



Revista Brasileira de Cirurgia
Cardiovascular/Brazilian Journal of
Cardiovascular Surgery

ISSN: 0102-7638

revista@sbccv.org.br

Sociedade Brasileira de Cirurgia
Cardiovascular

CROTI, Ulisses Alexandre; Marcolino BRAILE, Domingo; DE RESENDE, Cristiane;
BEANI, Lilian

Origem anômala de artéria coronária da artéria pulmonar: operação de Takeuchi
Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular/Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery,
vol. 21, núm. 4, outubro-diciembre, 2006, pp. 478-479
Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular
São José do Rio Preto, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=398941861021>

- 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 7/2006

Origem anômala de artéria coronária da artéria pulmonar: operação de Takeuchi

Anomalous origin of the left coronary artery from pulmonary artery: Takeuchi operation

Ulisses Alexandre CROTI, Domingo Marcolino BRAILE, Cristiane DE RESENDE, Lilian BEANI

RBCCV 44205-859

DADOS CLÍNICOS

Lactente de 6 meses, sexo masculino, 7.785g, branco, nascido por parto cesárea com 40 semanas, 3280 gramas. Aos 4 meses, iniciou quadro tipo bronqueolite, associado com cansaço, palidez, tosse e dispnéia às mamadas. Levado ao médico, constatou-se sinais de insuficiência cardíaca congestiva, sendo encaminhado ao nosso Serviço para investigação. Regular estado geral, corado, hidratado, dispnéico, acianótico e afebril. Tórax simétrico, *ictus cordis* no 5º espaço intercostal esquerdo em linha hemiclavicular. Ritmo cardíaco regular em dois tempos, 120 bpm, sem sopros. Ausculta pulmonar simétrica, sem ruídos adventícios. Abdome flácido, fígado 2 cm do RCD. Extremidades com pulsos palpáveis e simétricos, sem diferencial pressórico entre os membros. Em uso de furosemida, espironolactona e digoxina.

ELETROCARDIOGRAMA

Ritmo sinusal, frequência de 120 bpm. ÂQRS -30°. Alteração difusa da repolarização ventricular, com sobrecarga ventricular esquerda. Área inativa em região lateral alta (Figura 1).

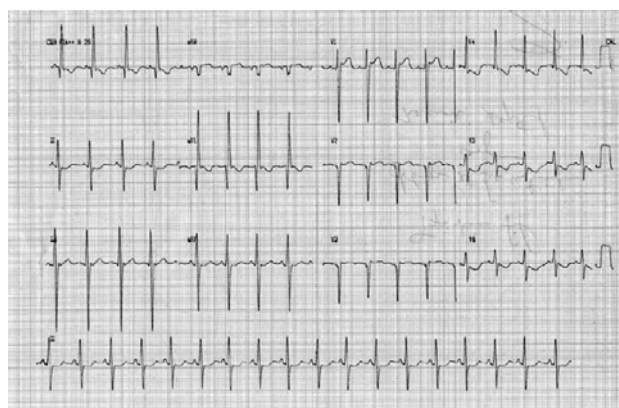


Fig. 1 – Eletrocardiograma demonstrando características de origem anômala de artéria coronária da artéria pulmonar

RADIOGRAMA

Situs solitus visceral, índice cardiotorácico 0,64 à custa do ventrículo esquerdo (VE). Campos pulmonares com discreto aumento da trama vascular. cúpulas diafragmáticas livres.

Serviço de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica de São José do Rio Preto
– Hospital de Base – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

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

Artigo recebido em outubro de 2006
Artigo aprovado em novembro de 2006

ECOCARDIOGRAMA

Importante aumento dos diâmetros do VE, com disfunção contrátil de grau importante. Ao *Doppler*, fluxo turbulento em átrio esquerdo, compatível com insuficiência valvar mitral de grau discreto, fração de ejeção pelo método de Simpson 33%. Tronco da artéria coronária esquerda medindo 2,3 mm e originando-se da região lateral esquerda da artéria pulmonar (AP) e com fluxo em sentido invertido, ou seja, da artéria coronária para a AP. Artéria coronária direita dilatada com 3,8 mm, fornecendo várias colaterais para a artéria coronária esquerda. Área de hiper-refringência no endocárdio do VE e músculo papilar ântero-lateral.

