

Caso 8/2006

Operação de Ross no tratamento da valva aórtica bivalvulada calcificada

The Ross operation in the treatment of calcified bicuspid aortic valves

Ulisses Alexandre CROTI, Domingo Marcolino BRAILE, Gustavo Eduardo DIAZ SUAREZ, Valdeste Cavalcante PINTO JÚNIOR

RBCCV 44205-860

DADOS CLÍNICOS

Paciente de 45 anos, sexo feminino, 97kg, 1,67 m, branca. Iniciou com dispnéia aos médios esforços há 1 ano, com piora importante há 3 meses, episódios de síncope e dor precordial. Encaminhada ao cardiologista, foi diagnosticada valvopatia aórtica e iniciadas medicações adequadas. Bom estado geral, consciente, eupneica, hidratada, corada, obesa. Pulmões com murmúrios vesiculares presentes bilateralmente, sem ruídos adventícios. Precórdio com ritmo regular, sopro sistólico em foco aórtico ++++/6+. Abdome globoso, normotenso, indolor à palpação, sem sinais de hepatomegalia e com ruídos hidroaéreos presentes e normais. Extremidades com pulsos presentes, simétricos e edema +/4+ nos membros inferiores.

ELETROCARDIOGRAMA

Ritmo de átrio direito baixo, frequência de 77 bpm. Onda P com duração de 0,08s, amplitude de 1,5mm, ÂP -30°. Complexo QRS com duração de 0,90s, ÂQRS + 60°, amplitude de S em V2 10 mm e onda R em V6 7 mm. Intervalo PR de 0,16s e QTc de 0,40s.

RADIOGRAMA

Situs solitus visceral, índice cardiorácico 0,58. Discreta dilatação do arco aórtico. Trama vascular normal, cúpulas diafragmáticas livres.

ECOCARDIOGRAMA

Calcificação da valva aórtica com estenose de grau importante. Gradiente sistólico de 90mmHg e médio de 60mmHg, com área valvar de 0,6cm². Anel pulmonar de 24mm e aórtico de 25mm, sem calcificação aparente do *anel* valvar aórtico. Insuficiência mitral discreta e hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo de grau moderado.

DIAGNÓSTICO

O ecocardiograma é o padrão-ouro, porém devido à idade da paciente, foi realizado o estudo cineangiografado, o qual demonstrou artérias coronárias normais, estenose aórtica grave com gradiente de 110mmHg e hipertrofia importante de ventrículo esquerdo com função normal.

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

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

Artigo recebido em outubro de 2006
Artigo aprovado em novembro de 2006

OPERAÇÃO

Toracotomia transesternal mediana, instalação do auxílio de circulação extracorpórea a 28°C. Pinçamento da aorta, aberto veia pulmonar superior direita para aspiração do átrio esquerdo. Cardioplegia sangüínea, anterógrada, hipotérmica, intermitente a cada 20 minutos nos óstios coronarianos. Secção transversal da aorta, encontrado valva aórtica bivalvulada com estenose importante, óstio coronariano esquerdo justacomissural e presença de calcificação no *anel* em direção à cúspide anterior da valva mitral. Secção do tronco pulmonar imediatamente abaixo da bifurcação dos ramos pulmonares. Dissecção e retirada dos óstios coronarianos e valva aórtica (Figura 1). Dissecado e retirado o tronco pulmonar e valva em bloco. Marcados os pilares comissurais aórticos e implantado o enxerto pulmonar com pontos separados de mersilene 3-0. O novo *anel* foi fixado com tira de pericárdio autólogo. Reforço com sutura contínua de prolene 5-0. Aberto orifício no enxerto e implantado os óstios coronarianos. Reconstrução da neoaorta. Implante de homoenxerto pulmonar nº 28 em posição pulmonar, com suturas de polipropileno 5-0 (Figura 2). Desta forma, completou-se a operação de Ross com a técnica de substituição total da raiz [1]. O tempo de perfusão foi de 185 minutos e de isquemia miocárdica de 160 minutos. No pós-operatório, a paciente evoluiu com instabilidade do esterno, sendo necessária intervenção para nova sutura. Recebeu alta hospitalar com 32 dias, em excelentes condições clínicas e o ecocardiograma demonstrando não haver gradiente significativo entre o ventrículo esquerdo e aorta e a nova valva *aórtica* competente (Figura 3).

