

Correlação Clínico-Cirúrgica

Caso 7/2004 – Serviço de Cirurgia Cardíaca Pediátrica – Hospital de Base da Faculdade Estadual de Medicina de São José do Rio Preto

Ulisses Alexandre CROTI, Domingo Marcolino BRAILE, Sírio HASSEM SOBRINHO, Carlos Henrique DE MARCHI

RBCCV 44205-719

DADOS CLÍNICOS

Paciente de três anos, sexo feminino, branca, procedente de Brasília, DF. Assintomática desde o nascimento, foi observado sopro cardíaco em exame de rotina. BEG, corada, hidratada, eupneica. Ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas com sopro contínuo ++/6+ em borda esternal esquerda média. Ausculta pulmonar normal. Abdome sem alterações. Pulsos periféricos presentes e palpáveis com facilidade.

ELETROCARDIOGRAMA

Dentro dos padrões de normalidade, ritmo sinusal, frequência cardíaca de 125 bat/mim, eixo elétrico do complexo QRS + 60°. Ausência de sobrecarga de câmaras cardíacas ou distúrbios de condução.

RADIOGRAMA

Índice cardiotorácico de 0,53. Discreto aumento da aorta torácica. Parênquima pulmonar sem alterações.



Fig. 1 – Átrio esquerdo visibilizado através de abertura do átrio direito e septo interatrial. O apêndice atrial esquerdo foi invertido e a administração de cardioplegia possibilitou localização adequada da fistula.

Correspondência: Ulisses Alexandre Croti
Hospital de Base – FAMERP – Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416
CEP 15090-000 – São José do Rio Preto – SP.
E-mail: uacroti@uol.com.br

Artigo recebido em outubro de 2004
Artigo aprovado em novembro de 2004

ECOCARDIOGRAMA

Situs solitus em levocardia. Conexões veno-atrial, atrioventricular e ventrículo-arterial concordantes. Artéria coronária esquerda dilatada, apresentando fistula de alto débito para o átrio esquerdo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Os poucos dados clínicos permitem pensar em ducto arterioso patente, aneurisma do seio de Valsalva e fistulas artério-venosas.

DIAGNÓSTICO

O estudo cineangiocoronariográfico confirmou o achado ecocardiográfico, demonstrando dilatação aneurismática do tronco da artéria coronária esquerda, com fistula de alto débito do ramo circunflexo da artéria coronária esquerda para o átrio esquerdo, junto ao apêndice atrial esquerdo.

OPERAÇÃO

Toracotomia mediana transesternal. Instituição do auxílio de circulação extracorpórea e cardioplegia sangüínea anterógrada a 4°C. Abertura do átrio direito, septo interatrial e exposição do átrio esquerdo. O apêndice atrial esquerdo foi invertido e tracionado para dentro do átrio esquerdo (Figura 1). Neste momento, administrou-se solução de cardioplegia, a qual permitiu identificar corretamente o local da fistula. Feita sutura contínua com polipropileno 6-0, seccionado o apêndice atrial esquerdo e suturado sobre a região da fistula. Desta forma, foi possível uma segunda linha de sutura, com intuito de evitar recidiva da fistula, e exclusão do apêndice atrial esquerdo. O tempo de circulação extracorpórea foi de 55 minutos e de isquemia miocárdica de 41 minutos. No pós-operatório, evolui com valores de CKMB dentro dos limites de normalidade e sem alterações eletrocardiográficas. Recebeu alta hospitalar no 5º dia de pós-operatório com ecocardiograma normal e em uso de ácido acetilsalicílico, o qual foi suspenso três meses após a operação.