

Caso 2/2006

# Endoarterite em adulto com tetralogia de Fallot

*Endoarteritis in adult with tetralogy of Fallot*

Ulisses Alexandre CROTI, Domingo Marcolino BRAILE, Alfredo Lara GAILLARD, Lílian BEANI

RBCCV 44205-804

## DADOS CLÍNICOS

Paciente de 28 anos, branco, sexo masculino, lavrador. Aos 7 anos foi diagnosticada cardiopatia congênita, sendo acompanhado até os 14 anos, quando a família ainda não aceitava a necessidade de tratamento cirúrgico. Há 1 ano e 6 meses, apresentou quadro de hemoptise com duração de 8 meses, evoluindo com dispnéia aos mínimos esforços, turvação visual, cefaléia, sem febre ou internação no período. BEG, corado, hidratado, eupneico em repouso, cianótico e desnutrido. Tórax simétrico, *ictus cordis* palpável no 5º espaço intercostal à esquerda, ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas com sopro sistólico ejetivo 2+/6 em borda esternal esquerda média, com irradiação para dorso à esquerda. Ausculta pulmonar normal. Abdome flácido, fígado a 2 cm do rebordo costal direito. Pressão arterial normal nos quatro membros, extremidades com baqueteamento digital e cianose (saturação periférica de 83%).

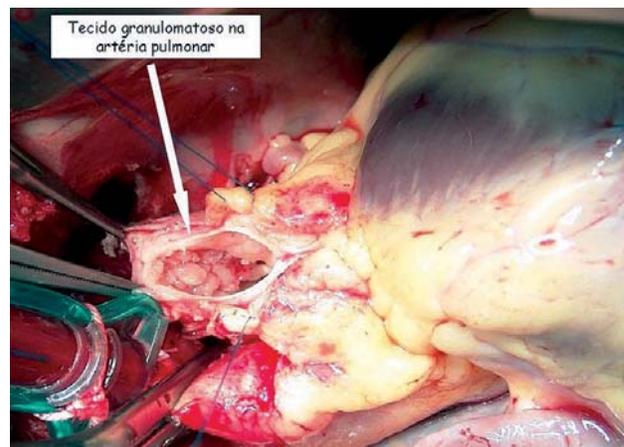


Fig. 1 – Artéria pulmonar aberta longitudinalmente com grande quantidade de tecido granulomatoso obstruindo a origem da artéria pulmonar esquerda

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 dezembro de 2005  
Artigo aprovado em janeiro de 2006

#### ELETROCARDIOGRAMA

Ritmo sinusal, frequência de 100 bpm. ÂP +60, ÂQRS + 120°, sem sinais diretos de sobrecarga atrial ou ventricular, com exceção da onda T em V1, sugerindo sobrecarga do ventrículo direito. Transição rápida de voltagem do complexo QRS de V1 para V2 e bloqueio do ramo direito de leve a moderado.

#### RADIOGRAMA

*Situs solitus* visceral, levocardia, índice cardiotorácico 0,47. Arco médio discretamente escavado. Oligohemia periférica. Aorta à esquerda.

#### ECOCARDIOGRAMA

*Situs solitus* em levocardia. Conexões venoatrial, atrioventricular e ventriculoarterial concordantes. Comunicação interventricular (CIV) de 20 mm em seu maior eixo, estenose valvar pulmonar com anel valvar medindo 11 mm e artéria pulmonar com 10 mm. Não visibilizadas anormalidades no trajeto das artérias pulmonares. Ventrículo direito hipertrófico com dilatação moderada, contratilidade discretamente diminuída, disfunção diastólica, índice de performance miocárdica 0,60. Insuficiência aórtica discreta e insuficiência tricúspide moderada.

#### DIAGNÓSTICO

O ecocardiograma confirmou o estudo cineangiocoronariográfico, ao qual o paciente havia sido submetido aos 21 anos, em outro Serviço, que indicava tetralogia de Fallot de má anatomia, com hipoplasia do anel valvar pulmonar, aorta à esquerda da coluna vertebral, normalidade coronariana e pressões normais na artéria pulmonar.

#### OPERAÇÃO

Toracotomia transesternal mediana. Auxílio de circulação extracorpórea à 28°C. Aberto o tronco da artéria pulmonar, observaram-se vegetações granulomatosas, de aspecto esbranquiçado, sugestivo de lesão crônica (endoarterite). Iniciava-se na região do ducto arterial, obstruindo a origem da artéria pulmonar esquerda e prolongando-se para dentro desta (Figura 1). Tais vegetações foram rigorosamente ressecadas e o tronco da artéria pulmonar, anel valvar pulmonar e via de saída do ventrículo direito ampliados com monocúspide bovina 21. A CIV foi fechada de modo habitual com placa de pericárdio bovino, após desinserção dos folhetos septal e anterior da valva tricúspide. Chamava atenção a grande hipertrofia do septo interventricular, proporcionando uma CIV de menor diâmetro do que o habitual em crianças menores com tetralogia de Fallot. O tempo de perfusão foi de 116 minutos e de isquemia miocárdica de 103 minutos à 28°C. No pós-operatório, evoluiu sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no 9º dia por necessidade de fisioterapia pulmonar. Importante salientarmos a dificuldade do ecocardiograma na análise das artérias pulmonares direita e esquerda no paciente adulto e a necessidade de atenção do cirurgião para diagnóstico e tratamento adequado no intra-operatório [1].

#### REFERÊNCIA

1. Schaff HV, Danielson GK. Advances in surgical management of congenital heart disease in adults. *Cardiovasc Clin.* 1987;17(3):221-38.