



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; Patini Espada, Daniela; Villegas,
Betsy Maria

Correção de coarctação de aorta com interposição de tubo em criança de 12 anos
Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular/Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery,
vol. 25, núm. 4, outubro-diciembre, 2010, pp. 596-597
Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular
São José do Rio Preto, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=398941879028>

- 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 de coarctação de aorta com interposição de tubo em criança de 12 anos

Correction of aortic coarctation with interposition of a tube in a 12 years-old child

Ulisses Alexandre CROTI¹, Domingo Marcolino BRAILE¹, Daniela Patini ESPADA¹, Betsy Maria VILLEGAS¹

RBCCV 44205-1235

DADOS CLÍNICOS

Criança do sexo feminino, 12 anos, 53 kg, raça negra, oriunda de Palestina, SP.

Encaminhada à pediatria do nosso hospital por apresentar hipertensão arterial sistêmica (240/140 mmHg) durante procedimento cirúrgico para retirada de um cisto sinovial na mão direita.

A anamnese de admissão no Serviço de Cardiologia Pediátrica identificou cefaleia holocraniana como único sintoma, sem uso de medicamentos.

O exame físico evidenciou diferença pressórica entre os membros superiores e inferiores, sendo 190/140 mmHg em membro superior esquerdo, 190/140 mmHg em membro superior direito, 130/100 mmHg em membro inferior esquerdo e 130/90 mmHg em membro inferior direito, além de pulsos inferiores diminuídos. As bulhas cardíacas eram normofonéticas com sopro sistólico +/6+ em bordo esternal esquerdo baixo. Não foi notado sopro em dorso.

ELETROCARDIOGRAMA

Ritmo sinusal, frequência de 70 bat/min, SÂP + 60°, SÂQRS + 60°, PR 0,16 s, QRS 0,10 s, QT 0,40, QTc 0,42. Sobrecarga ventricular esquerda e alteração difusa da repolarização ventricular (Figura 1).

RADIOGRAFIA

Situs solitus visceral em levocardia. Erosão nos bordos inferiores costais. Área cardíaca discretamente aumentada, redução da transparência em base pulmonar à direita por possíveis lesões do espaço aéreo.

ECOCARDIOGRAMA

Situs solitus em levocardia, coarctação de aorta segmentar com repercussão hemodinâmica, comunicação

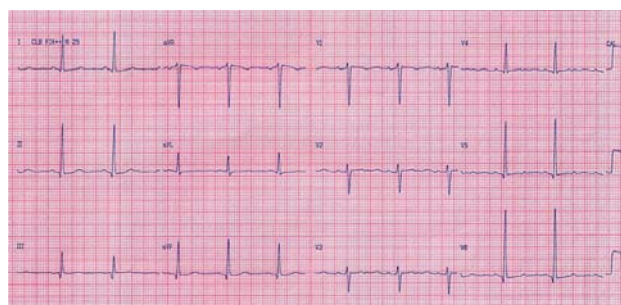


Fig. 1 – Eletrocardiograma pré-operatório com sobrecarga ventricular esquerda

interventricular muscular trabecular mínima detectada apenas ao *Doppler* e valva aórtica bivalvular sem disfunção [1].

Aorta ascendente com 29 mm, crossa antes do tronco braquiocefálico 22 mm, entre o tronco braquiocefálico e a artéria subclávia esquerda 7 mm. A fração de ejeção era de 68,1%.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MÚLTIPLOS DETECTORES

Redução segmentar de calibre da crossa aórtica na porção descendente com cerca de 2,2 cm de comprimento. Notam-se, também, vasos colaterais distalmente à região acometida (Figura 2 / Vídeo 1)

DIAGNÓSTICO

Fundamentalmente, deve ser salientado que o diagnóstico poderia facilmente ter sido realizado na cidade de origem com a simples medida pressórica nos quatro membros. Deve-se destacar, também, o fato de uma doença tão grave apresentar-se com pouco ou quase ausência de sintomas até a adolescência [2].

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.

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

Os exames complementares confirmaram o diagnóstico, sendo iniciado tratamento medicamentoso adequado e indicada operação para correção do defeito.

OPERAÇÃO

Criança em decúbito lateral direito, toracotomia látero-posterior, abertura da pleura parietal, dissecação ampla da crosse da aorta, região coarctada, aorta descendente, artéria subclávia esquerda e isolamento cuidadoso das artérias intercostais.

