



S U M Á R I O

**Opinião**

**HÁ EVIDÊNCIAS QUE JUSTIFIQUEM A ADOÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA INVASIVA PRECOZE NAS SÍNDROMES ISQUÊMICAS AGUDAS SEM SUPRADESNIVELAMENTO DO ST ?** 8

Antônio Sérgio Cordeiro da Rocha, Paulo Roberto Dutra da Silva

**Artigos originais**

**EXTRA-SÍSTOLES VENTRICULARES COMPLEXAS E A PRESERVAÇÃO DA ATIVIDADE PARASSIMPÁTICA NA CARDIOPATIA CHAGÁSICA CRÔNICA** 10  
Ademir B. Cunha, Delma M. Cunha, Roberto C. Pedrosa Daniel A. Kopiler, Roberto M.da Silva Sá

**INFLUÊNCIA DO DIABETES MELLITUS NA MORBIMORTALIDADE HOSPITALAR DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO** 18  
Marco Antonio de Mattos, Daniele Gusmão Toledo, Carlos Eduardo de Mattos, Marcelo Heitor Vieira Assad, Gilson Almeida, Rafael Abtibol, Diego Nery Benevides Gadelha, Bráulio dos Santos, Bernardo Rangel Tura

**ANÁLISE DA ATIVAÇÃO VENTRICULAR UTILIZANDO O MAPEAMENTO DA FUNÇÃO DE COERÊNCIA ESPECTRAL QUADRÁTICA** 21  
P. R. B. Barbosa, L.C. Bernardino Jr, J. Barbosa-Filho, I. Cordovil, J. Nadal

**DILATAÇÃO ESTÁTICA POR VIA PERCUTÂNEA NAS LESÕES OBSTRUTIVAS GRAVES DO CORAÇÃO ESQUERDO** 25  
Marco Aurélio Santos. Vitor Manuel Pereira Azevedo.

**ANGINA INSTÁVEL x ANGINA ESTÁVEL - RESULTADOS IMEDIATOS E TARDIOS APÓS IMPLANTE DE STENT CORONÁRIO** 30  
Paulo Sergio de Oliveira, Marta Labrunie, Waldir Malheiros, Leonardo Duarte, Norival Romão, Sergio Leandro, André Pessanha, Marcelo Lemos, Marcio Macri, Maria da Conceição Alves, Rodrigo Guerreiro, Fabio Mota.

**Artigos de Revisão**

**NECESSIDADES DE CIRURGIA CARDÍACA** 34  
Regina Maria Aquino Xavier

**SÍNDROME CORONÁRIA ISQUÊMICA AGUDA INJÚRIA MIOCÁRDICA, INFLAMAÇÃO E ATIVIDADE PRÓ- TROMBÓTICA** 44  
Cynthia K Magalhães, José Geraldo C Amino

**A APLICABILIDADE DA ECOCARDIOGRAFIA SOB ESTRESSE NA DOENÇA VALVAR E SUA UTILIDADE PRÁTICA** 48  
Ana Cristina Camarozano, Luis Henrique Weitzel

**CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA E PERVIDEIDADE DOS EXERTOS** 53  
Felipe José Monassa Pittella

**A JUNÇÃO ATRIOVENTRICULAR - UMA ESTRUTURA MULTIFUNCIONAL** 58  
Roberto Luiz M. da Silva Sá, Márcio L.A Fagundes, Fernando E. dos S.Cruz .F.º, Angela C. B. Valverde, Luiz H. Loyola, Raphael Zeratti M. da Silva, Rafael L. Fagundes, Thiago do S. da Silva Sá, Maria Elisa E. Matiello, e Vinícius M. Rodrigues

**CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO MIOCÁRDICA NA INVESTIGAÇÃO DE ISQUEMIA, SEM RECORRER AO ESTRESSE** 60  
Dr Berdj A. Meguerian

**AS BASES DO CONHECIMENTO CARDIOVASCULAR ANATOMIA CARDÍACA - PARTE 2 IDENTIFICAÇÃO DAS CAVIDADES CARDÍACAS NORMAIS** 62  
Adriana Innocenzi, Viviane Brito, Raquel Pulstnik, Ana Helena J L Dorigo, Fabio Bergman, Walter Peixoto, Paulo Renato Travancas, Renata M Bernardes, Érika Moura e Luiz Carlos Simões.

