

## Resumos dos Temas Livres e Posteriores do 11º Congresso da SCICVESP (Sociedade de Cirurgia Cardiovascular do Estado de São Paulo)

### TEMAS LIVRES

#### TL 01

A extensão da área de fibrose é importante na evolução após cirurgia de reconstrução ventricular

Gustavo Calado de Aguiar Ribeiro, Cleidicyon Eloy da Costa, Mauricio Marson, Fernando Antoniali

Trabalho: Fundamento: Na cirurgia de reconstrução ventricular (CRV) faltam dados sobre o estado morfo-funcionais das paredes do ventrículo esquerdo (VE).

Objetivo: Correlacionar o estado morfo-funcional do VE com a evolução clínica após CRV.

Método: Análise prospectiva de 132 pacientes submetidos à CRV. Analisaram-se a quantidades de fibrose total e parcial das paredes do VE por ressonância cardíaca. Correlacionou-se com biópsia intra-operatória e evolução clínica.

Resultados: Seguimento foi de 100% dos pacientes. A quantidade de fibrose média foi de 25,8±13,6%. 100%, 19% e 43% dos pacientes tiveram fibrose antero-septal, inferior e lateral, respectivamente. Houve melhora da fração de ejeção (FEVE) de 35,9±3,8% para 47,2±6,2% (P<0,001) e correlação inversa entre a quantidade de fibrose o incremento da FEVE ( $r = -0,83$ , P<0,0001). Houve correlação entre a fibrose na ressonância e na biópsia ( $r = 0,84$ , P<0,001). Preditores independentes para eventos foram: grande área fibrótica (p=0,01), fibrose na parede lateral (>50%) (P=0,01), volume sistólico final do VE superior a 120 ml/m<sup>2</sup> (P=0,03) e rebaixada fração de ejeção (P=0,02). O seguimento livre de evento foi relacionado com a área de fibrose (P<0,01), e a fibrose era maior que 50% da parede lateral.

Conclusão: Em pacientes com disfunção ventricular, a extensão da área fibrótica têm importante implicação com a recuperação funcional do VE após CRV.

#### TL 02

Padronização técnica para realização de anastomoses em artéria coronária marginal esquerda sem CEC

Renato Bauab Dauar, Fares G. Abdulmassih, Heloisa Calife, Ricardo Leça, Richard Halti Cabral, Moise Dalva

Trabalho: Objetivo: Adotar padrões técnicos para realização de anastomoses em artérias marginais esquerdas em cirurgia sem CEC, proporcionando a sua reprodutibilidade nos diversos serviços.

Resumo: Material: 1- equipe treinada (anestesista, 1º e 2º auxílio e instrumentador); 2- sopro de CO<sub>2</sub>; 3- estabilizador de sucção 4- balão intraaórtico; 5- posicionamento do coração: mesa em trendelemburg e lateralizada para a direita; ponto de apoio na região posterior do pericárdio fixado externamente à esquerda do campo; 6- garroteamento proximal da coronária (com ou sem pré-condicionamento isquêmico); 7- utilização de shunt intra coronariano; 8- fixação do estabilizador no local da anastomose com a rotação do coração para a direita; 9- utilização do sopro de CO<sub>2</sub> pelo 1º auxiliar; 10- utilização de perfusor intracoronariano; 11- abertura de pleura direita, caso haja sinais de baixo débito no posicionamento inicial do coração; 12- realiar a anastomose proximal logo em seguida para imediata perfusão local; 13- o balão intraaórtico deverá ser utilizado para a realização das marginais em caso de baixo débito no momento do posicionamento do coração.

#### TL 03

Reconstrução cirúrgica em pacientes portadores de aneurisma do ventrículo esquerdo

Stevan K Martins, Cristiano B Martins, Raphael Romano, Jairo Pinheiro Jr, Edson Romano, Magaly A Dos Santos, Ricardo Pavanello, Helio M Magalhaes, Adib D Jatene, Luiz Carlos Bento de Souza

Trabalho: Métodos: no período de janeiro de 1995 a janeiro de 2008, foi realizada reconstrução cirúrgica em 152 pacientes portadores de aneurisma ventricular esquerdo.

