



Correção de coarctação de aorta com interposição de tubo em criança de 12 anos

Correction of aortic coarctation with interposition of a tube in a 12 years-old child

Ulisses Alexandre CROTI¹, Domingo Marcolino BRAILE¹, Daniela Patini ESPADA¹, Betsy Maria VILLEGAS¹

RBCCV 44205-1235

DADOS CLÍNICOS

Criança do sexo feminino, 12 anos, 53 kg, raça negra, oriunda de Palestina, SP.

Encaminhada à pediatria do nosso hospital por apresentar hipertensão arterial sistêmica (240/140 mmHg) durante procedimento cirúrgico para retirada de um cisto sinovial na mão direita.

A anamnese de admissão no Serviço de Cardiologia Pediátrica identificou cefaleia holocraniana como único sintoma, sem uso de medicamentos.

O exame físico evidenciou diferença pressórica entre os membros superiores e inferiores, sendo 190/140 mmHg em membro superior esquerdo, 190/140 mmHg em membro superior direito, 130/100 mmHg em membro inferior esquerdo e 130/90 mmHg em membro inferior direito, além de pulsos inferiores diminuídos. As bulhas cardíacas eram normofonéticas com sopro sistólico +/6+ em bordo esternal esquerdo baixo. Não foi notado sopro em dorso.

ELETROCARDIOGRAMA

Ritmo sinusal, frequência de 70 bat/min, SÂP + 60°, SÂQRS + 60°, PR 0,16 s, QRS 0,10 s, QT 0,40, QTc 0,42. Sobrecarga ventricular esquerda e alteração difusa da repolarização ventricular (Figura 1).

RADIOGRAFIA

Situs solitus visceral em levocardia. Erosão nos bordos inferiores costais. Área cardíaca discretamente aumentada, redução da transparência em base pulmonar à direita por possíveis lesões do espaço aéreo.

ECOCARDIOGRAMA

Situs solitus em levocardia, coarctação de aorta segmentar com repercussão hemodinâmica, comunicação

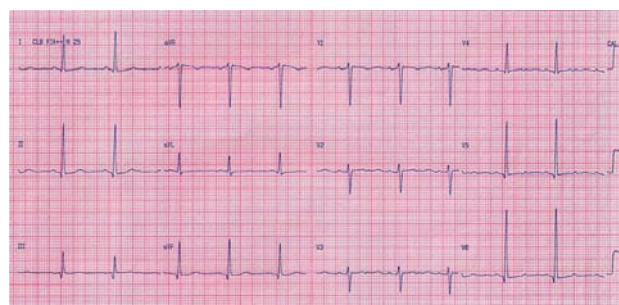


Fig. 1 – Eletrocardiograma pré-operatório com sobrecarga ventricular esquerda

interventricular muscular trabecular mínima detectada apenas ao *Doppler* e valva aórtica bivalvular sem disfunção [1].

Aorta ascendente com 29 mm, crossa antes do tronco braquiocefálico 22 mm, entre o tronco braquiocefálico e a artéria subclávia esquerda 7 mm. A fração de ejeção era de 68,1%.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MÚLTIPLOS DETECTORES

Redução segmentar de calibre da crossa aórtica na porção descendente com cerca de 2,2 cm de comprimento. Notam-se, também, vasos colaterais distalmente à região acometida (Figura 2 / Vídeo 1)

DIAGNÓSTICO

Fundamentalmente, deve ser salientado que o diagnóstico poderia facilmente ter sido realizado na cidade de origem com a simples medida pressórica nos quatro membros. Deve-se destacar, também, o fato de uma doença tão grave apresentar-se com pouco ou quase ausência de sintomas até a adolescência [2].

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.

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

Os exames complementares confirmaram o diagnóstico, sendo iniciado tratamento medicamentoso adequado e indicada operação para correção do defeito.

OPERAÇÃO

Criança em decúbito lateral direito, toracotomia látero-posterior, abertura da pleura parietal, dissecação ampla da crosse da aorta, região coarctada, aorta descendente, artéria subclávia esquerda e isolamento cuidadoso das artérias intercostais.

Observado longo segmento da aorta com diminuição de calibre, entre a artéria subclávia esquerda e a aorta descendente (Figura 3).

