



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; Barbosa de OLIVEIRA, Marcos
Aurélio; DE MARCHI, Carlos Henrique
Correção cirúrgica da origem anômala da artéria pulmonar direita da aorta
Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular/Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery,
vol. 25, núm. 3, julio-septiembre, 2010, pp. 422-423
Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular
São José do Rio Preto, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=398941878023>

- 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



Correção cirúrgica da origem anômala da artéria pulmonar direita da aorta

Surgical correction of the anomalous origin of right pulmonary artery of aorta

Ulisses Alexandre CROTI¹, Domingo Marcolino BRAILE¹, Marcos Aurélio Barbosa de OLIVEIRA¹, Carlos Henrique DE MARCHI¹

RBCCV 44205-1209

CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE

Criança com 20 dias, 2,9 kg, sexo feminino, com dispneia em repouso desde o nascimento.

O eletrocardiograma indicava importante sobrecarga ventricular direita, a radiografia de tórax, aumento de área cardíaca, e o ecocardiograma definiu o diagnóstico de artéria pulmonar direita (APD) com origem na face lateral esquerda da aorta ascendente a 5,8 mm do plano valvar aórtico, com a origem medindo 5mm e a porção distal, 7 mm. Havia também uma comunicação interatrial *ostium secundum* de 1,8 mm, insuficiência valvar tricúspide moderada e hipertensão arterial pulmonar importante. A tomografia computadorizada de múltiplos detectores confirmou os achados do ecocardiograma.

A correção cirúrgica consistiu na secção total da aorta ascendente, restando um *flap* de tecido desta para anastomose direta da origem da APD na parede lateral direita do tronco pulmonar.

A aorta foi reconstruída com anastomose direta entre as porções proximal e distal. Todas as anastomoses foram realizadas com fios de polidioxanona, com intuito de permitir o crescimento dos tecidos.

O tempo de circulação extracorpórea (CEC) foi de 90 minutos e de isquemia miocárdica, 27 minutos, à temperatura mínima de 26°C [1].

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA EMPREGADA

Esternotomia mediana, fixação de campos estéreis para proteção da ferida operatória.

Abertura de mediastino, ressecção parcial do timo e fixação do pericárdio. Análise das estruturas cardíacas externas, início da dissecação da APD, sendo identificada a exata posição da origem na aorta. Isolamento da APD e cadaçamento com torniquete.

Confecção de bolsas em aorta e apêndice atrial direito, heparinização em átrio direito e bolsa na veia cava inferior.

O VÍDEO REFERENTE AO TEXTO ENCONTRA-SE NO SITE DA REVISTA: <http://www.rbccv.org.br/video/v25n3>

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, Brasil.

Endereço para correspondência:

Ulisses Alexandre Croti

Hospital de Base – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

(FAMERP) – Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5544
São José do Rio Preto – SP – Brasil – CEP 15090-000.
E-mail: uacroti@uol.com.br

CONFLITO DE INTERESSES: Declaramos haver conflito de interesse, pois a empresa Braile Biomédica® forneceu o material e realizou a filmagem da operação apresentando seus produtos.

Artigo recebido em 5 de agosto de 2010
Artigo aprovado em 9 de setembro de 2010

Demonstração da cânula arterial aórtica nº 8 da empresa Braile Biomédica® utilizada na operação e posicionamento da mesma na aorta, o mais distal possível e fixação.

Estrangulamento da APD e início imediato do auxílio da circulação extracorpórea (CEC).

Dissecção da artéria pulmonar esquerda, identificação do canal arterial, cadarçamento com fio de polipropileno 5-0, ligadura e secção.

Isolamento do tronco pulmonar, identificação do local adequado na parede lateral direita para incisão e implante da APD. Nota-se esta com fluxo de sangue totalmente interrompido pelo torniquete.

Pinçamento da aorta ascendente, administração de solução cardioplégica.

Secção total da aorta retirando a origem da APD com tecido suficiente para adequada anastomose no tronco pulmonar.

Dissecção ampla da APD até o hilo pulmonar, incisão na parede lateral direita do tronco pulmonar com retirada de tecido até obter amplo orifício.

Anastomose direta entre a APD e o tronco pulmonar com fio de polidioxanona 6-0. Análise da posição dos ramos pulmonares após o implante.

Reconstrução da aorta com anastomose direta e fio absorvível, sendo ampliada a porção distal com incisão longitudinal. Liberação do pinçamento aórtico, início dos batimentos cardíacos e descontinuação da CEC.

A operação é finalizada de forma habitual, notando-se a proteção conferida pelos campos estéreis, fechamento do esterno com fios de aço e suturas dos tecidos por planos.

REFERÊNCIAS

1. Amir G, Frenkel G, Bruckheimer E, Dagan T, Katz J, Berant M, et al. Anomalous origin of the pulmonary artery from the aorta: early diagnosis and repair leading to immediate physiological correction. *Cardiol Young*. 2010;20(1):1-6.