A amostragem era composta de 113 pacientes do sexo masculino, com média de 62,3 ( $\pm$  10,4) anos, 133 pacientes (87%) tinham história de infarto do miocárdio prévio, e 26 já haviam sido submetidos à revascularização cirúrgica. A técnica operatória empregada foi a reconstrução geométrica sob pinçamento aórtico intermitente em hipotermia moderada, concomitantemente eram implantados enxertos para revascularização miocárdica complementar.

Resultados: Doze pacientes evoluíram para óbito no período de pós-operatório, sendo oito deles de causas cardíacas (5,2%). Trinta e dois pacientes (21%) evoluíram com insuficiência cardíaca, vinte e um (14%) apresentaram síndrome de baixo débito cardíaco, sendo que dezenove (12,5%) necessitaram de suporte hemodinâmico com balão intra-aórtico.

Conclusões: A reconstrução cirúrgica do ventrículo esquerdo, associada ou não a revascularização do miocárdio, melhora a função cardíaca com baixos índices de morbimortalidade.

#### TL 04

Análise da função pulmonar e cognitiva dos pacientes submetidos à revascularização miocárdica com uso de CEC

Elder dos Santos Cavalcante, Bráulio Lunna Filho, Luis Alberto de Oliveira Dallan, César Augusto Conforti, Fernando Platania, Rosimeire Magario

Trabalho: A revascularização miocárdica (RM) é um procedimento efetivo no tratamento da doença arterial coronária, propiciando aos pacientes, remissão dos sintomas, aumento da sobrevida e da qualidade de vida. Porém, complicações pós-operatórias podem interferir na evolução dos pacientes, encontradas principalmente quando utiliza-se circulação extra-corpórea (CEC). Sendo as complicações pulmonares de maior incidência no pós-operatório (PO), bem como, freqüentes distúrbios cognitivos, que às vezes passam despercebidos. Levando em consideração que alterações neurocognitivas e pulmonares podem interferir na sobrevida e qualidade de vida dos indivíduos submetidos à RM, objetivamos avaliar as funções pulmonares e cognitivas no PO. Foram avaliados 39 pacientes, com idade média de 61,95 anos, submetidos a cirurgia de RM com uso de CEC; com tempo médio cirúrgico de 340 min, de anóxia 66 min e de perfusão 94 min. a função pulmonar foi avaliada através de espirometria e manovacuometria e a cognitiva através de testes neuropsicológicos. Houve redução de

46,77% da capacidade vital forçada, volume expiratório forçado no 1º segundo e pressão inspiratória máxima entre o período pré-operatório (pré-op) e 3ºPO ( $P < 0,001$ ). Houve redução da pressão expiratória máxima no pré-op para 3ºPO 28,68%, sem diferença estatística nessa variável e também nas variáveis neurocognitivas. Foi demonstrado que os sujeitos avaliados apresentaram redução significativa nas capacidades, volumes pulmonares, e força muscular respiratória no PO de RM e nenhuma diferença estatística na função cognitiva. Devemos ressaltar a importância de uma maior atenção às cirurgias com CEC, bem como uma abordagem fisioterapêutica precoce, prevenindo e atuando nas complicações pulmonares, melhorando a qualidade de vida e morbidade no PO de RM.

#### TL 05

Revascularização do miocárdio com enxerto transmiocárdico de artéria torácica interna esquerda

Luís Alberto Dallan, Luiz Gowdak, Adriano Milanez, Luís Roberto Palma Dallan, Fernando Platania, Luiz Augusto Lisboa, Anderson Dietrich, Noedir Stolf

Introdução: Pacientes com doença obstrutiva proximal do ramo interventricular anterior (RIA) da artéria coronária esquerda com frequência são tratados com enxertos de artéria torácica interna esquerda (ATIE). Entretanto, nos casos de aterosclerose acentuada do leito distal dessa coronária, a perviabilidade do enxerto pode ser comprometida.

Objetivo: Realizar a anastomose da ATIE no RIA, após sua passagem em meio ao miocárdio do ventrículo esquerdo (VE). No caso de dificuldade no fluxo distal, haveria a possibilidade do desenvolvimento de circulação colateral a partir de porções sangrantes da ATIE, como proposto por Vineberg há décadas.

Métodos: A técnica foi empregada em quatro pacientes com as características acima. Em todos, as ATIES foram dissecadas de forma esqueletizada, sendo seccionados alguns ramos imediatamente antes de sua tunelização em meio à musculatura da parede anterior do ve. seguiu-se a anastomose direta do coto distal da ATIE ao RIA. Em todos pacientes foi realizada fluxometria intra-operatória, pré e pós-implante da ATIE. Os pacientes foram seguidos clinicamente e três deles foram submetidos a novo cateterismo após 12 meses.

