cirurgia cardíaca de urgência, porém com desfecho de óbito no intraoperatório. **Discussão:** A PVE é uma das complicações mecânicas do infarto do miocárdio, resultante da rotura da parede livre miocárdica contida pelo pericárdio subjacente ou tecido fibroso. Rara, ocorrendo de 0,2 a 0,5% dos casos de IAM, e de alta letalidade. O surgimento de novo sopro cardíaco ao exame físico é sinal indireto de complicações mecânicas pós IAM, levando à suspeita de PVE. O exame ecocardiográfico é uma ferramenta de grande disponibilidade e acurácia para avaliação cardíaca, e foi crucial para o diagnóstico da PVE. O tratamento cirúrgico é o de escolha devido ao seu alto risco de ruptura espontânea e morte. O caso descrito reforça a importância do exame físico atento, mesmo em pacientes estáveis após IAM. E o surgimento de novo sopro cardíaco deve ser sempre investigado através de exames complementares. A rápida avaliação ao ecocardiograma permite a identificação de complicações graves, como ruptura do septo interventricular, insuficiência mitral aguda e pseudoaneurisma após IAM. **Foto 1** – Apical, 2 câmaras VE, Ecocardiograma TT. **Foto 2** – Apical, 2 câmaras, VE - EcoDoppler TT. **Foto 3** – Apical, 2 câmaras, VE - EcoDoppler TT.



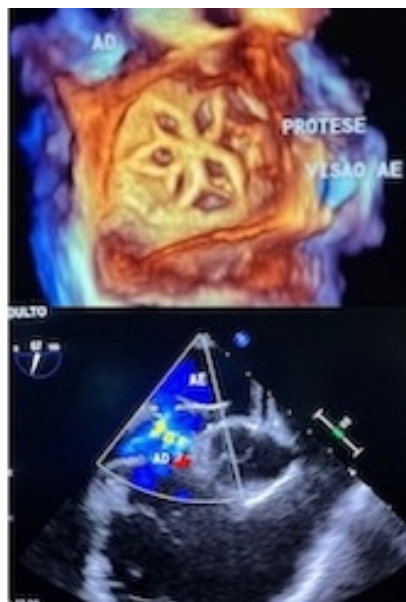
1116812

REABSORÇÃO TARDIA DA MALHA METÁLICA EM PRÓTESE DE CIA: RELATO DE UM CASO RARO DE FALHA ESTRUTURAL COM SHUNT INTERATRIAL SIGNIFICATIVO

AUTOR(ES): MIRSAIL GABRIEL SILVA NETO¹; FERNANDA SEGURA CAMPOS¹; VALTER MAGALHÃES SOUZA FILHO¹; SARA SANTOS ARAÚJO¹; SILVIO POLLINI GONCALVES¹; TIAGO PORTO DI NUCCI¹; VICTOR VICENTE LEITE¹;

(1) HOSPITAL VERA CRUZ - CAMPINAS - SP - BRASIL;

APRESENTAÇÃO DO CASO: Paciente do sexo feminino, 50 anos, previamente submetida a fechamento percutâneo de comunicação interatrial (CIA) há aproximadamente cinco anos, indicado em virtude de sintomas clínicos (dispneia) e repercussão hemodinâmica caracterizada por dilatação das câmaras direitas. Desde o procedimento, manteve-se assintomática. Em avaliação ecocardiográfica transtorácica de rotina, observou-se novo shunt interatrial, o que motivou a realização de ecocardiograma transesofágico para melhor caracterização do shunt e revisão da prótese metálica. O exame confirmou a presença de prótese posicionada no septo interatrial, evidenciando múltiplos pontos de descontinuidade e um shunt de grau importante do átrio esquerdo para o átrio direito. A análise tridimensional revelou provável reabsorção significativa da malha metálica da prótese, justificando as falhas observadas nas imagens bidimensionais. As dimensões estimadas da prótese na face atrial esquerda foram de 42 x 38 mm. Além disso, constatou-se dilatação moderada das câmaras direitas e da circulação pulmonar proximal, associadas a hipocinesia difusa do ventrículo direito e disfunção sistólica leve. Após discussão multidisciplinar em heart team, optou-se por tratamento conservador e seguimento ecocardiográfico periódico, considerando que a paciente é oligossintomática e manifestou desejo de não se submeter a nova intervenção cirúrgica neste momento. **DISCUSSÃO:** O fechamento percutâneo da CIA representa uma alternativa terapêutica eficaz e segura, com baixa incidência de complicações tardias. As próteses utilizadas, geralmente confeccionadas em nitinol recoberto por tecido biocompatível, visam à oclusão definitiva do defeito septal. A reabsorção ou corrosão tardia da malha metálica constitui um evento excepcional e pouco documentado na literatura, podendo estar relacionada a processos inflamatórios crônicos, reações eletroquímicas ou fatores individuais, como doenças do tecido conjuntivo. O impacto clínico dessa complicação depende diretamente da magnitude do shunt residual e da repercussão hemodinâmica, sendo fundamental o monitoramento periódico da função ventricular direita e das pressões pulmonares. **COMENTÁRIOS FINAIS:** Este caso ilustra a raridade da reabsorção tardia da malha metálica em prótese de CIA e ressalta a importância do acompanhamento ecocardiográfico periódico após o implante. O tratamento deve ser individualizado, observando a presença de sintomas e a autonomia do paciente.



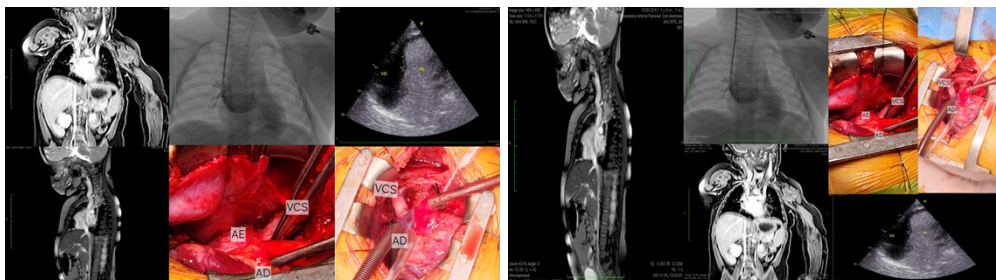
1116691

RELATO DE CASO: DRENAGEM ANÔMALA DE VEIA CAVA SUPERIOR DIREITA EM ÁTRIO ESQUERDO COMO MALFORMAÇÃO ÚNICA CARDÍACA E CAUSADORA DE HIPOXEMIA

AUTOR(ES): GABRIEL CARMONA FERNANDES¹; NATÁLIA NARLOCH TEIXEIRA¹; CAMILE RAMOS RIBEIRO¹; ANA BEATRIZ DOS REIS¹; LUIS HENRIQUE VARGAS PORTUGAL¹; LUIZ CARLOS GIULIANO¹; ANA CAROLINA TESSARI¹;

(1) HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS, HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO - FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL;

Apresentação do Caso: Lactente do sexo feminino, previamente hígida, foi admitida aos oito meses em hospital terciário com bronquiolite, necessitando cuidados intensivos e suporte ventilatório não invasivo. Após a recuperação, persistiu hipoxemia (SatO₂: 85%-92%). Ecocardiograma transtorácico (EcoTT) revelou dilatação do seio coronariano, sem evidenciar claramente veia cava superior esquerda (VCSE). Angiotomografia (AngioTC) e angioresonância (AngioRNM) confirmaram VCSE drenando no seio coronariano, além da presença da veia cava superior direita (VCSD) aparentemente na topografia habitual. Após alta, a hipoxemia manteve-se. Realizou-se então estudo com microbolhas por EcoTT com acesso venoso no membro superior direito, evidenciando passagem precoce de microbolhas às câmaras esquerdas, sugerindo comunicação anômala entre VCSD e átrio esquerdo (AE). Diante dos achados, indicou-se cateterismo cardíaco, que confirmou a conexão da VCSD ao AE. Indicada correção cirúrgica com anastomose da VCSD ao átrio direito. Intraoperatório revelou que as veias pulmonares direitas drenavam na porção inferior da VCSD conectada ao AE, sendo necessária secção e sutura pouco acima deste ponto. O procedimento foi bem-sucedido, com normalização da SatO₂ e resolução clínica. **Discussão:** A drenagem anômala da VCSD ao AE é uma rara cardiopatia congênita do retorno venoso sistêmico, provocando shunt direita-esquerda e hipoxemia persistente. A apresentação clínica é variável, geralmente com cianose central discreta. O diagnóstico é desafiador: além de depender do operador, o EcoTT pode ser limitado pela janela acústica, como ocorreu no caso, agravado pelo quadro respiratório. Exames como AngioTC e AngioRNM podem falhar, especialmente em serviços com pouca experiência em cardiopatias congênitas, a exemplo de nosso serviço. No caso, o estudo com microbolhas foi essencial para a suspeição diagnóstica, direcionando ao cateterismo. Relatos semelhantes destacam a utilidade do estudo com bolhas associado ao EcoTT na investigação. A AngioTC pode ser eficaz, com o custo da exposição à radiação e contraste iodado. Já a AngioRNM, embora útil, apresenta limitações em pediatria devido ao tempo prolongado e, muitas vezes, necessidade de sedação. **Comentários Finais:** O diagnóstico de anomalias venosas sistêmicas congênitas requer abordagem multimodal, com integração de métodos não invasivos e, se necessário, invasivos para confirmação e planejamento terapêutico.



1116660

SARCOMA DE ARTÉRIA PULMONAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

AUTOR(ES): ANA FLÁVIA BURIN¹; LÍRIA MARIA LIMA DA SILVA²; MIGUEL OSMAN DIAS AGUIAR¹; RAFAEL BONAFIM PIVETA¹; ALESSANDRA JOSLIN OLIVEIRA¹;

(1) BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO, HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN - SÃO PAULO - SP - BRASIL; (2) BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO, HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, INSTITUTO DANTE PAZZANESE - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

APRESENTAÇÃO DO CASO: Homem, 36 anos, com dispnéia há 4 meses, diagnosticado com tromboembolismo pulmonar (TEP) três semanas antes da internação. Iniciou anticoagulação e foi encaminhado para investigação. Apresentou-se com dispnéia classe funcional III(NYHA), ortopneia, edema de membros inferiores. Negava tabagismo, febre, perda ponderal. Sem antecedentes familiares relevantes. Ao exame taquicárdico e com turgência jugular patológica. Angiotomografia arterial pulmonar, revelou lesão hipoatenuante no mediastino visceral, com importante redução luminal das artérias pulmonares, principalmente à direita, sobrecarga de câmaras direitas, oclusão do brônquio lingular inferior e circulação colateral, sugerindo cronicidade. A hipótese de TEP agudo foi considerada improvável, sendo levantadas hipóteses como neoplasia e mediastinite fibrosante. Após admissão em UTI realizou ecocardiograma que demonstrou dilatação e disfunção sistólica grave do ventrículo direito, insuficiência tricúspide moderada, derrame pericárdico moderado, hipertensão pulmonar grave (estimada em 118mmHg) e massa hipoecogênica com áreas anecóicas ("sieve sign") envolvendo tronco e ramos arteriais pulmonares, com limitação ao fluxo. PET-CT mostrou hiper captação em massa mediastinal visceral, câmaras direitas (por sobrecarga) e linfonodo. Realizou biópsia guiada por tomografia, evoluindo com instabilidade, controlada em UTI. O anatomopatológico confirmou sarcoma primário de artéria pulmonar (SAP). Após discussão indicou-se ressecção cirúrgica da lesão, com evolução a óbito no intraoperatório. **DISCUSSÃO:** O SAP é neoplasia rara e agressiva (incidência de 0,01-0,03%), frequentemente confundida com TEP. Apresenta sintomas inespecíficos, como dispnéia, tosse e sinais insuficiência cardíaca direita. Sem tratamento a sobrevida média é de 1,5 meses. A ausência de resposta à anticoagulação deve levantar suspeitas diagnósticas alternativas. A imagem multimodal é essencial nesses casos: o ecocardiograma mostra massa hipoecogênica com repercussões hemodinâmicas; a angiotomografia evidencia falha de enchimento lobulada e invasão da parede arterial; a ressonância demonstra hipersinal em T2 e realce tardio heterogêneo; o PET-CT revela hiper captação de FDG pela lesão e permite o estadiamento da doença. **COMENTÁRIOS FINAIS:** Na presença de lesão em artéria pulmonar e dispnéia, refratárias à anticoagulação, deve-se considerar diagnósticos não trombóticos e a abordagem com imagem multimodal é fundamental nesse cenário. **Figura 1 –** Ecocardiograma demonstrando em A: Dilatação de câmaras direitas com retificação do septo interventricular ("D shape") e derrame pericárdico moderado; B: Dilatação do tronco arterial pulmonar com imagem ecogênica preenchendo sua luz se estendendo para os seus ramos, com pequenos orifícios anecóicos em seu interior ("sieve sign"). C e D: Evidência de obstrução ao fluxo sanguíneo (imagem 4 com Doppler colorido) pela lesão expansiva, principalmente em artéria pulmonar direita. **Figura 2 –** Angiotomografia arterial pulmonar evidenciando em A e B: lesão hipoatenuante em mediastino visceral envolvendo artéria pulmonar e seus ramos, com redução luminal significativa principalmente do ramo direito. **Figura 3 –** PET- CT oncológico demonstrando em A, B e C: hiper captação do radiofármaco em massa mediastinal visceral, envolvendo tronco e ramos arteriais pulmonares e também de câmaras cardíacas direitas e linfonodo paratraqueal.



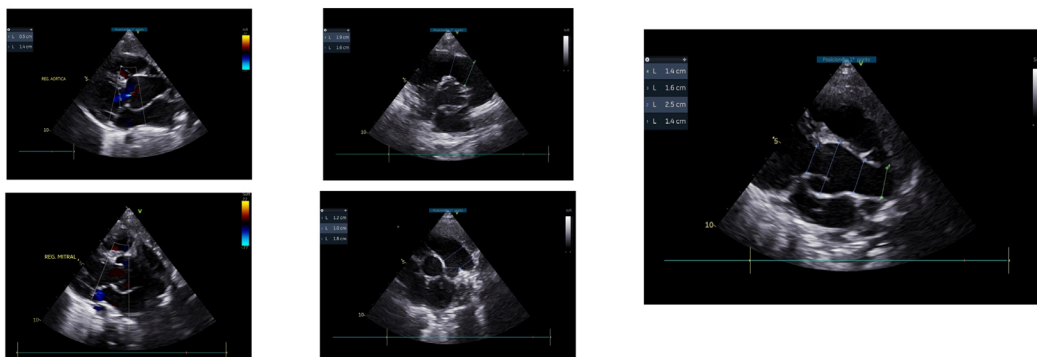
1116811

SÍNDROME DE MARFAN NEONATAL: O PAPEL DO ECOCARDIOGRAMA NO DIAGNÓSTICO PRECOCE

AUTOR(ES): CAROLINA RIBEIRO COSTA¹;

(1) HOSPITAL MILITAR DE MINAS GERAIS - BELO HORIZONTE - MG - BRASIL;

Apresentação do Caso: Lactente do sexo masculino, 4 meses, foi encaminhada à avaliação cardiológica para risco anestésico antes de tomografia computadorizada de crânio, devido à suspeita de craniossinostose. História pré-natal e neonatal sem intercorrências. Desenvolvimento adequado. Exame físico revelou pectus carinatum, aracnodactilia, membros longos e alteração craniofacial (dolicocefalia), sugerindo displasia do tecido conjuntivo. Ausência de sopros, bulhas hipofonéticas, pulsos periféricos normais e saturação de oxigênio de 97% em ar ambiente. O ecocardiograma evidenciou comunicação interatrial (CIA) tipo ostium secundum de pequena magnitude, dilatação moderada da porção sinusal da aorta e dilatações leves do anel valvar aórtico, junção sinotubular, aorta ascendente, anel valvar pulmonar e da artéria pulmonar. Evidenciava-se, também, insuficiência aórtica e mitral leves. As câmaras cardíacas apresentavam tamanho e função normais. Eletrocardiograma com ritmo sinusal, sem sinais de sobrecarga, padrão QR em V1 e baixa voltagem em precordiais médias, atribuídas a má posição cardíaca. **Discussão:** A síndrome de Marfan neonatal ou de início precoce pode se manifestar inicialmente com alterações fenotípicas discretas, sendo a imagem cardiovascular um dos principais pilares para diagnóstico precoce. A dilatação da aorta, especialmente da raiz, é o achado mais característico e pode estar presente mesmo na ausência de sintomas. A dilatação concomitante da artéria pulmonar e estruturas adjacentes, como o anel valvar, é descrita em formas severas ou variantes da síndrome. A CIA pode ser incidental, mas também está associada a defeitos da matriz extracelular. A propedêutica por imagem permitiu identificar precocemente alterações compatíveis com Marfan, antes mesmo da confirmação genética. **Comentários Finais:** Este caso destaca a importância da avaliação por imagem em pacientes com fenótipo sugestivo de doenças do tecido conjuntivo. O ecocardiograma foi essencial para a suspeita de síndrome de Marfan, corroborada posteriormente por angiorressonância cardíaca. O diagnóstico precoce possibilitou o início do tratamento com betabloqueador e o encaminhamento multidisciplinar, visando prevenir complicações cardiovasculares, pulmonares e oftálmicas graves.



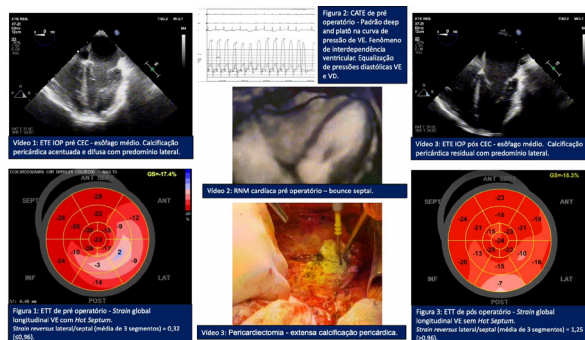
1116788

STRAIN GLOBAL LONGITUDINAL NO DIAGNÓSTICO DE PERICARDITE CONSTRICTIVA E MONITORIZAÇÃO DA RESPOSTA PRECOZE À PERICARDIECTOMIA: PAPEL EMERGENTE DO HOT SEPTUM E DO STRAIN REVERSUS

AUTOR(ES): CAMILA MARTINS FERREIRA1; JULIA MARINHO RAMOS LIMA1; TAMARA RESENDE COSTA1; MICHELLE BRUNA DA SILVA SENA1; ELSON BORGES LIMA1; LEONARDO COGO BECK1; THASIELY MOURA FARIA1; ARYELL DAVID PROENÇA1; PAULO BATISTA DOS REIS NETTO1; ADENALVA LIMA DE SOUZA BECK1;

(1) INSTITUTO DE CARDIOLOGIA E TRANSPLANTES DO DISTRITO FEDERAL (ICTDF) - BRASÍLIA - DF - BRASIL;

Apresentação do Caso: Mulher, 66 anos, em investigação para hepatopatia devido à distensão abdominal e ascite, realizou tomografia computadorizada (TC) de abdome, que evidenciou calcificação pericárdica. Ecocardiograma transtorácico (ETT) revelou sinais de pericardite constrictiva (PC): elevação das pressões de enchimento (dilatação biatrial moderada, padrão restritivo (E/A 3,2), dilatação da veia cava inferior), dissociação entre pressões intratorácicas e intracardíacas (fluxo diastólico reverso em veia hepática ao final da expiração), annulus reversus, annulus paradoxus e calcificação pericárdica. O ventrículo esquerdo tinha fração de ejeção de 73% e Strain Global Longitudinal (SGL) de 17,4% com mapa polar com Hot Septum (HSS) (análise visual) e strain reversus (SR) (strain lateral/septal $\leq 0,96$) (deformação reduzida nos segmentos laterais e preservação dos segmentos septais, refletindo o aprisionamento lateral causado pela doença pericárdica). Ressonância cardíaca demonstrou aumento da interdependência ventricular (bounce septal). Cateterismo confirmou PC. Evoluiu com insuficiência cardíaca direita (ICD) refratária, paracenteses de repetição, sendo indicado pericardiectomia. No intraoperatório, como a calcificação era intensa, persistiram alguns focos de calcificação residuais (FCR). O anatomopatológico demonstrou pericardite inespecífica. A despeito de FCR, E/A 2,6, e' septal-lateral (8cm/s) e dilatação biatrial no ETT após 12 dias, observou-se remissão do HSS e SR, coincidindo com a melhora clínica da ICD. **Discussão:** Pericardite constrictiva (PC) é uma doença rara, caracterizada por um pericárdio espessado, inelástico (calcificado em 25% dos casos). Manifesta-se predominantemente com ICD e pode ser subdiagnosticada em até 30% dos pacientes, visto que, independente da anatomia, o diagnóstico depende de alterações hemodinâmicas (nem sempre aparentes). Por isso, é necessário alta suspeição para avaliação direcionada de múltiplos parâmetros, com o respirômetro. Nesse contexto, o HSS e SR emergem como parâmetros sensíveis e sua combinação com parâmetros convencionais elevam a acurácia diagnóstica. **Comentários Finais:** Mesmo na era da multimodalidade, a PC permanece um diagnóstico desafiador. O ecocardiograma é o método de primeira linha, mas requer alto nível de suspeição para avaliação direcionada e multiparamétrica. O caso relatado ilustra a utilidade do HSS e SR como marcadores adicionais de diagnóstico de PC e sucesso após pericardiectomia, a despeito de FCR.



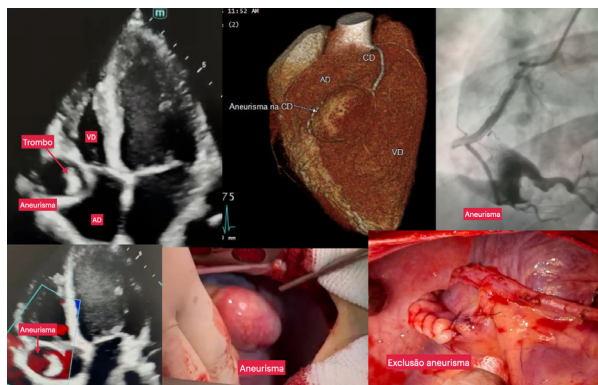
1116459

SUPRA NO ELETRO, SURPRESA NO ECO: A REVELAÇÃO DE UM ANEURISMA CORONÁRIO TROMBÓTICO GIGANTE

AUTOR(ES): GABRIELA ARRUDA FALCÃO DE SOUZA LEÃO1; LEONARDO GODOY DE MELLO MOTTA1; RAFAEL CARVALHO VOUZELA1; LUCAS REIS COSTA1; CRISTIANO BERARDO CARNEIRO CUNHA1; ANA CLAUDIA LONGO1;

(1) IMIP - RECIFE - PE - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente masculino, 20 anos, previamente hígido, procurou a emergência com dor torácica anginosa, após esforço físico. O eletrocardiograma, evidenciou supra de ST em parede inferior, sendo administrado dose de ataque de AAS e Clopidogrel, seguido de trombólise química com Tenecteplase. Em seguida foi realizado o cateterismo cardíaco (CATE), que demonstrou aneurisma de artéria coronária direita (ACD) com trombo ocluindo parcialmente seu lúmen. Iniciado anticoagulação e encaminhado para avaliação da equipe de cirurgia cardíaca. Realizou ecocardiograma transtorácico (ETT), com imagem anecóica esférica, adjacente à parede lateral do átrio direito, medindo 24x27mm, com fluxo em seu interior e conteúdo hiperecogênico móvel, corroborando o diagnóstico do CATE. Visto ainda, hipocinesia infero-septal e fração de ejeção limitrofe (53% - Simpson). **Angiotomografia de coronárias:** ACD com dilatação aneurismática no terço médio, medindo 3,3 x 3,1 x 3,0cm, fluxo lento e trombo em seu interior, sem compressão de estruturas adjacentes. Encaminhado à cirurgia cardíaca com exclusão aneurismática e ponte da artéria radial esquerda para a descendente posterior. Evoluiu sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no quinto dia de pós-operatório. **Discussão:** Aneurismas de artérias coronárias são dilatações focais >1,5x o diâmetro da artéria adjacente. Quando ultrapassa 20 mm, são considerados gigantes, condição extremamente rara, especialmente quando localizados na ACD. A prevalência varia de 0,3 a 5%, sendo os gigantes ainda mais incomuns. A presença de trombo intraluminal é uma complicação grave e infrequente, que aumenta o risco de eventos embólicos e isquemia miocárdica. Aneurismas gigantes são geralmente achados incidentais. Sua etiologia inclui aterosclerose, vasculites (Kawasaki), infecções e doenças do tecido conjuntivo. O diagnóstico geralmente é feito por CATE, mas o ETT é fundamental, especialmente para afastar compressão de estruturas adjacentes. Neste caso, a ecocardiografia demonstrou a dilatação aneurismática e o trombo em seu interior, achado raro e potencialmente fatal se não tratado precocemente. **Comentários finais:** Este caso ressalta o papel importante da ecocardiografia, na identificação de aneurismas gigantes coronarianos. Além disso, demonstra a necessidade de um alto grau de suspeição diagnóstica frente a imagens incomuns e reforça a importância da correlação com métodos complementares de imagem para confirmação e planejamento terapêutico.



1116722

TRATAMENTO DE ENDOCARDITE INFECCIOSA ASSOCIADA À COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR

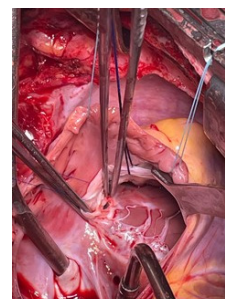
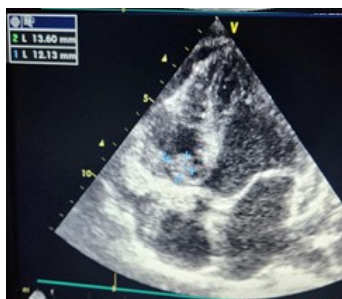
AUTOR(ES): RODRIGO GAZZOLA CUNHA1; VICTOR SENISE NASCIMENTO1; JULIA MARIOTI1; MATHEUS GERON BRANCO1; LETÍCIA MARIA PESPININI SALZEDAS1; CAROLINE FERREIRA DA SILVA MAZETO PUPO DA SILVEIRA1; LEONARDO RUFINO GARCIA1; SILMÉIA GARCIA ZANATI BAZAN1;

(1) FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - BOTUCATU - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Mulher, 34 anos, portadora de comunicação interventricular (CIV) sem repercussão hemodinâmica, internada com relato de mal-estar, astenia, febre e perda de peso há 30 dias. Realizados hemoculturas positivas para *Streptococcus pneumoniae*, tomografia computadorizada de tórax com sinais de abscessos pulmonares e ecocardiograma transtorácico mostrou CIV tipo perimembranosa sem repercussão hemodinâmica, com imagem arredondada e extremidade filamentar, móvel, medindo 13,5x12mm, aderida à porção final da CIV no ventrículo direito (VD). Feito diagnóstico de endocardite infecciosa associada a CIV, foi realizada antibioticoterapia intravenosa, guiada por cultura, com penicilina cristalina, e houve negatização das hemoculturas após 10 dias de tratamento. Foi submetida à ressecção de vegetação e correção de CIV com patch de pericárdio bovino, procedimento cirúrgico realizado sem intercorrências. Ecocardiograma pós-operatório mostrou ausência de shunt ou vegetações residuais.

Discussão: Endocardite infecciosa em CIV pequenas é relativamente rara e esse relato descreve um caso de sucesso no tratamento cirúrgico de CIV complicada com endocardite. Não existe um consenso sobre o tratamento cirúrgico de pequenas comunicações sem repercussão hemodinâmica, porém elas podem produzir alterações anatómicas com mudanças na estrutura e função cardíacas e facilitar a agressão por agentes infecciosos, aumentando o risco de endocardite. Nas CIV, o fluxo pelo defeito pode causar lesão por fricção e levar à formação de vegetações trombóticas, as quais facilitam a aderência bacteriana. Essas lesões costumam se formar principalmente na borda septal do VD. As últimas diretrizes não citam a necessidade de profilaxia pré-cirúrgica com antibioticoterapia nos pacientes com CIV. As cardiopatias congênitas cianóticas não corrigidas e o implante de material protético são condições consideradas de alto risco para endocardite infecciosa.

Comentários Finais: Endocardite infecciosa é uma complicação rara, mas grave, que pode ocorrer em pacientes com CIV, mesmo que considerada de baixo risco. A importância da suspeição clínica diante de sintomas inespecíficos, é crucial para o diagnóstico precoce. O tratamento cirúrgico combinado com antibioticoterapia adequada é determinante para um desfecho favorável. Este relato destaca a necessidade de individualização da conduta e acompanhamento a longo prazo de pacientes com CIV, enfatizando a estratégia terapêutica personalizada.



1117003

TO DE VENTRÍCULO ESQUERDO DETECTADO PELA ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONÁRIAS EM PACIENTE ASSINTOMÁTICO COM ALTERAÇÃO SEGMENTAR AO ECOCARDIOGRAMA

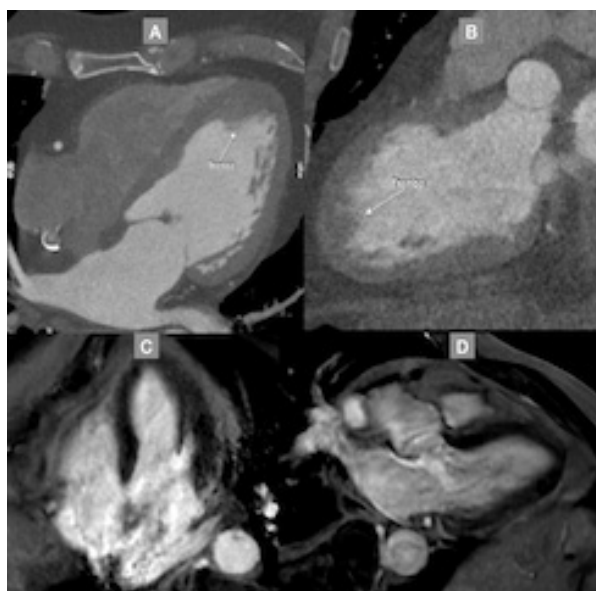
AUTOR(ES): LAURA VEZZANO1; GIULIO CHECCHINATO FACCHINI1; LUISA BARS DOS SANTOS1; EDUARDO MIKIO SASSAKI1; CAIO B MAURICIO1; ISABELA V BALARIN1; VITORIA V REDA1; ALCIDES ROCHA FIGUEREDO JR1; HELDER JORGE ANDRADE GOMES1;

(1) FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, ICON DIAGNÓSTICOS - JUNDIAÍ - SP - BRASIL;

Apresentação do caso: Homem assintomático de 58 anos, tabagista 90 anos/maço, com dislipidemia, em uso de estatina, ácido-acetilsalicílico e fibrato, procurou o cardiologista a fim de uma avaliação clínica para liberação de prática de atividade física. Exame físico sem alterações significativas, realizou teste ergométrico que foi negativo para isquemia, mas no ecocardiograma (Eco) apresentava hipocinesia dos segmentos antero-lateral médio, latero-apical e ápice e disfunção diastólica leve do ventrículo esquerdo (VE), sendo solicitada uma angiotomografia de coronárias (TC-Cor) para investigação de doença arterial coronariana (DAC) obstrutiva. A TC-Cor mostrou uma DAC não obstrutiva (placa calcificada em artéria circunflexa e placa não calcificada em artéria coronária direita), além de uma ponte miocárdica em terço médio da artéria descendente anterior. Como achado cardíaco não coronariano, foi evidenciado uma imagem compatível com trombo em região anterior/apical do VE, mesma região da alteração segmentar ao Eco, medindo aproximadamente 17 x 10 mm (figura 1A e 1B). Devido ao achado, o paciente foi encaminhado para consulta de retorno precoce e iniciado anticoagulação em menos de 24h da realização da TC-Cor pelo risco embólico, permanecendo assintomático. Um mês após a tomografia, foi realizada ressonância cardíaca (RMC) para diagnóstico diferencial de cardiomiopatia, sendo observado, no entanto, ausência de trombo cardíaco (figura 1C e 1D) nem alteração segmentar.

Discussão: O trombo de VE é uma complicação associada a infarto agudo do miocárdio, disfunção sistólica importante e cardiomiopatia dilatada, com elevado risco de eventos embólicos sistêmicos potencialmente graves, especialmente acidente vascular cerebral. A detecção do trombo é fundamental para o manejo adequado e prevenção de complicações, sendo normalmente realizada por ecocardiografia. Relatamos o caso de um paciente previamente assintomático, em investigação de DAC por alteração segmentar do VE no Eco onde foi constatada a presença de trombo intraventricular na TC-Cor. Devido ao achado, foi iniciada anticoagulação oral, e após um mês, observou-se ausência de trombo na RMC. O paciente está em estudo de trombofilias.