**FATORES PSICOSSOCIAIS DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIO VASCULARES** 72  
Mauricio Lougon

**Relato de Caso**

**Em foco: Cardiopatias Congênitas**

**“ANEURISMA DO SEIO DE VALSALVA” INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA LARANJEIRAS -** 75  
José Oscar R. Brito, Helena Martino, Darteson Gutierrez, Marco A. Cunha, Cesar Nascimento, Vitor Salles, Rita Villela

**DRENAGEM VENOSA SISTÊMICA ANÔMALA AO ATRIO ESQUERDO – UM RARO DIAGNÓSTICO** 79  
Luiz Carlos Simões, Adriana Innocenzi, Paulo Renato Travancas, Erika Moura, Viviane Brito, Raquel Pulstnik, Ana Helena J L Dorigo, Fabio Bergman, Walter Peixoto, Renata M Bernardes, Vitor Seixas.

**ANOMALIA DE ARTÉRIA CORONÁRIA** 81  
**Caso clínico da Unidade Cardio-Intensiva Clínica Divisão de Terapia Intensiva INCL**  
Cynthia K. Magalhães, Wagner de A.Alves, Fernanda Sampaio, Paulo S. Oliveira, Myriam S. P. Bueno, Rogério B. Chaves, Ari Medeiros, Clécio M.Gouvêa, Berdj A. Meguerian, Áureo C. Filho, Daniel Kasal, Luciana da R. Ferreira

**CARDIOPATIA CONGÊNITA MÚLTIPLA NA IDADE ADULTA - DESAFIO TERAPÊUTICO** 86  
Helena F. Martino, Áureo Carmo Filho, Hugo Pinto, Miriam Gaze, Yacy Nunes, Rita Villela.

**ANEURISMA ANULAR MITRO-AÓRTICO CONGÊNITO E/ OU ADQUIRIDO NA ERA DA ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA** 91  
Cesar A. S. Nascimento, José Oscar R. Brito, Helena F. Martino, Luciana da R. Ferreira, Flávio R. Gouvêa, Rita Villela, Navin C. Nanda, Odilon N. Barbosa, Luciano J. Belém, Luís H. Weitzel

**Metodologia Científica**

**NOÇÕES RELEVANTES PARA SE TER EM MENTE AO REDIGIR.** 111  
Mauricio Lougon

**História**

**NAS LEMBRANÇAS DA “TURMA DOS 30”, A HISTÓRIA DO INCL** 113  
Flávia Werlang

**Ponto de Vista**

**O INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA LARANJEIRAS E A MEMÓRIA DA MEDICINA BRASILEIRA** 116  
Marcio Arnaldo da Silva Gomes

**Capa**

**BRINCAR ENSINA A VIVER** 119  
**A Função da Atividade Lúdica na Criança Submetida a Procedimentos Invasivos**  
Lenira Akcelrud Finkel



---

Editorial Laranjeiras





Fig. 1 – Radiografia de tórax – Congestão pulmonar.



