



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; BRAILE, Domingo Marcolino; Barboza de OLIVEIRA, Marcos
Aurélio; HASSEM SOBRINHO, Sírio

Cardiovorsor desfibrilador implantável em criança com miocárdio não-compactado isolado
Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular/Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery,
vol. 24, núm. 1, enero-marzo, 2009, pp. 98-99
Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular
São José do Rio Preto, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=398941870020>

- ▶ 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

Cardioversor desfibrilador implantável em criança com miocárdio não-compactado isolado

Implantable cardioverter-defibrillator in a child with isolated noncompacted myocardium

Ulisses Alexandre CROTI¹, Domingo Marcolino BRAILE¹, Marcos Aurélio Barboza de OLIVEIRA¹, Sírio HASSEM SOBRINHO¹

RBCCV 44205-1061

DADOS CLÍNICOS

Criança com 9 anos, 25 kg, sexo masculino, natural e procedente de Barretos, SP. Nascido a termo, quando apresentou parada cardiorrespiratória (PCR) sem causa definida e permaneceu por 30 dias internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Aos 11 meses apresentou episódio de desmaio, seguido de cianose e PCR, sendo submetido a cardioversão em decorrência de fibrilação ventricular (SIC). Na ocasião, iniciado corticóide e digital, evoluindo bem até os últimos dois meses, quando em repouso apresentou novo desmaio, sendo necessária massagem cardíaca e nova cardioversão para reversão do quadro. Introduzido amiodarona, espironolactona, ácido acetilsalicílico e suspenso digital. Após aproximadamente 10 episódios de síncope e desmaios, a criança foi transferida para a UTI do nosso Serviço. Ao exame físico estava em bom estado geral, afebril, eupneico e acianótico. Precórdio sem alterações, ritmo cardíaco regular, com bulhas rítmicas e normofonéticas. Ausculta pulmonar normal. Abdome flácido, fígado a 2 cm do rebordo costal direito, baço não palpável e ruídos hidroaéreos presentes. Extremidades com boa perfusão, sem edemas, pulsos palpáveis e simétricos em todos os membros, sem sequelas motoras, apenas com retardamento mental leve, decorrente da PCR no momento do parto (SIC).

ELETROCARDIOGRAMA

Ritmo sinusal, freqüência 88 bat/mim, S-ÂP 0°, S-ÂQRS - 30°, intervalo PR 0,24s. Bloqueio atrioventricular de primeiro grau, sobrecarga atrial e ventricular esquerda, além de bloqueio de ramo esquerdo.

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

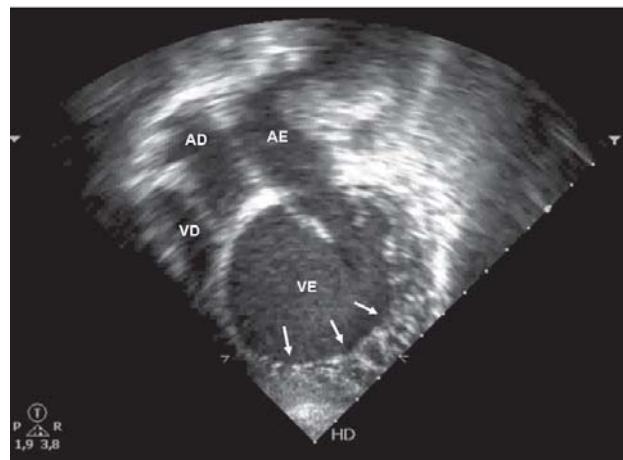


Fig. 1 – Corte apical quatro câmaras demonstrando o ventrículo esquerdo dilatado com trabeculações exuberantes nas paredes lateral e apical (setas,) caracterizando miocárdio não-compactado

RADIOGRAMA

Situs solitus visceral em levocardia. Área cardíaca aumentada à custa do ventrículo esquerdo, com índice cardiotorácico de 0,68 e segundo arco discretamente aumentado. Trama vascular pulmonar sem alterações aparentes.

ECOCARDIOGRAMA

Situs solitus em levocardia. Conexões venoatrial, atrioventricular e ventriculoarterial normais. Ventrículo direito com paredes finas nas porções trabecular e de via de saída,

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

Artigo recebido em 10 de fevereiro de 2009
Artigo aprovado em 12 de março de 2009

ventrículo esquerdo com miocárdio de aspecto espongiforme (Figura 1), disfunção contrátil do ventrículo esquerdo de grau importante com fração de ejeção 33,8% e insuficiência valvar mitral discreta. Ausência de trombos intracavitários.

DIAGNÓSTICO

Encaminhado ao nosso Serviço por repetidos episódios de fibrilação ventricular e recuperação de morte súbita [1], o tratamento foi orientado rapidamente para o implante de cardioversor desfibrilador. O diagnóstico de miocárdio não-compactado e não associado a outras anormalidades é extremamente raro, com poucos pacientes descritos pela literatura, creditando-se a causa a uma rara desordem de morfogênese endomiocárdica [2].

