

Correlação Clínico-Cirúrgica

Caso 8/2004 – 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, Miriam Yukiko CHIGUTTI, Antônio Soares de SOUZA

RBCCV 44205-720

DADOS CLÍNICOS

Paciente de 5 anos, 16 kg, sexo masculino, branco. No primeiro ano de vida foi observado sopro cardíaco em consulta de rotina e acompanhado clinicamente até encaminhamento para centro especializado. Evoluiu assintomático, sem uso de medicações. BEG, corado, hidratado, acianótico, eupneico. Tórax simétrico, ictus cordis palpável no 5º espaço intercostal esquerdo, presença de frêmito. Ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas, sopro sistodiastólico de ++++/6 em borda esternal esquerda média. Pulmões com murmúrio vesicular simétrico e sem ruídos adventícios. Abdome sem alterações. Pulsos periféricos amplos e simétricos em todos os membros.

ELETROCARDIOGRAMA

Ritmo sinusal, frequência 107 bat/mim, eixo elétrico do complexo QRS -30º, dentro dos padrões de normalidade.

RADIOGRAMA

Área cardíaca discretamente aumentada, com índice cardiorácico de 0,53, predominando aumento de cavidade ventricular esquerda e dilatação moderada do arco aórtico. Campos pulmonares sem alterações.

ECOCARDIOGRAMA

Situs solitus em levocardia. Conexões veno-atrial, atrioventricular e ventrículo-arterial concordantes.



Fig. 1 – Aortotomia transversal demonstrando a face aórtica do túnel entre o ventrículo esquerdo (VE) e a aorta (AO) junto à válvula coronariana direita. Observa-se que não há rotura do seio de Valsalva, caracterizando túnel VE-AO. A válvula coronariana esquerda também é espessa.



Fig. 2 - Aspecto da placa de pericárdio bovino na face aórtica.

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

Insuficiência valvar aórtica importante. Dilatação da aorta (AO) ascendente e do seio de Valsalva correspondente à da válvula coronariana direita, com presença de grande comunicação direta entre a AO e o ventrículo esquerdo (VE), compatível com túnel VE-AO.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Os dados permitem pensar basicamente em persistência do ducto arterial ou comunicação interventricular com insuficiência aórtica, aneurisma roto do seio de Valsalva e fístulas coronário-cavitárias.

DIAGNÓSTICO

Além do ecocardiograma, realizou-se estudo cineangiocardiógráfico que demonstrou refluxo valvar aórtico de grau importante e imagem sugestiva de túnel VE-AO. A ressonância nuclear magnética evidenciou aumento dos calibres da AO ascendente, tronco pulmonar e imagem infundibuliforme que comunicava o VE com a AO, confirmando o diagnóstico inicial de túnel VE-AO.

OPERAÇÃO

Toracotomia transternal mediana, instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional, hipotermia moderada a 28°C, aortotomia transversal com identificação do túnel VE-AO (Figura 1) e cardioplegia sanguínea anterógrada intermitente a 4°C diretamente nos óstios coronarianos. Através do orifício na face aórtica, feita exploração e encontrado abaulamento para o ventrículo direito, o qual foi aberto na via de saída e realizada rafia na região do septo interventricular. Retornando para o orifício, priorizou-se o fechamento do orifício interno (face ventricular esquerda) através da aorta, com placa de pericárdio bovino. Uma segunda placa no orifício da face aórtica também foi suturada (Figura 2). A válvula coronariana esquerda era espessada, provavelmente devido à lesão em jato, e foi desbastada. No pós-operatório imediato, apresentou hipertensão arterial sistêmica, controlada inicialmente com nitroprussiato intravenoso e após com inibidor de enzima de conversão de angiotensina. Recebeu alta hospitalar no 8º dia. O ecocardiograma após seis meses demonstrou correção do túnel VE-AO, insuficiência aórtica discreta e função ventricular esquerda normal.