Resultados: Todos os pacientes apresentaram alívio acentuado dos sintomas. Não ocorreram óbitos ou maiores

complicações no seguimento a médio prazo. As três ATIES estudadas encontravam-se pérvias. Em uma delas, observou-se acentuada circulação colateral em toda parede anterior do VE, não relacionada ao fluxo distal da ATIE. Nas demais observou-se, respectivamente, leve e moderada circulação colateral para ramos diagonais.

Conclusão: O desenvolvimento de circulação colateral nesses pacientes pode estar relacionado ao método proposto. A evolução tardia e em maior número de pacientes deverá contribuir para sua melhor avaliação.

#### TL 06

Reoperações valvares: fatores de risco e resultados tardios

Osanan Amorim Leite Filho, Carlos Manuel de Almeida Brandão, Pablo Maria Alberto Pomerantzeff, Ally Nader Saroute, Noedir Antônio Gropo Stolf

Introdução: As reoperações valvares ainda são um desafio para os cirurgiões. O objetivo deste estudo foi analisar os fatores de risco para mortalidade hospitalar e tardia após reoperações valvares.

Material e Métodos: Foi realizada uma análise prospectiva de 606 pacientes submetidos a reoperações valvares entre janeiro de 1995 e dezembro de 2004. A idade média dos pacientes foi de 49,6 +/- 16,2 anos e 62,9% deles eram mulheres. No pré-operatório, 206 (33,9%) pacientes estavam em classe funcional (New York Heart Association) IV. A febre reumática foi etiologia primária da doença valvar em 444 (73,3%) casos. A análise estatística multivariada com regressão logística foi usada para determinar os fatores de risco para mortalidade hospitalar. Fatores preditores de mortalidade tardia foram investigados através do modelo de regressão de Cox.

Resultados: A mortalidade hospitalar global foi de 11%. A análise multivariada identificou classe funcional (New York Heart Association) avançada, nível sérico de creatinina maior que 1,2 mg/dL, tempo de circulação extracorpórea maior que 100 minutos, fração de ejeção do ventrículo esquerdo menor que 50% e múltiplas reoperações como sendo preditores independentes de mortalidade hospitalar. A sobrevida atuarial em 10 anos foi de 71,6 +/- 5,2%. Nível sérico de creatinina maior que 1,2mg/dL e fração de ejeção menor que 50% foram identificados como preditores independentes de mortalidade tardia.

Conclusão: As reoperações das valvas cardíacas podem ser realizadas com mortalidade aceitável. Entretanto,

identificamos alguns grupos de pacientes nos quais as reoperações acarretam maior risco de mortalidade hospitalar e tardia.

#### TL 07

Seguimento em longo prazo da Cirurgia de Bentall de Bono

Eugenio Molina Palazzi, Camilo Abdulmassih Neto, Omar Pozo, Luiz de Sousa, Antoninho Arnoni, Paulo Paulista, Mario Issa

Os procedimentos cirúrgicos utilizados para a correção da dilatação da aorta ascendente com comprometimento da valva aorta são: Cirurgia de Cabrol, Cirurgia de Tirone David, Cirurgia de Yacoub, Cirurgia De Bentall De Bono e Cirurgia de Robiscek. Nos últimos 10 anos, empregou-se a Cirurgia De Bentall De Bono em 89 pacientes, Cirurgia de Cabrol em 20 pacientes, Cirurgia de David em 8 pacientes, Yacoub em 4 pacientes e Robiscek em 2 pacientes. O objetivo deste trabalho é mostrar o seguimento em longo prazo dos pacientes submetidos à Cirurgia De Bentall De Bono.

O acompanhamento variou de 6 meses a 10 anos. Dos 89 pacientes operados 69 correspondiam ao sexo masculino. 78 apresentavam Aneurisma da Aorta Ascendente com dupla lesão valvar e predomínio de Insuficiência Aórtica tipo severa.