DIAGNÓSTICO

O ecocardiograma é suficiente para diagnóstico adequado, porém esta doença pode evoluir com insuficiência valvar mitral, isquemia ventricular e formação de aneurisma. O eletrocardiograma associado à clínica é sugestivo e orienta, com bastante certeza, para o diagnóstico, porém o ecocardiograma identificará e delineará a anatomia, determinando o tamanho e posição da artéria coronária anômala. Havendo dúvidas quanto ao diagnóstico, deve ser realizada arteriografia coronária seletiva e/ou ressonância magnética.

OPERAÇÃO

Toracotomia transternal mediana, instalação do auxílio de circulação extracorpórea a 28°C. Cardioplegia sangüínea, anterógrada, hipotérmica e intermitente a cada 15 minutos, diretamente nos óstios coronarianos. Abertura da AP retirando um *flap* transversal da parede anterior. Criação de uma janela aortopulmonar de 4 mm² na parede lateral esquerda da aorta e lateral direita da AP (Figura 2), suturando-se os dois orifícios. O *flap* é anastomosado na parede posterior da AP até a origem da artéria coronária anômala. Utilizados fios de *polydioxanone* nestas suturas para permitir o crescimento. A operação foi completada com uma placa de pericárdio bovino suturada com polipropileno na parede anterior da AP, com intuito de evitar obstrução [1]. O tempo de perfusão foi de 104 minutos e tempo de isquemia miocárdica de 77 minutos. Desta forma, o fluxo de sangue da aorta passa através da janela aortopulmonar, entre o *flap* e a parede posterior da AP até a origem da coronária anômala, resultado facilmente acompanhado pelo ecocardiograma, como demonstra a Figura 3, obtida no 5º mês de pós-operatório, com melhora significativa da função ventricular e o túnel criado apresentando-se com excelente fluxo sangüíneo.

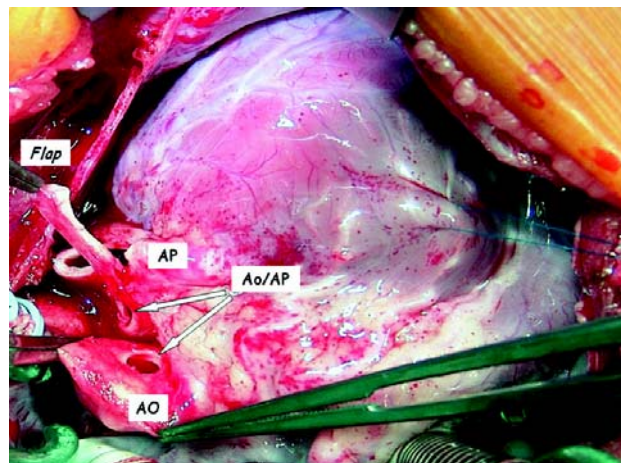


Fig. 2 – Aspecto intra-operatório com o flap de tecido da artéria pulmonar seccionado transversalmente para confecção do túnel. AO – aorta, AP – artéria pulmonar, AO/AP – orifícios nas paredes aórtica e pulmonar para confecção da janela aortopulmonar

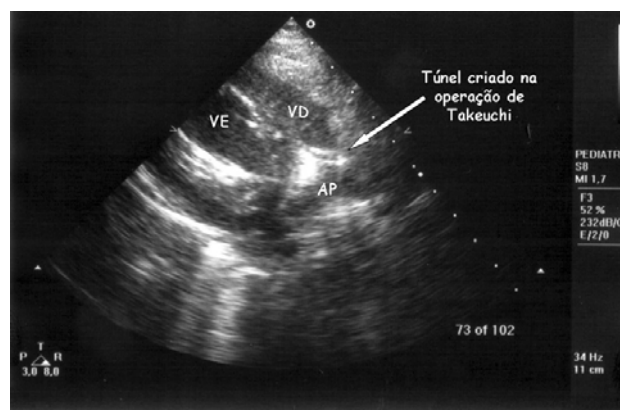


Fig. 3 – Ecocardiograma no 5º mês de pós-operatório com excelente fluxo da aorta para a coronária esquerda anômala. VE – ventrículo esquerdo, VD – ventrículo direito, AP – artéria pulmonar

REFERÊNCIA

1. Takeuchi S, Imamura H, Katsumoto K, Hayashi I, Katohgi T, Yozu R, et al. New surgical method for repair of anomalous left coronary artery from pulmonary artery. J Thorac Cardiovasc Surg. 1979;78(1):7-11.