

Doença valvar mitral reumática submetida à plastia com anel de Gregori-Braile

Surgical repair of rheumatic mitral valve disease with Gregori-Braile's Ring

Ulisses Alexandre CROTI¹, Domingo Marcolino BRAILE¹, Sírío HASSEM SOBRINHO¹, Carlos Henrique DE MARCHI¹

RBCCV 44205-989

DADOS CLÍNICOS

Criança de 13 anos, 40 kg, sexo masculino, natural de Porto Velho, RO. Aos oito anos iniciou quadro de emagrecimento e inapetência, quando foi observado sopro cardíaco e realizados exames que constataram doença reumática com alteração cardíaca. Iniciada penicilina benzatina 1.200.000 unidades a cada 21 dias, furosemida, captopril e acompanhamento clínico. A mãe nega que o paciente tenha apresentado quadro articular, amigdalites de repetição ou infecções de pele, porém chegando ao Serviço apresentava queixa de cansaço aos médios e grandes esforços, em bom estado geral, corado, hidratado, eupneico e acianótico. *Ictus cordis* impulsivo e desviado para a esquerda, frêmito sistólico na borda esternal esquerda, ritmo regular em dois tempos, segunda bulha hiperfonética no foco pulmonar, sopro sistólico 4+/6+ com irradiação para axila e sopro diastólico 2+/6+, ambos no foco mitral. Pulmões livres.

Abdome com fígado a 2 cm do rebordo costal direito. Pulsos normais e saturação periférica de 98%.

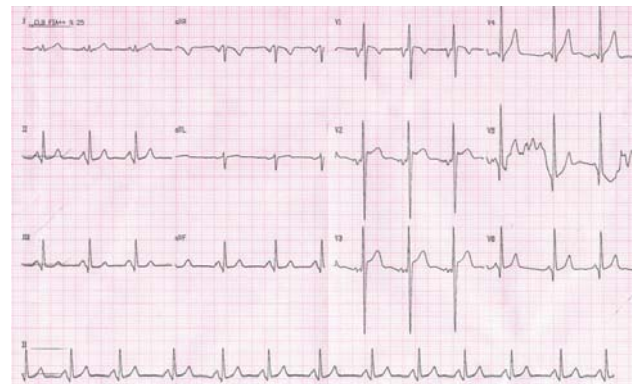


Fig. 1 – Eletrocardiograma em doença valvar mitral com sobrecarga de câmaras esquerdas

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

Endereço para correspondência: Ulisses Alexandre Croti
Hospital de Base – FAMERP – Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5544.
CEP 15090-000 – São José do Rio Preto – SP - Brasil
Fone (Fax): 17 – 3201-5025 / 3222-6450
E-mail: uacroti@uol.com.br

Artigo recebido em 20 de abril de 2008
Artigo aprovado em 21 de maio de 2008

ELETRCARDIOGRAMA

Ritmo sinusal, frequência de 75 bpm. SÂP + 60°, SÂQRS + 90°, intervalo PR 0,16s, QRS 0,08s, QTc 0,40s. Sobrecarga atrial esquerda, sobrecarga ventricular esquerda evidenciada por complexos QRS com ondas S amplas em V1 e ondas R amplas em V5 e V6, além de possível sobrecarga ventricular direita pelo desvio do eixo elétrico do QRS para a direita (Figura 1).

RADIOGRAMA

Situs solitus visceral, índice cardiotorácico de 0,48, moderado aumento de átrio esquerdo. Proeminência vascular pulmonar com inversão da vasculatura pulmonar, sugerindo sinais de congestão venocapilar pulmonar.

ECOCARDIOGRAMA

Situs solitus em levocardia. Espessamento das valvas mitral e aórtica, estenose mitral de grau importante, insuficiência mitral de grau moderado a importante, insuficiência aórtica e tricúspide de grau discreto e derrame pericárdico discreto. O gradiente transvalvar mitral era de 15 mmHg, a área valvar mitral de 1,2 cm², pressão sistólica de ventrículo direito de 30 mmHg, a fração de ejeção de 70,4% (índice de Teich), os diâmetros diastólico de ventrículo esquerdo de 50 mm, sistólico de ventrículo esquerdo de 30 mm, da aorta de 27mm, do átrio esquerdo de 30 mm. O escore de Block, avaliando a mobilidade do folheto mitral, calcificação e espessamento valvar e subvalvar, foi de nove.