Nestes pacientes a classe funcional pré-operatória mais freqüente de acordo com a New York Heart Association (NYHA) foi a classe funcional II registrando 42 pacientes (47,3%). Durante o procedimento cirúrgico a proteção miocárdica utilizada na maioria dos pacientes (84%) foi a cardioplegia sanguínea. A prótese mais utilizada foi a prótese metálica (50,6%), e o tempo médio de internação hospitalar foi de 17 dias. As principais complicações pós-operatórias foram sangramento aumentado e fibrilação atrial. Dois pacientes foram submetidos à reoperação, as causas foram endocardite e disfunção de próteses. O procedimentos associados mais freqüente foi a Revascularização Miocárdica registrada em 8 pacientes. No seguimento destes pacientes 59 apresentam classe funcional I.

O acompanhamento em longo prazo dos pacientes com aneurisma de aorta e envolvimento valvar, submetidos à cirurgia De Bentall De Bono apresentou melhora da classe funcional e reduzida taxa de mortalidade.

TL 08

Análise do processo de adaptação ventricular após bandagem do tronco pulmonar em animais adultos

Leonardo A. Miana, Renato S. Assad, Maria C. D. Abduch, Gustavo J. Justo, Ananda R. Nogueira, Vera D. Aiello, Noedir A. G. Stolf

**Introdução:** O preparo ventricular em indivíduos adultos com transposição das grandes artérias apresenta resultados desapontadores.

Este estudo analisa o processo de adaptação do ventrículo direito (VD) em cabras adultas, comparando os métodos de bandagem fixa com intermitente, por um período de 4 semanas.

**Método:** Foram utilizados 3 grupos de cabras adultas (n=6): Sham (sem sobrecarga sistólica), Fixo (bandagem fixa), Intermitente (bandagem ajustável, 12 horas diárias de sobrecarga sistólica do VD). Avaliações hemodinâmicas foram feitas 3 vezes por semana no grupo Intermitente e 2 vezes por semana nos grupos Fixo e Sham. Ecocardiograma (ECO) foi realizado semanalmente. Após 4 semanas, os animais foram submetidos à eutanásia para avaliação morfológica.

**Resultados:** A área de sobrecarga pressórica foi menor no grupo Intermitente ( $P<0,001$ ). Houve aumento de 37,2% na espessura da parede do VD do grupo Intermitente ( $P<0,05$ ). O peso do VD dos grupos Intermitente e Fixo apresentaram aumento de 55,7% e 36,7%, respectivamente, em relação ao grupo Sham ( $P<0,05$ ). As medidas dos diâmetros dos cardiomiócitos do VD do grupo Intermitente apresentaram um incremento de 19,2% ( $P=0,036$ ), em relação ao grupo Sham. Os animais do grupo Fixo exibiram um incremento de 98,0% na porcentagem de área de colágeno no VD, quando comparado ao grupo Sham ( $P<0,01$ ), e de 69,2% em relação ao grupo Intermitente ( $P<0,05$ ).

**Conclusões:** A bandagem intermitente parece ser uma alternativa promissora para promover o preparo ventricular de forma mais eficiente e menos lesiva que o método de bandagem fixa, nos pacientes adolescentes e adultos portadores de transposição das grandes artérias ou de transposição corrigida das grandes artérias com falência ventricular direita.

TL 09

Tratamento híbrido na síndrome de hipoplasia de câmaras esquerdas: bandagens ajustáveis x fixas

Renato S. Assad, Maria Fernanda S. Jardim, Simone F. Pedra, Marina M. Zamith, Leonardo A. Miana, Petrônio G. Thomaz, Ana C. Aliman, Rogerio Miranda, Carlos A. Pedra

O procedimento híbrido (bandagem das artérias pulmonares + stent no canal arterial) vem sendo empregado no 1º estágio da síndrome de hipoplasia de câmaras esquerdas (SHCE). No entanto, as bandagens fixas podem tornar-se inadequadas no pós-operatório. Este estudo compara a experiência inicial do uso das bandagens ajustáveis com as fixas na SHCE.

Nos últimos 5 anos, 6 pacientes com SHCE foram submetidos ao procedimento híbrido, 3 com bandagens fixas (Grupo BF) e 3 com bandagens ajustáveis (Grupo BA).