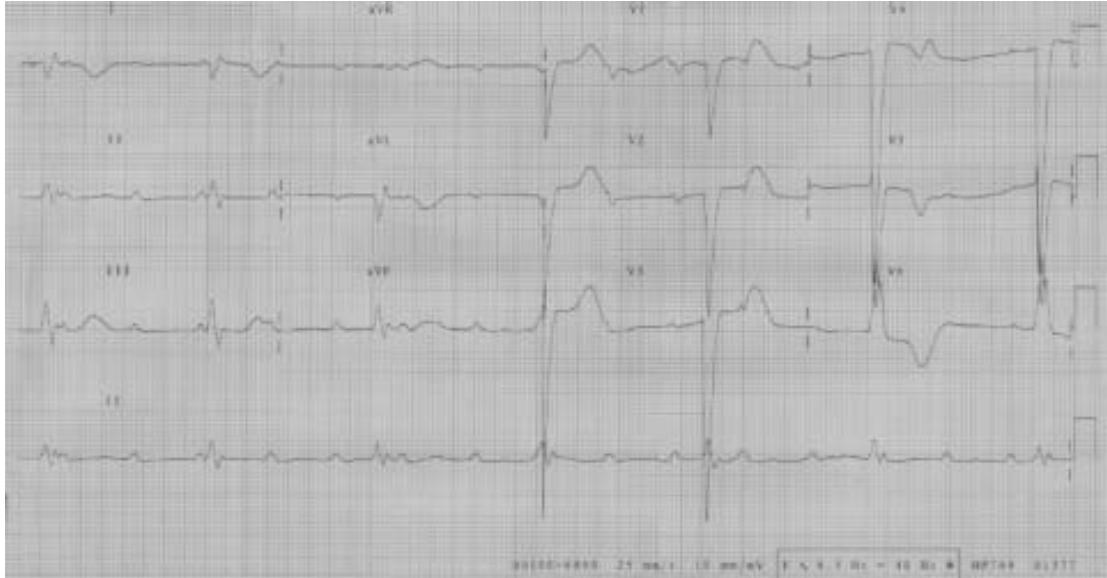


Fig. 2 – ECG de admissão com BAVT.

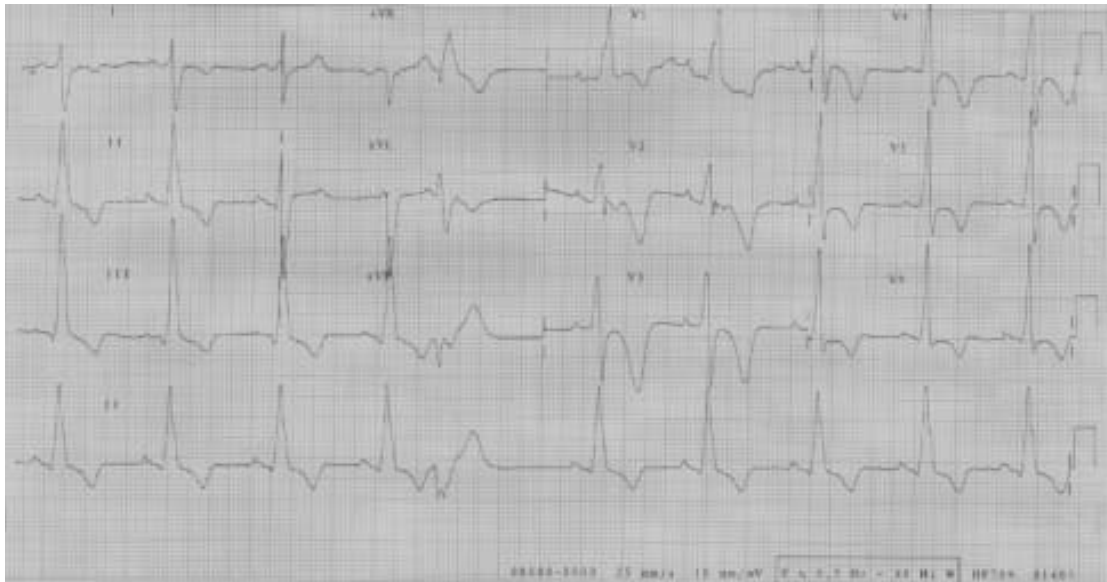


Fig. 3 – ECG: Marca-passo em demanda – Ritmo sinusal.