DIAGNÓSTICO

A adequada avaliação de todas as valvas cardíacas e o grau de acometimento devem sempre ser considerados em conjunto com o quadro clínico para indicação do tratamento cirúrgico. Nesse paciente, ainda jovem, o ecocardiograma forneceu todos os dados necessários para o tratamento, pois o cateterismo se faz útil quando há necessidade de aferir a pressão arterial pulmonar ou após os 40 anos, para estudo das artérias coronárias, pois cerca de 25% dos pacientes podem ter importante doença coronariana. No diagnóstico diferencial, deve ser pensado em estenose valvar mitral congênita, síndrome de Lutembacher, síndrome de Shone e *cor triatriatum*.

OPERACÃO

Abordagem por esternotomia mediana longitudinal, instalação de circulação extracorpórea com introdução de cânulas na aorta, veias cava superior e inferior. Iniciada circulação extracorpórea com hipotermia a 28°C. Cardioplegia sangüínea, hipotérmica, anterógrada e intermitente a 4°C repetida a cada 20 minutos. Abertura de átrio esquerdo, examinada a valva mitral, encontrada fusão de ambas as comissuras ântero-lateral e pósteromedial (Figura 2). Iniciada comissurotomia bilateral e papilarotomia antero-

lateral. Algumas cordas foram fenestradas para melhorar a mobilidade da cúspide posterior. O anel apresentava-se com dilatação posterior e à direita, como na maioria das vezes, além de má coaptação entre as cúspides anterior e posterior. Nesse momento, optou-se por implante de anel aberto e rígido (Gregori-Braile), por se tratar de criança, com necessidade e potencial de crescimento. Sete fios de poliéster 2-0 foram fixados inicialmente no anel mitral e, em seguida, na parte externa da prótese [1,2]. O tempo de perfusão foi de 72 minutos e de isquemia miocárdica, 57 minutos. O paciente recebeu alta hospitalar no quarto dia de pós-operatório e o ecocardiograma demonstrou excelente resultado, com ausência de estenose e regurgitação mitral trivial.

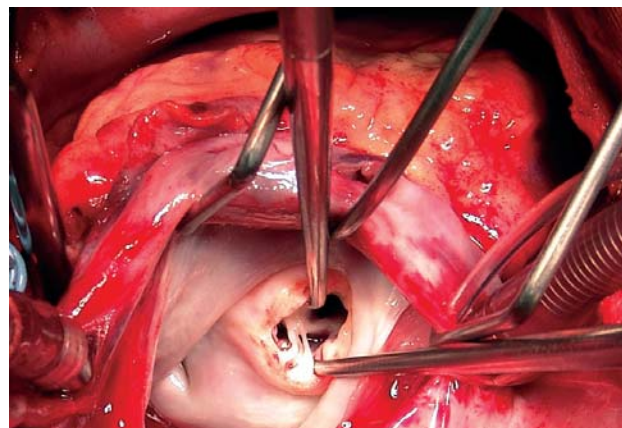


Fig. 2 – Aspecto reumático da valva mitral com fusão comissural ântero-lateral previamente à comissurotomia e ao implante do anel de Gregori-Braile

REFERÊNCIAS

1. Gregory F Jr, Takeda R, Silva S, Façanha L, Meier MA. A new technique for repair of mitral insufficiency caused by ruptured chordae of the anterior leaflet. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1988;96(5):765-8.
2. Cordeiro CO, Gregori F Jr, Gregori TEF, Murakami AN, Abrão A. Resultados da operação reconstrutora da valva mitral em pacientes com idade inferior a 15 anos. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2004;19(2):115-9.