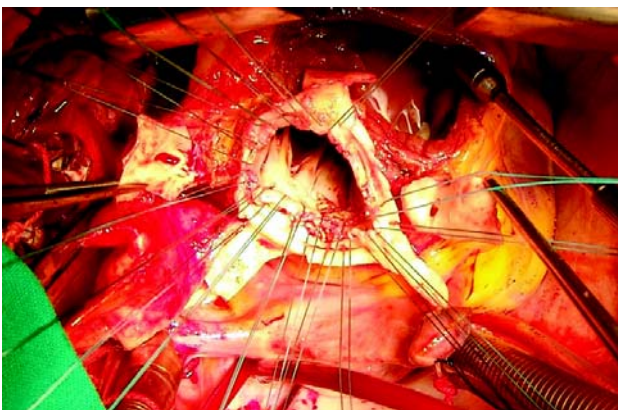


Fig. 1 – Óstios coronarianos retirados (pinças) e pontos simples passados pelo anel valvar aórtico previamente ao implante do auto-enxerto pulmonar

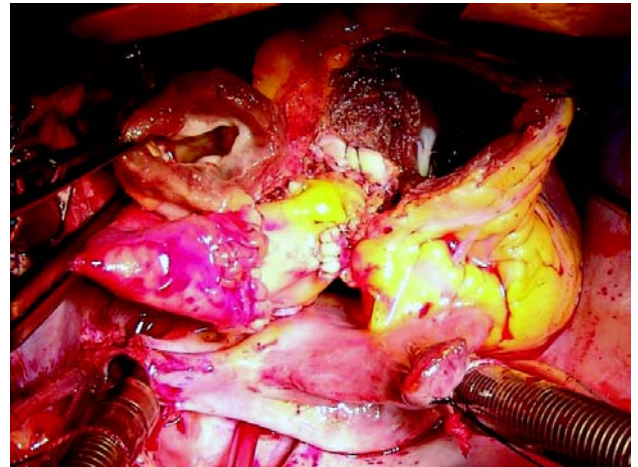


Fig. 2 – Auto-enxerto pulmonar implantado em posição aórtica e homoenxerto pulmonar (pinça) pronto para ser implantado em posição pulmonar

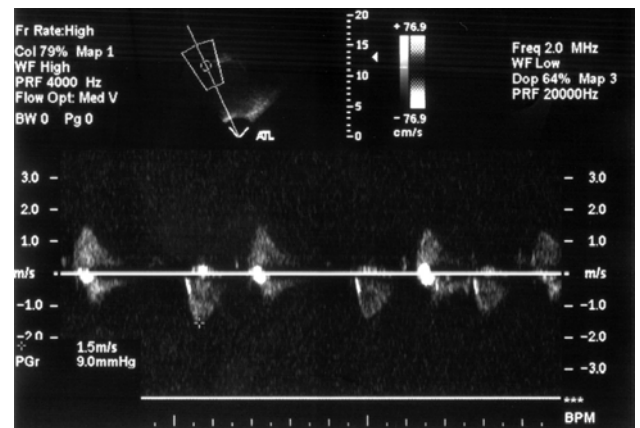


Fig. 3 – Curva de Doppler contínuo do fluxo aórtico mostrando velocidade de pico sistólico de 1,5 m/s, não havendo gradiente significativo entre o ventrículo esquerdo e a aorta

REFERÊNCIA

1. Elkins RC. The Ross operation: a 12-year experience. Ann Thorac Surg. 1999;68(3 Suppl):S14-8.