Comentários finais: Este caso resalta a importância da avaliação multimodal por imagem na investigação de cardiopatias, sendo fundamental o papel da TC-Cor e da RMC para identificação e manejo de trombo intracavitário.



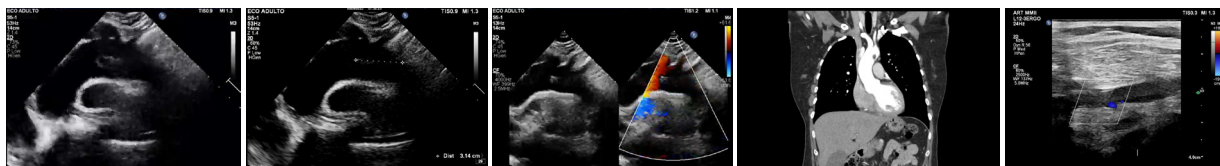
1116735

TROMBO FLUTUANTE EM AORTA ASCENDENTE – ACHADO RARO EM ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO EM PACIENTE ASSINTOMÁTICA

AUTOR(ES): RULDNEY RAY DOS SANTOS OLIVEIRA¹; MATHEUS BONINI CAMPANHA NETTO¹; LUIZ GUSTAVO DE MATOS¹; IGOR HENRIQUE SILVA LEITE¹; THAYSA LOUZADA CARVALHO¹; JULIANA JANGELAVICIN BARBOSA¹; MARIA GABRIELA AGUDELO DELGADO²; KELTON DANTAS PEREIRA³; PAMELA CASTRO PEREIRA²; LEONARDO MELLO GUIMARAES DE TOLEDO⁴;

(1) HOSPITAL SÃO LUIZ - GUARULHOS - SP - BRASIL; (2) INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA - SÃO PAULO - SP - BRASIL; (3) HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - NATAL - RN - BRASIL; (4) HOSPITAL SÃO LUIZ, INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

FRO, feminino, 46 anos, tabagista, antecedente de síndrome de anticorpo antifosfolípide, episódio de tromboembolia em membro inferior direito e acidente vascular cerebral isquêmico, procura serviço com relato de ter realizado tomografia computadorizada de tórax sem contraste para investigar quadro infeccioso respiratório com achado incidental de imagem em arco aórtico sugestivo de dissecação de aorta. Ecocardiograma transtorácico não apresentava alterações valvares ou de contratilidade miocárdica, porém evidenciou imagem móvel compatível com trombo em arco aórtico. Angiotomografia de aorta torácica mostrou trombo flutuante aderido em aorta ascendente com base de 2,2 cm e segmento flutuante de 4,0 cm. Paciente evoluiu com quadro algico em membro inferior direito, sendo detectado em doppler arterial de membro inferior a presença de oclusão de artéria poplítea. Optado por tratamento clínico com anticoagulação plena. **DISCUSSÃO:** Trombo aórtico mural (TAM) é caracterizado por ser um trombo sésil ou pedunculado na ausência de aneurisma, dissecação ou aterosclerose aórtica. Locais mais comuns são: aorta abdominal e aorta torácica descendente, seguido por arco aórtico e aorta ascendente. Condição rara e com riscos de complicações como embolia periférica e acidente vascular cerebral. Geralmente, a apresentação clínica está relacionada com o evento embólico. Etiologia é heterogênea, tendo como fatores predisponentes situações clínicas como tabagismo, neoplasias e doenças autoimunes, incluindo síndrome do anticorpo antifosfolípide. Diretrizes especializadas em doenças da aorta descrevem a possibilidade de anticoagulação ou abordagem cirúrgica, devendo ser avaliado em cada caso, dependendo das características do trombo e localização. Características morfológicas do TAM são importantes para decidir o tipo de tratamento e o momento a ser realizado. O uso de ecocardiograma transesofágico auxilia para monitoramento do trombo e é recomendado durante o preparo de abordagem cirúrgica como forma de prevenir embolismo. Durante o seguimento, angiotomografia e ecocardiograma são recomendadas para monitorizar potenciais recorrências e prevenir complicações. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** TAM é forma rara de acometimento da aorta e de causa de evento embólico. Os métodos de imagem como ecocardiograma transtorácico, transesofágico e angiotomografia de aorta auxiliam no diagnóstico, no monitoramento durante abordagem cirúrgica e no seguimento do paciente.



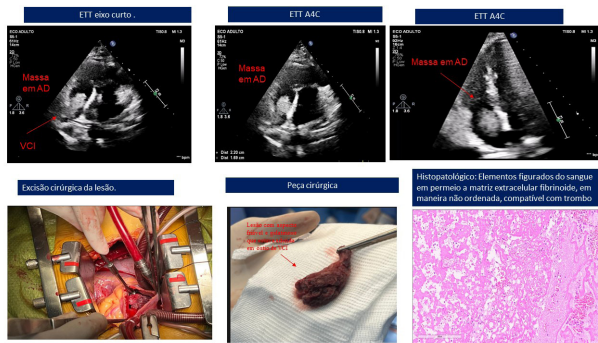
1117075

TROMBO TIPO C EM ÁTRIO DIREITO COMO CAUSA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EM PACIENTE JOVEM

AUTOR(ES): FERNANDA VALE GUIMARÃES¹; KARINA NEGRÃO ZINGRA¹; THASIELY MOURA FARIA¹; ANA LUIZA CALDEIRA LOPES¹; AMANDA GRAZIELLA RODRIGUES FERNANDES¹; REYNA PRINHEIRO CALZADA¹; TAMARA RESENDE COSTA¹; FERNANDA LAIZA PEREIRA BATISTA¹; CAMILA MARTINS FERREIRA¹; ADENALVA LIMA SOUZA BECK¹;

(1) INSTITUTO DE CARDIOLOGIA E TRANSPLANTES DO DISTRITO FEDERAL (ICTDF) - BRASILIA - DF - BRASIL;

Apresentação do caso: Mulher de 19 anos, previamente hígida, é admitida na emergência com dor torácica ventilatório dependente e dispnéia há 6 dias, sendo diagnosticado tromboembolismo pulmonar (TEP) e instituído anticoagulação oral. Refere uso de anticoncepcional oral (ACO) (etinilestradiol/acetato de ciproterona) há 2 anos. Realizou ecocardiograma transtorácico (ETT) que evidenciou massa heterogênea, isocóica no interior do átrio direito (AD) de aproximadamente 2,5x1,8 cm, com bordas irregulares, pedunculada, móvel, aderida na parede do AD próximo à desembocadura da veia cava inferior. Considerando o contexto clínico, características, localização e a mobilidade, foi suspeitado de trombo ou, apesar de menos provável, tumor primário. Investigação inicial para doenças hematológicas e oncológicas foi negativa. Doppler venoso de membros inferiores não mostrou trombose venosa profunda. Optado por exérese cirúrgica da massa, que se mostrou com aspecto friável e gelatinoso à inspeção. Exame histopatológico constatou trombo em organização, com focos de calcificação. **Discussão:** Massas em AD são patologias raras, encontradas incidentalmente ou durante investigações de eventos tromboembólicos e podem corresponder a tumores primários, metastáticos, vegetações ou trombos. Trombos em AD (TAD) geralmente estão associados à fibrilação atrial, cateteres, dispositivos cardíacos implantáveis, trombofilias e neoplasias. O risco de trombo relacionado a ACO é muito baixo após o primeiro ano de uso. A prevalência de TAD na população geral, sem fatores de risco, é inferior a 1%. TAD são responsáveis por cerca de 18% dos casos de embolia pulmonar, levando a uma mortalidade de até 40%. TAD podem ser classificados em três grupos: Tipo A, trombo em trânsito, grandes coágulos originados do sistema venoso profundo; Tipo B, trombo in situ, pequenos coágulos que se prendem à parede atrial ou em dispositivos intracardíacos; e tipo C, trombos móveis in situ que possuem um ponto de fixação fino à parede atrial. **Conclusão:** O caso destaca a importância do ETT no rastreamento das causas e complicações de doenças embólicas (TEP). Embora TAD seja raro em jovens saudáveis, deve sempre ser considerado entre os diagnósticos diferenciais das massas intracardíacas, especialmente na vigência de uso de ACO. O reconhecimento precoce dessa condição é essencial, pois pode influenciar significativamente na escolha terapêutica e sobrevida do paciente.



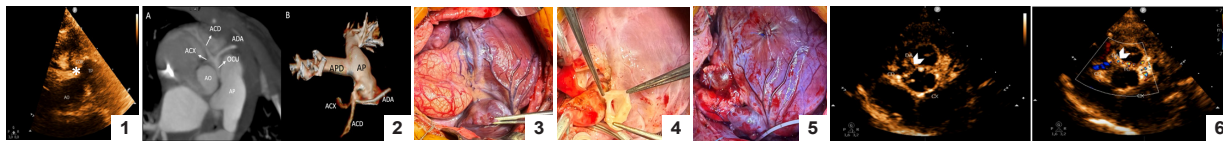
1116800

TRONCO ÚNICO DE ARTÉRIAS CORONÁRIAS ORIGINANDO-SE DA ARTÉRIA PULMONAR

AUTOR(ES): DAYSE EVELINE SANTOS SOUSA¹; ELOISA BARROS PESSOA¹; TATIANE CRISTINA ROSA MÉDICI¹; THALITA DA SILVA CANEVARI¹; CAROLINA VIEIRA DE CAMPOS¹; CARLOS HENRIQUE DE MARCHI¹; ULISSES ALEXANDRE CROTI¹;

(1) FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Criança de 1 ano e 2 meses internada com síncope e crise convulsiva. Após avaliação, foi diagnosticada com origem anômala de coronária e disfunção ventricular esquerda importante. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica e parada cardiorrespiratória, sendo transferida ao nosso serviço para tratamento cirúrgico. Exames admissionais: eletrocardiograma com bloqueio de ramo esquerdo, ondas Q em DIII, aVL e V1. Ecocardiograma com tronco da artéria coronária esquerda originando-se na face lateral direita da artéria pulmonar (AP) e artéria coronária direita de difícil visualização (figura 1). Miocárdio do ventrículo esquerdo afilado e hiperecogênico na porção apical da parede inferosseptal e nas porções basal e média da parede anteroseptal, discinesia da parede inferosseptal e hipocinesia das demais com disfunção sistólica importante e fração de ejeção (Simpson) de 23,6%; hiperrefringência dos músculos papilares da valva mitral. Angiotomografia de tórax com óstio coronário único com origem na AP e trifurcação nas artérias interventricular anterior, artéria coronária direita e artéria circunflexa (figura 2), diagnóstico confirmado no intraoperatório. Realizada correção, com retirada do tronco coronário único e reimplante na parede lateral esquerda da aorta (figuras 3, 4 e 5). No pós-operatório necessitou de drogas vasoativas devido à disfunção cardíaca por 40 dias. Último ecocardiograma realizado no 45º dia de pós-operatório, mostrou função biventricular preservada com fração de ejeção de 55% e reimplante do tronco único adequado (figura 6). **Discussão:** Anomalias coronarianas são raras na pediatria, mas potencialmente fatais e podem ocorrer isoladamente ou associadas a cardiopatias congênitas. Padrões de maior risco incluem trajeto interarterial, pontes miocárdicas extensas e origem anômala coronariana da AP. A origem anômala total de coronárias da AP é um tipo raro dentre estas anomalias, com 57 casos reportados na literatura. A apresentação clínica mais frequente é a insuficiência cardíaca. O tratamento é cirúrgico através do reimplante do tronco coronariano comum na aorta ou procedimento de Takeuchi. O conhecimento desta forma rara é fundamental para seu diagnóstico precoce e melhor desfecho clínico dos pacientes. **Comentários Finais:** A suspeita diagnóstica precoce juntamente com a realização de exames de imagem, no contexto cardiovascular, é essencial para orientar a intervenção cirúrgica e melhorar sobrevida e prognóstico desses pacientes. **Figura 1** – Ecocardiograma transtorácico pré-operatório: corte paraesternal em eixo curto evidenciando óstio coronário único (asterisco branco) com origem na artéria pulmonar. **Figura 2** – Angiotomografia arterial de tórax evidenciando óstio coronário único com origem na artéria pulmonar e trifurcação nas artérias descendente anterior, artéria coronária direita e artéria circunflexa na reconstrução multiplanar (A) e 3D (B). ADA: artéria descendente anterior ACD: artéria coronária direita ACX: artéria circunflexa AO: aorta AP: artéria pulmonar APD: artéria pulmonar direita OCU: óstio coronário único. **Figura 3** – Aspecto das artérias coronárias originando-se da face lateral direita da artéria pulmonar após abertura do saco pericárdico. **Figura 4** – As pinças apresentam o óstio coronário único após ser retirado da artéria pulmonar. O mesmo dá origem às coronárias direita, interventricular anterior e circunflexa. **Figura 5** – Aspecto final após implante direto do óstio único na parede lateral esquerda da aorta ascendente. Nota-se também a reconstrução da parede lateral direita da artéria pulmonar com pericárdio autólogo e presença de um cateter que foi inserido no átrio esquerdo para controle pressórico no pós-operatório imediato. **Figura 6** – Ecocardiograma transtorácico pós-operatório: à esquerda, corte paraesternal em eixo curto mostrando o óstio coronário implantado na aorta e sua trifurcação (seta branca) nas artérias descendente anterior, artéria coronária direita e artéria circunflexa na análise bidimensional. Mesma imagem à direita, com fluxo em cores. AO: valva aórtica COR: óstio coronário único CD: artéria coronária direita CX: artéria circunflexa DA: artéria descendente anterior TC: tronco coronariano TP: artéria pulmonar.



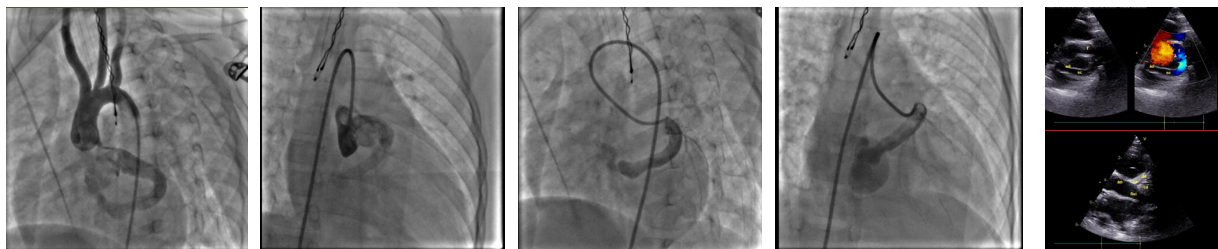
1116738

TÚNEL AORTO-ATRIO DIREITO CONGÊNITO EM CRIANÇA DE 3 ANOS: UM DIAGNÓSTICO RARO FRENTE A UM SOPRO

AUTOR(ES): LETICIA FORTKAMP ALMEIDA¹; MARIA FERNANDA ROCHA MENEZES¹; HELEN CAROLINE TELES OJEDA¹; FLAVIA LUISA DOS SANTOS TEIXEIRA¹; MARCELY VILELA MAGDALANI¹; CARLOS ENRIQUE ROJAS KULJIS¹; ANDRESSA CECCON¹; MAYÃ DA COSTA BASTOS¹; MARIA CLARA LOPES DE MATTOS¹; LUCAS OLIVEIRA ROCHA¹;

(1) HOSPITAL PEQUENO PRINCEPE - CURITIBA - PR - BRASIL;

Caso Clínico: Paciente do sexo feminino, 3 anos, residente no interior do Paraná, encaminhada ao centro de cardiologia pediátrica em Curitiba após detecção de sopro cardíaco. História de baixo peso e estatura (percentis -1,5 e -2,1), com episódios de cianose e palidez aos esforços. Sem antecedentes neonatais, internações ou infecções de repetição. Exame físico revelou sopro contínuo 3+/6 em borda esternal média/alta com irradiação dorsal, bulhas normofonéticas, sem desvio de ictus ou sinais de desconforto respiratório. Eletrocardiograma e radiografia de tórax pouco contributivos. Ecocardiograma mostrou fistula emergindo da aorta com trajeto póstero-inferior para seio coronariano, aumento do ventrículo esquerdo com disfunção diastólica e fluxo diastólico reverso em aorta descendente. O Cateterismo confirmou túnel de 8 mm acima do seio de Valsalva esquerdo com drenagem para o átrio direito, coronárias com dominância direita e sem alterações. Relação Qp:Qs de 1,5:1. Definido acompanhamento clínico intensificado, com proposta de correção cirúrgica eletiva. **Discussão:** O túnel aorto-atrial direito congênito é uma malformação vascular rara, descrita por Coto em 1980. Consiste em um canal extracardiaco que se origina acima da crista sinotubular, em um seio de Valsalva, e drena no átrio direito ou, raramente, na veia cava superior. Distingue-se de aneurisma do seio de Valsalva e fistulas coronárias por sua anatomia e ausência de conexão com ramos miocárdicos. O diagnóstico deve ser considerado em casos de sopro contínuo em crianças, mesmo assintomáticas. O ecocardiograma com Doppler pode levantar a suspeita, mas exames como cateterismo ou angiotomografia são importantes para confirmação. O diagnóstico precoce é essencial para evitar complicações, como dilatação de câmaras, insuficiência valvar, hipertensão pulmonar e endocardite. O fechamento cirúrgico é indicado, mesmo em casos assintomáticos. **Comentários finais:** O túnel aorto-atrial deve ser considerado no diagnóstico diferencial de fistulas coronárias, sobretudo em crianças com sopro contínuo. Reconhecimento e tratamento precoces evitam complicações.



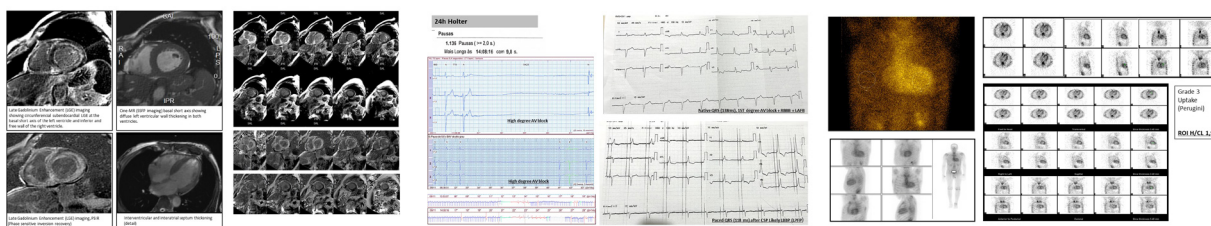
1116854

TUM CASO COMPLEXO: UMA ASSOCIAÇÃO INTRIGANTE ENTRE AMILOIDOSE E CARDIOMIOPATIA CHAGÁSICA. EXPLORANDO ESTRATÉGIAS DE MULTIMODALIDADE DE IMAGEM PARA DIAGNÓSTICO EM CARDIOPATIAS SOBREPOSTAS.

AUTOR(ES): MARCELO DE OLIVEIRA CAMARGO¹; RAFAEL FEIZ NARDINELLI¹; PEDRO V SCHARWTZMANN²; CLAUDIO M NARDINELLI¹; EJ J SIA FILHO¹; ALEXANDRE VOLNEY VILLA³;

(1) SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE AVARÉ - AVARÉ - SP - BRASIL; (2) UNIMED RIBEIRÃO PRETO - RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL; (3) UNIMED BAURU - BAURU - SP - BRASIL;

Paciente do sexo masculino, 72 anos, apresentou-se em julho de 2023 com queixa de fadiga, dispneia aos médios esforços (há 6 meses) e declínio funcional progressivo nos últimos 30 dias. Relatou piora dos sintomas, com intensa falta de ar ao se deitar (ortopneia) e episódios de dispneia paroxística noturna na última semana. Histórico médico prévio: Doença de Chagas (diagnóstico em 1998), acompanhado anualmente até 2020. Hipertensão arterial (uso de Losartana 50 mg 2x/dia, Metoprolol 25 mg 1x/dia). **Exame físico:** Edema periférico bilateral. Estertores pulmonares. RCIR (fibrilação atrial), FC 72 bpm. **Discussão:** Durante investigação achados do ecocardiograma levantaram dúvidas sobre o diagnóstico inicial: Espessura do septo interventricular de 15 mm – achado incomum na doença de Chagas. Discrepância entre a disfunção grave do ventrículo esquerdo e apenas uma dilatação ventricular modesta. (FE 24%), VE 58/53 mm., Padrão de disfunção diastólica restritiva com aumento das câmaras atriais. Esses achados sugeriram a presença de múltiplos fenótipos de cardiomiopatia, levando à investigação adicional com ressonância magnética cardíaca e angiografia coronariana. Ressonância magnética cardíaca: sugestiva de infiltração amiloide. A partir disso, foi realizada triagem para amiloidose cardíaca: Relação Kappa/Lambda normal e imunofixação sérica/urinária negativa. Cintilografia com pirofosfato: captação homogênea grau III, compatível com amiloidose por transtirretina (TTR). Testes genéticos para hipertrofia ventricular esquerda (incluindo genes TTR, HCM, Fabry e DCM): negativos. **Conclusão:** Este caso destaca uma associação intrigante entre duas cardiopatias graves, levando à insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER). A ampla abordagem diagnóstica diferencial, baseada no histórico médico, apresentação clínica e avaliação inicial, reforça a importância da fenotipagem das cardiopatias bem como o uso de multimodalidade dos exames de imagem disponíveis para estabelecimento de um diagnóstico difícil e com sobreposição de doenças.



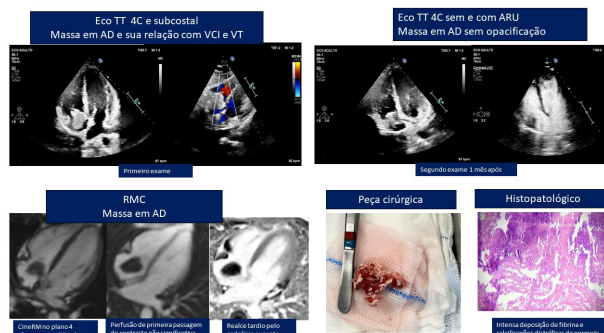
1116757

USO DA MULTIMODALIDADE DE IMAGEM NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE GRANDE MASSA CARDÍACA, DE APARECIMENTO RÁPIDO, EM PACIENTE ONCOLÓGICA

AUTOR(ES): MARIANA FAULA BOY¹; ARMINDO JREIGE JUNIOR²; ANA LUIZA CALDEIRA LOPES³; ROBERTO VITOR ALMEIDA TORRES⁴; DANIELE ASSAD SUZUKI⁵; CAIO DE CARVALHO SANTOS⁶; FELLIPE MENDONÇA MARQUES⁷; CLAUDIO RIBEIRO DA CUNHA¹; ADENALVA LIMA DE SOUZA BECK¹;

(1) INSTITUTO DE CARDIOLOGIA E TRANSPLANTES DO DF E HOSPITAL SIRIO LIBANÊS- UNIDADE BRÁSILIA - BRÁSILIA - DF - BRASIL; (2) HOSPITAL SIRIO LIBANÊS - UNIDADE BRÁSILIA - BRÁSILIA - DF - BRASIL; (3) INSTITUTO DE CARDIOLOGIA E TRANSPLANTES DO DF - BRÁSILIA - DF - BRASIL; (4) HOSPITAL SIRIO LIBANÊS - SÃO PAULO - SP - BRASIL; (5) HOSPITAL SIRIO LIBANÊS - UNIDADE BRÁSILIA - BRÁSILIA - DF - BRASIL; (6) PATOLOGIA REDE D'OR DF - BRÁSILIA - DF - BRASIL; (7) ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE- ESCS - BRÁSILIA - DF - BRASIL;

Apresentação do caso: Mulher, 32 anos, assintomática cardiovascular, com diagnóstico de carcinoma invasor de mama, realizou ecocardiograma transtorácico (ETT) e Tomografia computadorizada (TC) de tórax normais, sendo submetida a passagem de port-a-cath e à quimioterapia. Após 6 meses, uma TC de controle mostrou falha de enchimento no interior do átrio direito (AD). Novo ETT evidenciou grande massa no AD, pedunculada e móvel, aderida à desembocadura da veia cava inferior, medindo 45x29 mm, heterogênea, irregular, sugerindo trombo ou tumor. Complementação com agente de realce ultrassonográfico (ARU) não mostrou vascularização na massa, indicando provável trombo. A ressonância magnética cardíaca (RMC) descreveu massa móvel e lobulada, medindo 40x30x20mm, com sinal intermediário em T1 e T2, sem perfusão significativa e sem realce tardio, mantendo as hipóteses iniciais. A Tomografia por Emissão de Pósitrons associada a TC com fluorodeoxiglicose-Fluor-18 (FDG PET/CT) não evidenciou captação significativa, sugerindo lesão não neoplásica. Iniciado anticoagulação com discreta redução dos diâmetros e mudança da geometria da massa nos primeiros 3 meses, com estabilidade nos ETTs subsequentes. Optado por exérese cirúrgica da lesão cujo resultado histopatológico foi compatível com tumor amórfico calcificado (TAC). **Discussão:** O TAC consiste em uma massa cardíaca não neoplásica rara, recentemente descrita na literatura, caracterizada por calcificação, material amórfico eosinofílico e fibrinoso. Pode ocorrer em qualquer câmara cardíaca, com predileção pelo anel e valva mitral e acredita-se que seja uma fase evolutiva de trombos organizados e calcificados, especialmente em pacientes com estados de hipercoagulabilidade, inflamação crônica, metabolismo anormal do cálcio e dispositivos intracardíacos. Nesse contexto, o uso da multimodalidade de imagem permitiu o reconhecimento precoce da lesão e auxiliou no diagnóstico diferencial e planejamento terapêutico. **Comentários finais:** Relatamos um caso raro de TAC em paciente com câncer de mama, uma associação pouco frequente na literatura, e a importância da multimodalidade da imagem. O rápido crescimento e sua estabilização após anticoagulação favorece a hipótese do TAC ser uma fase tardia do trombo, contribuindo para entender sua patogênese. Este relato incentiva futuras investigações de TAC em manifestações "trombóticas" de pacientes oncológicos e destaca a importância de uma avaliação detalhada com confirmação anatomopatológica.



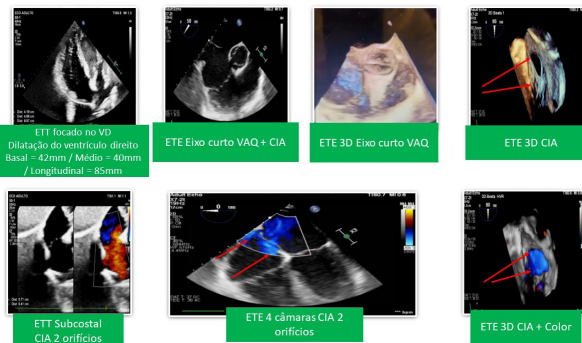
1117074

VALVA AÓRTICA QUADRICÚSPIDE ASSOCIADO A COMUNICAÇÃO INTERATRIAL: RELATO DE UMA PATOLOGIA RARA COM UMA ASSOCIAÇÃO AINDA MAIS RARA

AUTOR(ES): PAULO BATISTA DOS REIS NETTO¹; FERNANDA LAIZA PEREIRA BATISTA¹; ARYELL DAVID PROENÇA¹; MICHELE BRUNA DA SILVA SENA¹; LAYSSA DE MELO FEITOSA¹; DASSIS CAJUBA DA COSTA BRITTO FILHO¹; CAMILA MARTINS FERREIRA¹; BIANCA CORREA ROCHA DE MELLO¹; CLAUDIO HUMBERTO GONCALVES MAIA¹; ADENALVA LIMA DE SOUZA BECK¹;

(1) INSTITUTO DE CARDIOLOGIA E TRANSPLANTE DE BRASILIA - BRASÍLIA - DF - BRASIL;

Apresentação do caso: Mulher de 38 anos, usuária de crack, com queixa de dispnéia a esforços moderados, realizou ecocardiograma transtorácico (ETT) que evidenciou a presença de valva aórtica quadricúspide (VAQ) com insuficiência aórtica (IAo) discreta, comunicação interatrial (CIA) tipo ostium secundum, multifenestrada, com shunt esquerda-direita ao doppler colorido, e relação do fluxo sanguíneo pulmonar com o fluxo sanguíneo sistêmico (Qp/Qs) de 1,77, além da presença de dilatação de câmaras direitas. A função sistólica biventricular era preservada. Complementação com ecocardiograma transefagógico tridimensional (ETE 3D) para planejamento cirúrgico confirmou os achados e demonstrou 2 orifícios de CIA, o maior medindo 10x19mm e outro, de 9 x15mm. **Discussão:** A VAQ é uma malformação congênita cardíaca rara com incidência estimada de 0,08% a 0,43%. Embora muitas vezes seja um achado incidental, a VAQ pode estar associada a disfunções valvares, sendo a insuficiência aórtica a mais frequente (75% dos casos), seguida de dupla lesão valvar (8%) e, raramente, estenose aórtica (0,7%). Em cerca de 18-32% dos casos, pode vir associada a outras malformações tais como anomalias das artérias coronárias (principalmente), defeito de septo ventricular, persistência de canal arterial, estenose pulmonar e cardiomiopatia hipertrofica. A associação entre VAQ e CIA é extremamente rara, com poucos casos relatados. ETT e ETE, idealmente com 3D, são os métodos diagnósticos mais utilizados para avaliação dessas malformações. O ETE3D oferece uma visão superior da morfologia da VAQ (número de cúspides, tamanho, simetria e coaptação) e detalha a anatomia da CIA (tamanho, margens, relação espacial), auxiliando na tomada de decisão. Foram identificadas quatro cúspides aórticas de igual tamanho, o que se encaixa, de acordo com a classificação de Hurwitz e Roberts, na categoria A de VAQ, subtipo com curso mais benigno. Apesar desse subtipo ter um curso assintomático e benigno por mais tempo, mais de 50% dos casos de VAQ necessitarão de reparo ou troca valvar na quinta ou sexta década de vida devido ao agravamento da disfunção valvar ou pela repercussão das anomalias coexistentes. **Comentários:** O presente relato retrata uma rara associação de VAQ com CIA. A ecocardiografia desempenha papel relevante na detecção precoce dessas malformações, na avaliação de repercussão em câmaras cardíacas, seguimento, planejamento cirúrgico, avaliação intraoperatória e acompanhamento pós operatório.



1117099

VALVA MITRAL EM ARCADEA ASSOCIADA À ORIGEM ANÔMALA DA ARTÉRIA CORONÁRIA ESQUERDA A PARTIR DA ARTÉRIA PULMONAR: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): JANE CAVALCANTE DO AMARAL MOURA¹; ISABEL CRISTINA BRITTO GUIMARÃES¹; ISABELA CARVALHO DEMONER DOURADO¹;

(1) HOSPITAL ANA NERY - SALVADOR - BA - BRASIL;

Lactente 3 meses de idade, durante pré-natal identificado achado de malformação renal. Pós-natal, confirmada hidronefrose em rim único à direita, com agenesia renal esquerda. Iniciou acompanhamento com urologia, indicação cirúrgica. Em avaliação pré-operatória, raio-x de tórax evidenciando aumento da área cardíaca, encaminhado para cardiologista pediátrica. Realizou ecocardiograma com dilatação significativa das câmaras esquerdas e insuficiência mitral importante. Foi internado no hospital da cidade de origem com insuficiência cardíaca e regulado para hospital terciário para investigação. Durante investigação, realizou ecocardiograma transtorácico (ECOTT) evidenciando: valva mitral (VM) em arcadea com insuficiência de grau severo e artéria coronária esquerda (ACE) originando-se da face lateral esquerda do tronco pulmonar (TP), além da dilatação importante do átrio esquerdo e moderada do ventrículo esquerdo (VE). A origem anômala de coronária esquerda (ALCAPA) é uma cardiopatia congênita rara em que a ACE se origina anormalmente do TP, comprometendo significativamente a perfusão miocárdica. Nos primeiros dias de vida, a pressão pulmonar ainda é relativamente alta, o que permite uma perfusão parcial da coronária esquerda, com o declínio fisiológico da resistência vascular pulmonar após o nascimento, ocorre fluxo retrógrado da coronária esquerda para a artéria pulmonar, levando à isquemia progressiva do miocárdio irrigado pela ACE, especialmente o VE, resultando em disfunção ventricular, dilatação cardíaca e, em muitos casos, infarto do miocárdio. No caso descrito, temos a presença de VM em arcadea, anomalia congênita rara, caracterizada por inserção anômala do aparato subvalvar, com encurtamento das cordas tendíneas e ligação direta dos músculos papilares aos folhetos valvares. O diagnóstico é sugerido pelo ECOTT, que pode revelar a origem anômala da coronária, dilatação do VE e fluxo retrógrado para o TP. Trata-se de um método amplamente disponível, não invasivo e de baixo custo, que permite a visualização direta da origem anômala da ACE a partir do TP, dilatação do VE, disfunção sistólica e fluxo retrógrado da ACE em direção ao TP. A detecção de fluxo anômalo em Doppler colorido e a ausência de origem da coronária esquerda na aorta são achados altamente sugestivos. A associação entre ALCAPA e VM em arcadea é extremamente rara na literatura, são malformações congênitas incomuns isoladamente e sua concomitância é descrita apenas em relatos de caso isolados.