Grupo	Peso Nascimento	Idade Gestacional	Acota
BA	2,78±0,3 kg	37±2,2 semanas	2,4±0,2 mm
BF	3,13±0,9 kg	38±1,2 semanas	2,3±0,5 mm

Todos os pacientes sobreviveram ao primeiro estágio. A saturação de oxigênio do grupo BF variou de 94,7±3,2% (pré-op) para 87,7±2,1% (alta UTI), enquanto que no grupo BA foi de 95,3±4,6% (pré-op) para 83,0±2,0% (alta UTI,  $P=0,048$ ). O grupo BA mostrou um melhor equilíbrio de fluxo sistêmico x pulmonar, enquanto que o grupo BF tendeu à queda progressiva da saturação de O<sub>2</sub> ao longo do período inter-estágios 1 e 2 ( $P=0,0295$ ). No grupo BA, um paciente completou a cirurgia de Fontan com 21 meses de idade, o 2º completou o estágio 2, e o 3º foi à óbito inter-estágios 1-2. No grupo BF, houve um óbito inter-estágios 1-2 por infecção pulmonar, e os outros atingiram o 2º estágio. O uso das bandagens ajustáveis permitiu o ajuste fino do fluxo pulmonar dos neonatos submetidos ao procedimento híbrido para a SHCE, com equilíbrio mais preciso entre as circulações sistêmica e pulmonar durante o período inter-estágios, conforme o rápido crescimento somático e necessidades clínicas dos pacientes. Este recurso pode favorecer uma melhor condição pré-operatória dos pacientes durante o 2º estágio do tratamento, com maiores chances de sobrevida.

TL 10

Abordagem mini invasiva para tratamento de endocardite infecciosa em material invasivo intracavitário

Stevan K Martins, Cristiano B Martins, Raphael Romano,

Magaly A dos Santos, José Carlos Pachón Mateos, Ricardo Pavanello, Adib D Jatene, Luiz Carlos Bento de Souza

Métodos: quatro pacientes foram tratados no período de janeiro de 2008 a agosto de 2009 apresentando endocardite em material invasivo intracavitário.

Dois pacientes tinham vegetações em cateteres de hemodiálise e dois apresentavam endocardite em eletrodos de marcapasso.

Todos foram tratados por meio de cirurgia com circulação extracorpórea com canulação periférica e drenagem facilitada por aspiração. Em três dos pacientes foi empregada esternotomia parcial (1/2 inferior) e o quarto paciente teve como abordagem toracotomia anterior direita (4º espaço intercostal).

Resultados: conseguimos remover adequadamente o material infectado em todos os pacientes. Os pacientes em hemodiálise prosseguiram seu tratamento utilizando outro acesso para diálise e os portadores de marcapasso tiveram seus sistemas removidos e receberam novos implantes 10 dias após a operação.

Conclusões: a abordagem de endocardite em materiais intracavitários por métodos mini invasivos é técnica segura e pode favorecer a recuperação de pacientes debilitados ao reduzir o trauma operatório necessário.

## POSTERES

P 01

Reparação cirúrgica da valva mitral. Seguimento em longo prazo.

Eugenio Molina Palazzi, Omar Pozo, Antoninho Arnoni, Camilo Abdulmassih, Luiz B. de Sousa, Jarbas Dinkhuysen, Paulo Chacur, Daniel Dantas, Luis Lopez, Romulo Bonini

Trabalho: A plastia da valva mitral tem sido defendida a nível mundial por sua baixa mortalidade. O objetivo deste trabalho e relatar o seguimento a longo prazo dos pacientes submetidos à cirurgia reparadora da valva mitral. Desde janeiro de 2000 a janeiro de 2006 foram realizadas 104 plastias na valva mitral. Neste período de tempo os antecedentes infecciosos tais como febre reumática e Cardiomiopatia Chagásica e endocardites foram os padecimento, maiormente reportados pelos pacientes 33 (31,7%). Os tipos de lesões ecocardiográficas reportadas neste grupo de pacientes foram dupla lesão em 11 pacientes,

