

AUMENTO DA EIMC NOS DOENTES COM LIPIDISTROFIA DA INFECÇÃO VIH APESAR DA MELHORIA DOS FACTORES RISCO CARDIOMETABÓLICOS - ESTUDO PROSPECTIVO

ANTÓNIO J. MADUREIRA, PAULA FREITAS, DAVIDE CARVALHO, RUI POINHOS, SANDRA XERINDA, RUI MARQUES, FLORA CORREIRA, ROSÁRIO SERRÃO, ALEXANDRE SARMENTO, JOSÉ LUIS MEDINA, ISABEL RAMOS

Hospital São João / Faculdade de Medicina do Porto; Hospital de S. João, Porto

Introdução: Os doentes com infecção VIH sob terapêutica anti-retrovírica (TAR) podem ter um aumento de risco de eventos cardiovasculares. A alteração na espessura da íntima-média carotídea (EIMC) é um marcador precoce de aterosclerose.

Objectivo: Avaliar a EIMC basal e medir a sua progressão no final de 1 ano de avaliação num grupo de doentes com infecção VIH sob TAR e naqueles com ou sem lipidistrofia clínica.

Material e Métodos: Estudámos a EIMC determinada por Ecodoppler modo B em 67 doentes (52 com lipidistrofia clínica) infectados pelo VIH-1, com idades de 46,4±10,5 anos. Foram avaliadas as variáveis antropométricas, perfil lipídico, marcadores inflamatórios e estudámos a insulino-resistência (HOMA e Quicki). Para comparar as variáveis usámos o teste de Wilcoxon, sendo os resultados apresentados em média±desvio padrão.

Resultados: Os doentes com lipidistrofia clínica tinham idade superior aos sem lipidistrofia (48,9±9,9 vs 37,9±8,1; p<0,001). No final de um ano de avaliação, verificámos um aumento da EIMC no total de doentes e naqueles com lipidistrofia clínica.

Conclusões: Apesar da melhoria dos factores de risco cardiometabólicos observámos um aumento significativo da EIMC nos doentes com lipidistrofia clínica da infecção VIH mas não nos doentes sem lipidistrofia ao longo de 1 ano de seguimento.

	EIMC 1º ano	EIMC 2º ano	p
Total doentes (n=67)	0,7642±0,198	0,8687±0,317	0,001
Sem lipidistrofia clínica (n=15)	0,7133±0,188	0,707±0,195	ns
Com lipidistrofia clínica (n=52)	0,779±0,200	0,9154±0,331	<0,001

Com lipidistrofia clínica	1º ano	2º ano	p
IMC (kg/m ²)	24,47±3,83	24,50±3,90	ns
Perímetro da cintura (cm)	89,7±9,77	90,7±11,1	ns
Perímetro da coxa (cm)	45,98±3,96	44,0±3,68	<0,001
Perímetro do braço (cm)	26,5±2,53	25,4±2,41	<0,001
TA sistólica (mmHg)	124,4±17,0	121,5±16,9	ns
TA diastólica (mmHg)	78,53±12,6	72,7±9,4	0,02
Colesterol total (mg/dL)	228,0±50,03	198,6±38,11	<0,001
Colesterol LDL (mg/dL)	120,1±43,02	131,9±29,89	0,02
Colesterol HDL (mg/dL)	43,1±13,2	48,4±12,7	0,002
Triglicéridos (mg/dL)	34,7±225,4	186,7±104,12	<0,001
Apo A1 (mg/dL)	110,2±19,3	122,7±22,97	<0,0001
Apo B (mg/dL)	104,71±24,1	95,7±17,3	0,03
Lp(a) (mg/dL)	24,8±28,69	31,57±40,27	0,01
Homocisteína (µmol/L)	10,3±5,2	12,54±6,1	<0,001
Insulina (µU/mL)	10,5±7,3	13,87±13,3	0,04
HOMA	3,1±2,8	4,2±6,3	ns
Quicki	0,34±0,05	0,33±0,03	ns
PCR (mg/dL)	6,7±18,1	8,3±21,2	ns
Fibrinogénio (mg/dL)	362,6±114,3	345,8±92,7	ns

NOTAS

VALVULOPLASTIA AÓRTICA PERCUTÂNEA NO IDOSO COM ESTENOSE AÓRTICA CRÍTICA INOPERÁVEL

CATARINA SOUSA, PEDRO CARDOSO, MANUELA ADÃO, VANDA CARMELO, SARA FERREIRA, ALEXANDRA RAMOS, SUSANA CASTELA, FÁTIMA VEIGA, ROBERTO PALMA DOS REIS, TERESA FERREIRA

Hospital Pulido Valente

Introdução: A cirurgia de substituição valvular constitui a primeira opção terapêutica para doentes com estenose aórtica grave sintomática. A necessidade de um tratamento paliativo em doentes sintomáticos e de elevado risco cirúrgico levam a que ainda se recorra à valvuloplastia aórtica percutânea por balão.

Objectivo: Os autores descrevem 2 casos de valvuloplastia aórtica percutânea em doentes idosos com estenose aórtica crítica inoperável:

Caso 1 - Mulher, 90 anos, internada por quadro de angor e edema agudo do pulmão, com necessidade de ventilação não invasiva. Ecocardiograma revelou estenose aórtica crítica; ventrículo esquerdo (VE) com hipertrofia concêntrica e boa função sistólica global. Coronariografia sem alterações. Euroscore de 11, tendo sido recusada para cirurgia. Por permanecer em classe IV NYHA com hipotensão marcada, opta-se por submeter a doente a valvuloplastia aórtica percutânea com balão da qual resultou uma diminuição da pressão telediastólica do VE e insuficiência aórtica moderada (2/4), sem intercorrências. A doente teve alta 2 dias depois do procedimento em classe II-III NYHA. 1 e 6 meses pós alta estava em classe III NYHA com alguma independência para as actividades da vida diária.

Caso 2 - Mulher, 84 anos, é internada por quadro de síndrome coronária aguda sem elevação do segmento ST, Killip II. Ecocardiograma revelou estenose aórtica crítica e insuficiência aórtica moderada; o VE apresentava hipocinesia difusa e função sistólica global diminuída. Coronariografia - doença significativa do tronco comum (TC) distal (90-99%) e da coronária direita (CD) média (90-99%). Verificaram-se vários episódios de edema agudo do pulmão com necessidade de ventilação mecânica e por instabilidade hemodinâmica iniciou-se terapêutica com amins. Euroscore - 13 e a doente é recusada para cirurgia pelo que a doente é submetida a PCI do TC ostial e CD média e valvuloplastia aórtica com balão, sem intercorrências. O gradiente final VE/Ao é não significativo e verifica-se insuficiência aórtica 2/4. Foi extubada no próprio dia, ficando hemodinamicamente estável, com recuperação da função sistólica global do VE; regurgitação aórtica moderada. A doente tem alta clinicamente em classe II NYHA 4 dias após a intervenção. 1 e 6 meses após o procedimento encontrava-se em classe II-III NYHA.

Conclusão: A valvuloplastia aórtica percutânea por balão constitui um método paliativo para casos individuais muito sintomáticos de estenose aórtica em que a cirurgia está contra-indicada.