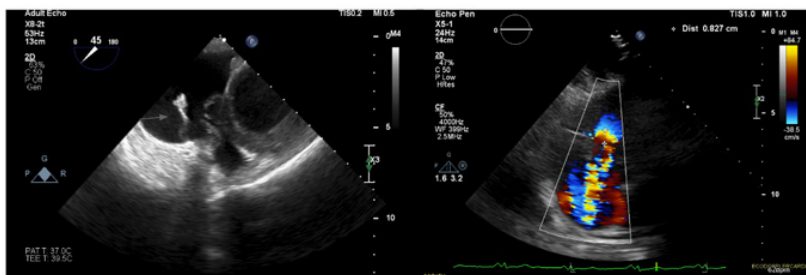
1117063

VALVA TRICÚSPIDE FLAIL POR ENDOCARDITE FÚNGICA: QUANDO O RARO TORNA-SE CRÍTICO

AUTOR(ES): IZABELA JACOB MARTINS¹; BRUNO TIAGO CABRAL¹; LEANDRO KLARGE CARLOS CUNHA¹; HUSSEIN ALI ZEIN¹; IVIA DAYANA MALLAU FULGUERA¹; MARCEL PINA CLUFFO ALMEIDA¹; NATHALIA TROMBINI BELARMINO CALLER¹; TAMARA DE SA LOPES GONÇALVES¹; INGRID KOWATSCH¹; ANA CLARA TUDE RODRIGUES¹;

(1) SETOR DE ECOCARDIOGRAFIA DO INSTITUTO DE RADIOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP - HCFMUSP - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 70 anos, portador de doença renal crônica dialítica, procurou o pronto-socorro devido calafrios e hiporexia; ao exame encontrava-se emagrecido, hipocorado e febril, com sopro holossistólico em borda esternal esquerda. Iniciada a investigação com exames de laboratório, hemoculturas e ecocardiograma transtorácico (ETT); o ETT mostrou função biventricular preservada e cavidades normais, valvas sem alterações significativas, exceto por imagem alongada, irregular, bastante móvel na valva tricúspide, sugestiva de vegetação e refluxo tricúspide importante. Foi solicitado ecocardiograma transesofágico (ETE), confirmando-se a presença de vegetação medindo 1,45 cm x 0,85 cm, associada a falha de coaptação do folheto septal e eversão da cúspide septal, configurando flail valvar tricúspide. Hemoculturas seriadas revelaram crescimento de *Candida albicans*. Foi iniciado tratamento antifúngico sistêmico e o paciente encaminhado para avaliação cirúrgica devido ao alto risco embólico e a disfunção valvar grave, porém o paciente evoluiu para óbito antes da realização do procedimento. **Discussão:** A infecção fúngica da válvula tricúspide é rara, representando cerca de 2-4% dos casos de endocardite infecciosa. A ruptura de cordoalhas com flail da valva tricúspide é uma ocorrência ainda menos comum, sendo mais relacionada a trauma ou iatrogenia. A endocardite fúngica está frequentemente associada a imunossupressão, uso de cateteres venosos ou infecção hospitalar. A valva tricúspide é uma localização incomum, representando menos de 1% das endocardites fúngicas; a sua associação com flail valvar agrava o quadro clínico, exigindo diagnóstico rápido e abordagem terapêutica específica. *Candida spp.* representa o principal agente fúngico descrito, frequentemente com curso subagudo e grandes vegetações. Este caso destaca a contribuição do ecocardiograma no diagnóstico da endocardite fúngica com acometimento da valva tricúspide, evidenciada por flail valvar. A suspeita foi levantada ao ETT e confirmada pelo ETE, ressaltando a importância da avaliação ecocardiográfica nesses cenários. **Comentário finais:** A associação entre flail de valva tricúspide e vegetação fúngica é rara e com prognóstico reservado. O ecocardiograma transtorácico é uma ferramenta fundamental para o diagnóstico de endocardite, sendo o ETE crucial para melhor definição anatômica, permitindo planejamento terapêutico precoce e direcionado. **Figura –** Ecocardiograma transesofágico (ETE) em esôfago baixo, 45 graus, demonstrando cordoalha rota da tricúspide.



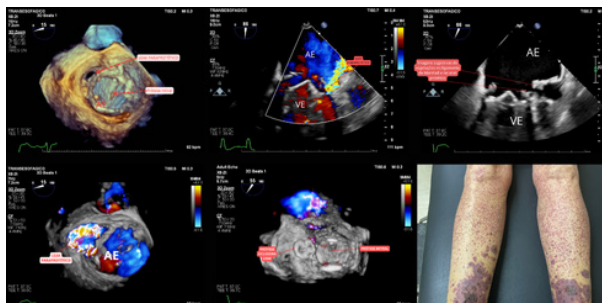
1116655

VASCULITE LEUCOCITOCLÁSTICA COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE ENDOCARDITE INFECCIOSA DE PRÓTESE MECÂNICA MITRAL

AUTOR(ES): RODOLFO BORGES FRANCO MACÊDO¹; JONATHAS DIAS MELO¹; LUIZ GUSTAVO SOUZA CARDOZO¹; ALINE CRISTINA COSTA BULCÃO¹; DEYSE BRANCHER¹; HELENA DELFINO GUEIRAL¹; TALITA ZANETTE¹;

(1) INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SANTA CATARINA - ICSC - SÃO JOSÉ - SC - BRASIL;

Introdução: A vasculite leucocitoclástica (VL) é uma inflamação de pequenos vasos cutâneos, geralmente associada a causas infecciosas, autoimunes ou medicamentosas. Sua apresentação como manifestação inicial de endocardite infecciosa (EI) é rara. **Apresentação do Caso:** Paciente do sexo feminino, 62 anos, com hipotireoidismo e fibrilação atrial, procurou atendimento dois meses após implante de prótese mitral mecânica. Referia lesões roxas e dolorosas em membros inferiores iniciadas há uma semana. Ao exame, apresentava sopro sistólico (3+/6+) em foco mitral, click metálico, lesões petequiais não-doloráveis em membros inferiores e bolhas purpúricas em tornozelos. Laboratorialmente havia anemia normocítica, normocrômica, e hipoproliferativa com estoque de ferro preservado; hemoculturas negativas; PCR 54mg/l, ANCA negativo, crioglobulinas ausente, fator reumatóide negativo. Biópsia de pele foi sugestiva de VL. Na ETE a prótese mitral mecânica apresentava abertura preservada dos discos, porém com refluxo paraprotético (leak) grave em topografia anterolateral (às 10h), vena contracta 3D: 12mm x 5mm, área da vena contracta 3D: 0,54cm², gradiente médio: 12mmHg, velocidade pico: 2,5m/s e PHT 75ms; visualizado imagens hiperecogênicas móveis em extremidades do ligamento de Marshall e anel protético junto ao leak, sugerindo vegetações. Pelo escore de Duke modificado (1 critério maior e 2 menores) foi classificada como provável EI, sendo realizado tratamento antimicrobiano por 6 semanas. Paciente evoluiu com cicatrização das lesões purpúricas após antibioticoterapia, melhora clínica e estabilização das vegetações. Decidiu-se por fechamento percutâneo do leak guiado por ETE 3D com sucesso. **Discussão:** A vasculite leucocitoclástica, ainda que rara, pode ser manifestação inicial de infecções graves como a EI. Embora seu tratamento tipicamente envolva terapia imunossupressora, na vasculite mediada por infecção o tratamento baseia-se na erradicação da infecção. Nesse caso diante da resposta clínica favorável à antibioticoterapia, a repercussão hemodinâmica do leak e o contexto de pós operatório recente optou-se por fechamento percutâneo do leak. **Comentários Finais:** Este caso ressalta a importância da suspeição clínica diante de lesões cutâneas atípicas e o papel essencial da ETE no diagnóstico precoce de complicações protéticas, no controle do tratamento clínico da EI e auxiliar no tratamento percutâneo, enfatizando o uso da modalidade 3D na avaliação de leak.



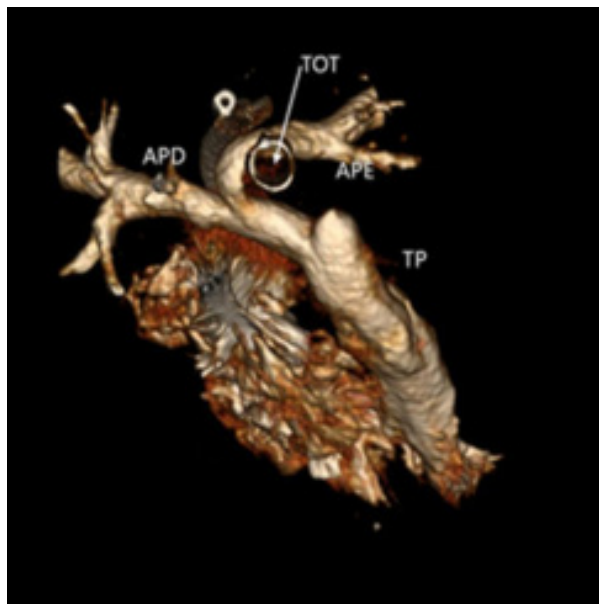
1116703

"SLING" DA ARTÉRIA PULMONAR ESQUERDA: RELATO DE CASO EM LACTENTE

AUTOR(ES): LUCIANA MORANDI DE OLIVEIRA¹; VANESSA ROMEIRO DE ARAUJO CAMPOS¹; EMANUELLA LINHARES DE ALMEIDA BEZERRA¹; DANIELA LAGO KREUZIG¹; MARIANA DE OLIVEIRA NUNES¹; FLAVIA MANTOVANI COLI¹;

(1) INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA - IDPC - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

1. Apresentação do caso: Lactente do sexo masculino, 1 mês e 14 dias de vida, com antecedente de desconforto respiratório e estridor laríngeo desde o nascimento, evoluiu com piora progressiva e necessidade de ventilação mecânica e drogas vasoativas. A radiografia de tórax mostrava pulmão direito vicariante e pulmão esquerdo hipoplásico. O ecocardiograma identificava duas comunicações interatriais e hipertrofia ventricular direita importante, não sendo possível a avaliação dos grandes vasos por limitação técnica. Realizou angiotomografia que evidenciou artéria pulmonar esquerda (APE) emergindo da artéria pulmonar direita (APD) com trajeto entre esôfago e traquéia, gerando compressão da mesma. A broncoscopia diagnosticou traqueomalácia. Foi submetido a reimplante da artéria pulmonar esquerda em tronco pulmonar, com boa evolução pós-operatória. Atualmente em seguimento ambulatorial, assintomático do ponto de vista cardiovascular, com controle ecocardiográfico adequado, porém mantendo certo estridor. **2. Discussão:** O caso retrata uma anomalia vascular congênita rara, que é o "sling" da artéria pulmonar esquerda, um anel vascular incompleto em torno da traquéia e brônquio principal direito, responsável por sintomas de vias aéreas superiores como descritos. Em 60% dos casos, há associação com anomalias da árvore traqueobrônquica (dentre elas a traqueomalácia observada no caso). O ecocardiograma é utilizado como exame complementar para identificar lesões cardíacas associadas, sendo a angiotomografia e a angiorressonância considerados os melhores e mais precisos exames para estabelecer este diagnóstico. Através da avaliação completa da anatomia vascular, é possível a identificação simultânea de malformações cardiovasculares e traqueobrônquicas associadas. Em pacientes sintomáticos não tratados, o prognóstico é invariavelmente fatal em poucos meses após o nascimento. Portanto, o diagnóstico e intervenção precoces foi essencial para o desfecho favorável e boa evolução. **3. Comentários finais:** Descrevemos um caso de paciente com anomalia vascular congênita rara ("sling" da artéria pulmonar esquerda), com lesão traqueobrônquica associada e desenvolvimento de sintomatologia respiratória precoce. O diagnóstico foi realizado em tempo adequado, permitindo abordagem cirúrgica e melhora clínica.



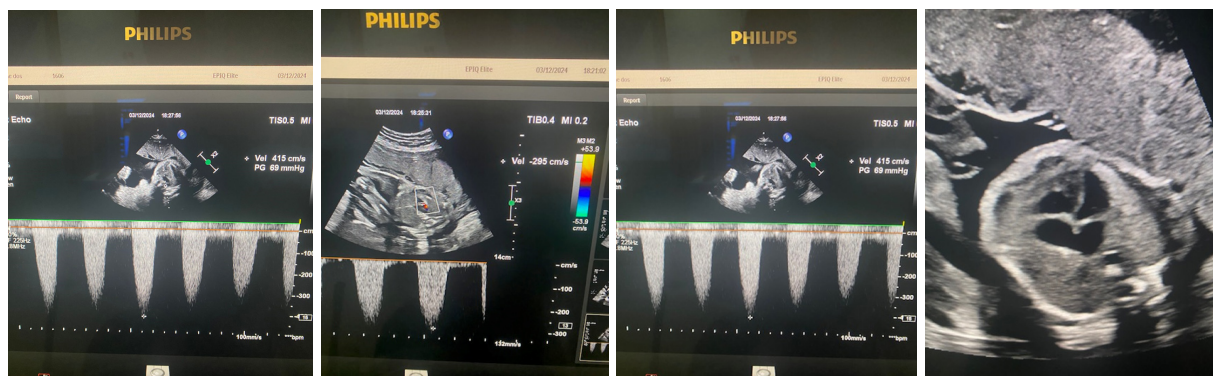
1117057

A IMPORTÂNCIA DO DOPPLER CONTÍNUO NO ECOCARDIOGRAMA FETAL

AUTOR(ES): LOUISE CARDOSO SCHWEITZER¹; LEONARDO SINNOTT SILVA¹;

(1) COMPLEXO MÉDICO PROVIDA - TUBARÃO - SC - BRASIL;

Apresentação do caso: Gestante de 40 anos, com 26 semanas, vem para realização de ecocardiograma fetal de rotina, com ultrassom morfológico de primeiro e segundo trimestre normais. Ao exame, observou-se inicialmente uma redução de mobilidade da valva pulmonar e uma turbulência do fluxo anterógrado através da valva, sugerindo algum grau de estenose. Na análise do doppler pulsátil, que é o disponível no transdutor convexo, foram observados pico de velocidade sistólico máximo de 2,9m/s e gradiente de pico de 33mmHg, com envelope do doppler aparentemente adequado. Ao trocar o transdutor para o setorial de ecocardiograma transtorácico para utilização do doppler contínuo, observou-se que a velocidade de pico era na verdade de 4,2m/s, com gradiente de pico de 69mmHg, configurando quadro de estenose pulmonar grave. Essa paciente foi referenciada para serviço de alta complexidade, onde foi acompanhada durante toda a gestação. Ao ecocardiograma fetal realizado com 36 semanas, o bebê já apresentava piora do quadro, com fluxo retrógrado pelo canal arterial, hipertrofia ventricular direita e insuficiência tricúspide moderada. O parto foi realizado com 38 semanas e o bebê recebeu prostaglandina endovenosa contínua até ser submetido a plastia percutânea da valva pulmonar com balão no terceiro dia de vida. Recebeu alta 2 dias após o procedimento, sem intercorrências. **Discussão:** Na maioria dos centros onde o ecocardiograma fetal é realizado de rotina, o transdutor setorial e o doppler contínuo não estão disponíveis. No caso relatado, a utilização desses recursos mudou significativamente o diagnóstico do feto. O diagnóstico inicial de estenose pulmonar leve, feito com doppler pulsátil, levaria a uma condução expectante do caso e encaminhamento tardio para intervenção, com piores desfechos para o bebê. **Comentários Finais:** a utilização rotineira do doppler contínuo durante a realização do ecocardiograma fetal é indispensável para o correto diagnóstico das valvopatias do feto.



1116590

ACHADOS ECOCARDIOGRÁFICOS EM ANEURISMA DA VEIA DE GALENO: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): NICOLE NOGUEIRA RIBEIRO DE LIMA¹; KAREN SAORI SHIRAIISHI SAWAMURA²; GABRIELA NUNES LEAL²; EKATERINE APOSTOLOS DAGIOS¹;

(1) INCOR - HCFMUSP - SÃO PAULO - SP - BRASIL; (2) ICR - HCFMUSP - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Recém-nascido termo, adequado para idade gestacional e diagnóstico pré-natal de aneurisma da veia de Galeno nasceu em hospital terciário, em boas condições, sem intercorrências no parto. Foi encaminhado à unidade de terapia intensiva para monitoramento. Nas primeiras 24 horas de vida apresentou desconforto respiratório progressivo e insuficiência cardíaca, sendo iniciado suporte ventilatório não invasivo e milrinone. Com 48 horas evoluiu com choque cardiogênico hipotensivo, necessitando de intubação e adrenalina. O ecocardiograma realizado após o primeiro dia de vida evidenciou sinais compatíveis com hipertensão pulmonar grave, secundária a alto débito cardíaco. No terceiro dia, foi submetido a embolização endovascular da malformação arteriovenosa, com subsequente melhora clínica e regressão da insuficiência cardíaca. **Discussão:** O aneurisma da veia de Galeno, uma malformação arteriovenosa cerebral rara, é uma causa importante de insuficiência cardíaca de alto débito em neonatos. Os achados ecocardiográficos são indiretos, refletindo as repercussões hemodinâmicas sistêmicas e pulmonares. Neste relato, o ecocardiograma evidenciou hipertensão pulmonar significativa, com dilatação de câmaras direitas, pressão sistólica da artéria pulmonar elevada e presença de canal arterial com shunt da artéria pulmonar para a aorta. Observou-se ainda fluxo reverso holodiastólico na aorta abdominal, sugerindo "roubo" de fluxo sistêmico. Apesar dos achados serem aparentemente incompatíveis, a avaliação do arco aórtico revelou fluxo retrógrado também na carótida interna, fortalecendo a hipótese de circulação de alto débito cerebral decorrente do aneurisma. A intervenção endovascular resultou em melhora hemodinâmica significativa, com redução da hipertensão pulmonar, regressão da dilatação de câmaras direitas e resolução do fluxo reverso aórtico. **Comentários Finais:** Este caso resalta a importância do diagnóstico diferencial precoce de insuficiência cardíaca de alto débito em neonatos, especialmente diante de achados ecocardiográficos atípicos como hipertensão pulmonar associada a fluxo reverso sistêmico. Embora o paciente estivesse sob seguimento especializado devido ao diagnóstico pré-natal, tal realidade ainda é incomum em muitas regiões. Assim, a suspeita clínica e a interpretação criteriosa dos achados ecocardiográficos são fundamentais para a identificação precoce da doença, possibilitando intervenção oportuna e melhora do prognóstico cardiovascular e neurológico.



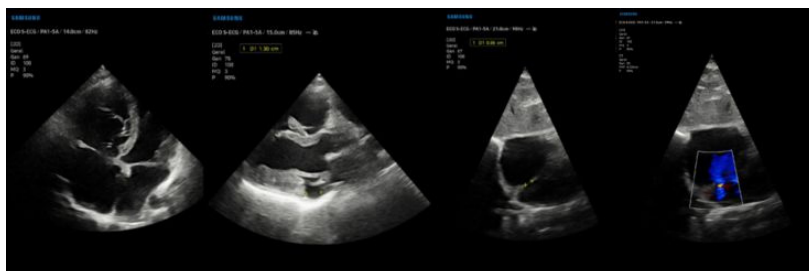
1116452

ANOMALIA DE EBSTEIN COM DISJUNÇÃO DO ANEL MITRAL E COMUNICAÇÃO INTERATRIAL: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS EM UM CASO COMPLEXO

AUTOR(ES): LUIZ FELIPE BUTIGNOLI CAETANO¹; MIGUEL TAKAO YAMAWAKI MURATA¹; LUCAS BOCKMANN GALVÃO SILVA¹; AMANDA GUIMARAES SOUZA¹; ARTHUR ANTUNES SILVA CASTRO¹; PALOMA FARINA DE LIMA¹; GUSTAVO ADOLFO KURIYAMA MASSARI¹; ANA STELLA FLAVIO SIMOES¹; CLAUDIO HENRIQUE FISCHER¹; VALDIR AMBRÓSIO MOISES¹;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP) - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Mulher 19 anos encaminhada da unidade básica com relato de dispnéia aos médios esforços associada a períodos de cianose labial e de extremidades desde a infância, sem investigação prévia. Ao exame físico notou-se cianose de extremidades com baqueteamento digital, estase jugular discreta, ritmo cardíaco regular, sopros sistólico em foco tricúspide e saturação de oxigênio de 88% em ar ambiente. O eletrocardiograma mostrou ritmo sinusal, desvio de eixo para a direita e sobrecarga atrial direita. Ao raio X de tórax havia aumento das câmaras direitas sem sinais de hiperfluxo pulmonar. O ecocardiograma revelou situs solitus, concordâncias atrioventricular e ventriculoarterial, septo interatrial com descontinuidade de 9 mm na região da fossa oval com fluxo predominante do átrio direito para o esquerdo, prolapso de ambas as cúspides da valva mitral com insuficiência discreta, e separação sistólica e diastólica de até 13 mm entre o anel mitral e o miocárdio da parede lateral, sugestivo de disjunção do anel. A cúspide anterior da valva tricúspide era alongada e a septal era aderida ao septo ventricular desde o anel até próximo à região apical, com falha de coaptação e refluxo importante. **Discussão:** A anomalia de Ebstein é a anomalia congênita (0,4-1,7%) mais comum da valva tricúspide, que se caracteriza por deslocamento além do anel e aderência das cúspides septal e mural da valva no ventrículo direito. Pode ser discreta e assintomática e ter diagnóstico incidental ou grave com repercussão clínica. A disjunção do anel mitral corresponde à separação significativa do anel mitral do miocárdio da parede do ventrículo esquerdo na sístole e na diástole. A associação entre a anomalia de Ebstein e a disjunção anular mitral não é amplamente discutida na literatura médica disponível; por isso objetivamos descrever um caso. **Comentários Finais:** No caso a paciente tinha sintomas e sinais físicos de repercussão. Com o ecocardiograma foi possível identificar três anormalidades: anomalia de Ebstein, comunicação interatrial e prolapso da valva mitral com provável disjunção do anel. A comunicação interatrial com fluxo do átrio direito para o esquerdo justifica a cianose. A curiosidade do caso foi a associação da anomalia de Ebstein com o prolapso da valva mitral e disjunção do anel. A implicação clínica da disjunção do anel mitral é discutível, mas há descrições de ser foco de arritmia ventricular grave e tem associação frequente com o prolapso da valva mitral.



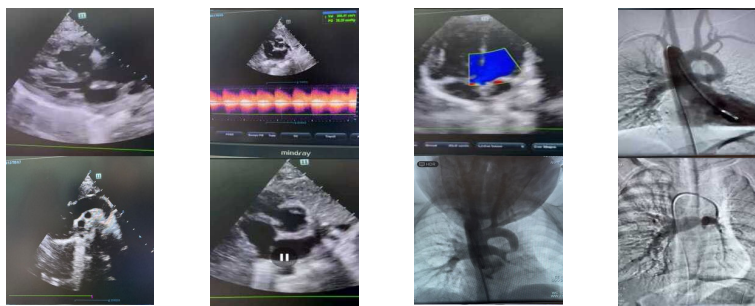
1116875

ASSOCIAÇÃO DE CARDIOPATIA CONGÊNITA COMPLEXA RARA: DUPLO ARCO AÓRTICO EM PACIENTE COM ATRESIA PULMONAR E COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR

AUTOR(ES): MOISÉS VICTOR PINHO MARTINS ROCHA¹; RUFINO RIBEIRO JURANDIR NETO¹; LOURDES DE FÁTIMA GONÇALVES GOMES¹; VILMAR JOSÉ PEREIRA¹; CRISTIANO DA SILVA NEVES¹; ISADORA DIAS SILVA¹; FÁBIO ALVES GOMES¹;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - UBERLÂNDIA - MG - BRASIL;

Apresentação do caso: Criança nascida a termo, sexo feminino, filha de mãe com diabetes gestacional, que apresentou cianose persistente mesmo em uso de oxigênio. Foi realizado, com 10 horas de vida, ecocardiograma que evidenciou atresia de valva pulmonar com comunicação interventricular (CIV). Visualizado ainda aorta que cavalga septo interventricular e que possui duplo arco, que foi complementado posteriormente com cateterismo cardíaco, realizado na primeira semana de vida, o qual demonstrou que a aorta se bifurca com arco à esquerda que se ramifica em carótida comum esquerda, subclávia esquerda e que este arco, possivelmente, supre o canal arterial que perfunde os ramos pulmonares esquerdo e direito, além de tronco pulmonar rudimentar que termina em fundo cego. Observou-se, ainda, poucos ramos colaterais suprindo os pulmões. Do arco aórtico direito ramifica-se o tronco braquiocefálico e a aorta torácica e abdominal que se localizam à direita. **Discussão:** Trata-se de um caso raro de cardiopatia congênita complexa cianogênica com hiperfluxo pulmonar, por perfusão pulmonar pelo arco aórtico esquerdo, com atresia pulmonar associada à CIV, duplo arco aórtico e tronco da artéria pulmonar rudimentar, que termina em fundo cego. Contudo, até a conclusão deste trabalho não ficou claro se o que supre os ramos pulmonares é de fato um canal arterial ou o arco aórtico esquerdo que se estreita e irriga o ramo esquerdo da artéria pulmonar para suprir os pulmões. Além disso, como a paciente possui tronco da artéria pulmonar, mesmo que rudimentar, facilitará uma correção cirúrgica biventricular com provável tubo protético entre o ventrículo direito e o tronco da artéria pulmonar. Acreditamos que o fato de a paciente possuir uma CIV permitiu desenvolvimento do ventrículo direito, possibilitando a correção cirúrgica mais fisiológica e melhorando morbimortalidade. Por último, na correção, deve-se preservar o arco aórtico esquerdo pois, também irriga cabeça e membro superior esquerdo através de suas ramificações anatomicamente normais. **Comentários Finais:** Considerando tratar-se de uma cardiopatia congênita complexa e rara, torna-se necessária a utilização de múltiplos recursos diagnósticos com o objetivo de elucidar, de forma mais precisa, a anatomia e a função cardíaca, além de permitir o adequado planejamento da abordagem cirúrgica, ponderando os riscos e benefícios envolvidos na escolha do momento oportuno e da técnica operatória mais apropriada.



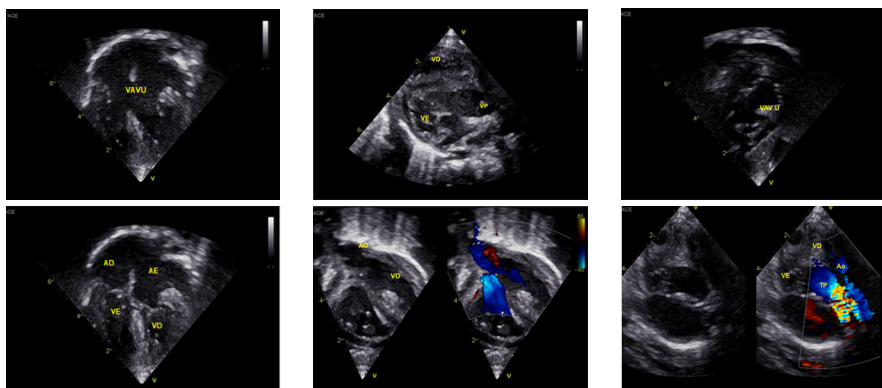
1117036

ASSOCIAÇÃO INUSITADA ENTRE DEFEITO DE SEPTO ATRIOVENTRICULAR E TRANSPOSIÇÃO CORRIGIDA DAS GRANDES ARTÉRIAS

AUTOR(ES): NATALI TOMELERI CAVALARI¹; CAROLINA BEATRIZ AMARAL¹; TATIANE YUKARI TAKAHASHI¹; ISADORA DE CAMPOS ZANON¹; KISSILA DA SILVA PEREIRA¹; RHAMON RIBEIRO DA COSTA¹; RENATA BORDIM¹; PAULYNE GOMES DA SILVA OTSUBO¹; GLAUCIA MARIA PENHA TAVARES¹;

(1) INSTITUTO DO CORAÇÃO HCFMUSP - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Paciente feminina, 2º gemelar pós fertilização in vitro, nascida de parto cesárea a termo, pesando 2,4 kg, adequada para idade gestacional, com cardiopatia complexa diagnosticada intra-útero. História materna de esquizofrenia, hipotireoidismo, tabagismo, diabetes gestacional insulínica dependente e hipertensão gestacional. Ao Eco fetal diagnóstico de mesocárdia, discordância atrioventricular, comunicação interventricular, dupla via de saída do ventrículo direito, com alto risco de coarctação de aorta. Ao nascimento, apresentou Apgar 7/9/9, com necessidade de ventilação não invasiva e alprostadil endovenoso. O ecocardiograma transtorácico demonstrou: conexão atrioventricular discordante, modo valva atrioventricular única e conexão ventrículo arterial discordante, com aorta anterior e tronco pulmonar posterior cavalgando em torno de 50% do septo interventricular, defeito do septo atrioventricular total balanceado (CIA ostium secundum de 3,5 mm e CIV de via de entrada de 9 mm, ambas com fluxo bidirecional). Ambos componentes da valva atrioventricular com regurgitação discreta. Função sistólica biventricular preservada. Após o primeiro mês de vida, apresentou sinais de insuficiência cardíaca, refratária ao tratamento clínico, sendo então optado por bandagem do tronco pulmonar. Atualmente a paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial, com proposta cirúrgica breve de correção do defeito do septo atrioventricular total, mantendo o ventrículo direito sistêmico. A associação entre transposição corrigida das grandes artérias e defeito do septo atrioventricular é muito rara, com poucas descrições na literatura. O ecocardiograma tem papel crucial no diagnóstico, pois através dele é possível caracterizar ambos ventrículos, suas conexões com os grandes vasos e as perspectivas de evolução no futuro.



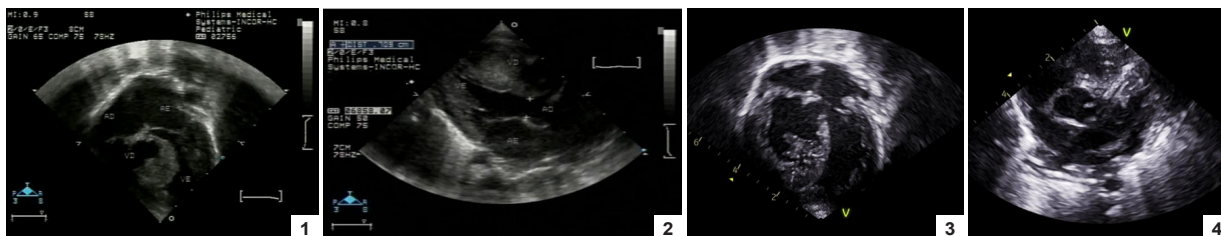
1117071

TATRESIA TRICÚSPIDE COM SEPTO INTERVENTRICULAR ÍNTEGRO E AGENESIA DA VALVA PULMONAR: RELATO DE TRÊS CASOS DESTA RARA ASSOCIAÇÃO

AUTOR(ES): BRUNA TOMAZI LORENTZ1; NATALI TOMELERI CAVALARI1; CAROLINA BEATRIZ AMARAL1; TATIANE YUKARI TAKAHASHI1; LEINA ZORZANELLI1;

(1) INSTITUTO DO CORAÇÃO - HCFMUSP - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Descrição dos casos: **Caso 1:** Recém-nascida a termo (3.160g), apresentou cianose precoce, iniciando-se prostaglandina endovenosa (PGE). Encaminhada à UTI cardiológica com 4 dias. Ao exame: taquidispnéia, saturação de O₂ em 90%, sopro sistodiastólico +3/6+ no bordo esternal esquerdo médio-alto, fígado palpável a 2,5 cm do rebordo costal direito. Ecocardiograma revelou ausência de conexão atrioventricular direita, hipoplasia do ventrículo direito (VD), septo interventricular (SIV) íntegro, agenesia da valva pulmonar (VP), comunicação interatrial (CIA) e canal arterial (CA). Cateterismo confirmou artérias pulmonares confluentes, nutridas pelo canal arterial. Aos 8 dias de vida, foi submetida à cirurgia de Blalock-Taussig (BT) com tubo de Goretex 3,5 mm, sem intercorrências, recebendo alta no 18º dia de pós-operatório. **Caso 2:** Recém-nascida a termo (2.940g), apresentou cianose e foi iniciada PGE. Encaminhada à UTI com 8 dias de vida. Ecocardiograma evidenciou atresia tricúspide (AT), hipoplasia do VD, SIV íntegro, agenesia da VP, aneurisma do septo interatrial, CIA e CA. Submetida à cirurgia de BT com tubo de Goretex 4 mm, com ligadura do tronco pulmonar e do canal arterial. Evoluiu com intercorrências infecciosas no pós-operatório, recebendo alta no 47º dia de pós-operatório. **Caso 3:** Recém-nascido masculino, pré-termo tardio (35 semanas e 5 dias; 2.160g), apresentou desconforto respiratório aos 10 minutos de vida, necessitando ventilação não invasiva. Iniciada PGE em razão de diagnóstico fetal de cardiopatia. Encaminhado à UTI com 19 dias. Ecocardiograma revelou AT com SIV íntegro, disfunção sistólica importante do VD, acentuada dilatação com trabeculações aumentadas (miocárdio não compactado), agenesia da VP e dilatação aneurismática do tronco e da artéria pulmonar direita. Aos 20 dias, apresentou enterocolite necrosante com perfuração intestinal, evoluindo a óbito antes de procedimento cirúrgico. **Conclusões:** A associação de atresia tricúspide, agenesia da valva pulmonar e SIV íntegro é extremamente rara. Sugere-se um mecanismo embriológico distinto, com o VD displásico desempenhando papel central nas alterações morfológicas. Comentário final: A análise dos casos reforça a relevância do ecocardiograma no diagnóstico precoce dessa entidade, permitindo orientar condutas clínicas e prognósticas específicas para essa combinação anatômica complexa. **Imagem 1** – Imagem ecocardiográfica no corte apical 4 câmaras evidenciando ausência de conexão atrioventricular à direita, com ventrículo direito hipoplásico. **Imagem 2** – Imagem ecocardiográfica do corte paraesternal eixo longo, mostrando o ventrículo direito com hipertrofia importante. **Imagem 3** – Imagem ecocardiográfica no corte apical 4 câmaras evidenciando ausência de conexão atrioventricular à direita, com ventrículo direito hipertrófico. **Imagem 4** – Imagem ecocardiográfica mostrando o tronco pulmonar e artéria pulmonar direita dilatados.