estenoses em 7 pacientes, insuficiência mitral (IM) grave por encurtamento de cordoalhas ou deficiência de coaptação de folhetos por bordes espessados em 58 pacientes, IMG por ruptura de cordoalhas no folheto posterior (FP) em 7 pacientes, IM moderada em 8 pacientes, IM grave por prolapso do FP em 11 pacientes e ruptura de cordoalha no folheto anterior 2 pacientes. A classe funcional pré-operatória, de acordo com New York Heart Association, foi distribuída majoritariamente na classe III e IV. Os procedimentos cirúrgicos foram relatados como técnicas cirúrgicas reparadoras isoladas ou associações destas. O procedimento cirúrgico isolado mais realizado foi cerclagem do anel valvar posterior com Patch de pericárdio bovino (PB) em 17 pacientes. A combinação de ressecção quadrangular no FP com cerclagem no anel valvar posterior com PB foi a técnica mais empregada sendo realizada em 31 pacientes. A complicação mais registrada foi a Fibrilação atrial em 14 pacientes. Neste período, 85 pacientes registraram classe funcional I. 8 pacientes foram submetidos reoperação. Não foram registrados óbitos em 30 dias. A plastia na valva mitral nesta série mostrou alta durabilidade.

P 02

Mixoma gigante em átrio esquerdo com incursão para o ventrículo esquerdo na diástole ventricular

Marcello Laneza Felício, Vinicius Cunha Venditti, Leonardo Massto Tohi, Rita Maria Leite, Antonio Sergio Martins, Rubens Ramos de Andrade, Marcos Augusto de Moraes Silva

Introdução: Mixoma é o tumor cardíaco primário mais frequente. Apesar de sua benignidade, pode causar doenças valvares, embolismos e colapso hemodinâmico. Objetivo: Descrever um caso de um mixoma gigante com intrusão para o ventrículo esquerdo em um paciente oligossintomático. Métodos: Paciente de 47 anos de idade, do sexo feminino, procurou serviço médico com queixa de dispnéia aos pequenos esforços e palpitações. Ao exame físico apresentava sopro diastólico ++/IV em foco mitral. O ecocardiograma evidenciou hipertensão arterial pulmonar importante e grande mixoma atrial esquerdo com incursão para o ventrículo esquerdo durante a fase de enchimento ventricular. A ressecção do tumor foi realizada pela abertura do átrio direito e septo interatrial com uso de circulação extracorpórea. A peça cirúrgica apresentou o tamanho de 12,0 x 7,0 x 5,0 cm. O exame histológico confirmou

o diagnóstico, microscopicamente mostrando células mesenquimais de aspecto estrelado permeadas por material mixóide (ácido mucopolissacarídeo).

Discussão: Apesar de um mixoma gigante, com dimensão ainda não descrita na literatura, o paciente apresentava pouca sintomatologia pelo caráter fusiforme do tumor excursionado livremente pela valva mitral. O acesso cirúrgico utilizado proporcionou a ressecção completa do tumor e de seu sítio de implantação na fossa oval com segurança, diminuindo as chances de recidivas. A paciente teve boa evolução pós-operatória e está assintomática, em ritmo sinusal após um seguimento de 9 meses.

Conclusão: Mixomas gigantes podem ocorrer mesmo com poucas manifestações clínicas. A abordagem operatória pelo átrio direito e septo interatrial é uma boa estratégia para ressecção desse tipo de tumor.

P 03

Análise clínica-cirúrgica da persistência do canal arterial na população adulta

Marcos Gradim Tiveron, Marcelo B. Jatene, Arlindo A. Riso, Carla Tanamati, Décio C. S. Abuchaim, Juliano G. Penha, Rafael A. Tineli, Anderson Dietrich; Antônio A. B. Lopes, Miguel L. B. Marcial

Introdução: O canal arterial (CA) é um vaso que liga a artéria pulmonar e a parte inicial da aorta descendente, logo após a emergência da artéria subclávia esquerda. Tem em média o diâmetro de 4 a 12 mm e o comprimento de 2 a 8 mm devendo involuir até a oitava semana após o nascimento. Do contrário, há persistência do canal arterial (PCA). É um achado raro em adultos e a escassez de sintomas leva a um diagnóstico tardio. As complicações mais frequentemente observadas nestes casos de detecção tardia são a hipertensão arterial pulmonar, endocardite, síndrome de Eisenmenger, calcificação, insuficiência cardíaca e morte.

Métodos: Estudo retrospectivo por revisão dos prontuários de 34 pacientes adultos, com PCA isolado, submetidos à cirurgia, no período de 1997 a 2008.