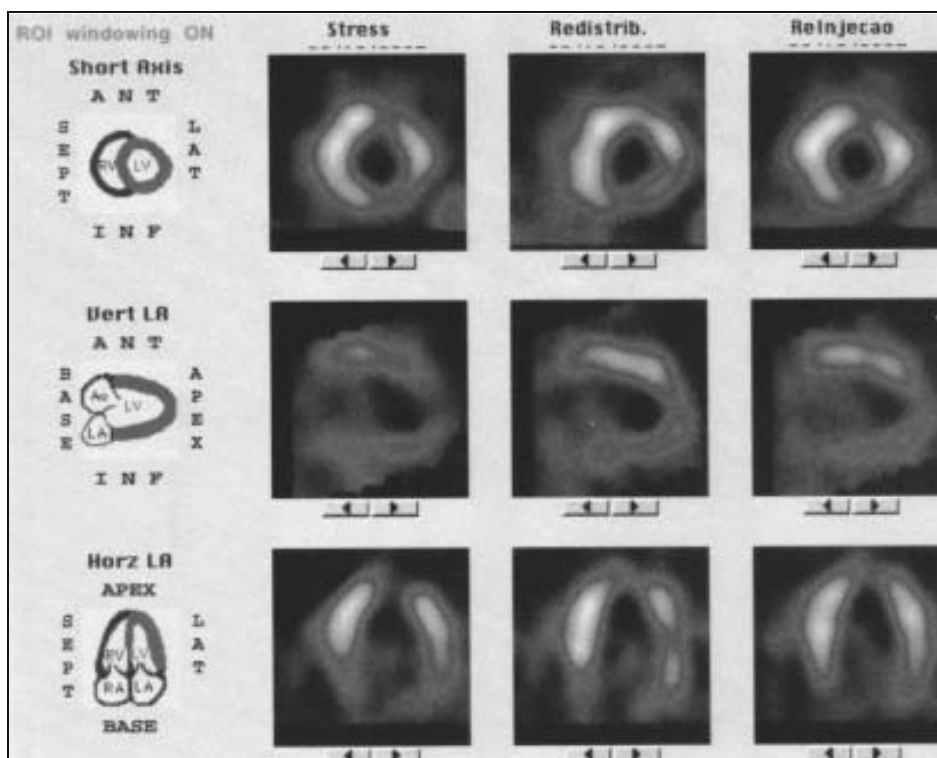


Fig. 4 – Cintilografia de Stress e Repouso: Isquemia em região antero-latero-apical e fibrose com isquemia em região infero-latero dorsal

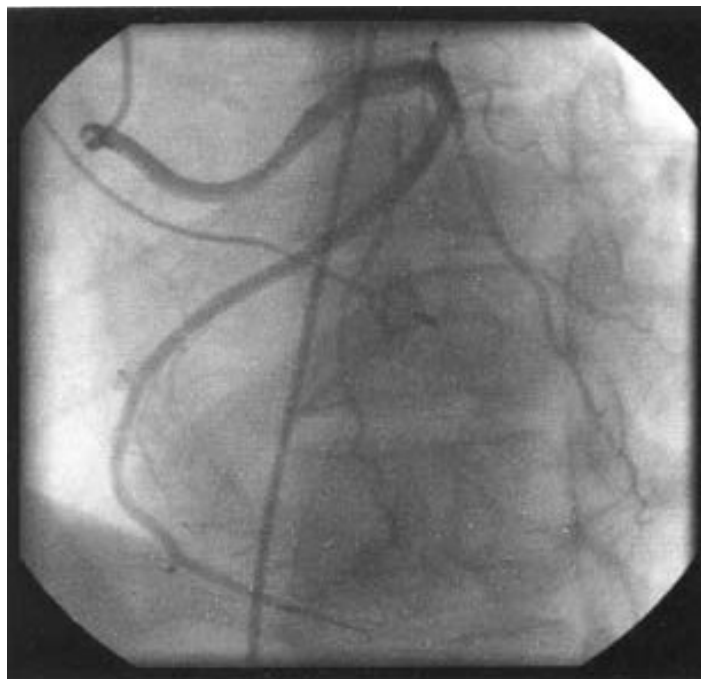


Fig. 5a – Cinenagiocoronariografia: Cx com origem no óstio de artéria coronária direita.