1116743

AValiação DO PÓS-OPERATÓRIO EM PACIENTES SUBMETIDOS À CORREÇÃO TOTAL DE TETRALOGIA DE FALLOT NOS ÚLTIMOS 5 ANOS EM CENTRO TERCIÁRIO ESPECIALIZADO EM CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA NO SUL DO BRASIL

AUTOR(ES): LETICIA FORTKAMP DE ALMEIDA1; LUCAS OLIVEIRA ROCHA1;

(1) HOSPITAL PEQUENO PRINCEPE - CURITIBA - PR - BRASIL;

Submetidos a correção total de Tetralogia de Fallot, correlacionando com a técnica cirúrgica utilizada, bem como com complicações clínicas imediatas e lesões residuais no pós-operatório até a alta hospitalar. **MÉTODO:** Estudo Coorte não concorrente em um centro terciário de cardiologia pediátrica, por meio da análise de prontuários eletrônicos de pacientes operados no período de 01 de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2023. **RESULTADOS:** Foram incluídos 105 pacientes com mediana de idade 10 meses (P50). Vinte e três (22%) pacientes fizeram algum tipo de shunt antes da correção total. Quarenta e oito (47%) apresentavam má anatomia pela ecocardiografia, 9 (8,7%) estavam associados a algum tipo de Síndrome genética. Pacientes com reação inflamatória exacerbada 39(37%) caracterizaram-se pelo grupo de maiores complicações, dentre elas: discrasias sanguíneas, infecções hospitalares, maior tempo de ventilação mecânica e internação hospitalar. As lesões residuais mais frequentes foram comunicação interventricular em 14 (13%) pacientes e insuficiência valvar pulmonar em 35 (37%) deles, ambas com maior incidência nos casos com preservação da valva pulmonar do que quando comparado aos que não preservaram a válvula (p=0,015 e p=0,017, respectivamente). Não houve diferença entre os grupos quanto à presença residual de estenose de valva pulmonar (p=0,06). Quarenta e oito (47%) dos casos usaram betabloqueador no pré-operatório, não tendo relevância estatística quanto a menor incidência de crise de hipóxia pré-operatória (p=0,418), nem quanto a classificação da anatomia (p=0,09). A incidência de taquiarritmias no pós-operatório ocorreu em 21,3% dos casos, sendo elas: Taquicardia Juncional (11,4%) ou Taquicardia Sinusal (10,5%). A mortalidade cirúrgica foi de aproximadamente 2% dos casos. **CONCLUSÃO:** O estudo demonstra que pacientes com Tetralogia de Fallot com abordagem cirúrgica que preservam a válvula pulmonar apresentam maiores lesões residuais dos pacientes com abordagem transanular. Apesar de apresentarem baixa mortalidade cirúrgica, as complicações como RIE, infecção e IRA foram frequentes e a identificação desses pontos podem ajudar formular estratégias para melhorar os resultados, bem como redução de tempo e custo de internamento. Palavras Chaves: Tetralogia de Fallot, Score-z da Válvula pulmonar, Índice de Nakata, Abordagem Cirúrgica no Fallot.

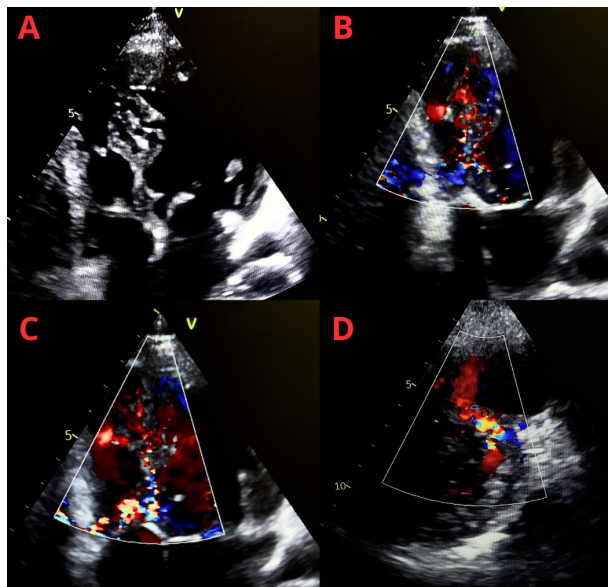
1116827

COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR COM MÚLTIPLAS FENESTRAÇÕES (PADRÃO "SWISS-CHEESE") EM PACIENTE ADULTA: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): ARTHUR ANTUNES SILVA CASTRO¹; MIGUEL TAKAO YAMAWAKI MURATA¹; PALOMA FARINA DE LIMA¹; GEISA MARIA BANDEIRA SANTOS¹; ANA STELLA FLÁVIO SIMÕES¹; DEISE AUXILIADORA DE FREITAS ROCHA¹; AMANDA GUIMARÃES DE SOUZA¹; JESSICA DE CÁSSIA DOS SANTOS PELOSO¹; INGRID APARECIDA MESQUITA LIMA¹; APARECIDA DE GOUVEA¹;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DO SÃO PAULO (UNIFESP/EPM) - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Introdução: Comunicações interventriculares (CIV) múltiplas em pacientes adultos são incomuns e, quando presentes, podem cursar com repercussões clínicas variáveis. O ecocardiograma transtorácico (ECOTT) é o método de eleição para caracterização anatômica e funcional dessas lesões. **Objetivo:** Descrever os achados ecocardiográficos em paciente adulta com defeito septal muscular com múltiplas fenestrações (padrão "swiss-cheese") e avaliar suas repercussões hemodinâmicas. **Método:** Mulher de 24 anos, previamente assintomática do ponto de vista cardiovascular, foi submetida a avaliação ecocardiográfica durante internação no puerpério. O ECOTT evidenciou cavidades esquerdas com discreta dilatação atrial e dimensões ventriculares normais. A função sistólica biventricular foi preservada. Observou-se refluxo valvar mitral e tricúspide de grau leve, sem sinais de disfunção valvar significativa. Estimativa de pressão sistólica da artéria pulmonar de 31 mmHg. Destacou-se a presença de defeito muscular do septo interventricular com múltiplas fenestrações, gerando shunt esquerda-direita com gradiente sistólico máximo de 75 mmHg. As demais estruturas cardíacas, incluindo valvas semilunares, pericárdio e arco aórtico, apresentaram morfologia e dinâmica normais. **Resultados:** A avaliação ecocardiográfica forneceu dados estruturais e hemodinâmicos cruciais para o diagnóstico e condução. A CIV com múltiplas fenestrações foi documentada com clareza, sem repercussão clínica relevante no momento da avaliação. A paciente permaneceu assintomática, e a conduta foi expectante com encaminhamento ambulatorial especializado. **Conclusão:** O ecocardiograma transtorácico demonstrou sua importância na identificação de defeitos septais complexos em adultos, mesmo em pacientes sem manifestações cardiovasculares evidentes. A caracterização anatômica e funcional do shunt interventricular foi fundamental para o direcionamento da conduta e seguimento clínico adequado. **Figura – A:** Janela apical em quatro câmaras evidenciando comunicação interventricular (CIV) muscular com múltiplas fenestrações. **B:** Mesmo plano demonstrando shunt esquerda-direita através das fenestrações interventriculares. **C:** Corte apical destacando shunt de maior magnitude na região basal do septo interventricular. **D:** Janela paraesternal em eixo curto (PSAX) confirmado o shunt basal previamente descrito.



1116506

COR TRIATRIATUM SINISTRO: UMA ARMADILHA DIAGNÓSTICA

AUTOR(ES): MARIA LUDMILA SETTI AGUIAR MORO¹; ISABEL CRISTYNE CUNHA DE AZEVEDO¹; PIETRO LOESTER BERTOLA GONÇALVES¹;

(1) SANTA CASA DE MISERICÓRDIA - CAMPO GRANDE - MS - BRASIL;

Sexo masculino, 39 anos, trabalhador rural, obeso mórbido, e com HAS descompensada, admitido em hospital com queixas de palpitações de início recente associada à dispnéia aos pequenos esforços, e edema de membros inferiores que surgiram há 20 dias. Negando internações prévias e outras comorbidades. Ao exame físico notou-se: Obeso mórbido (175 cm e 170 kg) FR: 27 IRPM, PA 160 x 111 mmHg, FC 180 bpm; ausculta cardíaca arritmica, bulhas hipofonéticas, MV bilateral presente TEC < 3s, pulsos finos e simétricos, sem sinais de TVP; edema membros inferiores +3/4. Suspeitado os quadros de fibrilação atrial e tromboembolismo pulmonar. Foram solicitados ECG e TC de tórax com contraste. O ECG evidenciou F.A, eixo do complexo QRS a + 77° com frequência de 176 spm. E TC sem alterações compatíveis para tromboembolismo pulmonar. Sequencialmente, foi solicitado ecocardiograma transtorácico (ETT). O ETT foi realizado à beira leito, em decúbito dorsal, com algumas limitações devido janela acústica desfavorável e mal posicionamento no leito, e diante do cenário desfavorável, foi feito o diagnóstico de cor triatriatum esquerdo com orifício da membrana medindo 9mm e fluxo ao mapeamento em cores evidenciando estreitamento do fluxo junto à membrana, com discreta turbulência. O ETE reafirmou os achados, acrescentando integridade dos septos intratrial e interventricular, átrio esquerdo apresentando Cor Triatriatum Sinistro, tipo A pela classificação de LAM, com orifício medindo 13 mm, localizado em região adjacente ao SIA, associado a uma fenestração nesse local, com GD de pico e médio de 13 mmHg e 4 mmHg, volumes atriais preservados, e comprometimento sistólico importante por hipocinesia difusa do VE com FE (Teicholz) 24%. O CTD expôs HAP, com PMAP 48 mmHg, PSVD 53 mmHg; PS do tronco pulmonar de 52 mmHg; PD do tronco pulmonar de 41 mmHg; PMAD 11 mmHg, PM tronco pulmonar 48 mmHg, sem shunts intracardíacos. Estabelecido o diagnóstico de cardiopatia congênita cor triatriatum sinistro com hipertensão pulmonar. **DISCUSSÃO:** O CTS é uma cardiopatia congênita, rara representando cerca de 0,1% das malformações cardíacas. É uma membrana fibromuscular que divide o AE em 2 câmaras, impedindo o fluxo pulmonar conforme o tamanho e número de fenestrações. O diagnóstico muitas vezes na vida adulta não é suspeitado por estar associada às condições clínicas e outras comorbidades. **CONCLUSÃO:** Importância da ecocardiografia fetal e infantil na exclusão de cardiopatias congênitas.

1117015

CRISS-CROSS HEART COM TRANSPOSIÇÃO DAS GRANDES ARTÉRIAS: UM RELATO DE CASO

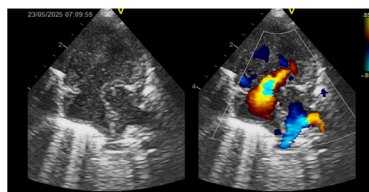
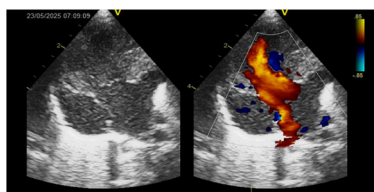
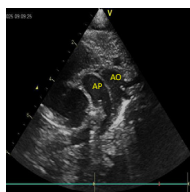
AUTOR(ES): FLAVIA LUISA DOS SANTOS TEIXEIRA¹; HELEN CAROLINE TELES OJEDA¹; LETICIA FORTKAMP DE ALMEIDA¹; MARIA FERNANDA ROCHA MENEZES¹; JANAINA MARTINS PEREIRA DE MORAES¹; ISABELA MARTELETO HERMONT¹; ROBSON DE SOUSA ALMEIDA JUNIOR¹; FABIO BINHARA NAVARRO¹;

(1) HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE - CURITIBA - PR - BRASIL;

Apresentação do Caso: Trata-se de recém-nascido, transferido para UTI terciária cardiológica devido diagnóstico fetal de cardiopatia. Nascido de parto cesárea, a termo, APGAR 8/8, peso de nascimento 2500g. Admitido em ventilação mecânica e em uso de noradrenalina e prostaglandina, com oximetria de pulso 59%. Após admissão foi realizado ajuste de drogas vasoativas para Adrenalina, Milrinona e mantido Prostaglandina, com estabilização clínica. Realizados exames de imagem com confirmação diagnóstica de Criss-Cross Heart, com transposição das grandes artérias (TGA), aorta levoposta com origem em ventrículo direito superior e artéria pulmonar, originando-se de ventrículo esquerdo inferior, associado a presença de canal arterial de médio calibre. Presença de comunicação interatrial (CIA) não restritiva e comunicação interventricular tipo subpulmonar grande, com shunt esquerda-direita. Realizado cateterismo diagnóstico que evidenciou estenose pulmonar valvar leve associado a hipertensão pulmonar leve. Paciente evoluiu com pneumonia associada a ventilação mecânica com melhora gradual após terapêutica antimicrobiana. Realizado desmame de drogas vasoativas, sendo mantido uso de Carvedilol. Após discussão clínico-cirúrgica e, devido presença de CIA não restritiva, oximetria de pulso dentro do alvo 75-80% sem sinais de hiperfluxo pulmonar, foi definido por conduta expectante e programação de Cirurgia de Duplo Switch arterial fora do período neonatal e com ganho de peso adequado do paciente.

Discussão: Criss-cross heart é uma anomalia cardíaca congênita extremamente rara, representando cerca de 0,1% dos casos. Caracteriza-se por rotação dos ventrículos, com vias de entrada cardíacas quase perpendiculares. O diagnóstico é desafiador e requer exames como ecocardiograma, RMC, TC e cateterismo. Embora nem sempre exija cirurgia, costuma estar associada a outras malformações que necessitem correção. Associa-se com hipoplasia de válvula tricúspide, CIV, TGA e estenose pulmonar.

Comentários Finais: Criss-Cross Heart é uma cardiopatia rara e complexa que requer avaliação cuidadosa e manejo individualizado. O tratamento varia conforme as anomalias associadas, podendo não exigir cirurgia ou necessitar até correção para fisiologia univentricular. Devido à raridade, o compartilhamento de condutas clínicas e terapêuticas é fundamental para promover a troca de conhecimento na comunidade científica.



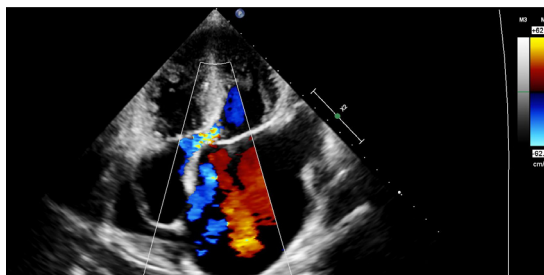
1116744

EFEITO DE GERBODE EM PACIENTE ADULTA COM SÍNDROME DE DOWN: DIAGNÓSTICO ECOCARDIOGRÁFICO DE UMA COMUNICAÇÃO RARA

AUTOR(ES): NATANAEL MENDES ARAUJO¹; THIAGO MELO REZENDE²; INÁCIO ANTUNES CHICONEL³; BRUNA THÁIS GUERREIRO AZEVEDO⁴; ANDRÉ LUIS TOZZATTO VOLPE⁵; LETÍCIA DIAS ALMEIDA LOPES⁶; RENAN EDUARDO HILÁRIO⁷;

(1) NMA - SERVIÇOS MÉDICOS - CAMPO ALEGRE DE LOURDES - BA - BRASIL; (2) CLÍNICA MEDMARIA - ARAQUAÍ - MG - BRASIL; (3) PREVENTCOR - MURIAÉ - MG - BRASIL; (4) HOSPITAL SANTA LYDIA - RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL; (5) MEDCONCEPT - RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL; (6) PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO ALEGRE DE LOURDES - CAMPO ALEGRE DE LOURDES - BA - BRASIL; (7) DOCUMENTA - RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL;

Apresentação do caso: N.L.S., feminino, 53 anos, portadora de Síndrome de Down, residente em zona rural de Pilão Arcado - interior da Bahia, procurou atendimento com queixa de dispnéia crônica com piora nos últimos 10 dias, associada ao surgimento de edema de membros inferiores e palpitações taquicárdicas. Foi diagnosticada em pronto-socorro com fibrilação atrial e insuficiência cardíaca descompensada, sendo iniciado tratamento com furosemida. Apesar da melhora parcial, persistia com sinais de congestão sistêmica. Ao exame físico, apresentava pressão arterial de 170/100 mmHg, frequência cardíaca de 94 bpm, bulhas arritmicas, sopro holossistólico em foco tricúspide (3+/6+), hepatomegalia dolorosa e edema de membros inferiores (3+/4+). O eletrocardiograma mostrava fibrilação atrial, área inativa anterossseptal e baixa voltagem periférica. No ecocardiograma transtorácico, observou-se dilatação importante do átrio esquerdo, disfunção sistólica moderada do ventrículo esquerdo com hipocinesia difusa, hipertrofia concêntrica ventricular esquerda, insuficiência mitral grave, hipertensão pulmonar moderada (PAPm = 41 mmHg) e derrame pericárdico moderado. Evidenciou-se ainda, shunt VE→AD com velocidade de 411 cm/s e gradiente de 68 mmHg, sugestivo de defeito de Gerbode. **Discussão:** O defeito de Gerbode é uma comunicação anômala entre o ventrículo esquerdo e o átrio direito, podendo ser congênito ou adquirido. Embora anomalias cardíacas congênitas sejam comuns em pacientes com Síndrome de Down, principalmente os defeitos do septo atrioventricular, o defeito de Gerbode é raramente relatado nessa população. A presença de shunt VE→AD pode levar à sobrecarga do átrio direito, hipertensão pulmonar e sintomas de insuficiência cardíaca direita. A ausência de histórico cirúrgico ou infeccioso favorece a etiologia congênita neste caso. O diagnóstico foi feito por ecocardiograma transtorácico, com achados sugestivos e característicos da condição. **Comentários finais:** Este caso destaca a importância da investigação diagnóstica por imagem, mesmo em pacientes adultos com Síndrome de Down e sem história prévia de cardiopatia. A ecocardiografia mostrou-se essencial na elucidação diagnóstica, identificando uma rara anomalia congênita que justifica o quadro clínico. Ressalta-se a relevância de considerar causas menos comuns de insuficiência cardíaca em populações de risco, reforçando o papel da ecocardiografia na prática clínica.



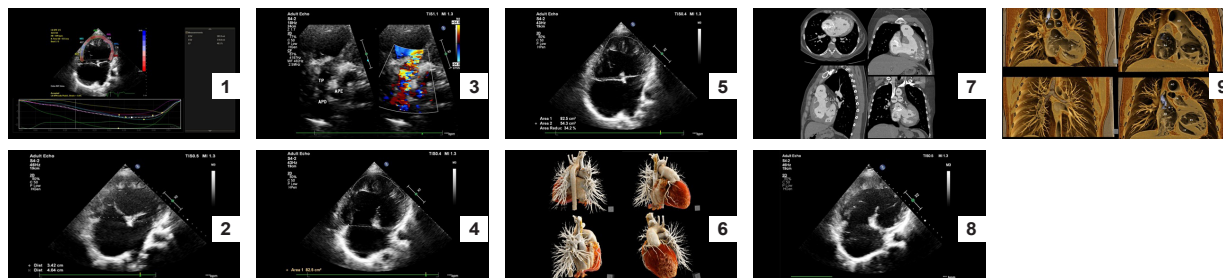
1116446

DESAFIO DA AVALIAÇÃO FUNCIONAL ECOCARDIOGRÁFICA DE RARO CASO DE VENTRÍCULO ÚNICO: TIPO DIREITO COM DUPLA VIA DE ENTRADA E SAÍDA

AUTOR(ES): GESSIANI CLAIRE ALVES DE SOUZA¹; GESSIANI CLAIRE ALVES DE SOUZA¹; FABIANA GOMES DE ARAGÃO MAGALHAES FEITOSA¹; FABIANA GOMES DE ARAGÃO MAGALHAES FEITOSA¹;

(1) PROCAPE - PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO UNIVERSITÁRIO DE PERNAMBUCO - PROF LUIZ TAVARES - RECIFE - PE - BRASIL;

– Paciente com cianose ao nascer e diagnóstico pela ecocardiografia (ECO) transtorácica de dupla via de entrada e saída de ventrículo único tipo direito com comunicação interatrial tipo Ostium Secundum e estenose pulmonar valvar importante. Antes de 1 ano, foi submetido a sua primeira cirurgia: shunt Blalock-Taussig (BTT) à esquerda e, com 3 anos, a um novo BTT à direita por piora da cianose. Após um ano, submetido a confecção de um novo Shunt, tipo conexão da aorta e ramo da artéria pulmonar direita associado a atresia septostomia. Retornou com 28 anos com queixa de dispnéia aos moderados esforços. Realizado novo ECO com queda da função avaliada pelo FAC: declínio de 47,9% para 34% e Strain do VD de -7,5%. Novo teste de caminhada realizado compatível com classe IV pelo NYHA. Paciente sem possibilidade de realização de novo shunt, será acompanhado para listagem de transplante cardíaco. – Diretrizes recentes não mostram formas concretas para avaliação do ventrículo único (VU). Diagnóstico não invasivo da disfunção no VU cardíaco em qualquer estágio paliativo é problemático devido à geometria complexa condições de carga entre a palição cirúrgica em estágios, a falta de uma compreensão clara da mecânica do VU e da etiologia da disfunção. As formas de obtenção da fração de ejeção (FE) e uso do modo M são inadequadas devido à diferença no formato. A avaliação do VD único é ainda mais difícil devido a uma forma geometricamente complexa. A alteração da área fracionária usando planimetria 2D e a área do VD é atualmente recomendada, porque não há uma fórmula satisfatória para estimar o volume e a FE, conforme feito no caso. A avaliação da taxa de deformação é um índice da função independente da geometria, porém não há padrão de normalidade de deformação para o VU. É sabido que a disfunção é um importante fator de risco para morbidade e, embora o RNM seja o padrão de referência para o tamanho e função, ela é limitada pelo alto custo. O ECO 3D superou algumas dificuldades, mas ele tende a subestimar os volumes, somadas às dificuldades técnicas de boa janela, frequências cardíacas altas e profissional treinado. Assim, a avaliação funcional VU é limitada pela falta de padronização, embora a avaliação serial possa ser realizada, com o mesmo software para avaliação de evolução funcional, permitindo a acompanhar a variação de um ECO basal. – É um verdadeiro desafio a avaliação pelo ECO e novos estudos precisam ser realizados nessa população para melhor avaliação e correlação clínica.



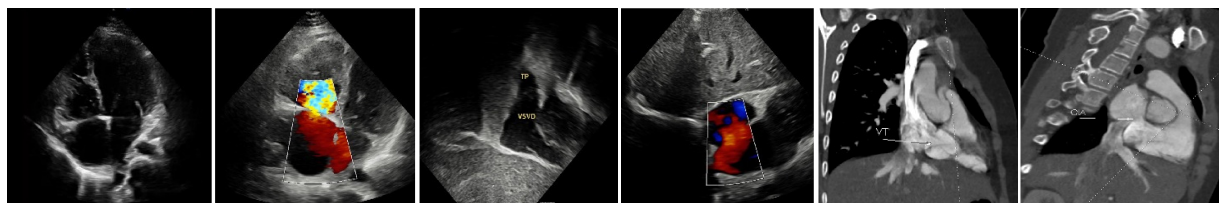
1117064

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO TARDIOS DE HIPOPLASIA DE VALVA TRICÚSPIDE: UM RELATO DE CASO

AUTOR(ES): JÉSSICA DE CÁSSIA DOS SANTOS PELOS¹; INGRID APARECIDA MESQUITA LIMA¹; LARISSA FABIANA COSTA MATHEUS¹; MARIANA ALMEIDA PEREIRA¹; KIMBERLY MARIA BENTES VIANA¹; MAHER MAHMUD KARIN¹; MIGUEL TAKAO YAMAWAKI MURATA¹; MICHELE PELISSARI GHISI¹; VICTOR MANUEL OPORTO LOPES¹; CELIA MARIA CAMELO SILVA¹;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Introdução: A atresia de valva tricúspide é uma cardiopatia congênita cianótica rara com prevalência 0,5 a 1,2 por 10.000 nascidos vivos e de espectro anômico amplo. Relato de caso: M.G.V.M, feminino, nascida termo, baixo peso com necessidade de internação em Unidade intensiva neonatal prolongada, recebendo alta da maternidade sem diagnóstico cardiológico. Aos 11 anos, a paciente é encaminhada ao nosso ambulatório pela equipe de pneumologia pediátrica para investigação de cianose. Apresentava-se clinicamente estável, com desenvolvimento neuropsicomotor e crescimento adequado, sinais de hipoxemia crônica, como baqueteamento digital, cianose central e periférica, taquidispnéia e saturação de oxigênio basal de 84%. Não apresentava alteração em ausculta cardíaca. Realizado ecocardiograma, no qual foi observado comunicação interatrial tipo ostium secundum, hipoplasia de ventrículo direito decorrente da hipoplasia de valva tricúspide. Dessa forma, indicado correção univentricular, realizado cirurgia de Glenn bidirecional. No pós-operatório imediato evoluiu com instabilidade hemodinâmica e hipoxemia severa sustentada. Devido à gravidade do quadro, a paciente foi submetida a complementação cirúrgica de Fontan, com desfecho favorável. Atualmente encontra-se em classe funcional 1, mantendo saturação de oxigênio acima de 92% em ar ambiente. **Discussão:** A hipoplasia de valva tricúspide é uma cardiopatia congênita cianótica rara, caracterizada pelo subdesenvolvimento da valva, resultando em um hipofluxo entre as câmaras cardíacas e, consequentemente, no subdesenvolvimento do ventrículo direito. Nesse sentido, o diagnóstico precoce, aliado a uma intervenção cirúrgica realizada em tempo hábil, é fundamental para minimizar as consequências clínicas desta patologia na vida do paciente. **Conclusão:** O diagnóstico precoce da hipoplasia de valva tricúspide é idealmente realizado ainda na vida fetal e a intervenção melhora a qualidade de vida e a sobrevida desses pacientes. É preconizada a cirurgia de Glenn aproximadamente entre 4 a 6 meses de idade com complementação de Fontan entre 18 meses até 3 anos de idade. No caso exposto, devido diagnóstico tardio



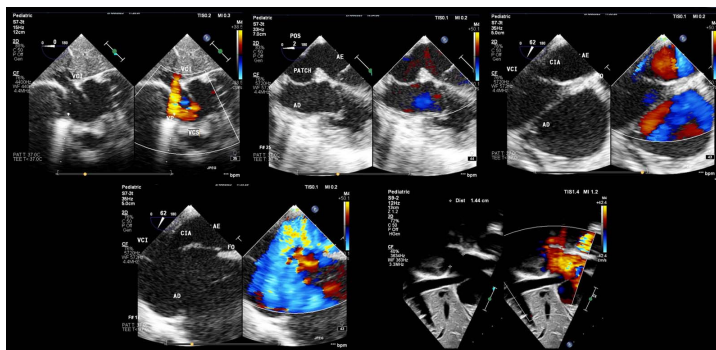
1117004

DIFICULDADES NA AVALIAÇÃO DA DRENAGEM VENOSA PULMONAR NO ECOCARDIOGRAMA PEDIÁTRICO: UM RELATO DE CASO

AUTOR(ES): BRUNO DEL GUERCIO VON SYDOW1; RENATA FOGAROLLI1; ULLY SUZANO DE BRAGANÇA1; GLAUCIA MARIA PENHA TAVARES1; WILSON MATHIAS JÚNIOR1; CARLA TANAMATI1; PAULYNE GOMES DA SILVA OTSUBO1

(1) INCOR-HCFMUSP - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Paciente M.A.S., 3 anos, sexo feminino, foi encaminhada ao Instituto do Coração - HCFMUSP para avaliação devido suspeita de comunicação interatrial tipo ostium secundum associada a cor triatriatum. Foi realizado ecocardiograma transtorácico sendo visibilizada comunicação interatrial tipo ostium secundum medindo 17 mm, com fluxo direcionado do átrio esquerdo para o direito. Apresentava dilatação importante de câmaras direitas, inclusive do anel valvar tricúspide, com insuficiência de grau discreto a moderado. Apresentava sinais de hiperfluxo pulmonar importantes, com aceleração de fluxo em valva pulmonar, com gradiente sistólico máximo de 33 mmHg e dilatação importante do tronco pulmonar e um cálculo de Qp/Qs estimado de 5.2. Devido a agitação da paciente e limitação da janela ecocardiográfica, não foi visibilizado adequadamente o retorno venoso pulmonar. Chamava atenção a Valva de Eustáquio proeminente, em alguns planos confundindo-se com o septo interatrial, o que dava a impressão do septo interatrial ser uma membrana no interior do septo interatrial, o que justificava o encaminhaento com suspeita de cor triatriatum. Destacavam-se assim, sinais importantes de hiperfluxo pulmonar, porém desproporcionais ao tamanho da comunicação interatrial, sendo optado assim pelo tratamento cirúrgico da cardiopatia, sendo realizado o ecocardiograma transesofágico intraoperatório antes do início da circulação extracorpórea. Na janela transesofágica no esôfago médio, com foco em câmaras cardíacas direitas (aproximadamente 60 graus), foi evidenciado que as veias pulmonares direitas drenavam no átrio direito, acima da Valva de Eustáquio proeminente e a comunicação interatrial tipo ostium secundum medindo 7 mm e não 14 mm. Tal diferença de medida ocorreu, pois uma das bordas da CIA foi confundida com a borda inferior da Valva de Eustáquio, superestimando o seu tamanho. As veias pulmonares esquerdas drenavam normalmente no átrio esquerdo. A paciente foi submetida a ressecção da Valva de Eustáquio, com tunelização das veias pulmonares direitas para o átrio esquerdo através da comunicação interatrial, com resultado cirúrgico satisfatório.



