

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

Aplicabilidade conjunta da endoprótese em reoperação na dissecção de aorta

Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular/Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery,
vol. 20, núm. 4, octubre-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

Caso 7/2005

Aplicabilidade conjunta da endoprótese em reoperação na dissecção 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 dissecção 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. Auscultação pulmonar simétrica, sem ruídos adventícios. Abdome sem alterações. Pulso palpável nos quatro membros, com discreta diminuição no membro superior esquerdo e membros inferiores.

ELETROCARDIOGRAMA

Ritmo sinusal, freqüência 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 Braile – Hospital Beneficência Portuguesa de São José do Rio Preto – SP.

Correspondência: João Carlos Ferreira Leal
Instituto Domingo Braile – 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 lumen e fluxo sangüíneo, 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 dissecção 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 transesternal mediana, dissecção 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 dissecção 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 sangüínea 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.