

## Caso 4/2006

# Aneurisma da artéria pulmonar pós-estenose valvar pulmonar

## *Pulmonary artery aneurysm post pulmonary valve stenosis*

Ulisses Alexandre CROTI, Domingo Marcolino BRAILE, Sírio HASSEM SOBRINHO, Airton Camacho MOSCARDINI

RBCCV 44205-823

### DADOS CLÍNICOS

Paciente de 2 anos e 5 meses, 13,6kg, 95 cm, masculino, branco, natural de José Bonifácio – São Paulo. Sintomático há 3 meses, com dispnéia aos esforços habituais. BEG, acianótico, eupneico, corado, hidratado, afebril. Ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas com desdobramento fixo da segunda bulha, sopro sistólico +/6+ em foco pulmonar e frêmito irradiado para axila esquerda. Pulmões com ausculta simétrica, sem ruídos adventícios. Fígado a 1 cm do rebordo costal direito. Pulsos simétricos, sem edemas e saturação periférica de 99%.

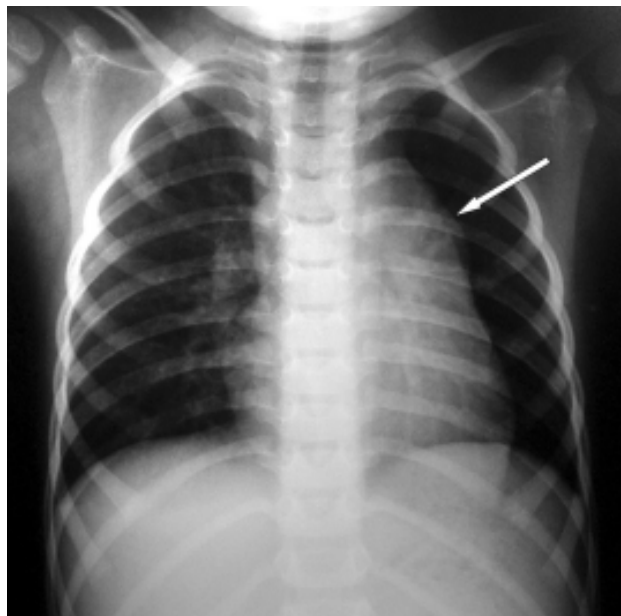


Fig. 1 – Radiograma de tórax em incidência pósterio-anterior, com abaulamento do arco médio (seta).

Serviço de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica de São José do Rio Preto – Hospital de Base – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP.

Endereço para correspondência:  
Ulisses Alexandre Croti  
Hospital de Base – FAMERP – Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5544.  
São José do Rio Preto, SP. CEP 15090-000  
Fone (Fax): (17) 3201-5025 / 9772-6560.  
E-mail: uacroti@uol.com.br

Artigo recebido em abril de 2006  
Artigo aprovado em maio de 2006

#### ELETROCARDIOGRAMA

Ritmo sinusal, frequência de 125 bpm.  $\hat{A}QRS + 110^\circ$ , intervalo PR 0.16s, QRS 0.08. Sinais de sobrecarga ventricular direita. Sem alterações da repolarização ventricular.

#### RADIOGRAMA

*Situs solitus* visceral. Área cardíaca aumentada à custa das cavidades direitas, com índice cardiotorácico de 0,60. Arco pulmonar protuberante (Figura 1).

#### ECOCARDIOGRAMA

*Situs solitus* em levocardia. Conexões venoatrial, atrioventricular e ventrículo-arterial concordantes. Imagem sacular e aneurismática da artéria pulmonar, fluxo turbulento compatível com estenose pulmonar de grau importante, gradiente instantâneo máximo de 65 mmHg. Comunicação interatrial (CIA) tipo *ostium secundum* medindo 12 mm. Anel valvar pulmonar de 16 mm, com valva pulmonar bivalvulada, espessamento discreto, abertura em domo e dilatação importante da artéria pulmonar de 33 mm.

#### DIAGNÓSTICO

Obtido sem dificuldades pelo ecocardiograma, é importante observar que a criança apresentou sinais e sintomas clínicos apenas nos últimos três meses, provavelmente pela dilatação da artéria pulmonar, a qual comprimia a artéria pulmonar esquerda. Tal formação foi facilitada pela presença da CIA, de grande tamanho, a qual proporcionava fluxo da cavidade esquerda para direita, com importante repercussão hemodinâmica. A associação de estenose pulmonar com CIA remete a pensar em síndrome de Noonan [1], diagnóstico não confirmado neste paciente.

#### OPERAÇÃO

Toracotomia transternal mediana, instalação de auxílio de circulação extracorpórea, introdução de cânulas em aorta e em ambas as veias cavas, hipotermia a  $34^\circ\text{C}$ , cardioplegia sangüínea, anterógrada, intermitente e hipotérmica a  $4^\circ\text{C}$ . Após abertura do pericárdio, observou-se importante dilatação aneurismática da artéria pulmonar (Figura 2), a qual foi aberta longitudinalmente, visibilizando-se a valva pulmonar bivalvulada, pouco espessa, porém com mobilidade aparentemente normal (Figura 3). Realizada comissurotomia valvar pulmonar e ressecção da parede aneurismática. A CIA tipo *ostium secundum* foi tratada com placa de pericárdio bovino, suturada com fio polipropileno 5-0. O tempo de perfusão foi de 45 minutos e o de isquemia miocárdica de 30 minutos. O paciente evoluiu de forma habitual, recebendo alta hospitalar no 5º dia de pós-operatório.



Fig. 2 – Aspecto da artéria pulmonar aneurismática tracionada.

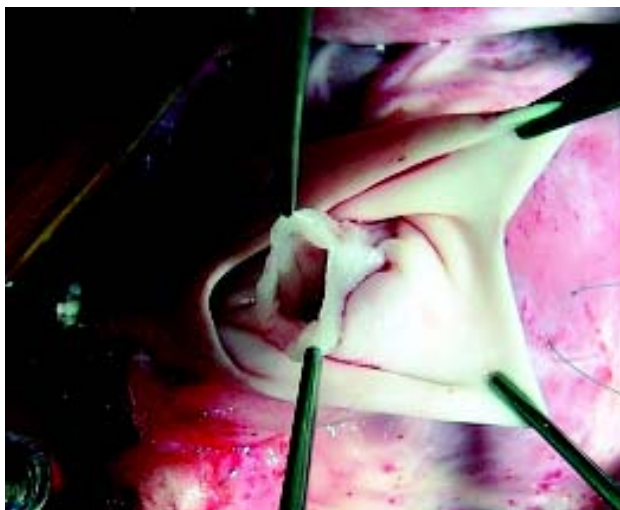


Fig. 3 – Artéria pulmonar aberta longitudinalmente, expondo a valva pulmonar bivalvulada e estenótica.

#### REFERÊNCIA

1. Burch M, Sharland M, Shinebourne E, Smith G, Patton M, McKenna W. Cardiologic abnormalities in Noonan syndrome: phenotypic diagnosis and echocardiographic assessment of 118 patients. J Am Coll Cardiol. 1993;22(4):1189-92.