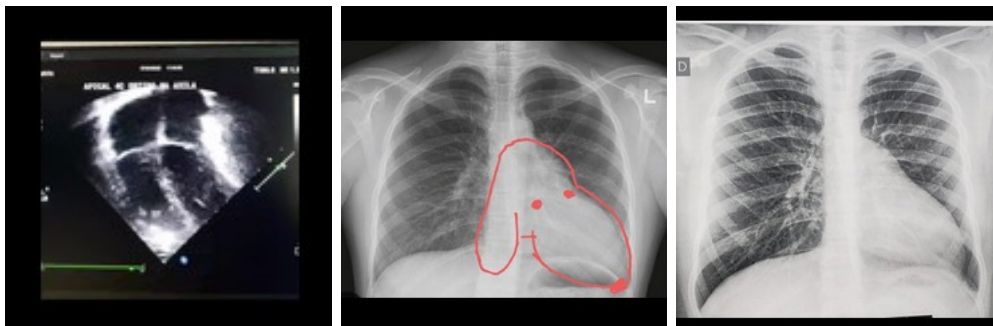
1117006

DOR TORÁCICA ATÍPICA COMO MANIFESTAÇÃO DE AGENESIA CONGÊNITA DO PERICÁRDIO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

AUTOR(ES): ISABELLE NEVES1; LARISSA ALCÂNTARA1; ROBERTA BASSI1; HENRIQUE TONELLI1; LALLEINNY ALVES1;

(1) HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - BELO HORIZONTE - MG - BRASIL;

Relato de caso: Paciente masculino de 11 anos, com queixa de dor torácica em hemitórax esquerdo, em repouso, atípica, autolimitada, de breve duração, intermitente, de leve intensidade e associada ao decúbito lateral esquerdo. Quadro com evolução de quatro semanas, sem fatores evidentes de piora ou melhora e sem relação com esforço físico. O paciente é previamente hígido, nega medicações de uso contínuo, comorbidades ou outros sintomas. Ao exame físico apresenta sopro sistólico ejetivo grau II/VI em borda esternal média e alta. Apresenta ao eletrocardiograma distúrbio de condução do ramo direito. Ao Rx de tórax há levoposição cardíaca excessiva com alongamento da borda do ventrículo esquerdo, radiotransparência e distanciamento entre a aorta e a artéria pulmonar, bem como entre a borda inferior do coração e o diafragma, além de perda de definição da borda direita do coração (Sinal do Snoopy). Ao ecocardiograma, observa-se angulação atrioventricular atípica com ápice cardíaco deslocado posteriormente (janela apical em posição atípica), movimentação anômala do septo interventricular e aparente aumento de ventrículo direito. **Discussão:** O pericárdio normal consiste em um saco fibroso avascular de dupla camada (visceral e parietal), que protege o coração de agentes externos como traumas e infecções, reduz o atrito da superfície cardíaca, fornecendo estabilidade à localização do coração no tórax e limitando a dilatação de câmaras. A falha no processo de fechamento das membranas pleuropericárdicas durante a embriogênese resultará na agenesia parcial ou total do pericárdio. O diagnóstico geralmente é incidental e apresenta prevalência de 0,02% a 0,04%, sendo três vezes mais comum no sexo masculino, e pode estar associada à outras anomalias congênitas. Pode ser assintomática ou com sintomas incomuns, sendo a precordialgia o sintoma mais comum, como no caso relatado. Pacientes com defeitos completos podem apresentar dor precordial devido à adesões pleuropericárdicas, ausência do coxim pericárdico ou torção dos grandes vasos. O ecocardiograma é opção de primeira linha frente à suspeita diagnóstica, não-invasivo e de baixo custo, com aquisição das imagens em posições não clássicas, devido à posição cardíaca atípica. **Comentários finais:** A agenesia congênita de pericárdio deve ser considerada no diagnóstico diferencial de pacientes com sintomas cardiovasculares atípicos para a idade, sendo a identificação precoce essencial para condução clínica adequada.



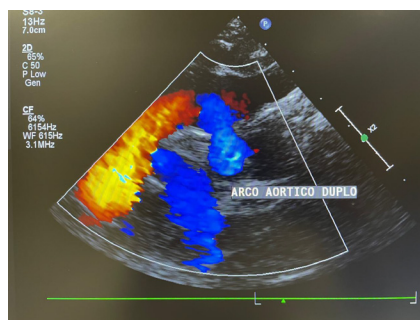
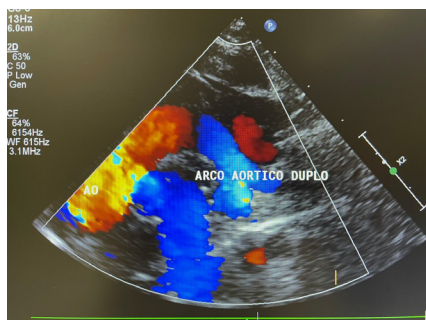
1116960

DUPLO ARCO AÓRTICO DE EVOLUÇÃO BENIGNA: DIAGNÓSTICO ECOCARDIOGRÁFICO

AUTOR(ES): ELUAN ALBUQUERQUE DE LIMA1; CAMILLA ALVES MURATORI1;

(1) HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS - DIVINÓPOLIS - MG - BRASIL;

DESCRIÇÃO DO CASO: Lactente (7 meses), nascido a termo, 38 semanas de idade gestacional, peso ao nascimento de 2.900g, via de parto cesariana por relato de doença hipertensiva específica da gestação, APGAR 9/10, sem intercorrências nos primeiros dias de vida. Relato de desenvolvimento ponderal e cognitivo adequado, em consulta com pediatra foi observado a presença de sopro em borda esternal esquerda, em foco aórtico acessório, com irradiação para dorso a esquerda. Lactente sem relato de sintomas respiratórios e gastrointestinais até então. Encaminhado para a realização de Ecocardiograma (ECO). O ECO revelou: aorta com calibre normal, bifurcando-se distalmente em dois arcos, o maior orientado a direita e o menor orientado a esquerda, com continuidade do maior arco com a aorta descendente sem evidência de coarctação, o menor arco sem definição clara com aorta descendente. Realizado angiogramografia de tórax que revelou arco aórtico duplo circundando a traqueia e o esôfago, sem aparente compressão adjacente, com artérias carótida e subclávia direita emergindo do arco ipsilateral, e artéria carótida comum e subclávia esquerda do arco esquerdo. A paciente encontra-se assintomática, em bom estado geral, tendo em vista a evolução atual favorável optado por conduta clínica expectante. **Discussão:** Os anéis vasculares representam menos de 1% de todas as cardiopatias congênitas. O duplo arco aórtico (DAAO) é o tipo mais frequente de anel vascular, causado pela persistência dos quartos arcos aórticos embrionários direito e esquerdo. Ocorre na maioria das vezes como lesão isolada, mas pode estar associado a outras lesões conotruncais. Geralmente um dos arcos é dominante, frequentemente o direito (75% dos casos), podendo ocorrer estreitamento ou mesmo atresia em qualquer um dos arcos, geralmente do esquerdo. A sintomatologia do DAAO é variável, desde pacientes assintomáticos, a pacientes com sintomas respiratórios e/ou gastrointestinais dependentes do grau de compressão extrínseca gerado na traqueia e esôfago. **Conclusão:** O Ecocardiograma transtorácico é o exame inicial para o diagnóstico do DAAO, permitindo a identificação dos dois arcos e seus ramos. A Tomografia e a Ressonância são fundamentais para a confirmação diagnóstica e planejamento terapêutico. O tratamento cirúrgico é reservado para os sintomáticos, principalmente nos casos de compressão extrínseca significativa, necessitando da ressecção geralmente do menor arco, para reduzir a compressão do anel vascular.



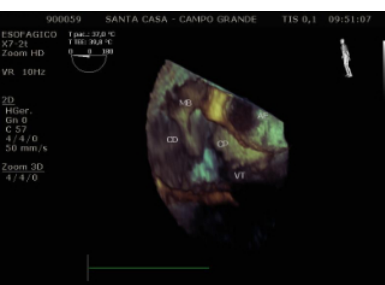
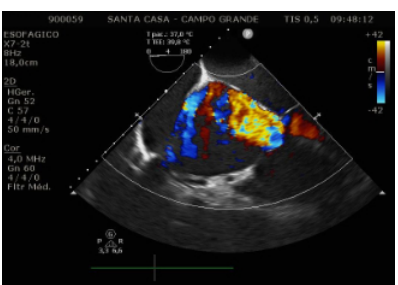
1116766

ENTRE SOBREPOSIÇÕES E DESAFIOS: DOENÇA RENAL CRÔNICA E HIPERTENSÃO PULMONAR NO DIAGNOSTICO DE CARDIOPATIA CONGENITA EM JOVE

AUTOR(ES): MARIA LUDMILA SETTI AGUIAR MORO1; ISABEL CRISTYNE CUNHA DE AZEVEDO1; NAYRELLE ALENCAR GOMES1;

(1) SANTA CASA DE MISERICÓRDIA - CAMPO GRANDE - MS - BRASIL;

Paciente de 37 anos, afrodescendente, acianótico, portador de DRC dialítica há 14 anos e hipertensão pulmonar. Há 7 anos é internado recorrentemente para compensação clínica, tratamento de infecções pulmonares e complicações em fistulas arteriovenosas em MSE (aneurismas) devido má adesão aos tratamentos clínicos, medicamentosos e dialíticos. O histórico evolutivo documentado por eletrocardiogramas no período de 2018 a 2025, evidenciam inicialmente um RS com discretas alterações da repolarização ventricular e que atualmente é ritmo de FA com SVE. Complementarmente RX de tórax realizado no ano de 2018, mostrou parênquima pulmonar com transparência normal e boa expansibilidade, seios costofrênicos livres, cardiomegalia global, vasos da base anatômicos e arcabouço costal sem alterações. O ecocardiograma transtorácico (ETT) do mesmo período com aumento das câmaras direitas e dos átrios, IM moderada, IT importante associada à hipertensão pulmonar, além de SIA com aspecto tunelizado com mapeamento em cores com fluxo AE-AD na sugestivo de forame oval patente. FEVE (Teicholz) era de 69%, com função global e segmentar preservada, aumento importante do AE (volume indexado em 108 mL/m²), e derrame pericárdico difuso e moderado sem repercussão hemodinâmica. No ETE realizado em 2025 para investigação de ICS, incidentalmente foi evidenciada a presença de uma membrana atrial direita dividindo o AD em duas câmaras, AD aumentado com área de 31mm², com fenestração única medindo linearmente 15mm, compatível com Cor Triatriatum dexter, associado à FOP pequeno, CMP hipertrofia com redução global da FEVE pelo Simpson de 33%. **DISCUSSÃO:** O cor triatriatum dexter (CTD) é uma cardiopatia congênita rara, com prevalência em 0,025%. Resulta da persistência de estruturas embrionárias, formando uma membrana que divide o átrio direito em duas câmaras. As manifestações clínicas variam conforme o grau de obstrução, podendo incluir arritmias, eventos embólicos ou complicações com dispositivos intravasculares. Pacientes com doença renal crônica (DRC), o diagnóstico do CTD é particularmente desafiador, devido à sobreposição de sintomas, como dispnéia e edema, com achados da própria DRC. Soma-se ao caso o fato da CP ser desproporcionalmente maior que a CD, sendo a membrana inicialmente confundida ao ETT com lâmina de derrame pericárdico crônico. **CONCLUSÃO:** O relato expõe como a DRC e HP sobrepõem e mascaram cardiopatias congênitas em jovens, atrasando diagnósticos e tratamentos cruciais.



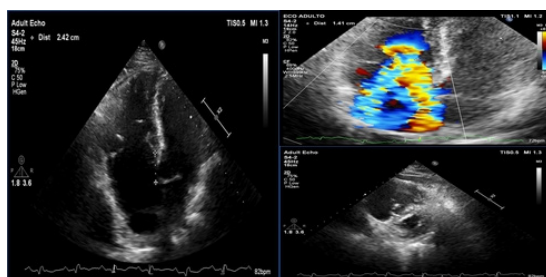
1116776

ENVELHECENDO COM ANOMALIA DE EBSTEIN: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): LUIZA VERARDO LIMA¹; MARCELLE CRISTINA DA SILVA BASTOS VASCONCELOS²; JOSÉ RESENDE DE CASTRO JÚNIOR³; ANA GABRIELA MENEZES DE JESUS TORRES²; JUAN DEMOLINARI FERREIRA²; MARIA TERESA DUTRA CAMPOS¹;

(1) RESIDENTES DO PROGRAMA DE ECOCARDIOGRAFIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (UFJF) - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; (2) PRECEPTORES DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DE ECOCARDIOGRAFIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (UFJF) - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; (3) COORDENADOR DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DE ECOCARDIOGRAFIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (UFJF) - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL;

Apresentação do caso clínico: Paciente masculino, 73 anos, encaminhado para realização de ecocardiograma transtorácico (ET) para investigação de hipoxemia e cianose identificadas em internação recente para hemiorrafia eletiva. Relatou episódios prévios de dispneia e cianose aos maiores esforços, porém sem procurar atendimento médico. Ao ET foi observado deslocamento apical do folheto septal da valva tricúspide com falha de coaptação e regurgitação valvar maciça, além de aumento importante das câmaras direitas, forame oval pérvio, com função sistólica do ventrículo direito (VD) preservada - achados sugestivos de Anomalia de Ebstein (AE), confirmados pela ressonância cardíaca (RC). O eletrocardiograma evidenciou ritmo sinusal, com bloqueio de ramo direito e a radiografia de tórax mostrou sinais de aumento da área cardíaca às custas do átrio direito. **Discussão:** A AE é uma doença congênita rara caracterizada pela má formação dos folhetos da valva tricúspide, em especial o septal, que se mantém aderido ao septo interventricular e se desloca abaixo do anel valvar na região mais apical do VD. Essas alterações resultam em graus variados de regurgitação valvar tricúspide e dilatação das cavidades cardíacas direitas. O diagnóstico é realizado principalmente por meio da ecocardiografia e pode ser complementado pela RC. Devido ao variado espectro de gravidade associado à doença, seus portadores podem atingir a vida adulta com poucos sintomas. A idade média de diagnóstico nesses casos varia entre 20-35 anos, sendo rara sua manifestação após este período. Manifestações clínicas podem incluir dispneia, palpitações e cianose (quando associada a forame oval patente ou comunicação interatrial) e alguns indivíduos podem ser assintomáticos. Em pacientes não operados com formas anatômicas menos graves e poucos sintomas é possível uma sobrevida até a sexta e sétima década de vida. **Comentários finais:** A AE representa menos de 1% das cardiopatias congênitas e sua apresentação em idade avançada é incomum. A sobrevida a longo prazo depende da gravidade anatômica, presença de arritmias, insuficiência cardíaca e intervenções cirúrgicas prévias. Este caso destaca a importância de considerar cardiopatias congênitas no diagnóstico diferencial de dispneia e cianose em pacientes idosos.



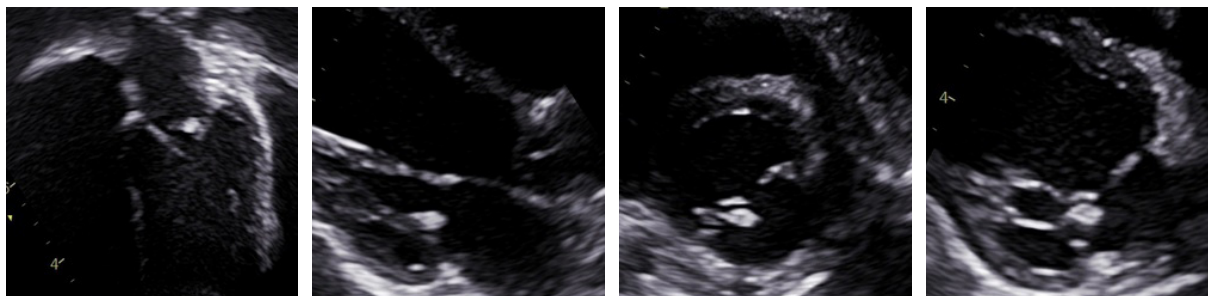
1117084

FIBROELASTOMA EM VALVA MITRAL: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): EMANUELLA LINHARES DE ALMEIDA BEZERRA¹; VANESSA ROMEIRO DE ARAÚJO CAMPOS¹; LUCIANA MORANDI DE OLIVEIRA¹; VANESSA AUGUSTO CANUTO NUNES¹;

(1) INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA - IDPC - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do caso: Masculino, 2 anos, apresentou desconforto respiratório precoce ao nascimento sendo necessário internação na UTI neonatal. Realizado ecocardiograma nesta ocasião sendo visualizado imagem arredondada aderida à cúspide posterior da valva mitral. Realizado tratamento com antibioticoterapia endovenosa por 42 dias com culturas negativas, sem mudança no padrão da imagem, apenas discreto aumento das suas dimensões. Paciente evoluiu com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e hemiplegia à direita, sendo levantada hipótese de acidente vascular isquêmico. Foi encaminhado para nosso serviço em janeiro/2025, quando foi realizado ecocardiograma e evidenciado imagem sugestiva de fibroelastoma na valva mitral. Após discussão do caso foi optado pela ressecção cirúrgica, que ocorreu sem intercorrências. Análise do anatomopatológico confirmou fibroelastoma. **Discussão:** Os fibroelastomas correspondem a 10% dos tumores cardíacos e são os tumores valvares mais comuns. A valva aórtica é a mais acometida, seguida das valvas mitral e da tricúspide. A maioria dos casos é assintomática, com diagnóstico incidental realizado por volta dos 40 a 60 anos de idade, apresentando correlação com fenômenos tromboembólicos. A apresentação em crianças é rara com poucos relatos de caso descritos na literatura. No ecocardiograma apresentam aspecto pediculado, móvel, com superfície filamentososa, tipicamente com uma aparência pontilhada nas margens e ecolucente. Nos pacientes sintomáticos, a remoção cirúrgica é aconselhada. Nos assintomáticos, deve ser avaliado o risco e benefício da cirurgia. O prognóstico geralmente é bom após a excisão do tumor. **Comentários finais:** Trata-se de um caso que ressalta a importância do reconhecimento do fibroelastoma cardíaco como uma causa potencial de eventos tromboembólicos, mesmo em pacientes pediátricos, além da importância do ecocardiograma, desde a identificação inicial até a diferenciação e o planejamento do tratamento.



1116838

FÍSTULA AORTO-ÁTRIO DIREITO COMO COMPLICAÇÃO DE ANEURISMA DE SEIO DE VALSALVA ROTO

AUTOR(ES): KATARINA FERRER1; THAIS ARAÚJO NÓBREGA1; FÁBIO GRANJA1; HENRYQUE MACAÍBA1; EUGÊNIO SOARES ALBUQUERQUE1; LUCAS EDUARDO VILARINHO GUIMARÃES1;

(1) HOSPITAL MEMORIAL SÃO JOSÉ / REDE D'OR - RECIFE - PE - BRASIL;

CASO CLÍNICO: AKS, sexo feminino, 27 anos, oligossintomática (dispneia aos grandes esforços), praticante regular de atividade física, procura serviço de imagem para realização de ecocardiografia transtorácica de rotina. Ao exame, observa-se imagem sacular, em topografia de seio de Valsalva não-coronariano, através do qual há fluxo turbulento ao Doppler, no sentido Aorta-Átrio Direito, sugerindo rotura. Câmaras direitas de tamanho normal (Ventrículo direito basal 22mm; Volume do átrio direito indexado $22,6 \text{ ml/m}^2$) e função preservada. Não houveram achados adicionais aos descritos, o que levantou a suspeita clínica de tratar-se de um aneurisma congênito. Paciente nega história de trauma torácico ou de endocardite prévias. Exame transtorácico foi complementado com estudo transesofágico, que confirma a suspeita de aneurisma roto. Uma vez que houve o achado de uma complicação, foi optado pela correção cirúrgica, com abordagem através do átrio direito, tendo sido identificada estrutura sacular com presença de orifício em topografia de seio não-coronariano. A estrutura sacular foi ressecada e suturada, preservando a estrutura valvar. O procedimento aconteceu sem intercorrências. **DISCUSSÃO DO CASO:** Aneurismas do Seio de Valsalva (ASA) são achados raros, para os quais há pouca descrição na literatura. Entende-se como ASA a dilatação de uma ou mais saculações na parede da aorta que se inserem nos folhetos das válvulas aórticas e na junção sinotubular. Uma vez que a dilatação ou aneurisma da raiz da aorta ou mesmo de porções da aorta ascendente são achados de maior prevalência na população, o manejo no que concerne acompanhamento e tratamento dos aneurismas do Seio de Valsalva seguem recomendações já existentes para essas outras localizações. Há sugestão de tratamento cirúrgico quando as dimensões do aneurisma ultrapassam os valores estipulados (que, por sua vez, variam conforme os diagnósticos de base do paciente - doenças do colágeno, doenças adquiridas, etc), ou em casos de complicações (roturas, refluxos, dilatação de câmaras). **COMENTÁRIOS FINAIS:** Entende-se que é de fundamental importância o papel do ecocardiografista nesse cenário, uma vez que a adequada identificação de patologias congênitas e sua pormenorizada análise morfo-funcional, incluindo avaliação de complicadores associados, é determinante para o planejamento terapêutico.



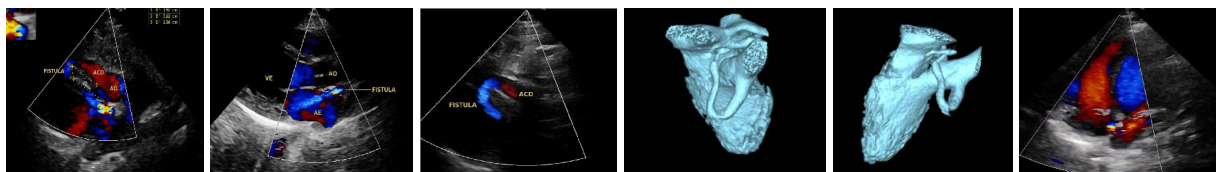
1117059

FÍSTULA CORONÁRIO-CAVITÁRIA DA ARTÉRIA CORONÁRIA DIREITA PARA O ÁTRIO DIREITO: UM RELATO DE CASO

AUTOR(ES): JÉSSICA DE CÁSSIA DOS SANTOS PELOS1; INGRID APARECIDA MESQUITA LIMA1; LARISSA FABIANA COSTA MATHEUS1; MARIANA ALMEIDA PEREIRA1; KIMBERLY MARIA BENTES VIANA1; MAHER MAHMUD KARIM1; MICHELE PELISSARI VIANA GHISI1; LUIZ FILIPE XIMENES DA SILVA1; VICTOR MANUEL OPORTO LOPES1; CELIA MARIA CAMELO SILVA1;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Introdução: Fístulas coronarianas são conexões diretas de uma ou mais artérias coronárias para câmaras cardíacas ou grandes vasos. A origem pode ocorrer na artéria coronária direita (55%), a artéria coronária esquerda (35%) e ambas as artérias coronárias (5%). Com drenagem, mais comumente, no ventrículo direito (40%), o átrio direito (26%) e as artérias pulmonares (17%). **Apresentação do Caso:** Paciente G.S.R., 1a e 10m, acompanhado ambulatorialmente em nosso serviço, desde os 5 meses de idade, após identificação de fístula entre coronária direita e átrio direito em ecocardiograma realizado na maternidade, devido sopro cardíaco a esclarecer. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial com bom estado geral, ganho ponderal, assintomático, sem uso de medicação no momento. Ao exame físico, paciente apresenta sopro contínuo em borda esternal esquerda baixa, sem outras alterações. Realizados exames de imagem que comprovam a presença de fístula coronariana. Angiotomografia de coronariana com os seguintes achados: Artéria Coronariana Direita ectasiada e tortuosa, medido $6 \times 7 \text{ mm}$ em seu maior diâmetro (Z-Score: 15.6). Presença de fístula coronário-cavitária, com trajeto fistuloso envolve o ramo do cone da artéria coronária direita e o átrio direito. Artéria Descendente Posterior com emergência precoce, ramo da artéria coronária direita, diâmetro preservado e sem redução luminal. Ecocardiograma com os seguintes achados: Observa-se ramo fistuloso com origem na coronária direita dilatada a 15 mm do óstio com trajeto retroaórtico e drenagem no átrio esquerdo, logo atrás da raiz aórtica, com fluxo contínuo, medindo em sua luz $3,7 \text{ mm}$. O trajeto da fístula tem em torno de 30 mm de comprimento. Provável estenose no local de drenagem no átrio esquerdo. **Discussão:** A incidência da fístula coronária é baixa (0,2 a 0,4%) entre as cardiopatias congênitas, com a maioria dos pacientes permanecendo assintomáticos. Porém, podem evoluir com sinais e sintomas de Insuficiência Cardíaca, necessitando de fechamento cirúrgico ou percutâneo, devido shunts significativos. **Conclusão:** Fístulas coronarianas, apesar de raras, podem levar a quadro de Insuficiência Cardíaca. O achado de sopro contínuo, principalmente em mesocárdio, é comum nesses casos. Casos com repercussão hemodinâmica requerem tratamento, que pode ser cirúrgico, mas, preferencialmente, percutâneo.



1116830

FLUXO PULMONAR CORONARIANO DEPENDENTE EM RECÊM NASCIDO COM ATRESIA PULMONAR E COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): LETICIA FORTKAMP ALMEIDA¹; ISABELA MARTELETO HERMONT¹; JANAINA MARTINS PEREIRA MORAES¹; NATHALIA HOCAMA¹; LEO AGOSTINHO SOLAREWICZ¹; HELEN CAROLINE TELES OJEDA¹; MARIA FERNANDA ROCHA MENEZES¹; FLAVIA LUISA DOS SANTOS TEIXEIRA¹; MAYÁ DA COSTA BASTOS¹; GUSTAVO KLUG PIMENTEL¹;

(1) HOSPITAL PEQUENO PRINCEPE - CURITIBA - PR - BRASIL;

Relato do Caso: Recém-nascida a termo, natural de Curitiba, com diagnóstico fetal de atresia pulmonar e comunicação interventricular, foi transferida no primeiro dia de vida para hospital terciário especializado em cardiologia pediátrica. O ecocardiograma inicial evidenciou atresia pulmonar com comunicação interventricular (AP+ CIV), artérias pulmonares confluentes, presença de colaterais aortopulmonares (MAPCAs) e fluxo pulmonar adicional mantido por fistula originada da artéria coronária direita para a artéria pulmonar principal. Cateterismo cardíaco realizado na sequência confirmou presença de fistula da origem da coronária direita para tronco pulmonar rudimentar, nutrindo ramos pulmonares verdadeiros hipoplásicos (ramo direito 1,5mm e ramo esquerdo 1,3mm), além da presença das MAPCAs. Diante da fisiologia dependente dessa comunicação coronário-pulmonar, optou-se por cirurgia paliativa com unifocalização e confecção de shunt sistêmico-pulmonar e fechamento da fistula. **Discussão:** As fistulas coronário-pulmonares são malformações vasculares raras, podendo ser congênitas ou adquiridas, e representam 0,4% da população, e tratam-se de comunicações diretas entre artérias coronárias e cavidades (especialmente direitas) ou a artéria pulmonar. Em pacientes com AP com CIV, o suprimento pulmonar costuma ocorrer por meio de colaterais sistêmico-pulmonares (MAPCAs), sendo extremamente raro o envolvimento das artérias coronárias nesse processo. A coexistência de fistula coronária-pulmonar e MAPCAs, como neste caso, é uma condição incomum e de relevância clínica importante. A identificação correta da anatomia vascular é fundamental para evitar complicações cirúrgicas, como isquemia miocárdica. A diferenciação entre MAPCAs e fistulas coronarianas deve ser cuidadosamente avaliada através de ecocardiograma e angiotomografia e cateterismo permitindo planejamento cirúrgico seguro e eficaz. **Considerações Finais:** Este caso demonstra uma apresentação rara de suprimento pulmonar parcial por fistula coronário-pulmonar associada a MAPCAs, em paciente com AP com CIV. O diagnóstico precoce e a compreensão detalhada da anatomia vascular foram fundamentais para a definição da conduta cirúrgica. Reforça-se a importância da abordagem individualizada, baseada em imagem avançada e equipe multidisciplinar, em cardiopatias congênitas complexas.



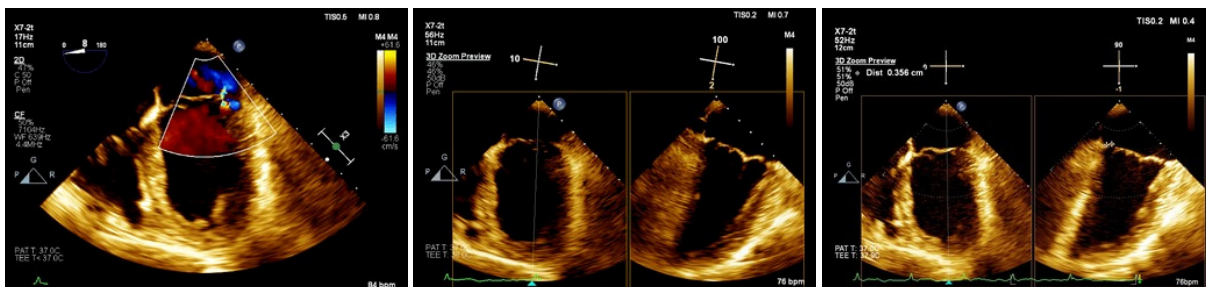
1114816

HIPOPLASIA SEVERA DA CÚSPIDE POSTERIOR DA VALVA MITRAL MITRAL

AUTOR(ES): SYLVIA MANHÃES PIRES DE VASCONCELOS¹; BRUNA ZANFORLIN JÁCOME¹; BERNARDO NASCIMENTO LOURENÇO¹; ANNA ESTHER ARAUJO E SILVA¹; ISABELA SENNA MOREIRA¹; MÁRIO LUIZ RIBEIRO¹; FERNANDA BAPTISTA RIBEIRO DIAS¹; ALESSANDRO ZAKHIA DE SEIXAS¹; ELIZA DE ALMEIDA GRIPPI¹;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO - NITERÓI - RJ - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente, masculino, 70 anos, previamente hígido, procurou avaliação cardiológica de rotina para início de atividade física. Negava sintomas como dor torácica, dispnéia, palpitações ou síncope. Foi solicitado ecocardiograma transtorácico, que evidenciou leve aumento do volume atrial esquerdo, com função sistólica biventricular preservada e insuficiência mitral leve. Observou-se redução das dimensões da cúspide posterior da valva mitral, associada a cúspide anterior alongada e com prolapso. Ecocardiograma transesofágico confirmou hipoplasia acentuada da cúspide posterior, medindo 0,3 cm, associada a cúspide anterior redundante com prolapso. Diante da ausência de sintomas, da função ventricular preservada e da insuficiência mitral leve, o paciente foi encaminhado para seguimento clínico ambulatorial. **Discussão:** Agenesia congênita ou hipoplasia severa da cúspide posterior da valva mitral é uma malformação extremamente rara, geralmente diagnosticada na infância devido a sintomas de insuficiência cardíaca. No entanto, em raros casos, pode permanecer assintomática. O ecodopplercardiograma é essencial para o diagnóstico, sendo o ecocardiograma transesofágico 3D, o padrão-ouro para avaliação anatômica detalhada. Em pacientes assintomáticos com insuficiência mitral não severa, o manejo conservador é apropriado. Casos com insuficiência mitral leve severa, disfunção ventricular ou sintomas progressivos exigem avaliação cirúrgica, sendo a substituição valvar frequentemente necessária devido à dificuldade técnica para reparo. **Considerações finais:** Este caso ilustra uma rara apresentação de hipoplasia da cúspide posterior da valva mitral diagnosticada incidentalmente em um paciente assintomático. A importância da avaliação ecocardiográfica, mesmo em contextos eletivos, deve ser enfatizada, assim como o papel do seguimento clínico desses pacientes para avaliar a evolução dessa alteração congênita.