Pinçamento lateral da aorta descendente abaixo da região acometida, incisão lateral e anastomose término-lateral de tubo de politetrafluoretileno (PTFE) nº 16. Seccionando a outra extremidade do tubo em bisel, este foi anastomosado também de forma término-lateral na aorta junto à origem da ASE, que também foi pinçada lateralmente. Os tempos de isquemia para as anastomoses foram respectivamente 10 e 12 minutos, sem auxílio de circulação extracorpórea [3]. As suturas foram realizadas com fios de polipropileno 5-0 (Figura 4/Vídeo 2).

O frêmito observado no tubo após as anastomoses indicava alto fluxo sanguíneo, que foi confirmado pelo ecocardiograma no pós-operatório.

A paciente recebeu alta hospitalar após 35 dias de internação, devido a deiscência da sutura, necessidade de antibioticoterapia e oxigenoterapia hiperbárica.



Fig. 2 / Vídeo 1 (<http://www.rbccv.org.br/video/v25n4b/>) – Imagem em corte sagital demonstrando a coarctação de aorta segmentar obtido pela tomografia computadorizada de múltiplos detectores

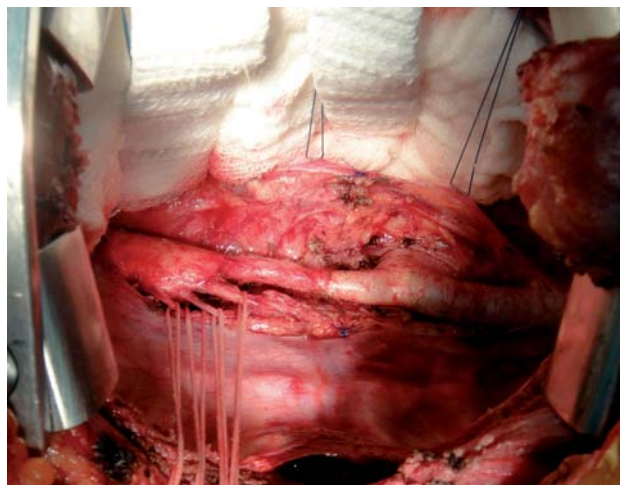


Fig. 3 – Segmento de aorta comprometido após ampla dissecação. Nota-se a presença de artérias intercostais reparadas com fios de algodão

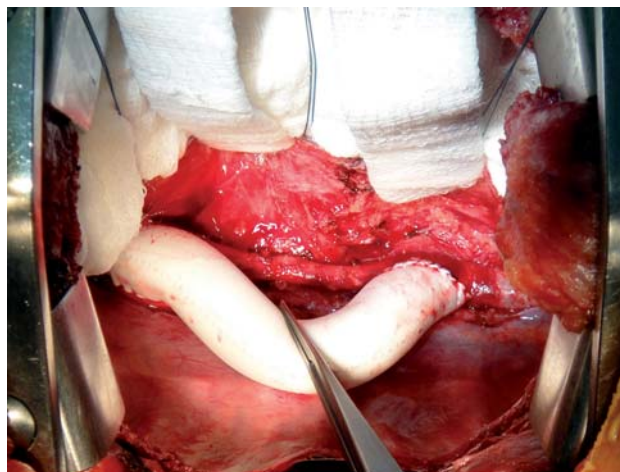


Fig. 4 / Vídeo 2 (<http://www.rbccv.org.br/video/v25n4c/>) – Tubo de politetrafluoretileno nº16 implantado, sem auxílio de circulação extracorpórea, entre a aorta junto à origem da artéria subclávia esquerda e aorta descendente abaixo do segmento comprometido

REFERÊNCIAS

1. Perloff JK. The variant associations of aortic isthmus coarctation. *Am J Cardiol.* 2010;106(7):1038-41.
2. Tanous D, Benson LN, Horlick EM. Coarctation of the aorta: evaluation and management. *Curr Opin Cardiol.* 2009;24(6):509-15.
3. Carvalho MVH, Pereira WL, Gandra SMA, Rivetti LA. Coarctação de aorta no adulto: a respeito de um caso e sobre desvios extra-anatômicos. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2007;22(4):501-4.