

Correlação Clínico-Cirúrgica

Caso 2/2005 – 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, André Luis de Andrade BODINI, Lilian GORAIEB

RBCCV 44205-739

DADOS CLÍNICOS

Paciente com 10 anos, 34,6 kg, masculino, branco. Assintomático até aos 6 anos, quando foi observado sopro cardíaco e encaminhado ao cardiologista. Desde então, acompanhado clinicamente sem uso de medicações. Evoluiu com dispnéia aos grandes esforços, sendo realizado novo ecocardiograma e encaminhado após diagnóstico adequado. BEG, corado, acianótico, eupneico. Tórax assimétrico, com discreto abaulamento à esquerda. Ictus cordis palpável no 6º EIC em linha hemiclavicular esquerda. Bulhas rítmicas e normofonéticas, sopro diastólico 4+/6 em borda esternal esquerda alta. Fígado no rebordo costal direito. Pulsos periféricos facilmente palpáveis nos quatro membros. Pressão arterial divergente de 110/30mmHg.

ELETROCARDIOGRAMA

Ritmo sinusal, frequência 75 bat/min, SÂP +30°, SÂQRS +60°, intervalo PR 0,16s, QRS 0,08s e QTc 0,42s. Sem critérios de sobrecarga ventricular esquerda sistólica ou diastólica.

RADIOGRAMA

Situs solitus visceral, levocardia. Área cardíaca no limite superior com índice cardiotorácico de 0,51 e discreta predominância de ventrículo esquerdo. Campos pulmonares sem alterações.

ECOCARDIOGRAMA

Situs solitus em levocardia. Conexões venoatrial, atrioventricular e ventriculoarterial concordantes. Ao Doppler, apresentava regurgitação aórtica importante, presença de dilatação aneurismática no seio de Valsalva coronariano direito. Discreto aumento da espessura da cavidade ventricular esquerda e fração de ejeção preservada.



Fig. 1 – Abaulamento aneurismático do seio de Valsalva coronariano direito observado após a abertura do átrio direito.



Fig. 2 – Orifício na válvula coronariana direita da valva aórtica visibilizado através da região aneurismática ressecada.

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 janeiro de 2005
Artigo aprovado em fevereiro de 2005

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Algumas doenças devem ser lembradas, como regurgitação valvar aórtica congênita ou reumática, rotura espontânea da válvula da valva aórtica, degeneração mixomatosa da valva aórtica, túnel ventrículo esquerdo-aorta e doença de Takayasu.

DIAGNÓSTICO

O ecocardiograma geralmente é suficiente para o diagnóstico de certeza, restando o estudo cineangiocoronariográfico nas situações de outras lesões associadas, como comunicação interventricular. A identificação com clareza do aneurisma no seio coronariano direito e regurgitação aórtica, os quais usualmente são lesões silenciosas, foi indicativo para a correção cirúrgica imediata, já que apresentam alto risco de rotura.

OPERAÇÃO

Toracotomia transternal mediana, instalação do circuito

de circulação extracorpórea convencional, hipotermia a 25°C, cardioplegia sangüínea anterógrada intermitente a 4°C diretamente nos óstios coronarianos. Os tempos de perfusão e de isquemia miocárdica foram de 85 e 63 minutos, respectivamente. Visibilizado orifício na válvula coronariana direita e grande dilatação aneurismática (calcificada) do seio coronariano direito, a qual abaulava para o átrio direito (Figura 1). Após abertura desta região, procedeu-se à ressecção da calcificação, sutura direta do orifício da válvula coronariana e sutura da parede aórtica (Figura 2). O ecocardiograma no período intra-operatório foi imperioso para orientar conduta de preservação da valva aórtica, a qual também foi submetida a plastia com plicatura entre as válvulas coronariana direita e não-coronariana. No pós-operatório, evoluiu bem, recebendo alta hospitalar no 8º dia de internação. O ecocardiograma demonstrava regurgitação discreta e ausência do aneurisma.