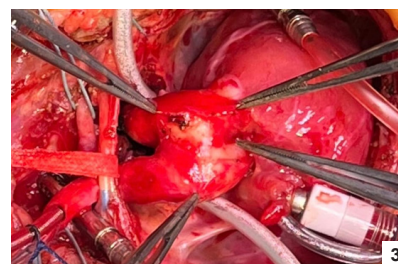
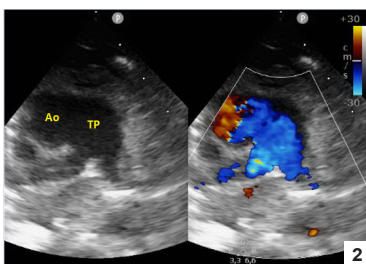
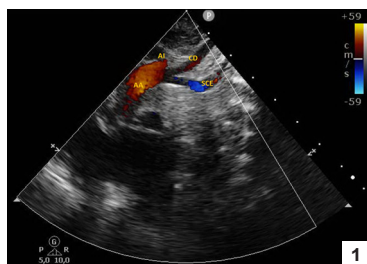
1116758

INTERRUPÇÃO DO ARCO AÓRTICO TIPO A ASSOCIADA À JANELA AORTOPULMONAR TIPO IV SEM COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR

AUTOR(ES): GABRIELA FARIA REIS QUEIROZ¹; LETÍCIA NAKAMURA CUBATA¹; FERNANDO CESAR GIMENES BARBOSA SANTOS¹; CARLOS HENRIQUE DE MARCHI¹; ULISSES ALEXANDRE CROTI¹;

(1) FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL;

Apresentação do caso: Paciente termo, 6 dias de vida. Evoluiu com desconforto respiratório e queda de saturação, iniciado oxigênio inalatório e antibioticoterapia para sepse neonatal. Aos 2 dias apresentou bradicardia, instabilidade hemodinâmica e elevação de enzimas hepáticas, com necessidade de ressuscitação volêmica, suporte ventilatório e ampliação de antibioticoterapia. Solicitada transferência para hospital de referência para investigação de alteração hepática e avaliação pela equipe de genética. Encaminhado à UTI cardiopediátrica, realizado ecocardiograma devido piora do padrão respiratório, apesar de parâmetros ventilatórios otimizados, com diagnóstico de interrupção de arco aórtico tipo A associado a janela aortopulmonar tipo IV e ausência de comunicação interventricular, além de disfunção moderada de ambos os ventrículos (figuras 1 e 2). Iniciado prostaglandina, dobutamina e indicado correção cirúrgica. Durante o ato operatório foi confirmado a presença de janela aortopulmonar tipo IV (figura 3). **Discussão:** A interrupção origina-se por falha na embriogênese de segmentos dos quartos arcos. Rara 0,003/1000 nascimentos, e classificada em tipos A (distalmente à artéria subclávia esquerda), B (entre artéria carótida esquerda e artéria subclávia esquerda) e C (entre artéria inominada e artéria carótida esquerda). A janela aortopulmonar é, também, uma condição rara, caracterizada pela comunicação anormal entre aorta ascendente e tronco pulmonar, na presença de duas valvas arteriais patentes e encontrada em 0,2% dos pacientes com cardiopatia congênita, ocorrendo de forma isolada ou em associação a outras malformações (30 a 50%). Há necessidade de cirurgia imediata, pois podem evoluir com insuficiência cardíaca grave precocemente devido à dependência do ducto arterial e ao 'shunt' esquerda-direita, com mortalidade precoce para a janela aortopulmonar isolada de 2,7% e a interrupção do arco isolada, 12,2%, enquanto para a lesão combinada atinge 15,1%. A ausência de CIV chama atenção por normalmente estar associada à interrupção do arco aórtico. **Comentários Finais:** A associação entre interrupção do arco aórtico sem comunicação interventricular com janela aortopulmonar é muito rara e desafiadora. Salientamos a necessidade de atenção no ecocardiograma pré-operatório para o completo diagnóstico e indicação cirúrgica imediata. **Figura 1** – Corte supraesternal evidenciando interrupção do arco aórtico após emergência da artéria subclávia esquerda, caracterizando a interrupção do arco aórtico tipo A. AA: artéria ascendente; AI: artéria inominada; CD: artéria carótida direita; SCE: artéria subclávia esquerda. **Figura 2** – Corte paraesternal alto evidenciando comunicação entre aorta ascendente e tronco pulmonar caracterizando janela aortopulmonar tipo IV. Ao: artéria aorta; TP: tronco pulmonar. **Figura 3** – Aspecto externo da comunicação entre aorta ascendente e artéria pulmonar após abertura do saco pericárdico e dissecação dos grandes vasos.



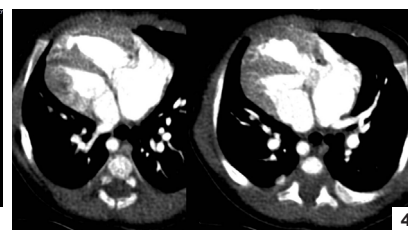
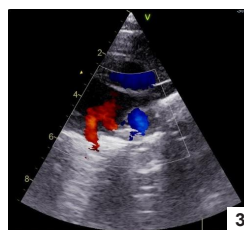
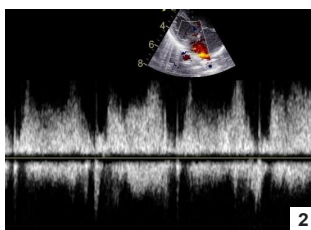
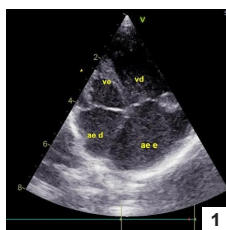
1117068

TISOMERISMO ATRIAL ESQUERDO E VEIAS PULMONARES COM DRENAGEM ANÔMALA PARCIAL IPSILATERAL: UM RELATO DE CASO

AUTOR(ES): HELEN CAROLINE TELES OJEDA¹; LETÍCIA FORTKAMP ALMEIDA¹; FLÁVIA LUISA SANTOS TEIXEIRA¹; MARIA FERNANDA ROCHA MENEZES¹; LUCAS OLIVEIRA ROCHA¹; FLÁVIA SOLANGE PORTO LOVATO¹;

(1) HOSPITAL PEQUENO PRINCEPE - CURITIBA - PR - BRASIL;

Apresentação do caso: K.D.K.G. masculino, nascido a termo, PN 3090g, que, devido teste de triagem neonatal alterado foi encaminhado para hospital terciário de referência em cirurgia cardíaca no qual, com dois meses de vida, apresentava taquidispnéia leve mas com baixo ganho pondero estatural, ECG com sobrecarga de átrio e ventrículo direitos. Ecocardiograma identificou dextrocardia, isomerismo atrial esquerdo, conexão atrioventricular ambígua e concordância ventrículo-arterial; veias pulmonares esquerdas drenando em átrio à esquerda conectado ao ventrículo morfológicamente direito (aumentado) e veias pulmonares direitos drenando para átrio esquerdo à direita conectado ao ventrículo morfológicamente esquerdo. Ausência de veia cava inferior infra-hepática com ázigos drenando para veia cava superior, a qual se conecta ao átrio à esquerda. Após o exame foi encaminhado para internação hospitalar e realização de angiogramografia, que confirmou o diagnóstico e ultrassonografia de abdome que descartou alterações dos órgãos abdominais (baço normal). Foi então realizada cirurgia cardíaca com redirecionamento das veias pulmonares que estavam conectadas em átrio pulmonar para o átrio sistêmico, procedimento sem intercorrências. No ecocardiograma do pós operatório imediato apresentava disfunção diastólica leve, usou Adrenalina por 4 dias e Primacor por 6 dias. Extubado no 4º dia e com exames de controle sem sinais infecciosos. Recebeu alta da UTI cardiológica após uma semana do procedimento e programação de alta para casa em uso de Captopril e Espironolactona. **Discussão:** A síndrome de heterotaxia é um espectro de anormalidades decorrentes de erros embriológicos com perda do arranjo normal dos órgãos toracoabdominais. Dentre as manifestações cardíacas tem-se o isomerismo atrial esquerdo, no qual há dois átrios de morfologia esquerda em ambos os lados do coração. Podem ser encontradas anomalias da conexão veno-atrial nas mais variadas combinações, sendo que a presença de drenagem anômala parcial de veias pulmonares do tipo ipsilateral (as veias pulmonares drenam para o átrio de mesmo lado) sugere fortemente a presença de isomerismo atrial esquerdo, como no caso relatado. **Comentários finais:** A presença de isomerismo atrial esquerdo com drenagem anômala parcial de veias pulmonares ipsilateral com dextrocardia e inversão ventricular é extremamente rara e seu reconhecimento é essencial para o planejamento cirúrgico e bom resultado.



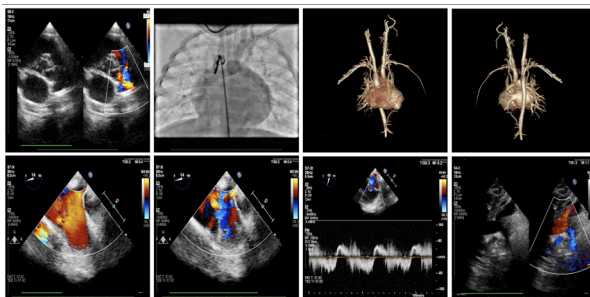
1116745

NEM TUDO QUE RELUZ É CANAL: ANOMALIA RARA DE TRONCO BRAQUIOCEFÁLICO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM PACIENTE COM SÍNDROME DE DOWN

AUTOR(ES): JOANA ARLDT MELLO COBUCCI1; NICOLLE NERY LEÃO1; NATÁLIA ANTELO MACHADO OLIVEIRA1; RENATA LABRONICI1; HERICA FALCI FERREIRA MACHADO1; MARITZA XAVIER ANZANELLO1; RENATA MATTOS SILVA1; ADRIANA MACINTYRE INNOCENZI1;

(1) INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA - RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente masculino, 2 anos, com diagnóstico de Síndrome de Down, comunicação interatrial, comunicação interventricular fechada por tecido de reduplicação tricúspide e persistência do canal arterial (PCA). Em uso de furosemida e captopril, é encaminhado para fechamento percutâneo de PCA com repercussão hemodinâmica. Ao exame físico apresentava sopro sistólico 3+/6+ em foco pulmonar, assimetria de pulsos e divergência de pressão arterial sistólica entre os membros superiores chegando a 40 mmHg. O ecocardiograma evidenciou sobrecarga volumétrica de cavidades esquerdas e fluxo diastólico retrógrado em artéria pulmonar principal (APP) similar a PCA amplo. Durante aortografia foi possível observar arco aórtico à direita com artéria subclávia e carótida direitos originando-se do arco aórtico; canal arterial fechado e presença de tronco braquiocéfálico esquerdo (TBCE) conectado à APP sendo preenchido em um segundo tempo pela circulação cerebral. O procedimento foi suspenso, o paciente foi encaminhado para realização de angiogramografia que confirma o isolamento do TBCE conectado a APP, com extensa rede de colaterais na parede do hemitórax esquerdo, região cervical e diferença no calibre das carótidas internas com predomínio volumétrico da direita. O paciente foi encaminhado para cirurgia cardíaca corretiva, sem circulação extracorpórea, com pinçamento parcial da aorta e anastomose termino lateral do TBCE em aorta ascendente com resultado satisfatório e sem prejuízo da circulação cerebral avaliada pelo NIRS intraoperatório. Evoluiu sem complicações recendo alta hospitalar após 7 dias. **Discussão:** A PCA é uma condição comum em pacientes pediátricos, especialmente na Síndrome de Down. Entretanto, apesar de extremamente raras e cursarem com poucos sintomas associados, as anomalias do tronco braquiocéfálico podem surpreender como diagnóstico diferencial. O caso destaca a importância de considerarmos anomalias vasculares raras no diagnóstico diferencial de pacientes com achados sugestivos de PCA moderado, arco aórtico à direita e na presença de sinais clínicos atípicos, como assimetria de pulsos e pressão arterial em membros superiores e sobrecarga volumétrica volumosa. **Comentários Finais:** A disponibilidade e o acesso rápido a diferentes modalidades de exames de imagem foi fundamental para alcançar o diagnóstico, permitindo uma avaliação cuidadosa da anatomia vascular e indicação de tratamento cirúrgico adequado com resultado satisfatório.



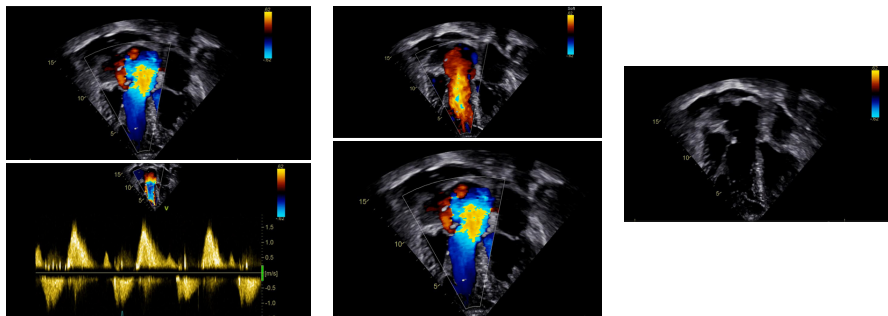
1117005

ORIFÍCIO TRICÚSPIDE DESPROTEGIDO CONGÊNITO: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): ANA VIRGINIA ABATH ESCOREL BORGES1; DANIELA LAGO KREUZIG1; RENATA ANTUNES BRUNO SILVA1; LUCIANA PAULA CAMILLOTI1; CINTIA GALHARDO TRESSINO1; MARIELLI CASTRO CUNHA1; BRUNA TOMASI LORENTZI1; SIMONE ROLIM FERNANDES FONTES PEDRA1;

(1) INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 46 anos, portadora de doença renal crônica dialítica e diagnóstico de Anomalia de Ebstein, deu entrada em um serviço referência de Cardiologia com classe funcional III/IV. Realizou ecocardiograma transesofágico que identificou disfunção ventricular direita e imagem de vegetação/trombo aderida à valva tricúspide. Internou para tratamento com antibioticoterapia e anticoagulação. Hemocultura positiva para *Staphylococcus warneri*. Após tratamento, foi encaminhada para avaliação ambulatorial com ecocardiograma transtorácico por equipe especializada em cardiopatias congênitas. O novo exame afastou anomalia de Ebstein e confirmou o diagnóstico de orifício desprotegido da valva tricúspide, sendo evidenciado remanescentes embrionários das cúspides anterior e inferior, fluxo sistólico livre com insuficiência torrencial de baixa velocidade, imagens hiperecogênicas móveis cicatriciais aderidas aos resquícios valvares, agenesia parcial do músculo papilar anterior, dilatação importante das câmaras direitas, função biventricular preservada, porém com strain longitudinal reduzido do septo interventricular, além de pequena comunicação interatrial tipo ostium secundum (fluxo direcionado do átrio direito para o esquerdo) e derrame pleural bilateral. Atualmente, a paciente permanece com insuficiência cardíaca direita em manejo medicamentoso e sessões regulares de hemodiálise, aguardando avaliação cirúrgica. **Discussão:** O orifício desprotegido da valva tricúspide, conhecido como "congenitally unguarded tricuspid valve", é uma anomalia congênita raríssima e representa a forma mais severa da displasia tricúspide, com ausência parcial ou total das cúspides e consequente regurgitação livre entre átrio e ventrículo direitos. O diagnóstico baseia-se na ecocardiografia transtorácica e transesofágica, podendo ser complementado por ressonância magnética cardíaca. A evolução clínica é variável: alguns pacientes permanecem assintomáticos por anos, enquanto outros desenvolvem sintomas com a progressão da disfunção ventricular direita. O tratamento é individualizado, podendo envolver cirurgia cavo-pulmonar total ou transplante cardíaco nos casos refratários. **Comentários:** O orifício tricúspide desprotegido congênito é uma anomalia bastante rara, cujo principal diagnóstico diferencial é a anomalia de Ebstein. A avaliação por equipe especializada em cardiopatia congênita permite essa distinção e discussão do melhor tratamento individualizado.



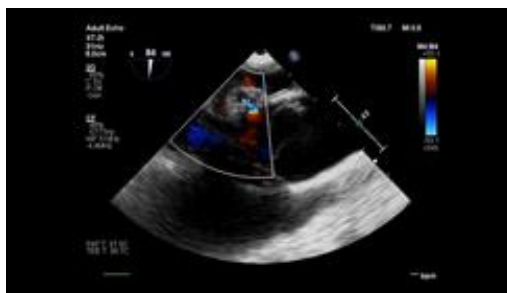
1116474

PSEUDOANEURISMA CONGÊNITO DA FIBROSA MITRO-AÓRTICA EM CRIANÇA

AUTOR(ES): RAIZZA FERNANDES DA COSTA¹; SOLANGE MENDES RODRIGUES¹; MARITZA XAVIER ANZANELLO¹; ISABELA MARQUES TEIXEIRA RANGEL¹; ANDREY JOSÉ DE OLIVEIRA MONTEIRO¹; ADRIANA MACINTYRE INNOCENZI¹; ROSA CÉLIA PIMENTEL BARBOSA¹; LÚCIA TOMOKO FUKUYAMA¹; YOHANA BAIÃO BRITO PEREIRA¹; THIAGO PEREIRA COUTINHO¹;

(1) PRÓ CRIANÇA CARDÍACA - RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL;

Paciente 10 anos, refere cansaço durante atividade física há 3 meses. Teve dois episódios de precordialgia durante partida de futebol. Nega cirurgias. Em diversos ecocardiogramas transtorácicos (ETT) foi descrito presença de tecido redundante em válvula mitral. Entretanto em ETT de seguimento foi suspeitado de aneurisma subaórtico, mas a confirmação diagnóstica foi feita após avaliação multimodal através de ecocardiograma transesofágico (ETE) e ressonância nuclear magnética (RNM). ETE identificou presença de pequeno aneurisma na fibrosa mitro aórtica (FIMA), com mínima quantidade de fluxo pulsátil em seu interior ao color Doppler, gerando aumento de volume na sístole e colapso na diástole e se comunicando com a via de saída do ventrículo esquerdo (VSVE). Ausência de compressões em estruturas adjacentes ao pseudoaneurisma. RNM evidenciou presença de aneurisma na FIMA que mede 3,6mm na boca anastomótica, 7,8mm no maior diâmetro e 5mm no menor diâmetro. Pseudoaneurisma da FIMA é uma condição rara, que acomete a zona interanular entre as válvulas mitral e aórtica com a VSVE. Na maioria dos casos está relacionado a complicações de endocardites, trauma e cirurgias de trocas valvares. Sinais e sintomas de infecção, dor no peito, insuficiência cardíaca, dispnéia e acidente vascular cerebral foram identificados na maioria dos casos. As complicações mais frequentes são fístulas para o átrio esquerdo ou aorta e compressão das artérias coronárias, entretanto há relatos de ruptura para o espaço pericárdico e compressão das artérias pulmonares. A cirurgia ainda é o tratamento de escolha apesar da identificação do melhor momento para sua realização ainda ser incerto. Fatores de risco são endocardite ativa, tamanho maior que 3cm, válvula aórtica bicuspe, regurgitação aórtica, presença de fístulas para câmaras cardíacas ou aorta, compressão de estruturas adjacentes, além da presença de trombos. A história natural do pseudoaneurisma da FIMA não complicado ainda não está bem definida, em muitos centros a cirurgia é indicada logo após o diagnóstico pelo risco de ruptura. O paciente desse relato de caso foi encaminhado para correção cirúrgica. Pseudoaneurisma da FIMA é uma patologia extremamente rara, ainda menos frequente em crianças e na forma congênita. Portanto mais relatos de casos se fazem necessários para aprimorar o conhecimento sobre essa doença e definição da melhor estratégia terapêutica.



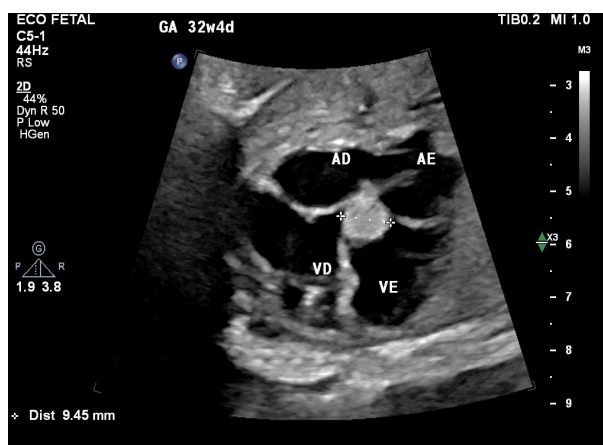
1116603

RABDOMIOMA CARDÍACO FETAL COM LOCALIZAÇÃO INCOMUM: RELATO DE CASO COM EVOLUÇÃO POR ECOCARDIOGRAFIA SERIADAS

AUTOR(ES): BIANCA LACERDA DEMUNER¹; BERNARDO AUGUSTO CHICARELLI ETELVINO¹;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA - VIÇOSA - MG - BRASIL;

Apresentação: Gestante de 28 semanas foi encaminhada para ecocardiografia fetal após detecção de massa intracardíaca em ultrassonografia morfológica. Identificou-se uma massa única, não vascularizada, localizada em topografia mitro-aórtica, medindo 9,5 x 6,5 mm, sem acometimento das valvas atrioventriculares ou sinais de obstrução ao fluxo. No controle com 30 semanas de gestação, a massa apresentava 9,5 x 8,2 mm, mantendo ausência de obstrução. Com 32 semanas e 4 dias, observou-se aumento para 15 x 9 mm, associado à aceleração do fluxo na via de saída do ventrículo esquerdo (VE), pèrvia ao Doppler, com velocidade de 135 cm/s. Novo exame realizado às 36 semanas demonstrou gradiente dinâmico, com velocidade máxima de 150 cm/s, sem alteração nas dimensões da massa. No último exame pré-natal, a massa media 15,8 x 13,9 mm, com velocidade máxima na via de saída do VE de 150 cm/s. O parto ocorreu sem intercorrências. O ecocardiograma transtorácico neonatal inicial mostrou massa de 15 x 12 mm, velocidade na via de saída do VE de 175 cm/s e gradiente de 12 mmHg. No último controle, a massa media 11 x 9,5 mm, com desaparecimento do gradiente obstrutivo e velocidade de 137 cm/s. **Discussão:** Tumores cardíacos primários são raros, com incidência estimada em 0,02%; cerca de 75% são benignos, sendo rabdomiomas e fibromas os mais comuns na infância. Rabdomiomas ocorrem predominantemente antes de um ano e podem ser diagnosticados ainda no pré-natal. Costumam ser múltiplos, localizados nas paredes ventriculares ou valvas atrioventriculares, e regredem espontaneamente. São associados à esclerose tuberosa, exigindo investigação complementar. Fibromas, o segundo tipo mais prevalente, localizam-se no miocárdio ventricular, apresentam crescimento progressivo e não regredem. Podem causar insuficiência cardíaca, arritmias, disfunção miocárdica e risco de morte súbita. No caso apresentado, a regressão da massa no pós-natal sugere rabdomioma, apesar da localização incomum em topografia mitro-aórtica. A ressonância magnética cerebral não evidenciou sinais de esclerose tuberosa. **Comentários Finais:** A ausência de sintomas, os achados de imagem e a dificuldade de acesso para biópsia sustentam a conduta expectante, com rabdomioma como principal hipótese diagnóstica. O caso reforça o papel da ecocardiografia seriada na monitorização de massas cardíacas fetais, permitindo conduta expectante segura em casos selecionados.



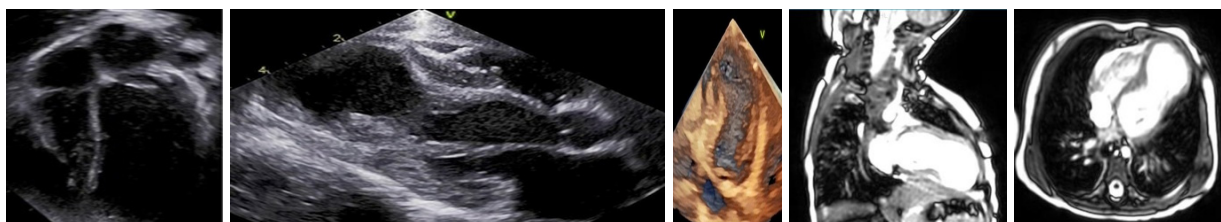
1117086

RELATO DE CASO DE ANEURISMA EM VENTRÍCULO ESQUERDO EM CRIANÇA DE 1 ANO

AUTOR(ES): EMANUELLA LINHARES DE ALMEIDA BEZERRA¹; VANESSA ROMEIRO DE ARAÚJO CAMPOS¹; LUCIANA MORANDI DE OLIVEIRA¹; VANESSA AUGUSTO CANUTO NUNES¹; MARIANA DE OLIVEIRA NUNES¹;

(1) INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA - IDPC - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Masculino, 1 ano e 4 meses, previamente hígido, apresentou gengivostomatite por vírus Epstein Barr (EBV). Realizado ecocardiograma com diagnóstico de miopericardite por derrame pericárdico importante, sendo optado por drenagem cirúrgica. Evoluiu com piora clínica e aumento do proBNP. Novo ecocardiograma evidenciou aneurisma no ápice do ventrículo esquerdo (VE) associado a trombo intracavitário. Recebeu milrinone, IgG (2g/kg), aciclovir e enoxaparina. Encaminhado ao nosso serviço, sendo confirmado aneurisma da porção apical do VE medindo 27x29mm pelo ecocardiograma transtorácico. Todo o ápice era acinético e os segmentos médio-basais de todas as paredes apresentavam boa contratilidade. O "strain" global longitudinal do ventrículo esquerdo era reduzido (- 4,5%). Na ressonância magnética foi observado aneurisma acometendo 30% do volume total do VE, trombo intracavitário medindo 13x3mm, hipocinesia de todo o ápex, discinesia da parede inferior, com fração de ejeção (FEVE) estimada em 47%. Paciente submetido a aneurismectomia do ventrículo esquerdo, tromboectomia e reconstrução geométrica do VE com "patch" de pericárdio bovino, com boa evolução pós cirúrgica. Houve queda progressiva do pró BNP e atualmente encontra-se em acompanhamento ambulatorial, com função sistólica ventricular esquerda preservada. **Discussão:** a isquemia miocárdica é a principal causa do aneurisma de ventrículo esquerdo, que pode evoluir com insuficiência cardíaca e trombose, sendo estes importantes fatores a serem considerados para a decisão terapêutica. O caso apresenta uma etiologia não isquêmica do aneurisma de ventrículo esquerdo. O ecocardiograma apresenta alta sensibilidade e especificidade para o diagnóstico, porém a ressonância magnética é padrão-ouro principalmente na diferenciação entre aneurisma verdadeiro e pseudoaneurisma. Embora a FEVE não tenha sido comprometida de forma significativa, o "strain" reduzido demonstra o impacto negativo do aneurisma na mecânica global do coração. **Comentários finais:** Descrevemos uma criança que desenvolveu miopericardite devido a infecção por EBV, evoluindo com aneurisma apical do ventrículo esquerdo (VE) pós drenagem pericárdica, com diagnóstico realizado pelo ecocardiograma transtorácico e detalhado pela ressonância magnética. Um caso raro na população pediátrica, com boa evolução após tratamento cirúrgico.



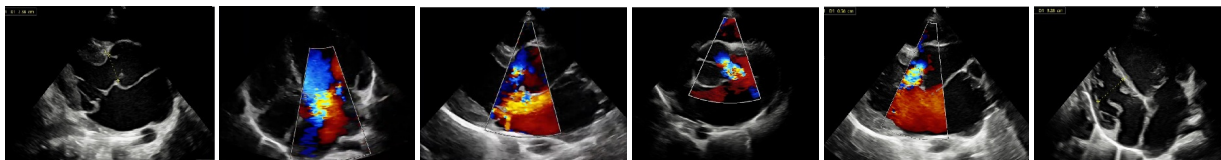
1117054

SÍNDROME DE MARFAN NEONATAL COM COMPROMETIMENTO CARDÍACO GRAVE: UM RELATO DE CASO

AUTOR(ES): JÉSSICA DE CÂSSIA DOS SANTOS PELOS¹; INGRID APARECIDA MESQUITA LIMA¹; LARISSA FABIANA COSTA MATHEUS¹; KIMBERLY MARIA BENTES VIANA¹; MARIANA ALMEIDA PEREIRA¹; MAHER MAHMUD KARIM¹; ARTHUR ANTUNES SILVA CASTRO¹; GUILHERME SILVA MENDES GAI¹; VÍCTOR MANUEL OPORTO LOPEZ¹; CELIA MARIA CAMELO SILVA¹;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

INTRODUÇÃO: A síndrome de Marfan é uma doença do tecido conjuntivo com envolvimento cardíaco, ocular e muscular, causada pela mutação do gene autossômico dominante da fibrina 1 (FBN1). As malformações cardíacas, como dilatação aórtica, dissecção aórtica e prolapso valva mitral são descritas como as principais causas de morte por Insuficiência Cardíaca Congestiva. **RELATO DE CASO:** MMP, 4 anos, natural de São Paulo, sem intercorrências durante a gestação e nascimento. Identificado ainda na maternidade fenótipos síndrômicos compatíveis com Marfan neonatal, sendo encaminhado para seguimento no ambulatório de Cardiologia Pediátrica do Hospital São Paulo, devido sopro cardíaco e má formação torácica, em acompanhamento regular, com uso de betabloqueador, inibidor da enzima conversora da angiotensina e diurético de alça. Paciente apresenta fâcies típicas, distrofismo, desproporção dos membros em relação ao tronco, escoliose importante, pectus carinatum, sopro holossistólico 5+/6+ mais audível em borda esternal esquerda baixa, com presença de ictus cordis visível e palpável, sinal do polegar e do punho positivos, pé plano, alteração em ângulo do calcâneo. Evidenciado em exame ecocardiográfico dilatação moderada das cavidades esquerdas, prolapso da valva mitral com refluxo moderado, seio de valsalva medindo 39,6mm Z score (ZS) +7,49 e aorta ascendente proximal medindo 21mm ZS +7,49, regurgitação aórtica mínima. AngioTomografia Raiz em ZS +6,3, Junção sinotubular ZS +2,84, Ascendente ZS +0,78, Arco médio ZS -0,32, Descendente ZS +0,56, Transição aorta toracoabdominal ZS +1,15. **DISCUSSÃO:** A síndrome de Marfan é uma doença genética rara do tecido conjuntivo, atingindo 1 entre 3000 a 5000 indivíduos, abrangendo diferentes fenótipos clínicos, sendo a forma neonatal a mais severa, devido a acometimento severo de múltiplos órgãos, com alta morbimortalidade. As malformações cardíacas, principalmente da aorta e valva mitral, estão entre as principais causas de morte nestes pacientes. **CONCLUSÃO:** O acometimento cardíaco na síndrome de Marfan é uma das principais causas de morte, principalmente no fenótipo neonatal. Dessa forma, a identificação precoce de sinais e sintomas de Insuficiência Cardíaca Congestiva é imprescindível para melhorar a qualidade de vida e sobrevida desses pacientes, que também podem se beneficiar de correção cirúrgica das alterações cardíacas.



1115218

SÍNDROME DE TURNER E VALVA AÓRTICA MONOCÚSPIDE: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): KELTON DANTAS PEREIRA¹; THIAGO GABRIEL FREIRE¹; RICARDO LUIZ DE MEDEIROS LIMA¹; LUCIANA WALTER ROSADO DE SÁ¹; CARLA SUELY SOUZA DE PAULA¹; RAIMUNDO FRANCISCO DE AMORIM JÚNIOR¹; DIOGO LUIZ DE MAGALHÃES FERRAZ¹; MATHEUS CAVALCANTE BEZERRA¹; ANA KARENINA CARVALHO DE SOUZA¹; YAGO ABRANTES CAVALCANTE¹;

(1) HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - NATAL - RN - BRASIL;

Apresentação do caso: EEN, 23 anos, portadora de síndrome de Turner (ST), e diagnóstico de estenose aórtica (EAO) importante (2017), indicada correção cirúrgica, perdendo seguimento. Apresentou quadro de dor torácica e foi levada a um pronto socorro local. Ecocardiograma transtorácico (ECO TT) na admissão mostrou aneurisma de aorta (AA) 7,7 cm com dissecção, sendo então referenciada para o serviço de Cardiologia do Hospital Universitário Onofre Lopes. Novo ECO TT realizado no serviço evidenciou AA (7,8 cm) com sinais de dissecção de aorta ascendente (estendendo-se à origem da carótida comum esquerda - ACCE), valva aórtica bicúspide com EAO importante (gradiente sistólico máximo - 149 mmHg e médio - 95 mmHg, DVI 0,14, vel. máxima 610 cm/s e área valvar de 0,43 cm²), coarctação da aorta (gradiente sistólico 57 mmHg) e persistência do canal arterial (PCA) - 7 mm. Durante internação, foi submetida à cirurgia com aposição de prótese mecânica aórtica e implante de tubo valvado, reimplante de coronária esquerda, sendo constatada dissecção de artéria coronária direita, cujo óstio fora suturado e realizado implante de ponte de safena para o vaso. Realizada também correção da dissecção que envolvia a ACCE com debranching dos ramos supra-aórticos e anastomose do enxerto de dácron da ACCE no tronco braquiocéfálico, além de correção da coarctação da aorta e fechamento do PCA; a análise da peça cirúrgica in vivo evidenciou um achado raro: valva aórtica monocúspide. Evoluiu com derrame pericárdico importante (1100 ml), sem sinais de tamponamento. ECO TT realizado no pós operatório evidenciou prótese mecânica com implantação e mobilidade normais e ausência de gradiente transvalvar significativo (área valvar estimada em 1,3 cm² e gradientes sistólicos máximo - 20 mmHg e médio - 10 mmHg). Após drenagem pericárdica, iniciou anticoagulante e teve alta com razão normativa internacional em faixa terapêutica. **Discussão:** A ST é caracterizada pela monossomia completa ou parcial do cromossomo X e afeta 1:2500 mulheres. Pode apresentar alterações na formação da válvula aórtica como aneurisma e dissecção, coarctação e mudança na quantificação das cúspides. **Comentários finais:** as alterações a nível da valva aórtica - sendo a monocúspide mais rara e de difícil diagnóstico, constitui o objetivo deste relato. Abordagem precoce desde o diagnóstico traz benefícios a longo prazo, visando à correção das malformações e aumento de sobrevida.