Resultados: Não houve mortalidade. Toracotomia lateral esquerda foi utilizada em 33 (97%) pacientes. Realizamos secção e sutura do CA em 25 (73,7%), em 7 (20,5%) ligadura com fita cardíaca e clipagem em 1 (2,9%). A circulação extracorpórea foi necessária em um paciente. Observou-se calcificação em 8 (23,5%) e 12 (35,3%) pacientes haviam

sido submetidos à tentativa de fechamento por dispositivos intra-luminais tipo coil. A internação hospitalar foi de 7 dias em média; 2 (5,9%) pacientes permaneceram com shunt residual e 3 (8,8%) apresentaram paralisia de corda vocal esquerda, destes um precisou de cirurgia por disfonias persistentes. Obtivemos seguimento pós-operatório de 23 (67,6%) dos pacientes e 20 (58,8%) encontrava-se em classe funcional (CF) I e 3 (8,8%) em CF II da New York Heart Association. Apenas 4 (17,3%) ainda fazem uso de medicações para controle dos sintomas.

Conclusão: O tratamento cirúrgico da PCA em adultos pode ser realizado com baixa morbidade e com uma incidência pequena de complicações.

P 04

Valva aórtica quadricúspide: uma apresentação não usual.

Osanan Amorim Leite Filho, Carlos Manuel de Almeida Brandão, Pablo Maria Alberto Pomerantzeff, Noedir Antônio Groppo Stolf

Introdução: A valva aórtica quadricúspide é uma anomalia congênita rara que, geralmente, cursa com insuficiência aórtica isolada.

Apresentamos, neste relato, um caso de valva aórtica quadricúspide apresentando dupla lesão aórtica.

Relato: A.P.V., 53 anos, 1,84cm, 110Kg, masculino, referia início de dispnéia aos esforços maiores que os habituais há 3 anos com progressão para esforços menores que os habituais há 1 ano e meio associada a ortopnéia, dispnéia paroxística noturna, síncope e palpitações frequentes.

Tem como antecedentes pessoais hipertensão arterial sistêmica, diabetes, dislipidemia, doença arterial coronária, obesidade, etilismo e ex-tabagismo. Ao exame físico apresentava bom estado geral, pulsos amplos, impulsivos e rítmicos, obesidade central, PA: 150X50 mmHg, FC: 80bpm. À ausculta cardíaca percebia-se ritmo cardíaco regular em 2 tempos com sopro protomesossistólico ejetivo, rude 4+/6+ em foco aórtico com irradiação para carótidas e sopro holodiastólico regurgitativo de alta frequência 4+/6+ em foco aórtico. A radiografia de tórax evidenciava aumento de ventrículo esquerdo (VE) e aorta (Ao) alongada. O ecocardiograma transtorácico pré-operatório identificava dupla lesão aórtica, com fração de ejeção de VE de 54% e gradiente VE-Ao sistólico de 52mmHg e médio de 26mmHg, com insuficiência importante. Na

cirurgia, evidenciava-se que a valva aórtica era bastante calcificada e retraída, apresentando 4 folhetos, sendo dois deles menores, mais retraídos e que não se relacionavam aos óstios coronarianos. Foi então realizada a troca da valva aórtica por bioprótese de pericárdio bovino Braile número 25. O paciente apresentou boa evolução pós-operatória, recebendo alta hospitalar no 12º dia pós-operatório com acompanhamento ambulatorial.

P 05

Edema agudo de pulmão em paciente adulto com coarctação de aorta e insuficiência coronária: melhor conduta?

Luís Alberto Oliveira Dallan, Luiz A. Lisboa, Adriano Milanez, Luís R. Palma Dallan, Carla Tanamati, Anderson Dietrich, Walter Lunardi, Miguel Barbero-Marcial

Introdução: O Edema Agudo de Pulmão (EAP) constitui evento grave, podendo decorrer de múltiplas causas. Sua associação, em paciente adulto, com coarctação de aorta e doença coronária, também é incomum.

Objetivo: Relatar a ocorrência acima descrita, destacando o dilema de qual seria a melhor conduta e em que sequência.

