



Revista Brasileira de Cirurgia  
Cardiovascular/Brazilian Journal of  
Cardiovascular Surgery

ISSN: 0102-7638

[bjcvs@sbccv.org.br](mailto:bjcvs@sbccv.org.br)

Sociedade Brasileira de Cirurgia  
Cardiovascular

Ferreira Leal, João Carlos; Avanci, Luis Ernesto; Cêntola, Crecêncio; Braile, Domingo  
Marcolino

Aplicabilidade conjunta da endoprótese em reoperação na dissecação de aorta  
Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular/Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery,  
vol. 20, núm. 4, outubro-diciembre, 2005, pp. 449-450  
Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular  
São José do Rio Preto, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=398941857016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Caso 7/2005

# Aplicabilidade conjunta da endoprótese em reoperação na dissecação de aorta

*Joint applicability of endoprosthesis in reoperation of aortic dissection*

João Carlos Ferreira LEAL, Luis Ernesto AVANCI, Crecêncio CÊNTOLA, Domingo Marcolino BRAILE

RBCCV 44205-786

## DADOS CLÍNICOS

Paciente 68 anos, branco, masculino. Há 10 anos submetido à correção de dissecação de aorta tipo A com substituição da aorta ascendente. Em acompanhamento ambulatorial apresentou dor torácica intensa, dilacerante e irradiada para dorso. BEG, eupneico, afebril, grau funcional I (NYHA). Tórax simétrico, ritmo cardíaco regular em dois tempos. Ausculta pulmonar simétrica, sem ruídos adventícios. Abdome sem alterações. Pulsos palpáveis nos quatro membros, com discreta diminuição no membro superior esquerdo e membros inferiores.

## ELETROCARDIOGRAMA

Ritmo sinusal, frequência de 64 bpm. Eixo do complexo QRS +30°. Onda T negativa em D3 e AVF sugestivas de isquemia subepicárdica inferior. Alteração de repolarização ventricular com raras extra-sístoles isoladas polimórficas.



Fig. 1 – Tomografia computadorizada helicoidal de tórax. A- luz verdadeira; B- trombos organizados; C- luz falsa.

Departamento de Cirurgia Cardiovascular do Instituto Domingo Braille  
– Hospital Beneficência Portuguesa de São José do Rio Preto – SP.

Correspondência: João Carlos Ferreira Leal  
Instituto Domingo Braille – Rua Luiz Vaz de Camões, 3111.  
CEP 15015-750 – São José do Rio Preto – São Paulo.  
E-mail: joaocarlos@braile.com.br

Artigo recebido em maio de 2005  
Artigo aprovado em junho de 2005

#### RADIOGRAMA

Índice cardiotorácico dentro dos limites de normalidade. Suturas metálicas no esterno, transparência normal dos campos pleuro-pulmonares, cúpulas diafragmáticas livres. Alongamento, calcificações e ectasia da aorta torácica. Osteófitos em coluna torácica.

#### ECOCARDIOGRAMA

O modo transesofágico demonstrou *situs solitus* em dextrocardia. Conexões veno-atrial, átrio-ventricular e ventrículo-arterial habituais. Ectasia ânulo-aórtica moderada, hipertrofia concêntrica moderada do ventrículo esquerdo adaptado, com fração de ejeção de 58%. Valva aórtica com regurgitação discreta. Aorta ascendente com diâmetro de 41 mm, transversa 35 mm e descendente 46 mm, estas duas com duplo lúmen e fluxo sanguíneo, além de trombose parcial no terço proximal.

#### DIAGNÓSTICO

A cineangiocoronariografia não foi necessária. Os achados ecocardiográficos foram complementados com a tomografia computadorizada helicoidal que evidenciou claramente dissecação aórtica tipo A envolvendo o arco aórtico, origem do tronco braquiocefálico e toda a aorta torácica descendente (55 mm) e abdominal (Figura 1).

#### OPERAÇÃO

Toracotomia transternal mediana, dissecação cuidadosa das aderências, instalação de circulação extracorpórea com canulação da aorta ascendente no tubo de pericárdio implantada na operação anterior e bicaval. Hipotermia profunda a 18°C e parada circulatória total. O arco aórtico foi aberto longitudinalmente, na direção tubo de pericárdio preexistente até o aneurisma dissecante localizado na transição do arco aórtico e a aorta descendente. Observou-se a falsa luz e o local de reentrada da dissecação a 1 cm acima do óstio do tronco braquiocefálico. Optou-se pela liberação de endoprótese auto-expansível de 30 x 115 mm em aorta descendente. O arco foi reconstruído com tubo de pericárdio bovino corrugado, anastomosado distalmente à endoprótese e, proximalmente, com o tubo preexistente. A origem do tronco braquiocefálico foi tratada e anastomosada ao tubo corrugado. A preservação miocárdica foi realizada com cardioplegia sanguínea retrógrada contínua tépida e de baixo volume. O tempo de circulação extracorpórea foi de 240 minutos, com 78 minutos de parada circulatória total. O paciente evoluiu sem intercorrências, não apresentou seqüela neurológica, foi extubado com 24 horas e recebeu alta hospitalar no décimo dia de pós-operatório.