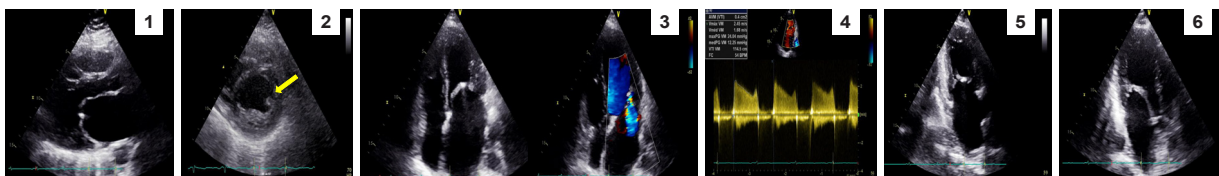
1116809

VALVA MITRAL EM PARAQUEDAS DIAGNOSTICADA EM PACIENTE ADULTA: UM ACHADO INCIDENTAL DE UMA ANOMALIA CONGÊNITA RARA

AUTOR(ES): JAQUELINE AMARA DELPINO¹; ANTONIO RAFAEL HOLANDA CAVALCANTE¹; JÚLIA ASSIS PIRES¹; ANDRESSA ANDRADE HILGEMBERG¹; GABRIELLA TOMAZ RICCARDI¹; MARIA BEATRIZ NÓBREGA EBERLIN¹; TÚLIO MARCOS COIMBRA¹; WILSON MATHIAS JUNIOR¹; CECÍLIA BEATRIZ BITTENCOURT VIANA CRUZ¹; JULIANA BARBOSA SOBRAL ALVES¹;

(1) INCOR - INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Mulher de 40 anos, previamente hígida, foi internada para tratamento de pneumonia adquirida na comunidade. Durante a avaliação clínica, identificou-se sopro em foco mitral, até então não documentado. Foi realizado ecocardiograma transtorácico o qual evidenciou estenose mitral importante, motivando encaminhamento para investigação complementar. No ecocardiograma realizado em nosso centro, observou-se espessamento das cúspides mitrais, redução da mobilidade e cordoalhas tendíneas convergindo para uma única estrutura compatível com músculo papilar único, achado compatível com valva mitral em paraquedas. A paciente não apresentava sintomas cardiovasculares prévios nem antecedentes sugestivos de febre reumática, configurando um diagnóstico incidental de uma anomalia congênita rara. **Discussão:** A valva mitral em paraquedas é uma malformação congênita rara, caracterizada pela inserção de todas as cordoalhas tendíneas em um único músculo papilar, limitando a mobilidade das cúspides mitrais e levando frequentemente à estenose mitral. Apesar de sua origem congênita, essa condição pode permanecer assintomática até a vida adulta, sendo diagnosticada incidentalmente durante investigação de sopros ou outros quadros clínicos. O ecocardiograma transtorácico, especialmente em pacientes com boa janela acústica, pode identificar sinais indiretos e diretos dessa anomalia, como o padrão de cordoalhas fundidas e a alteração na geometria do aparelho subvalvar. Em adultos, é fundamental diferenciá-la de estenose mitral de origem reumática. O reconhecimento correto evita intervenções inadequadas, visto que quando a morfologia valvar é desfavorável, pode ser necessário recorrer à substituição valvar. **Comentários Finais:** Este caso ilustra a importância do exame físico minucioso mesmo fora do contexto cardiológico, uma vez que a identificação do sopro levou ao diagnóstico de uma anomalia congênita rara com implicações terapêuticas importantes. A valva mitral em paraquedas deve ser considerada no diagnóstico diferencial de estenose mitral em pacientes jovens, especialmente na ausência de história de febre reumática. O ecocardiograma transtorácico, quando bem realizado, pode ser suficiente para levantar fortemente essa hipótese diagnóstica e direcionar o manejo apropriado, incluindo o planejamento cirúrgico. **Figura 1** – Ecocardiograma transtorácico, janela paraesternal eixo longo. Imagem evidencia a valva mitral em paraquedas, anomalia congênita rara. **Figura 2** – Ecocardiograma transtorácico, janela paraesternal eixo curto. A seta evidencia o músculo papilar único (anterolateral) com convergência das cordas tendíneas. **Figura 3** – Ecocardiograma transtorácico, janela apical 4 câmaras. A imagem acima evidencia a valva mitral em paraquedas caracterizada pela inserção dos músculos papilares em um único ponto, resultando em aparência de cordas tendíneas convergentes. À esquerda, imagem com doppler colorido evidenciando refluxo mitral discreto. **Figura 4** – Ecocardiograma transtorácico com doppler contínuo através da valva mitral. Registra o aumento dos gradientes transvalvares mitrais, compatíveis com estenose mitral. **Figura 5** – Ecocardiograma transtorácico, janela apical duas câmaras. Observa-se morfologia de valva mitral em paraquedas. **Figura 6** – Ecocardiograma transtorácico, janela apical três câmaras. Não identificado músculo papilar pósteromedial, levando a morfologia de valva mitral em paraquedas.



1116454

VALVA MITRAL EM PARAQUEDAS: RELATO DE CASO E ABORDAGEM CLÍNICA DE UMA ANOMALIA RARA

AUTOR(ES): LUIZ FELIPE BUTIGNOLI CAETANO¹; MIGUEL TAKAO YAMAWAKI MURATA¹; LUCAS BOCKMANN GALVÃO SILVA¹; AMANDA GUIMARÃES DE SOUZA¹; ARTHUR ANTUNES SILVA CASTRO¹; PALOMA FARINA DE LIMA¹; GUSTAVO ADOLFO KURIYAMA MASSARI¹; GEISA MARIA BANDEIRA SANTOS¹; CLAUDIO HENRIQUE FISCHER¹; VALDIR AMBRÓSIO MOISES¹;

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP) - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Mulher de 14 anos operada de correção de defeito do septo atrioventricular e estenose valvar pulmonar aos 3 anos de idade. Em atendimento relatou dispneia aos grandes esforços, sem outros sintomas associados. Ausculta de sopro sistólico em borda esternal esquerda. O ecocardiograma transtorácico mostrou valva mitral com cordas tendíneas de ambos os folhetos conectadas a um único músculo papilar ântero-lateral (valva mitral em paraquedas) e refluxo leve, sem gradiente diastólico significativo. Paciente segue em acompanhamento clínico sem modificação dos sintomas. **Discussão:** A valva mitral em sua anatomia habitual possui dois folhetos (anterior e posterior) conectados aos músculos papilares anterolateral e posteromedial. Alterações de sua morfologia ocorrem em 0,4% das cardiopatias congênitas, sendo uma delas a valva mitral em paraquedas ocorrendo em cerca de 0.17% dos casos. Nesta doença as cordas tendíneas estão ligadas a apenas um músculo papilar podendo se apresentar espessado, repuxando os folhetos e gerando aspecto de paraquedas. **Comentários Finais:** A valva mitral em paraquedas (VMP) pode fazer parte de um conjunto de outras malformações cardíacas em cerca de 95% dos casos como Complexo de Shone (associada a anel supravalvar mitral, estenose subaórtica e coarctação de aorta), estenose aórtica (32%); hipoplasia do ventrículo esquerdo (19%) e defeitos do septo interatrial (54%), como encontrado no relato de caso descrito. Com o ecocardiograma foi possível identificar três anormalidades: valva mitral em paraquedas, defeito do septo atrioventricular e estenose pulmonar, sendo os dois últimos já corrigidos. A curiosidade do caso foi a associação da valva mitral em paraquedas, defeito do septo atrioventricular e estenose pulmonar, mostrando presença da VMP não associada a Shone.



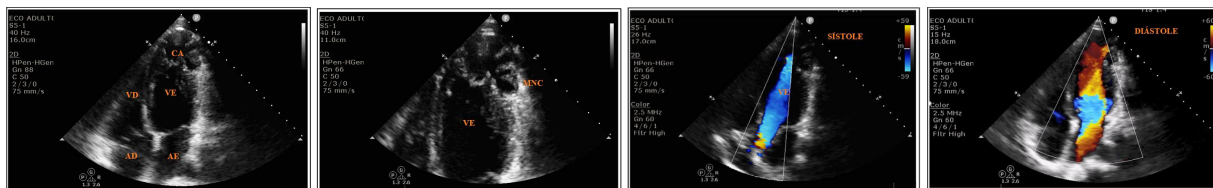
1116885

VENTRÍCULO ESQUERDO DUPLA-CÂMARA ASSOCIADO A MIOCÁRDIO NÃO COMPACTADO EM PACIENTE ADULTO COM EVOLUÇÃO ASSINTOMÁTICA

AUTOR(ES): ELUAN ALBUQUERQUE DE LIMA¹;

(1) HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS - DIVINÓPOLIS - MG - BRASIL;

APRESENTAÇÃO DO CASO: Paciente 26 anos, masculino, negro, sem comorbidades, sedentário, encaminhado para realização de ecocardiograma (ECO) devido a bradicardia sinusal identificada em eletrocardiograma. Paciente sem histórico de exame cardiológico anterior, à avaliação clínica não referia sintomas, sem limitações para atividades cotidianas. O ECO revelou: ventrículo esquerdo (VE) com dimensões e espessura normais. Presença de banda muscular na região apical comunicando a parede septal à parede anterolateral, dividindo a cavidade ventricular, a primeira câmara mais apical com trabeculações proeminentes sugerindo miocárdio não compactado, com hipoccontratibilidade associada e movimentação sincrônica sistólica com a segunda câmara, se comunicando através de uma conexão não restritiva. A segunda câmara (principal) apresentava morfologia e contratilidade preservada. A função sistólica estava preservada, com FEVE de 55% (Simpson). Como complementação propedéutica foi solicitado ressonância cardíaca (RC). A RC confirmou os achados ecocardiográficos, corroborando a presença de trabeculações proeminentes comprometendo a região do ápex ventricular e segmentos apicais das paredes anterior e antero-lateral, com relação não compactado/compactado maior que 2,3. Não observado áreas de captação na fase de realce tardio. Realizou ainda Holter 24 horas e Teste ergométrico, em condições técnicas adequadas, sem alterações observadas. **DISCUSSÃO:** Ventrículo esquerdo dupla câmara (VEDC) é uma condição congênita rara, caracterizada pela presença de duas cavidades ventriculares separadas por uma banda muscular ou um septo anômalo. O diagnóstico geralmente é feito de forma acidental na faixa pediátrica, sendo o ECO e a RC os exames mais utilizados para a detecção. Os principais diagnósticos diferenciais do VEDC são: os aneurismas e divertículos. Sua etiologia ainda não está clara, mas supõe-se que seja uma anomalia congênita não progressiva. A maioria dos pacientes são assintomáticos, com alguns poucos relatos na literatura de arritmias ventriculares significativas e de embolia. **CONCLUSÃO:** O VEDC é uma condição que deve ser considerada na presença de banda muscular ou septo anômalo dividindo a cavidade em duas. O ECO e a RM são os exames de eleição para o diagnóstico, a RM oferece uma melhor caracterização da divisão do ventrículo, bem como melhor detalhamento estrutural e funcional da câmara acessória, excluindo a presença de fibrose, confirmando o diagnóstico dessa condição.



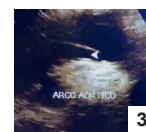
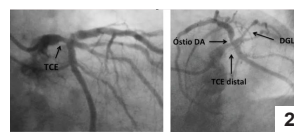
1114643

DISSECÇÃO AÓRTICA OCULTA EM ARCO AÓRTICO: UMA LIÇÃO SOBRE A NECESSIDADE DA JANELA SUPRAESTERNAL NO ECOCARDIOGRAMA DE URGÊNCIA

AUTOR(ES): PEDRO ANTONIO GALDEANO1; PATRÍCIA REGINA ALVES GALDEANO1; FERNANDA NOGUEIRA BUENO RODRIGUES ALVES1; GABRIEL ANTONIO STANISCI MIGUEL2;

(1) CLÍNICA GALDEANO - ANÁPOLIS - GO - BRASIL; (2) CLÍNICA CARDIO LIFE - ANÁPOLIS - GO - BRASIL;

Apresentação do Caso: W.T.S.G., 56 anos, natural e procedente de Anápolis, sexo feminino, portadora de obesidade grau III, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia. Procurou atendimento no Hospital Evangélico Goiano com dor torácica típica, em aperto, irradiando para o membro superior esquerdo. Foi submetida a eletrocardiograma que revelou supradesnivelamento do segmento ST em derivações inferiores, compatível com infarto agudo do miocárdio com supra de ST (Figura 1). A paciente foi prontamente encaminhada para cineangiogramia coronariográfica, que demonstrou lesão multiaxial grave, com indicação formal de cirurgia de revascularização miocárdica (CRM) em caráter de urgência (ver Figura 2). Avaliação Ecocardiográfica: Antes do procedimento cirúrgico, foi solicitada ecocardiografia transtorácica à beira-leito para avaliação da função ventricular global e segmentar. A paciente referia dor intensa em região femoral direita, compatível com hematoma femoral pós-cateterismo, dificultando sua mobilidade e impedindo o decúbito lateral. A janela subcostal estava prejudicada em razão da obesidade e a qualidade das janelas apicais e paraesternais era limitada. Contudo, a janela supraesternal permitiu a identificação de uma imagem compatível com lâmina de dissecção no arco aórtico, estendendo-se entre o tronco braquiocéfálico e a artéria subclávia esquerda (Figura 3). A paciente, naquele momento, não apresentava dor torácica, não havia insuficiência aórtica, e estava hemodinamicamente estável, mas com taquicardia e queixa de dispnéia. **Discussão:** A dissecção aórtica é uma emergência cardiovascular com alta mortalidade, especialmente nas primeiras horas. A classificação de Stanford distingue os casos que envolvem a aorta ascendente (Tipo A) daqueles que não envolvem (Tipo B). O caso descrito, por envolver o arco aórtico, seria considerado Tipo A, mesmo sem acometimento da raiz aórtica. A dissecção iatrogênica da aorta, embora rara, é uma complicação reconhecida de procedimentos invasivos, como o cateterismo cardíaco. Estudos relatam incidência entre 0,01% a 0,04% nos grandes registros internacionais. A origem da lesão geralmente envolve o avanço inadvertido do fio-guia ou do cateter, resultando em dano endotelial com formação de falsa luz. O arco aórtico é uma região menos comum para o início da dissecção iatrogênica — quando ocorre, pode ser silenciosa, especialmente em pacientes medicados com opióides, sedativos ou com comorbidades que mascaram os sintomas típicos. A ausência de insuficiência aórtica ou dor torácica ativa não exclui o diagnóstico, que pode ser incidentalmente identificado por exames de imagem, como foi o caso. A imagem obtida pela janela supraesternal foi decisiva para o diagnóstico e mudança imediata da conduta cirúrgica, permitindo o reparo da dissecção aórtica durante a CRM. Tal abordagem evitou a realização de angiogramia, que seria de difícil execução diante da instabilidade clínica e dor limitante. **Comentários finais:** Este caso ressalta a importância da avaliação ecocardiográfica transtorácica completa e criteriosa, inclusive em pacientes com acesso limitado e janela acústica comprometida. A janela supraesternal, frequentemente negligenciada na prática diária, pode revelar achados críticos, como a dissecção aórtica, com grande valor prognóstico e impacto direto na condução clínica. O ecocardiograma transtorácico à beira-leito, por ser não invasivo, acessível e de rápida execução, permanece essencial na avaliação de pacientes graves e pode ser determinante para o diagnóstico de condições letais, influenciando o desfecho cirúrgico e potencialmente salvando vidas. **Referências:** 1. Hiratzka LF, et al. 2010 ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM Guidelines for the Diagnosis and Management of Patients With Thoracic Aortic Disease. J Am Coll Cardiol. 2010;55(14):e27–e129. 2. Evangelista A, et al. Insights From the International Registry of Acute Aortic Dissection. J Am Coll Cardiol. 2006;48(10):2145–2152. 3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes Brasileiras para Valvopatias – SBC 2020. Disponível em: www.cardiol.br 4. Spittell PC, Spittell JA Jr. Aortic dissection: The 11th Harold L. Stewart lecture. Mayo Clin Proc. 1994;69(1):44–61. 5. Nienaber CA, Clough RE. Management of acute aortic dissection. Lancet. 2015;385(9970):800–811.



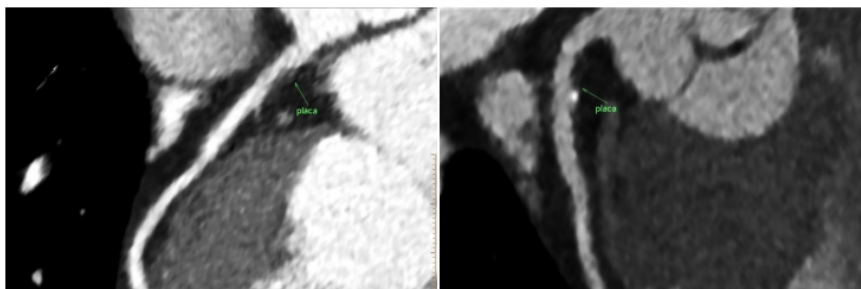
1116804

A ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA COMO FERRAMENTA DE RASTREIO E COMPARAÇÃO DE REDUÇÃO DE PLACA ATEROSCLERÓTICA: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): ANNA XIMENES ALVIM1; GESSYCA BOM RIBEIRO CUNHA1; LUCIANA DE OLIVEIRA FUMIAN BRASIL1; LIVIA CABRAL ROCHA1; MARCOS EMANUEL RODRIGUES1; LETICIA MURUCI RIBEIRO1; NERIO REIS CARNEIRO1; GABRIELE MARIA VIANA MARTINS1;

(1) HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAI - ITAPERUNA - RJ - BRASIL;

APRESENTAÇÃO DO CASO: Paciente do sexo masculino, 49 anos, sedentário, portador de obesidade grau II e dislipidemia, estressado, nega tabagismo, nega outras comorbidades, apresentou precordialgia atípica associado a piora da capacidade funcional com evolução em 30 dias. Em investigação ambulatorial com cardiologista, foi solicitado angiotomografia coronariana para rastreo onde foi evidenciado presença de placa não calcificada de remodelamento positivo, com obstrução de cerca de 40-50% em terço proximal da artéria descendente anterior. Posteriormente, o paciente foi orientado quanto a necessidade de realização de mudança de estilo de vida com prática de atividade física regular, acompanhamento nutricional, redução do estresse, bem como tratamento farmacológico com ezetimiba e rosuvastatina. Após, aproximadamente 16 meses da implementação do tratamento farmacológico e não farmacológico fora realizada nova angiotomografia coronariana de controle, observando redução significativa da placa, que passou a gerar obstrução 20-30%. **DISCUSSÃO:** Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) a doença cardíaca isquêmica constitui uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil sendo a doença aterosclerótica uma das principais responsáveis por esta doença, principalmente em pessoas acima dos 35 anos de idade. A aterosclerose é uma doença inflamatória crônica complexa descrita como acúmulo de lipídeos e remodelamento das paredes dos vasos, envolvendo vários tipos celulares e mediadores circundantes, gerando assim placas e obstruções ao fluxo sanguíneo que, se localizada em vasos coronarianos, podem levar a eventos de isquemia miocárdica. Existem fatores de risco que contribuem para a formação da aterosclerose, tais como: tabagismo, dislipidemia, estresse, sedentarismo, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, raça, história familiar, genética. Desses, alguns fatores são modificáveis, onde as mudanças nos hábitos de vida e farmacoterapia alvo são essenciais para estabilização da placa, podendo levar até mesmo a sua redução conforme relatado neste caso. **COMENTÁRIOS FINAIS:** Assim, por tratar-se de uma doença multifatorial, silenciosa, muitas vezes negligenciada e devido à complexidade do processo aterosclerótico, tanto a prevenção quanto o rastreo através de exames de imagem e tratamento são fundamentais no combate à esta doença, possibilitando não apenas a regressão da placa, mas também diminuindo o risco de eventos isquêmicos.



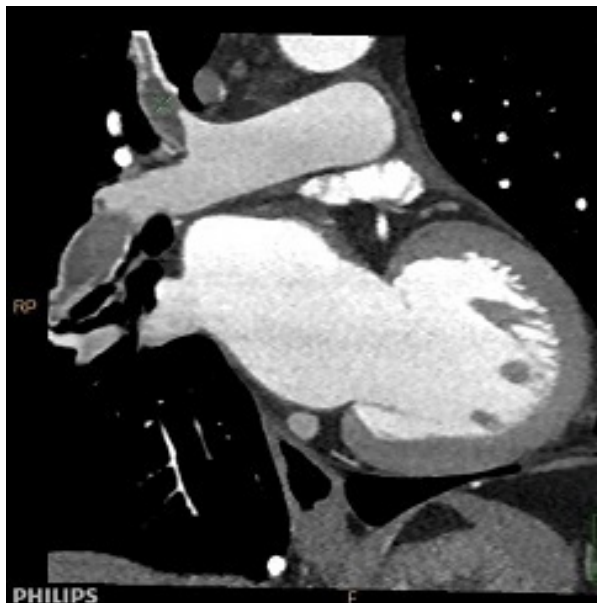
1116795

A ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA COMO FERRAMENTA DIAGNÓSTICA NO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): ANNA XIMENES ALVIM1; GESSYCA BOM RIBEIRO CUNHA1; LUCIANA DE OLIVEIRA FUMIAN BRASIL1; LIVIA CABRAL ROCHA1; MARCOS EMANUEL RODRIGUES1; LETICIA MURUCI RIBEIRO1; NERIO REIS CARNEIRO1; GABRIELE MARIA VIANA MARTINS1;

(1) HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAI - ITAPERUNA - RJ - BRASIL;

APRESENTAÇÃO DO CASO: Paciente do sexo masculino, 43 anos, sedentário, obesidade grau II, dislipidêmico, pré diabético, sem histórico de tabagismo, iniciou quadro de dispneia aos moderados esforços, associado a desconforto retroesternal com evolução em 10 dias, além de apresentar um episódio de síncope de, aproximadamente, cinco minutos de duração. Encaminhado de forma ambulatorial pelo cardiologista assistente para realização de angiotomografia coronariana onde foi evidenciada a presença de trombose pulmonar bilateral significativa, sendo então o paciente, imediatamente, orientado para internação hospitalar. Além disso, para estudo da etiologia, fora submetido a doppler venoso de membros inferiores sendo identificada trombose venosa profunda em membro inferior direito. Apesar da gravidade do tromboembolismo pulmonar (TEP), paciente manteve-se estável e sem critérios para fibrinólise, sendo instituído tratamento com anticoagulação. **DISCUSSÃO:** O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma importante causa de mortalidade entre as doenças cardiovasculares agudas, sendo imprescindível tanto o diagnóstico precoce quanto o tratamento adequado. Os sinais e sintomas do TEP em muitos dos casos são inespecíficos, onde a base para o diagnóstico é a probabilidade clínica para a doença, o que demanda complementar a investigação por meio de exames de imagens que norteiam o diagnóstico. Dentro os exames de imagens disponíveis, a angiotomografia de coronárias, por se tratar de um método menos invasivo em relação à arteriografia, e com maior especificidade/sensibilidade em relação à tomografia com contraste, permite uma melhor avaliação das artérias pulmonares, devido a projeção de imagens de alta resolução, submilimétricas e reconstrução em diferentes planos, permitindo uma análise mais detalhada dos vasos pulmonares, detectando falhas de enchimento luminal dos vasos, sendo este um achado fundamental para o diagnóstico. **COMENTÁRIOS FINAIS:** No caso em questão, como o paciente apresentou sintomas clínicos que pudessem também sugerir quadro anginoso, a angiotomografia de coronárias foi o exame de imagem complementar indicado, tendo como diagnóstico diferencial o tromboembolismo pulmonar. No contexto de paciente de baixo e intermediário risco cardiovascular, com quadro de dor torácica ou outros sintomas anginosos associados, a angiotomografia coronariana demonstra ser um método seguro e eficiente de investigação.



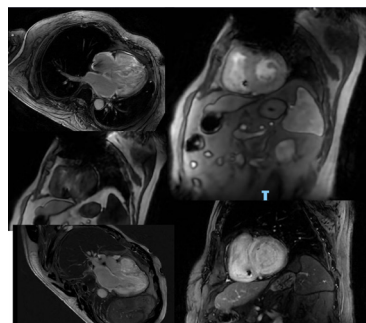
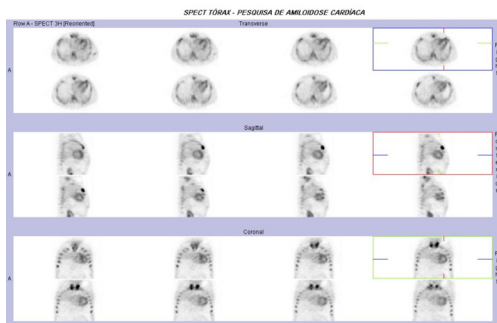
1116849

ABORDAGEM DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E SPECT-CT EM PACIENTE COM AMILOIDOSE ATTR E USO DE CDI

AUTOR(ES): ULYSSES RAZIA CAVALCANTI¹; HENRIQUE RESIN¹; CAMILA BEATRIZ FACHINI¹; ROBERTA MACHADO SCHULTZ¹; LUIZA S MANSUR²; MATEUS DE SÁ RÊGO LIMA DE ALMA²; PAULO ERNESTO LEÃES²;

(1) UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS - SÃO LEOPOLDO - RS - BRASIL; (2) HOSPITAL SÃO FRANCISCO - COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE PORTO ALEGRE - SÃO LEOPOLDO - RS - BRASIL;

APRESENTAÇÃO DO CASO: Paciente masculino, 71 anos, com múltiplos fatores de risco cardiovasculares (hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade), foi avaliado por sintomas de insuficiência cardíaca congestiva. Em 2023, ecocardiograma mostrou hipertrofia concêntrica ventricular esquerda com FEVE preservada (55%) e sobrecarga biventricular. Evoluiu com episódios de taquicardia ventricular monomórfica, sendo submetido à ablação e ao implante de CDI. Em maio de 2024, foi internado com piora funcional (NYHA II-III), queixando-se de dispnéia aos mínimos esforços e cansaço extremo. Teve-se melhora por otimização farmacológica. Durante investigação etiológica, a cintilografia miocárdica com pirofosfato e SPECT verificou aumento difuso da captação do radiotraçador no tecido cardíaco, com grau de intensidade maior do que aquela do tecido ósseo vizinho de Grau 3, com atividade relativa no coração com valor aproximado de 2,0 vezes aquela no tórax contra-lateral na imagem de 1 hora e de 1,9 vezes na imagem de 3 horas. Com sugestividade de depósito e amiloidose AL excluída por imunofixação e eletroforese, a ressonância magnética apresentou hipertrofia do VE, associada a realce tardio miocárdico difuso mais acentuado na região subendocárdica de ambos os ventrículos, achados que sugerem o diagnóstico de miocardiopatia de depósito. Ainda, leve aumento dos valores do mapa T1 nativo (máximo de 1068), também possivelmente relacionada a infiltração amiloide. Esses achados reforçaram a hipótese de miocardiopatia por depósito. O diagnóstico de amiloidose cardíaca do tipo ATTR selvagem foi confirmado, e iniciou-se o uso de Tafamidis Meglumina pós-alta. **DISCUSSÃO:** A amiloidose cardíaca ATTR selvagem é uma causa subdiagnosticada de miocardiopatia infiltrativa em idosos com ICfEp. Os métodos de imagem, como RMC e cintilografia com PYP + SPECT são essenciais para a suspeição e diferenciação etiológica. **COMENTÁRIOS FINAIS:** Este caso reforça o papel central da imagem cardiovascular, em especial a RM e o SPECT no diagnóstico da amiloidose TTR e destaca o impacto clínico na abordagem mediada pela imagiologia.



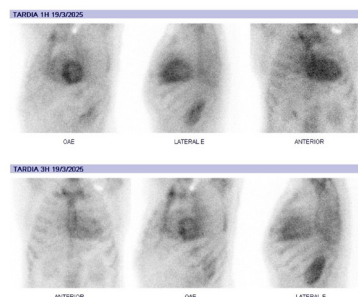
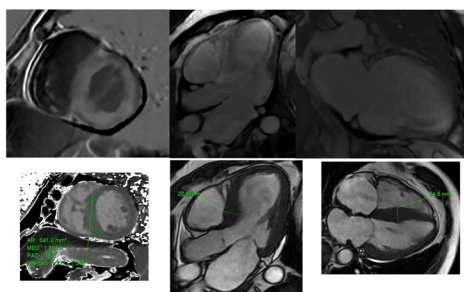
1116843

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM NA AMILOIDOSE CARDÍACA: O PAPEL DECISIVO DA RMC E DA CINTILOGRAFIA PYP

AUTOR(ES): ULYSSES ULYSSES CAVALCANTI¹; HENRIQUE RESIN¹; GABRIELA CARMINATI LINO¹; LUIZA S MANSUR²; MATEUS DE SÁ RÊGO LIMA DE ALMA²; LEONARDO BONOTTO²; PAULO ERNESTO LEÃES²;

(1) UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS - SÃO LEOPOLDO - RS - BRASIL; (2) HOSPITAL SÃO FRANCISCO - COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE PORTO ALEGRE - PORTO ALEGRE - RS - BRASIL;

APRESENTAÇÃO DO CASO: Paciente masculino, 70 anos, foi internado em nosso serviço por descompensação aguda de insuficiência cardíaca, em classe funcional NYHA III. Tinha histórico de taquicardia atrial macro-reentrante tratada com ablação, ablação do nó AV e fechamento de FOP em 2023, além de implante de CDI com ressincronizador. Entre as comorbidades, destacavam-se diabetes mellitus tipo 2 e fibrilação atrial permanente. Com melhora clínica após otimização terapêutica, iniciou-se investigação etiológica. A ressonância magnética cardíaca revelou miocardiopatia hipertrofica assimétrica não obstrutiva, padrão sugestivo de amiloidose e 39% de fibrose miocárdica, além de regurgitação tricúspide moderada e mitral discreta. Frente à suspeita de amiloidose, foi realizada cintilografia miocárdica e biópsia de gordura abdominal, confirmando o diagnóstico de amiloidose cardíaca do tipo TTR. Com autorização judicial, foi iniciada terapia com Tafamidis. **DISCUSSÃO:** A amiloidose TTR é uma causa emergente de miocardiopatia infiltrativa em idosos, frequentemente subdiagnosticada. O presente caso ilustra a importância da ressonância magnética cardíaca no reconhecimento do padrão de infiltração amiloide e do grau de fibrose, além da cintilografia com pirofosfato (PYP) como método complementar fundamental, especialmente útil na diferenciação entre formas AL e ATTR. Após oito meses de uso de Tafamidis, o paciente apresentou excelente melhora clínica, e os exames de imagem foram repetidos. A nova cintilografia demonstrou manutenção do padrão grau 3, com captação cardíaca difusamente aumentada, sobretudo no septo, e razão coração/tórax de 1,54 na imagem de 1 hora e 1,37 na imagem de 3 horas — achados similares aos da admissão. A ressonância apresentou hipertrofia do VE, associada a realce tardio miocárdico difuso mais acentuado na região subendocárdica de ambos os ventrículos, achados que sugerem o diagnóstico de miocardiopatia de depósito. Leve aumento dos valores do mapa T1 nativo (máximo de 1068), também possivelmente relacionada a infiltração amiloide. **COMENTÁRIOS FINAIS:** Este relato destaca a relevância dos métodos de imagem na investigação e acompanhamento da amiloidose cardíaca. A combinação entre RMC e cintilografia foi crucial para o diagnóstico e decisão terapêutica.