Descrição do caso: Paciente de 61 anos, admitido em Pronto Socorro com quadro de EAP, tendo sido imediatamente entubado e submetido à ventilação assistida. Há quatro anos acidente vascular encefálico, recebendo stent para artéria carótida esquerda. Radiografia de tórax demonstrou grande congestão pulmonar. Ecocardiograma revelou acinesia de parede inferior e hipocinesia acentuada das demais. Cinecoronariografia mostrou oclusão de artéria coronária direita e obstrução de 95% em tronco de coronária esquerda (TCE). Revelou também interrupção de aorta descendente, logo após subclávia esquerda. Evoluiu necessitando de altas doses de drogas inotrópicas e mesmo medicado, apresentou mais dois episódios de EAP. Dada a severidade do quadro e condições precárias para uma toracotomia, optou-se inicialmente pela dilatação do TCE, o que foi contraindicado nesse momento por hemodinamicista. Após dez dias de tratamento intensivo, recebeu enxerto de veia safena para o ramo interventricular anterior da coronária esquerda, sem o auxílio de circulação extracorpórea. Foi desentubado no primeiro dia de pós-operatório, tendo boa evolução até a alta hospitalar. Angiotomografia revelou coarctação extrema em aorta torácica.

Conclusão: Consideramos a conduta inicial adotada como

a de melhor perspectiva diante da gravidade do caso. A abordagem da coarctação aórtica num segundo tempo, provavelmente complementar o tratamento para essa rara associação de patologias.

P 06

Doze anos da Liga de Cirurgia Cardiorrástica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Flávio Guimarães Fernandes, Fernando do Valle Unterpertinger, Lucas Hortêncio, Paulo Pêgo-Fernandes, Fábio Biscegli Jatene

Ligas acadêmicas são entidades pertencentes a faculdades e seus complexos hospitalares. Essas entidades compartilham os objetivos de pesquisa, ensino e assistência à saúde. Com o objetivo de avaliar a atuação da Liga de Cirurgia Cardiorrástica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (LCCT), os alunos e ex-integrantes da LCCT responderam aos questionários entregues pessoalmente ou via e-mail.

Esses questionários foram analisados e foi realizado, concomitantemente, um levantamento das atividades da LCCT quanto ao número de participantes, suas escolhas de especialidades e das atividades científicas realizadas nesse período.

Os resultados foram considerados positivos, com grande aprovação das atividades por parte dos alunos e reconhecimento da colaboração da LCCT na sua formação médica. Na maioria, a escolha da especialidade foi na área cirúrgica, pneumologia ou cardiologia e houve boa produção científica pelos seus integrantes e ex-integrantes.

Concluimos que a LCCT tem cumprido os objetivos a que se propõe, com boa aceitação por parte dos seus integrantes.

P 07

Avaliação de cirurgias cardíacas e não cardíacas pós transplante cardíaco pediátrico

Rafael Angelo Tineli, Marcelo Biscegli Jatene, Anderson Dietrich, Lisandro Goncalves Azeredo, Marcos Gradim Tiveron, Arlindo Riso, Estela Azeka, Carla Tanamati, Antonio Augusto Lopes, Miguel Barbero Marcial

Introdução: O transplante cardíaco tem possibilitado sobrevida e melhora da qualidade de vida em crianças

portadoras de cardiopatias congênitas complexas e cardiomiopatias refratárias à terapêutica convencional.

**Material e Métodos:** Dezesesseis crianças (24,6%) foram submetidas a 31 intervenções (2,1±1,1/paciente). As operações cardíacas mais frequentes foram revisão de hemostasia em quatro, retransplante em três; instalação de ECMO em três e implante de stent coronariano em dois. As operações não cardíacas mais frequentes foram a amigdalectomia e biópsia pulmonar em três, drenagem pericárdica e colecistectomia em dois. A mortalidade foi de 7.1%, sendo o retransplante a principal causa. Complicações relacionadas aos imunossupressores (doença vascular do enxerto e doenças linfoproliferativas) corresponderam a 26.6% das intervenções, sendo de ocorrência mais tardia que as complicações cardiovasculares.

**Resultados:** Entre 1992 e 2007, 65 crianças (2,87±2,2anos) foram transplantadas, sendo as cardiomiopatias as principais indicações (76%). A sobrevida foi 89%, 73% e 57%, respectivamente com 1, 5 e 9 anos de TxP. As operações cardíacas pós TxP foram o retransplante, revascularização do miocárdio, implante de stent intracoronariano,

correção de aneurisma de aorta ascendente, instalação de ECMO, implante de MP e revisão de hemostasia. As não cardíacas foram colecistectomia, nodulectomias e biópsias pulmonares, traqueostomia, biópsias ganglionares, ressecção de tumor abdominal, drenagem torácica e de mediastino, plicatura diafragmática, gastrostomia, amigdalectomia.