Observado longo segmento da aorta com diminuição de calibre, entre a artéria subclávia esquerda e a aorta descendente (Figura 3).

Pinçamento lateral da aorta descendente abaixo da região acometida, incisão lateral e anastomose término-lateral de tubo de politetrafluoretileno (PTFE) nº 16. Seccionando a outra extremidade do tubo em bisel, este foi anastomosado também de forma término-lateral na aorta junto à origem da ASE, que também foi pinçada lateralmente. Os tempos de isquemia para as anastomoses foram respectivamente 10 e 12 minutos, sem auxílio de circulação extracorpórea [3]. As suturas foram realizadas com fios de polipropileno 5-0 (Figura 4/Vídeo 2).

O frêmito observado no tubo após as anastomoses indicava alto fluxo sanguíneo, que foi confirmado pelo ecocardiograma no pós-operatório.

A paciente recebeu alta hospitalar após 35 dias de internação, devido a deiscência da sutura, necessidade de antibioticoterapia e oxigenoterapia hiperbárica.



Fig. 2 / Vídeo 1 (<http://www.rbccv.org.br/video/v25n4b/>) – Imagem em corte sagital demonstrando a coarctação de aorta segmentar obtida pela tomografia computadorizada de múltiplos detectores

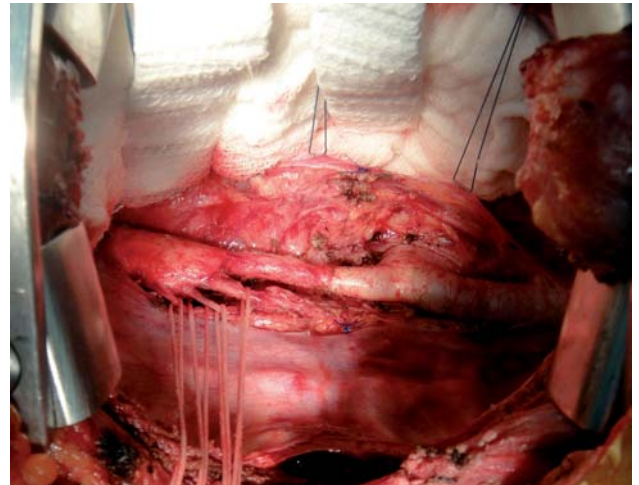


Fig. 3 – Segmento de aorta comprometido após ampla dissecação. Nota-se a presença de artérias intercostais reparadas com fios de algodão

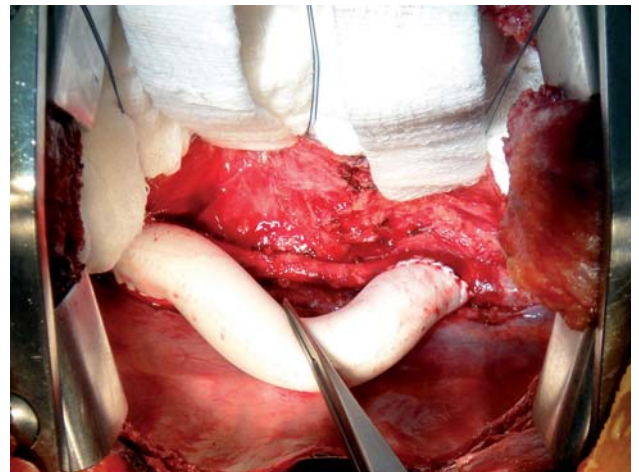


Fig. 4 / Vídeo 2 (<http://www.rbccv.org.br/video/v25n4c/>) – Tubo de politetrafluoretileno nº16 implantado, sem auxílio de circulação extracorpórea, entre a aorta junto à origem da artéria subclávia esquerda e aorta descendente abaixo do segmento comprometido

REFERÊNCIAS

1. Perloff JK. The variant associations of aortic isthmus coarctation. *Am J Cardiol.* 2010;106(7):1038-41.
2. Tanous D, Benson LN, Horlick EM. Coarctation of the aorta: evaluation and management. *Curr Opin Cardiol.* 2009;24(6):509-15.
3. Carvalho MVH, Pereira WL, Gandra SMA, Rivetti LA. Coarctação de aorta no adulto: a respeito de um caso e sobre desvios extra-anatômicos. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2007;22(4):501-4.