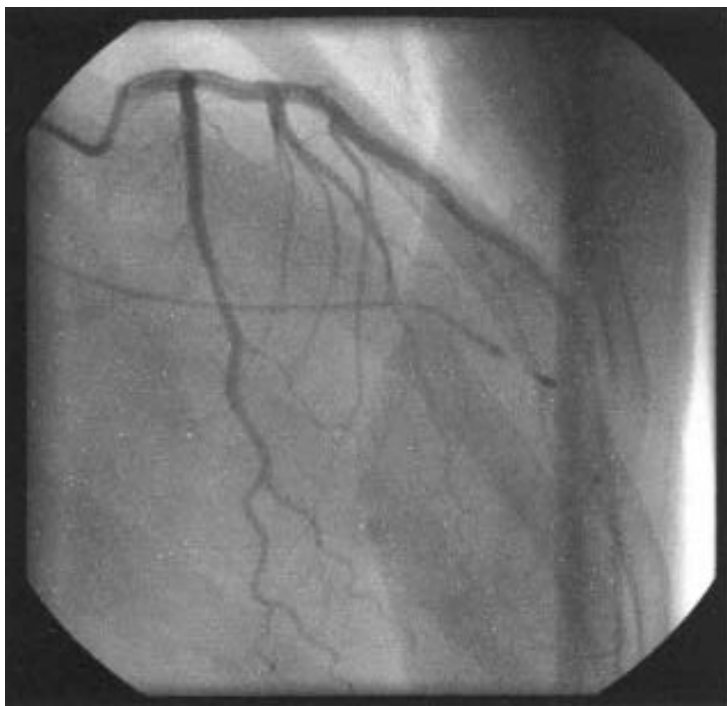


Fig. 5b – Cinenagiocoronariografia com artéria marginal esquerda importante.

Referências bibliográficas

1. Angeline P, Velasco JA, Flamm S. Coronary anomalies: incidence, pathophysiology, and clinical relevance. *Circulation* 2002; 105:2449-54.
2. Basso C, Maron BJ, Corrado D, Thiene G. Clinical profile of congenital coronary artery anomalies with origin from the wrong aortic sinus leading to sudden death in young competitive athletes. *J Am Coll Cardiol* 2000;35:1493-501.
3. Cheithin MD. Coronary anomalies as a cause of sudden death in the athlete. In: Estes NA III, Salem DN, Wang PJ, editors. *Sudden cardiac death in the athlete*. Armonk (NY): Futura; 1998. p.379-91.
4. Cooley DA, Ellis PR Jr. Surgical considerations of coronary arterial fistula. *Am J Cardiol* 1962;10:467-74.
5. Bloomfield P, Erchlich C, Folland ED, Bianco JA, Tow DE, Parisi AF. Anomalous right coronary artery; a surgically correctable cause of angina pectoris. *Am J Cardiol* 1983; 51:1235-7.

## Cardiopatia Congênita Múltipla na Idade Adulta Desafio Terapêutico Rio de Janeiro – RJ

Helena F. Martino\*, Áureo Carmo Filho\*\*, Hugo Pinto\*\*\*, Miriam Gaze\*\*\*\*, Yacy Nunes\*\*\*\*, Rita Villela\*\*\*\*.

### Resumo:

Neste artigo, os autores relatam o caso de um paciente adulto, que apresentava coarctação da aorta, estenose aórtica e comunicação interventricular. Incluem também uma breve revisão da literatura na discussão dos procedimentos terapêuticos intervencionistas.

Palavras-chave: cardiopatia congênita, coarctação da aorta, comunicação inter-ventricular.

### Abstract:

In this article, the authors report a case of an adult presenting: coarctation of the aorta, aortic valve stenosis and ventricular septal defect. A brief literature review is included in the discussion of hemodynamics and surgical procedures.

Key words: congenital heart disease, coarctation of the aorta, ventricular septal defect.