OPERAÇÃO

Paciente em decúbito dorsal, anestesia geral, incisão na região infraclavicular esquerda, divulsão do músculo peitoral maior e confecção da loja com dimensões adequadas para posterior implante do gerador. Punção da veia subclávia

esquerda, passagem do fio-guia, dilatador e eletrodo até o ventrículo direito, posicionando na porção mais apical possível para que o *coil* entrasse em grande contato com a parede ventricular. Da mesma forma para o eletrodo atrial, foi possível obter medidas mais adequadas na parede lateral do átrio direito. Ambos os eletrodos foram implantados com fixação ativa. Na aferição das medidas, o eletrodo atrial apresentou limiar da ponta de 1,1 mv, impedância de 426 ohms e retorno de 23,0, o eletrodo ventricular direito, limiar de 0,7 mv, impedância de 420 ohms e retorno de 10,0. Após a indução da fibrilação ventricular (Figura 2), foram necessários dois choques para reversão ao ritmo sinusual, o primeiro de 15J e o segundo de 20J (Figura 3). Com o sistema testado e as medidas dentro dos padrões desejados, o implante do gerador foi finalizado com a incisão suturada por planos. O paciente foi encaminhado à UTI e realizada radiografia de tórax (Figura 4) e ecocardiograma para afastar complicações como pneumotórax e tamponamento. Em decorrência da disfunção ventricular e da arritmia prévia, o paciente recebeu alta no terceiro dia de pós-operatório, com altas doses de metoprolol e amiodarona.

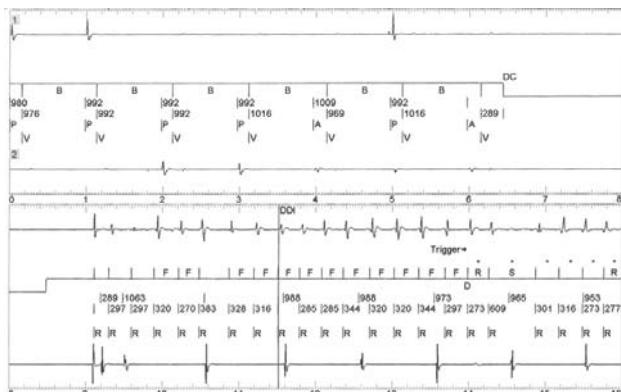


Fig. 2 – Indução da fibrilação ventricular

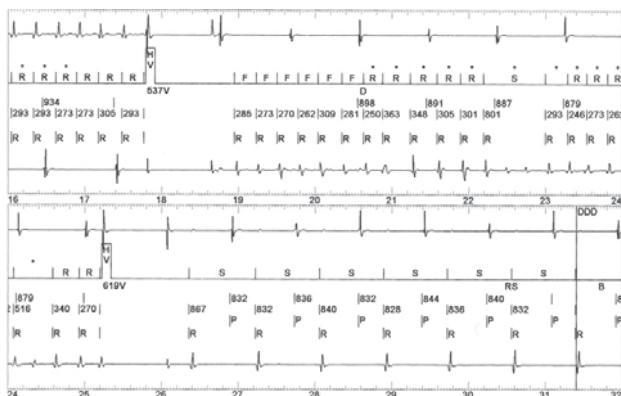


Fig. 3 – Primeira desfibrilação ventricular com 15 J sem sucesso. Segunda desfibrilação ventricular com 20 J e reversão ao ritmo sinusual

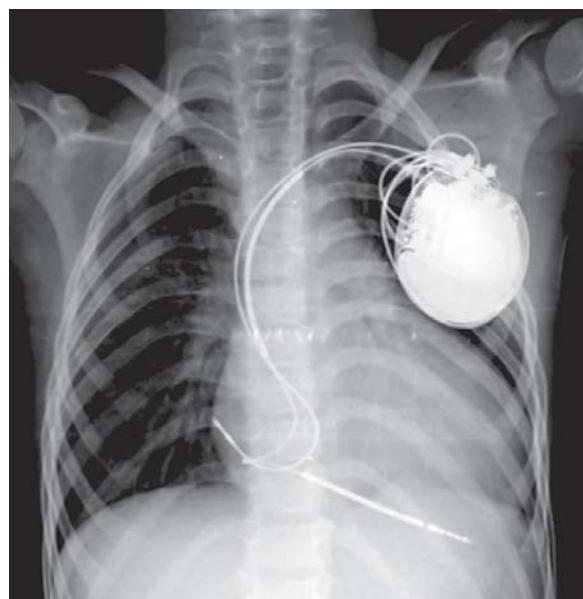


Fig. 4 – Radiografia de tórax no pós-operatório imediato com os eletrodos atrial e ventricular implantados

REFERÊNCIAS

1. Andrade JC, Ávila Neto V, Braile DM, Brofman PR, Costa AR, Costa R, et al. Diretrizes para o implante de cardioversor desfibrilador implantável. Arq Bras Cardiol. 2000;74(5):481-2.
2. Chin TK, Perloff JK, Williams RG, Jue K, Mohrmann R. Isolated noncompaction of left ventricular myocardium. A study of eight cases. Circulation. 1990;82(2):507-13.