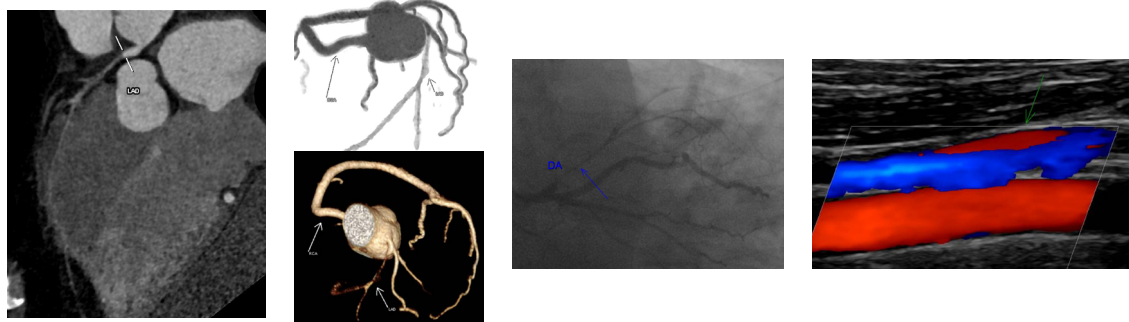
1116488

DISSECÇÃO ESPONTÂNEA DAS ARTÉRIAS CORONÁRIA E CARÓTIDAS: RELATO DE CASO

AUTOR(ES): LHUANNA MÁRIA BARBOSA TEIXEIRA¹; JULIANA BRENANDE OLIVEIRA BRITO¹; MARIANA CHAMMA¹; ANA PAULA TONIELLO CARDOSO¹; ROBERTA VALÉRIO A NAVES¹; KEVIN RAFAEL PAULA MORALES¹; CINTIA ACOSTA MELO¹;

(1) BENEFICÊNCIA PORTUGUESA - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente masculino, 47 anos, hipertenso, deu entrada no pronto-socorro com parestesia súbita em dimídio direito e pico hipertensivo (PA: 220/120 mmHg). Ausculta cardíaca sem alterações. Suspeita inicial de síndrome coronariana aguda. Angiotomografia coronariana revelou DA com calibre reduzido, irregularidade parietal e baixa opacificação no terço proximal, sugerindo dissecção. Coronarografia confirmou obstrução de 100% nesse segmento. USG Doppler de carótidas mostrou fina lâmina de dissecção na carótida comum esquerda, sem repercussão hemodinâmica. Evoluiu estável, assintomático e sem déficits neurológicos adicionais. Recebeu alta com seguimento ambulatorial. **Discussão:** A dissecção espontânea de artéria coronária (DEAC) é uma causa rara, porém reconhecida, de SCA, frequentemente subdiagnosticada, especialmente fora do perfil típico de mulheres jovens sem fatores de risco clássicos. No entanto, casos em homens, embora menos prevalentes, estão associados a fatores como hipertensão arterial, esforço físico intenso ou arteriopatias subjacentes. A DEAC é definida como uma separação não traumática e não iatrogênica das camadas da parede arterial coronariana, resultando em formação de hematoma intramural ou flap intimal que comprime o lúmen verdadeiro e pode causar isquemia miocárdica. Em imagens, pode se manifestar como estreitamento difuso, falhas de enchimento ou oclusões coronarianas. A abordagem terapêutica depende do estado clínico do paciente e da anatomia coronariana. Em pacientes hemodinamicamente estáveis, sem isquemia recorrente, o tratamento conservador é preferido devido ao risco aumentado de complicações com intervenções invasivas. O caso descrito, com oclusão proximal de DA, mas estabilidade clínica, foi conduzido com vigilância e seguimento ambulatorial. **Comentários Finais:** Este caso reforça a importância de incluir a DEAC no diagnóstico diferencial da SCA, mesmo em homens hipertensos, especialmente na ausência de doença aterosclerótica evidente. A imagem cardiovascular é fundamental para o diagnóstico preciso. Devido à possibilidade de recorrência e associação com outras arteriopatias como displasia fibromuscular, recomenda-se seguimento contínuo e orientação quanto aos sintomas de recorrência.



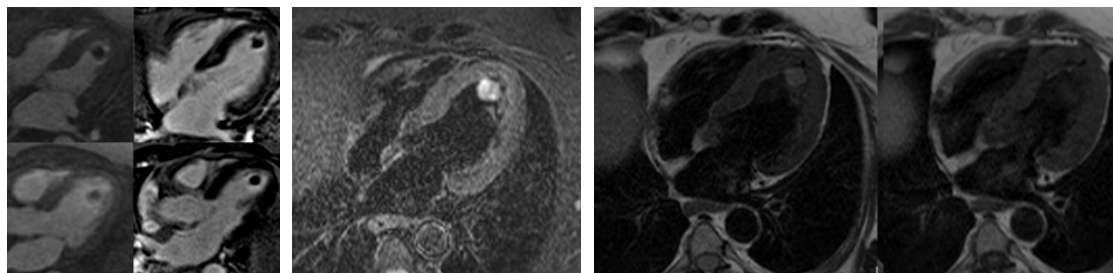
1117019

FIBROELASTOMA PAPILÍFERO: A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CARDÍACA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DOS TUMORES INTRACARDÍACOS

AUTOR(ES): CAMILA BERGONSI FARIAS¹; GUILHERME HENRIQUE MULLER¹; XIMENA ALEJANDRA CELI LOAIZA¹; EDUARDO PORTO SANTOS¹; ANNA CAROLINA FLORES MARIATH¹; MATHEUS ERIAN CASAGRANDE¹; DÂNISA SMILJANIC CARRIJO¹; GUILHERME SALIBA COUTO¹; VICTORIA BIZZI SCHVARTZMAN²; PAULO ROBERTO SCHVARTZMAN¹;

(1) HOSPITAL MOINHOS DE VENTO - PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; (2) HOSPITAL SÃO LUCAS - PUCRS - PORTO ALEGRE - RS - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente feminina, 56 anos, hipertensa, com história prévia de acidente vascular cerebral isquêmico (AVC). Iniciou investigação por queixa de cansaço para atividades moderadas, sem outros sintomas. Realizado ecocardiograma evidenciando a presença de massa móvel pedunculada no ápice do ventrículo esquerdo (VE), medindo 1,9 x 1,8 cm. Realizada ressonância magnética cardíaca (RMC) que observou a presença de massa pedunculada, com grande mobilidade, junto ao ápice do VE (1,7 cm x 1,8 cm x 1,5 cm), sem penetração pelo contraste durante a perfusão (Figura 1). Nas sequências adquiridas de Turbo Spin-Echo (TSE) ponderadas em T2 e STIR o tumor demonstrou hipersinal, e isossinal na sequência ponderada em T1 (Figura 2). Não houve presença de realce tardio na massa, e a avaliação morfológica e funcional do VE estava dentro da normalidade (FE 60%). A paciente realizou ressecção cirúrgica do tumor intracardíaco, evidenciando na análise anátomo-patológica o diagnóstico de fibroelastoma papilífero do VE. **Discussão:** Os tumores cardíacos primários são raros e com prevalência estimada de 0,0017% a 0,19%. Os fibroelastomas representam 8% desses tumores, sendo pequenos, de característica benigna, com crescimento lento e sem vascularização. Embora não tenha dados suficientes sobre sua exata prevalência, o avanço nos métodos de imagem tem contribuído para um aumento na detecção e diagnóstico desses tumores. A localização mais frequente é nas valvas cardíacas e o seu local de incidência mais comum não valvular é o VE. Usualmente, os pacientes são assintomáticos e o tumor é identificado como achado incidental. Apesar da natureza benigna, o fibroelastoma pode estar associado a um elevado risco de complicações sistêmicas como AVC, infarto agudo do miocárdio e síncope. Nas imagens de ressonância magnética cardíaca, o tumor pode apresentar isossinal nas imagens ponderadas em T1 e T2 e, geralmente, não há penetração de contraste na perfusão e ausência de realce tardio. O tratamento definitivo nos casos sintomáticos ou com complicações sistêmicas consiste na excisão cirúrgica. **Comentários finais:** Sendo assim, a ressonância magnética cardíaca desempenha relevante papel na avaliação e no diagnóstico diferencial entre os diversos tipos de tumores intracardíacos, como no caso supracitado. O método, sobretudo, tem papel fundamental no planejamento terapêutico de casos desafiadores, colaborando para a prevenção de complicações sistêmicas que agregam alta morbimortalidade.



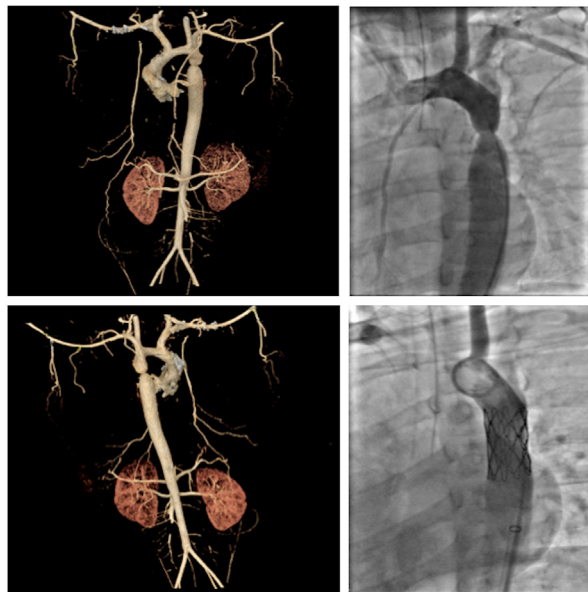
1116774

IMPLANTE DE STENT EM COARTAÇÃO E RECOARTAÇÃO DA AORTA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO COM SÉRIE DE CASO

AUTOR(ES): JOANA ARLDT MELLO COBUCCI1; YOHANNA BAIÃO BRITO PEREIRA1; MARIANA POVOA-CORREA1; NATALIA ANTELO MACHADO OLIVEIRA1; NICOLLE NERY LEÃO1; VICTOR HUGO OLIVEIRA1; MARITZA XAVIER ANZANELLO1; RENATA MATTOS SILVA1; ADRIANA MANCINTYRE INNOCENZI1;

(1) INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA - RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL;

INTRODUÇÃO: As alternativas para tratamento da coartação de aorta (CoA) incluem intervenção percutânea com angioplastia e implante de stent, cirurgia convencional para casos complexos e angioplastia com balão. A intervenção percutânea com implante de stent é a modalidade preferencial em adolescentes, adultos e pacientes pós-cirúrgicos com anatomia favorável e gradiente ≥ 20 mmHg, devido à sua alta taxa de sucesso, baixa mortalidade e resultados satisfatórios a médio e longo prazo. **OBJETIVO** Descrever uma série de casos de pacientes com CoA nativa e recoartação (ReCoA) pós-cirúrgica submetidos a aortoplastia com implante de stent, avaliando a eficácia do procedimento em ambas as populações. **MÉTODOS** Entre setembro de 2024 e abril de 2025, 12 pacientes com coartação da aorta (CoA) no segmento istmico foram submetidos a cateterismo intervencionista. Esta coorte incluiu sete pacientes com CoA nativa e cinco com ReCoA. A média de idade foi $14 \pm 6,6$ anos, com 33% do sexo feminino e superfície corporal média de $1,4 \pm 0,45$ m². Nove pacientes foram submetidos a angiogramografia pré-procedimento, cujo escore Z médio de aorta foi de $-2,71 (\pm 1,56)$ e nove pacientes foram submetidos a aortoplastia com colocação de stent. **RESULTADOS:** Nos pacientes submetidos à angioplastia da aorta com implante de stent, o gradiente médio na região istmica no pré-procedimento foi de $28,8 \pm 5,3$ mmHg. Observou-se uma redução estatisticamente significativa após o procedimento, com uma diminuição média de 28,5% ($\pm 13\%$) nos valores pressóricos. Não foi observada diferença significativa na taxa de sucesso entre pacientes com CoA nativa e aqueles com ReCoA. Três pacientes que apresentavam gradiente médio inferior a 20 mmHg não foram submetidos à intervenção. Todos os procedimentos ocorreram sem intercorrências, e os pacientes receberam alta hospitalar em bom estado clínico 48 horas após o cateterismo. **CONCLUSÃO:** Os resultados reforçam que a aortoplastia com implante de stent é uma estratégia segura e eficaz tanto para tratamento da CoA nativa quanto para ReCoA em pacientes pediátricos. Observou-se redução significativa do gradiente pressórico no pós-procedimento, associada à ausência de complicações e alta hospitalar precoce. A elevada taxa de sucesso técnico e a baixa morbimortalidade estão diretamente relacionadas à criteriosa seleção dos casos, destacando-se a importância da angiogramografia como ferramenta essencial para avaliação anatômica prévia e planejamento do procedimento.



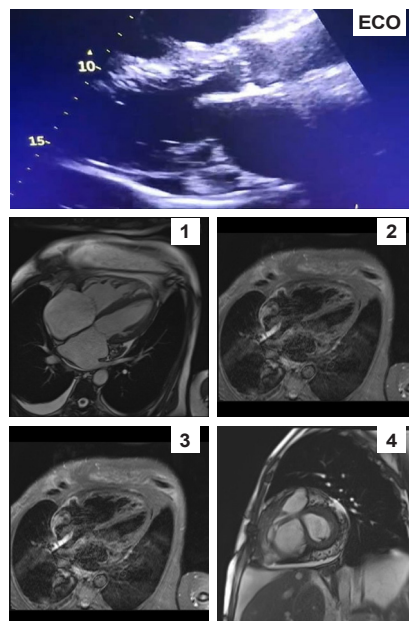
1117010

LIPOMATOSE EPICÁRDICA ACENTUADA: O PAPEL DA IMAGEM MULTIMODAL COMO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO NÃO INVASIVO

AUTOR(ES): THAIZ RUBERTI SCHMAL1; MICHEL IBRAHIM BRITO1; MARINA COSTA LOPES1; PAULA ARRUDA CARVALHO1; MARCELLE CRISTINA SILVA BASTOS VASCONCELOS1; ANA GABRIELA MENEZES DE JESUS TORRES1;

(1) HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - EBSEHR - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL;

A lipomatose epicárdica é caracterizada pelo acúmulo anormal de tecido adiposo no epicárdio e seu diagnóstico diferencial com derrame, massas e trombos pelo ecocardiograma pode ser desafiador. Seu impacto clínico varia, sendo geralmente assintomático. Porém, paciente pode apresentar manifestações de efeito de massa. Paciente do sexo masculino, 62 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, fibrilação atrial, obesidade, cirrose hepática, doença renal crônica e ex-tabagista. Admitido em unidade hospitalar apresentando dispnéia de etiologia a esclarecer. Realizado ecocardiograma transtorácico que evidenciou a presença de discreto derrame pericárdico e massa hipoeocogênica aderida ao epicárdio, sem sinais de comprometimento hemodinâmico. Ainda foi observada imagem móvel na raiz da aorta relacionada à válvula não coronariana da valva aórtica, sem prejuízo à função valvar. Para melhor elucidação diagnóstica, paciente foi submetido a ressonância magnética cardíaca, que demonstrou pericárdio fino, derrame pericárdico leve e lipomatose epicárdica acentuada. Além disso, imagem sugestiva de fibroelastoma na face aórtica do folheto valvar aórtico não coronariano. A lipomatose epicárdica é frequentemente um achado incidental, mas quando acentuada pode estar associada a disfunção cardíaca. As comorbidades presentes no paciente, como obesidade, diabetes e doença cardiovascular, são fatores de risco conhecidos para o aumento do tecido adiposo epicárdico. O diagnóstico é realizado inicialmente pelo ecocardiograma, porém a ressonância cardíaca é uma ferramenta em casos onde há dúvida diagnóstica, com melhor caracterização tecidual e diferenciação entre massas cardíacas e alterações pericárdicas. A ausência de repercussão hemodinâmica e elucidação da imagem valvar permitiu conduta clínica conservadora. A lipomatose epicárdica, embora rara e geralmente benigna, pode simular massas cardíacas e se associar à manifestações clínicas restritivas. O caso reforça a importância do diagnóstico diferencial por métodos de imagem, como ecocardiograma, tomografia e ressonância magnética, evitando condutas invasivas desnecessárias.



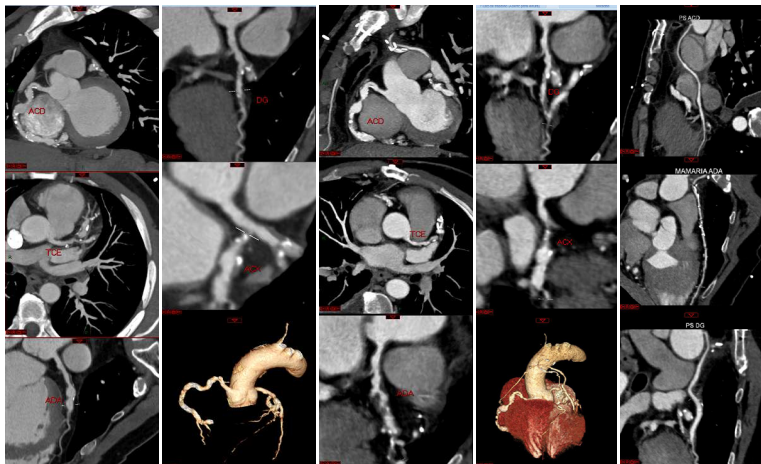
1117020

MÚLTIPLOS ANEURISMAS CORONÁRIOS EM PACIENTE COM SUSPEITA DE DOENÇA DE KAWASAKI

AUTOR(ES): XIMENA ALEJANDRA CELI LOAIZA1; GUILHERME HENRIQUE MULLER1; CAMILA BERGONSI FARIAS1; MATHEUS ERIAN CASAGRANDE1; GUILHERME SALIBA COUTO1; DÂNISA SMILJANIC CARRIJO1; VICTORIA BIZZI SCHVARTZMAN2; PAULO ROBERTO SCHVARTZMAN1;

(1) HOSPITAL MOINHOS DE VENTO - PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; (2) HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC - PORTO ALEGRE - RS - BRASIL;

APRESENTAÇÃO DO CASO: Homem, 42 anos, tabagista, etilista, sedentário e com história familiar de doença arterial coronária, admitido na emergência por IAMSSST e encaminhado para cineangiogramia coronariográfica (CAT) evidenciando cardiopatia isquêmica multiarterial e aneurismas coronários. Posteriormente realizada angiotomografia das artérias coronárias, observando-se aneurismas fusiformes gigantes comprometendo difusamente a artéria coronária direita (ACD) (10 x 9 mm) e segmento proximal do ramo posterolateral (10 x 7 mm), artéria descendente anterior (ADA) (10 x 11 mm) e artéria circunflexa (ACX) (9 x 10 mm). Além disso, presença de trombos no interior dos aneurismas, ocasionando estenose luminal significativa e presença de placas calcificadas de grau leve nas artérias coronárias. Figura 1 e 2. Ecocardiograma: FEVE 47%, acinesia do segmento médio das paredes anterolateral, inferolateral e anterior e do látero-apical. Realizada cirurgia de revascularização miocárdica com ponte mamária - ADA, safena - ACX, safena - diagonal, com boa evolução e alta hospitalar em 6 dias. Figuras 3, 4, 5. Após 10 meses, realizou controle angiográfico evidenciando pontes pervias, contudo progressão nas lesões das artérias coronárias sem mudanças significativas nos diâmetros dos aneurismas das artérias coronárias (AAC). **Discussão:** A doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite aguda da infância, de origem desconhecida e a principal causa de cardiopatia adquirida em crianças em países desenvolvidos. Sua complicação mais grave são os AAC, presentes em aproximadamente 25% dos casos não tratados e em 4% após tratamento com imunoglobulina. Embora a DK afete principalmente crianças, as sequelas cardíacas podem se manifestar na vida adulta, como o caso descrito, previamente assintomático. Apesar do CAT ser o padrão ouro no diagnóstico, a angiotomografia coronariográfica é útil para avaliar AAC distais e complicações como trombose e calcificação. Pacientes com AAC requerem acompanhamento cardíaco por toda a vida. **Comentários Finais:** Os AAC são uma complicação tardia da DK com apresentações clínicas diversas, desde o paciente assintomático até síndrome coronária aguda ou morte súbita, por tanto, a suspeita clínica deve ser considerada. Apesar dos diversos estudos diagnósticos, a angiotomografia coronariográfica é um método não invasivo que permite avaliar adequadamente as lesões. O tratamento é controverso e deve ser planejado de forma individual, especialmente na presença de aneurismas gigantes.



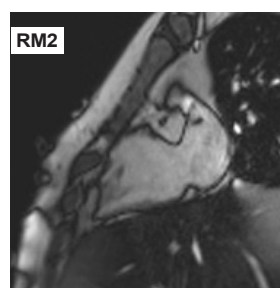
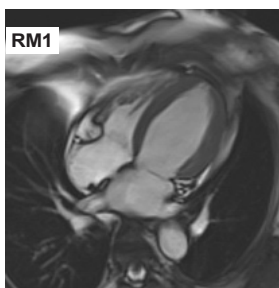
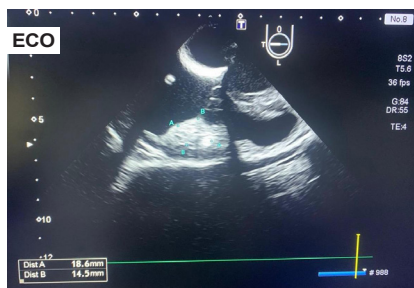
1116926

PSEUDOABSCESSO PERIANULAR TRICÚSPIDE PERSISTENTE AVALIADO POR IMAGEM MULTIMODAL APÓS ENDOCARDITE INFECCIOSA: RELATO EM PACIENTE JOVEM IMUNOSSUPRIMIDA

AUTOR(ES): THAIZ RUBERTI SCHMAL1; MICHEL IBRAHIM BRITO1; MARINA COSTA LOPES1; PAULA ARRUDA CARVALHO1; LETÍCIA HELOÍSA SILVA VICENTE1; ANA GABRIELA MENEZES JESUS TORRES1; MARCELLE CRISTINA SILVA BASTOS VASCONCELOS1;

(1) HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - EBSEHR - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL;

Complicações estruturais da endocardite infecciosa como abscessos paravalvares podem ocorrer. A valva tricúspide é envolvida com menor frequência. Em cenários clínicos atípicos, a imagem multimodal (ecocardiografia e ressonância magnética cardíaca) pode ser decisiva para diferenciar processos infecciosos reais de variantes anatômicas. Mulher jovem, 26 anos, com histórico de anemia aplásica grave, submetida à transplante alogênico de medula óssea. Durante internação prolongada, desenvolveu endocardite infecciosa associada à cateter venoso central, com isolamento de *Staphylococcus hominis*. O ecocardiograma transtorácico inicial demonstrou vegetações em valva tricúspide e imagem hipocogênica perivalvar sugestiva de abscesso perivalvar. Após antibioticoterapia dirigida houve resolução clínica, com melhora dos parâmetros laboratoriais e desaparecimento das vegetações. Porém a imagem sugestiva de abscesso adjacente à valva tricúspide persistia, levantando a hipótese de abscesso organizado crônico. Diante da discordância entre melhora clínica/laboratorial e persistência do achado imagiológico, a paciente foi submetida à ressonância magnética cardíaca. O exame revelou recesso atrioventricular direito acentuado, preenchido por gordura epicárdica, sem realce pelo contraste e sem sinais de inflamação ativa, caracterizando uma variação anatômica benigna e descartando abscesso. A distinção entre abscesso paravalvar infeccioso e recesso anatômico com hipertrofia lipomatosa pode ser desafiadora, especialmente no contexto de imunossupressão e histórico recente de endocardite. O recesso atrioventricular direito é uma estrutura anatômica normal mas quando acentuado pode simular cavidades patológicas no ecocardiograma, gerando suspeita de abscesso. A ressonância magnética cardíaca foi uma ferramenta importante ao caracterizar o tecido adiposo, preservação da morfologia valvar e ausência de sinais inflamatórios, definindo a conduta médica. Variações anatômicas como recessos atrioventriculares acentuados com acúmulo de gordura epicárdica podem mimetizar abscessos paravalvares, especialmente no contexto de valvopatias infecciosas prévias. O caso reforça o papel central da imagem cardiovascular multimodal na diferenciação entre patologia real e pseudolesão, com impacto direto na conduta clínica. A integração entre clínica, ecocardiografia e ressonância é fundamental na prática da cardiologia moderna, especialmente em pacientes com apresentações atípicas.



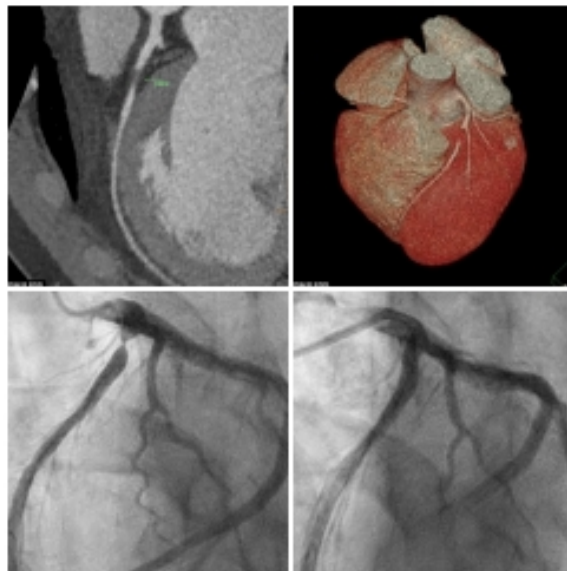
1116806

RELATO DE CASO: ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA COMO MÉTODO NÃO INVASIVO NA IDENTIFICAÇÃO DE IMPORTANTE PLACA OBSTRUTIVA EM PACIENTE DE 36 ANOS

AUTOR(ES): ANNA XIMENES ALVIM1; GESSYCA BOM RIBEIRO CUNHA1; LUCIANA DE OLIVEIRA FUMIAN BRASIL1; LIVIA CABRAL ROCHA1; MARCOS EMANUEL RODRIGUES1; NERIO REIS CARNEIRO1; GABRIELE MARIA VIANA MARTINS1; LETICIA MURUCI RIBEIRO1; MONIQUE BANDOLI FRANCA PEREIRA1;

(1) HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAI - ITAPERUNA - RJ - BRASIL;

Apresentação do Caso: Paciente A. F. F. masculino, 36 anos, portador de obesidade grau II, sem outras comorbidades conhecidas ou fatores de risco para doença coronariana. Apresentou quadro de precordialgia típica com evolução de 3 semanas, associada a esforço físico, sem outros sintomas. Em avaliação ambulatorial, realizou angiotomografia coronariana que determinou lesão obstrutiva significativa (>95%) no terço proximal (óstio) da artéria coronária descendente anterior (ACDA). Submetido a cineangiogramografia, que confirmou lesão de 99% redução luminal em 1/3 proximal de ACDA, sendo realizado angioplastia coronariana com implante de 01 stent Promus. **Discussão:** A doença coronariana, nos últimos anos, tem apresentado aumento importante em adultos jovens (abaixo de 45 anos), apesar do avanço em estratégias que buscam melhor manejo e prevenção da aterosclerose. São múltiplos os fatores de risco para que contribuam, para a doença coronariana, tais como: diabetes mellitus, tabagismo, dislipidemia. A avaliação precoce dos pacientes com maior risco cardiovascular pode ser feita por meio de métodos de imagem não invasivos, no entanto, existem limitações quanto a sensibilidade. Em relação aos métodos não invasivos a angiotomografia de coronárias com escore de cálcio exibe uma ótima acurácia em identificar e excluir lesões obstrutivas, o que auxilia na conduta clínica e norteia a investigação por meio de outros exames complementares. **Comentários finais:** Assim, a angiotomografia coronariana permite uma avaliação detalhada da anatomia coronariana e no grupo de paciente jovens com alto risco cardiovascular apresenta-se de forma satisfatória na investigação de lesão coronarianas. No caso em questão a angiotomografia coronariana permitiu identificação da lesão obstrutiva significativa (>95%) em região importante (óstio de ACDA) e posteriormente tratamento da lesão por meio da angioplastia coronariana.



1116761

SUPERANDO AS LIMITAÇÕES DO ECOCARDIOGRAMA: O PAPEL DAS MODALIDADES DE IMAGEM AVANÇADA NO DIAGNÓSTICO DE CÍA TIPO SEIO VENOSO SUPERIOR - UM RELATO DE CASO

AUTOR(ES): MARIELE FACCIN MONTAGNER1; MILENA BANCER GABE1; JULIANA ARAÚJO REZENDE1; FERNANDA SERRATTE WARLET1; LIVIA DA ROSA PAULETTO1; CAROLINA SANDER REISER1;

(1) SANTA CASA DE PORTO ALEGRE - PORTO ALEGRE - RS - BRASIL;

Apresentação do caso: Menino, 12 anos, interna para investigação de ritmo cardíaco irregular. Apresentava extrassístoles ventriculares (ESV) frequentes com morfologia de origem na via de saída do ventrículo direito (VD) e densidade de 13% em Holter de 24 horas. Ecocardiograma transtorácico demonstrava aumento de cavidades cardíacas direitas e ausência de anormalidade estrutural (exame com janela acústica limitada devido pectus excavatum). Suspeitado de displasia arritmogênica do VD e transferido para investigação complementar. Não apresentava alterações eletrocardiográficas características, histórico de taquicardia ventricular ou história familiar positiva. Ressonância magnética cardíaca demonstrou ausência de áreas de fibrose, aumento de cavidades direitas, tronco e ramos pulmonares e possível alteração de drenagem pulmonar, levantando a hipótese de cardiopatia congênita de hiperfluxo pulmonar. Complementou avaliação com angiotomografia de tórax que diagnosticou comunicação interatrial tipo seio venoso superior com drenagem venosa anômala pulmonar parcial com uma veia pulmonar direita drenando na veia cava superior. Realizada cirurgia cardíaca para correção total com sucesso e sem lesões residuais. Teve alta hospitalar no quinto dia de pós-operatório com melhora subjetiva das ESV. **Discussão:** O ecocardiograma transtorácico é modalidade de imagem adequada para identificar defeitos do septo interatrial. No entanto, condições físicas como anormalidades torácicas, escoliose e obesidade podem comprometer a qualidade da imagem, principalmente a avaliação através da janela subcostal, fundamental para adequada visualização do septo interatrial. A ressonância magnética pode ser útil em pacientes com achados ecocardiográficos inconclusivos, e foi a modalidade escolhida considerando a necessidade de investigar cardiomiopatia arritmogênica. Porém, a presença de ESV frequentes dificultou a aquisição de imagens, gerando artefatos que não permitiram estabelecer o diagnóstico, embora a suspeita de anormalidade estrutural tenha sido levantada. Nesse caso, somente através da angiotomografia de tórax foi possível o diagnóstico definitivo. **Comentários finais:** A angiotomografia é ferramenta de imagem avançada cada vez mais utilizada no diagnóstico de cardiopatias congênitas, especialmente quando o ecocardiograma é tecnicamente limitado. No caso apresentado, foi essencial para o diagnóstico preciso e condução do tratamento, resultando em desfecho favorável.



1117078

USO DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CARDÍACA SEM GADOLÍNIO PARA O PLANEJAMENTO DO IMPLANTE PERCUTÂNEO DE VÁLVULA AÓRTICA (TAVI)

AUTOR(ES): ADNA KEYNE LIMA1; JORGE ANDION TORREÃO2; JOANA BITTENCOURT1; ANDRÉ NEVES1; LUIZ FERNANDO PINHO1;

(1) HOSPITAL SANTA IZABEL - SÃO PAULO - SP - BRASIL; (2) HOSPITAL SANTA IZABEL, INCOR - SÃO PAULO - SP - BRASIL;

INTRODUÇÃO: O implante transcater de válvula aórtica (TAVI) transformou o tratamento da estenose aórtica grave em pacientes com elevado risco cirúrgico e tem sido uma alternativa segura e cada vez mais utilizada com influência direta na redução de morbidade e mortalidade comparado ao tratamento conservador (1, 2). Para o planejamento pré-procedimento a angiotomografia com sincronização eletrocardiográfica assumiu um papel central. Realiza-se a análise da anatomia do anel aórtico, da aorta e das artérias ilíacas e femorais, prevenindo incompatibilidade entre o paciente e a prótese e permitindo a determinação de uma via de acesso vascular adequada (3, 4). No entanto para pacientes com contraindicações ao uso de contraste iodado, principalmente pacientes com função renal severamente comprometida, alternativas seguras e eficazes são necessárias. A ressonância magnética é um método não invasivo, livre de radiação ionizante e usa como meio de contraste o gadolínio. O gadolínio nas formulações usadas em ressonância é quimicamente ligado a um agente quelante e não gera nefrotoxicidade como ocorre com o contraste iodado. Para pacientes com insuficiência renal grave (TFG<30ml/min/1,73m²) existe um risco pequeno, mas sério, de uma condição chamada fibrose sistêmica nefrogênica (5). Para esses pacientes podemos realizar a ressonância sem uso de meio de contraste. **OBJETIVO:** Relatar três casos clínicos nos quais a RMC sem gadolínio foi utilizada com sucesso para o planejamento anatômico e vascular do TAVI em pacientes com contraindicação ao uso de contraste iodado ou gadolínio. **MÉTODOS:** Foram realizadas ressonância do coração em 3 pacientes com estenose aórtica grave sintomática e disfunção renal. Realizadas imagens localizatórias, axial varredura do tórax (b-SSFP), função do ventrículo esquerdo eixo longo duas câmaras, quatro câmaras, três câmaras e eixo curto (b-SSFP), medidas da base da aorta utilizando a técnica de 3D Whole Heart com sincronização respiratória pela técnica de "navigator". Técnica de Time of Flight-MRA sem contraste para avaliação dos acessos periféricos sem contraste. **CONCLUSÃO:** A experiência com estes três casos reforça a ideia de que, quando adequadamente implementada, a RMC sem gadolínio pode substituir a TC com segurança no planejamento do TAVI, mantendo acurácia anatômica e desfechos clínicos equivalentes. Nossos três casos ilustram bem essa viabilidade clínica prática, reforçando a importância de familiarizar os centros com protocolos otimizados de RMC.