### Introdução:

Decidir em cardiopatia congênita é desafio cada vez mais freqüente na cardiologia, mesmo para aqueles profissionais que se dedicam à assistência aos maiores de 18 anos. Nos Estados Unidos, o número de adultos com cardiopatia congênita tem crescido numa proporção de 5% ao ano e, em 2000, essa população foi estimada em 1 milhão de indivíduos.<sup>1</sup> Este número crescente reflete, de forma contraditória, um mal e um bom índice. A primeira situação, encontrada em países do terceiro mundo, reflete a dificuldade de acesso da maioria da população à assistência médica perinatal e pediátrica; assim, o diagnóstico só é feito na idade adulta, quando aparecem os sintomas, em exames para fins trabalhistas ou, o que é pior, durante a gravidez. No caso das gestantes, temos que, em tempo recorde, decidir sobre diagnóstico, terapêutica e risco de vida para parturiente e concepto. A segunda situação é reflexo dos significativos avanços tecnológicos que propiciam agilidade e precisão no diagnóstico e no tratamento, permitindo maior sobrevida, mesmo nas cardiopatias congênitas complexas. Esse bom índice nos coloca um outro desafio: não bastam somente as indicações de *shunts* cavo-pulmonares, cerclagens, stents, mas impõe-se o acompanhamento desses procedimentos a longo prazo e a decisão do que propor quando eles se tornam insuficientes. Trabalhando num centro de referência de um país em desenvolvimento, nos depa-

ramos com as duas situações. Convidamos você, leitor, a compartilhar conosco momentos de difícil decisão enfrentados pelo Departamento de Cardiopatias e Cardiopatia Congênita do Adulto do INCL.

### Relato de Caso:

Paciente do sexo masculino, 28 anos, há 2 anos referindo dispnéia e precordialgia de caráter progressivo. Procurou atendimento médico quando, pela primeira vez, foram detectados hipertensão arterial sistêmica e "sopro no coração". Medicado com Captopril 25mg 8/8h e Hidroclorotiazida 12,5mg/dia, obteve melhora parcial dos sintomas. Foi, então, encaminhado ao nosso Instituto. Não havia qualquer história de cardiopatia na família, bem como qualquer outra doença e/ou internação prévia.

Ao exame, o paciente apresentava-se eupneico, acianótico e eutrófico. FC 80bpm; PA MSD 170x100mmHg, MSE 140x100mmHg, MMII 100x0mmHg; ictus cordis no 6º EICE, LAA, propulsivo Impulsão sistólica no 3º e 4º EIE, LPEE; choque valvar em foco pulmonar; RCR (4T); sopro holossistólico 5+/6+ em BEE e BED; SS de ejeção em FAO 4+/6+. Pulsos pediosos simétricos e de amplitude reduzida.

**ECG** (Fig 1): Ritmo sinusal; FC 120bpm; sobrecarga de AE; HVE; BRE 1º grau. **Tele radiografia do Tórax** (Fig 2): Crescimento importante das quatro câmaras cardíacas, presença de congestão pulmonar importante.

**Ecocardiograma:** Ao 33mm, VE 75 – 63mm, FE 33%, AE 42mm, S PP 12mm, VD 31mm. Aumento das 4 cavidades, predomínio de cavidades esquerdas, disfunção sistólica global de VE moderada a grave. Comunicação Interventricular perimembranosa (subaórtica) com gradiente VE-VD de 110mmHg. Válvula aórtica espessada e calcificada, provavelmente bicúspide, com dupla lesão: estenose grave (gradiente VE-Ao de 91mmHg) e insuficiência moderada. Coarctação de aorta torácica com gradiente de 49mmHg. Insuficiência tricúspide moderada com hipertensão de artéria pulmonar grave (86mmHg).

**Ressonância Nuclear Magnética** (Fig 3): Cardiomegalia com distensão das câmaras ventriculares, disfunção sistólica de VE, shunt E/D evidente através da CIV, hipertensão venosa pulmonar, hipertensão arterial pulmonar traduzida por aumento do calibre da artéria pulmonar em 4cm. Estenose anelar da aorta descendente

\*Chefe Departamento Cardiopatias e Cardiopatia Congênita no Adulto INCL

\*\*Médico Residente R1 em Cardiologia

\*\*\*Médico Residente R2 em Cardiologia

\*\*\*\*Médica Departamento Cardiopatias e Cardiopatia Congênita no Adulto