

Caso 4/2007

Coarctação de aorta: interposição de enxerto tubular na presença de aneurisma pós-endocardite

Aortic coarctation: Insertion of a tubular graft for post-endocarditis aneurysm

Ulisses Alexandre CROTI¹, Domingo Marcolino BRAILE¹, Renata Geron FINOTI¹, Rossano César BONATTO²

RBCCV 44205-898

DADOS CLÍNICOS

Criança com 11 anos, 33 kg, sexo feminino, desde o nascimento com dispnéia ao choro e às mamadas. Aos 6 anos, foi submetida à correção de comunicação interventricular perimembranosa com placa de pericárdio bovino. Dois meses após, formou-se importante derrame pericárdico, necessitando nova intervenção cirúrgica para drenagem. Com 8 anos, iniciou sintomas de cefaléias repetidas e cifras elevadas de pressão arterial, sendo diagnosticada, ao ecocardiograma, coarctação de aorta, com gradiente médio de 108 mmHg. Submetida ao estudo cineangiocardiógráfico, ficou evidente a coarctação localizada após a origem da artéria subclávia esquerda e moderada hipoplasia do arco aórtico. Em outubro de 2006, apresentou, no Serviço de origem, quadro de abdome agudo devido à apendicite aguda com perfuração do apêndice, peritonite e sepse. Evoluiu com quadro de glomerulonefrite e três hemoculturas positivas para *Staphylococcus aureus* sensível à oxacilina. A investigação ecocardiográfica mostrou endocardite bacteriana com vegetação aderida à parede septal do ventrículo direito. Respondeu bem ao tratamento antibioticoterápico. Ao exame físico pré-operatório apresentava-se assintomática em uso de captopril e furosemida. Ritmo cardíaco regular, frequência 64 bpm,



Fig. 1 – Estudo cineangiográfico demonstrando claramente a região da coarctação

com sopro sistólico ++/4+ em foco aórtico acessório. Pulmões livres. Abdome sem alterações, com cicatriz. Pressão arterial de 120/70 mmHg em MSD e 100/60 mmHg em MSE, 50/20 mmHg em MMII.

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.

2. Cardiologia Pediátrica – Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, Botucatu, SP.

Endereço para correspondência: Ulisses Alexandre Croti
Hospital de Base – FAMERP – Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5544.
CEP 15090-000 – São José do Rio Preto – SP.
Fone (Fax): 17 - 3201 5025 / 3222 6450 / 9772 6560.
E-mail: uacroti@uol.com.br

Artigo recebido em 26 de abril de 2007
Artigo aprovado em 16 de maio de 2007

ELETROCARDIOGRAMA

Ritmo sinusal, frequência de 60 bpm. SÂP +60°, SÂQRS +60, intervalo PR 0.12s, QRS 0.10s e QTc 0.37s. Sobrecarga ventricular esquerda expressa pela onda R em V5 de 42mm e S em V2 de 25mm.

RADIOGRAMA

Área cardíaca dentro dos limites de normalidade, com índice cardiotorácico de 0,51. Campos pulmonares sem alterações.

ECOCARDIOGRAMA

O ecocardiograma pré-operatório demonstrava coarctação de aorta localizada após a origem da artéria subclávia, com gradiente máximo de 70 mmHg e reforço diastólico, denotando importante repercussão hemodinâmica. A aorta ascendente com 15 mm, arco com 10 mm, local da estenose com 4,4 mm e pós-coarctação com 12mm. A placa da ventriculoseptoplastia estava bem posicionada. Não foram visibilizadas vegetações.

DIAGNÓSTICO

Chama atenção o ecocardiograma de origem demonstrar gradiente de 108 mmHg há três anos e, no pré-operatório, este gradiente ser de 70 mmHg, diferença que habitualmente não é proporcionada pelo método. Porém, a imagem do cateterismo (Figura 1) sinalizava apenas para uma coarctação de aorta habitual.

OPERAÇÃO

Decúbito lateral direito, toracotomia látero-posterior esquerda no 4º espaço intercostal esquerdo, encontrado forte aderência pleuropulmonar, dissecação ampla com abertura da pleura parietal, exposição do arco aórtico, artéria subclávia esquerda, aorta descendente e grande aneurisma (Figura 2), sendo necessária ligadura de duas artérias intercostais envolvidas no aneurisma. Sem auxílio de circulação extracorpórea, pinçamento proximal e distal ao local da coarctação, abertura



Fig. 2 – Aspecto inicial após dissecação das aderências. Observa-se grande aneurisma junto à coarctação

do aneurisma, onde foram encontradas vegetações crônicas (Figura 3), secção em bisel da aorta junto ao arco e transversal na porção distal, na aorta descendente. Interposição de enxerto tubular de poliéster trançado e colágeno bovino número 22, com suturas contínuas de polipropileno 5-0 (Figura 4). O tempo de pinçamento da aorta foi de 24 minutos. Fechamento de tórax, após drenado, de forma habitual [1,2]. A paciente foi levada para a unidade de terapia intensiva em uso de nitroprussiato, extubada, sem déficit neurológico. O ecocardiograma após a alta demonstrou bom posicionamento do enxerto e ausência de gradiente e vegetações.



Fig. 3 – Aneurisma aberto com a presença de vegetação em seu interior



Fig. 4 – Aspecto do enxerto interposto entre o arco aórtico e a aorta descendente

REFERÊNCIAS

1. Salles CA, Silva RRP, Borém PM, Casagrande ISJ, Moreira MCV, Gusmão JB, et al. Reconstrução da aorta com conduto de pericárdio bovino corrugado. Rev Bras Cir Cardiovasc 1998;13(2):131-40.
2. Lisboa LAF, Abreu Filho CAC, Dallan LAO, Rochitte CE, Souza JM, Oliveira SA. Tratamento cirúrgico da coarctação do arco aórtico em adulto: avaliação clínica e angiográfica tardia da técnica extra-anatômica. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2001;16(3):187-94.