



Correção de coarctação de aorta com anastomose término-terminal em recém-nascido prematuro

Correction of coarctation of the aorta with end anastomosis in premature newborn

Ulisses Alexandre CROTI¹, Domingo Marcolino BRAILE¹, Adriana Érica YAMAMOTO¹, Ana Carolina Leiroz Ferreira Botelho Maisano KOZAK¹

RBCCV 44205-1234

CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE

Prematuro de 36 semanas, 1,27 kg, sexo masculino.

Diagnosticada coarctação de aorta com importante repercussão hemodinâmica no Serviço de origem, com dispneia em repouso e importante distensão abdominal, sendo diagnosticada enterocolite.

Encaminhado ao nosso Serviço para tratamento da cardiopatia congênita, porém havia a dúvida quanto à possível piora do quadro abdominal devido ao tempo de isquemia mesentérica necessário para correção do defeito.

Após confirmação diagnóstica com ecocardiograma, optou-se pelo tratamento clínico da enterocolite até melhora do estado geral para posterior intervenção cirúrgica.

A aorta foi seccionada proximal e distalmente à coarctação e anastomosada término-terminal com fio de polidioxanona 7-0, sem auxílio de circulação extracorpórea [1].

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA EMPREGADA

Toracotomia lateral esquerda, descolamento dos tecidos abaixo da escápula para adequada identificação dos espaços intercostais.

Abertura do espaço pleural no quarto espaço intercostal esquerdo, borda superior da costela inferior.

Posicionamento do afastador e observada posição da fissura entre os lóbulos pulmonar, os quais foram deslocados por lâminas flexíveis envoltas em gazes úmidas.

Analisadas todas as estruturas abaixo da pleura parietal, sejam elas: aorta descendente, canal arterial, artéria subclávia esquerda, arco aórtico e veia hemi-ázigo.

Passagem de fios de polipropileno 5-0 e ligadura da veia em dois pontos distantes. Secção da veia com tesoura.

Iniciada dissecação das estruturas pela aorta descendente por ser uma região de menor pressão e, portanto, menor risco de lesão. Passagem de fios de reparo na pleura parietal para melhor exposição do campo operatório. Reposicionamento dos afastadores.

Com apresentação da aorta, a dissecação é ampliada expondo-se a artéria subclávia esquerda e, principalmente, o canal arterial, identificado pela presença do nervo laríngeo recorrente.

Isolamento e identificação das artérias intercostais da aorta descendente com ampla dissecação de todas as estruturas.

Identificação externa do local da coarctação, canal arterial, artéria subclávia, artéria carótida esquerda e arco aórtico. Nota-se a ampla mobilidade dos tecidos, com os

O VÍDEO REFERENTE AO TEXTO ENCONTRA-SE NO SITE DA REVISTA: <http://www.rbccv.org.br/video/v25n4/>

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

Endereço para correspondência:

Ulisses Alexandre Croti

Hospital de Base – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

(FAMERP) – Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5544 – São José do Rio Preto, SP, Brasil – CEP 15090-000.
E-mail: uacroti@uol.com.br

CONFLITO DE INTERESSES: Declaramos haver conflito de interesse. A empresa Braile Biomédica® forneceu o material e realizou a filmagem da operação apresentando seus produtos.

Artigo recebido em 20 de outubro de 2009

Artigo aprovado em 14 de novembro de 2010

movimentos da aorta descendente, necessária para evitar reestenose no pós-operatório.

Passagem de dois fios de polipropileno 5-0 ao redor do canal arterial, com fixação dos mesmos à parede do vaso e ligadura.

Posicionamento de duas pinças vasculares, uma proximal ocluindo o fluxo de sangue da aorta, artérias carótida esquerda e subclávia esquerda. Outra distal interrompendo o fluxo da aorta descendente e artérias intercostais.

Secção da aorta, em bisel, distal à coarctação. Aspiração para adequada identificação da região, secção superior à coarctação, isolando a região do canal arterial com o segmento doente que ressecado [2].

Ampliação do orifício na aorta proximal, início da anastomose entre a porção proximal e distal da aorta, com fio de polidioxanona 6-0, sutura contínua. Reconstrução iniciada pela face posterior e finalizada anteriormente.

Retirada da pinça distal e, posteriormente, da proximal. O tempo de isquemia foi de 17 minutos. Imediatamente, a aorta distal apresentou-se tensa, de forma semelhante à aorta proximal. Não havia frêmito à palpação e os tecidos dos vasos não estavam demasiadamente tensos.

O coto do canal arterial seccionado é então fixado o mais distal possível da região da anastomose, com intuito

de evitar migração celular e comprometer o desenvolvimento da aorta.

Os afastadores flexíveis são retirados e a pleura parietal é reconstruída com fio de polipropileno 6-0.

Os pulmões são hiperinsuflados para que não haja atelectasias no pós-operatório.

Um dreno tubular 4FR é introduzido, posicionado e fixado.

Uma gaze protege o pulmão e com fios absorvíveis as costelas são aproximadas e demais tecidos suturados por planos. Curativos estéreis são posicionados de forma a evitar distorções no dreno.

REFERÊNCIAS

1. Sudarshan CD, Cochane AD, Jun ZH, Soto R, Brizard CP. Repair of coarctation of the aorta in infants weighing less than 2 kilograms. *Ann Thorac Surg.* 2006;82(1):158-63.
2. Jonas RA. Coarctation: do we need to resect ductal tissue? *Ann Thorac Surg.* 1991;52(3):604-7.