

Correlação Clínico-Cirúrgica

Caso 1/2004 – Serviço de Cirurgia Cardíaca Pediátrica – Hospital de Base da Faculdade Estadual de Medicina de São José do Rio Preto

Ulisses Alexandre CROTI, Domingo Marcolino BRAILE, Airton Camacho MOSCARDINI

RBCCV 44205-674

DADOS CLÍNICOS

Recém-nascido pré-termo de 36 semanas, 2610g, 21 dias, masculino, branco. Desde o segundo dia de vida apresentou crises de cianose, taquidispnéia e hipoglicemia, sendo suspeitada pneumonia e introduzida antibioticoterapia. BEG, descorado +/4. Bulhas rítmicas, sopro sistólico de +++/6 em borda esternal esquerda. Pulmões com estertores crepitantes difusos. Fígado a 2 cm do rebordo costal direito. Pulsos periféricos palpáveis nos quatro membros, porém de maior intensidade no braço direito. Iniciada infusão de prostaglandina E1 com melhora do quadro de insuficiência cardíaca congestiva, diurese e saturação periférica.

ELETROCARDIOGRAMA

Ritmo sinusal, frequência 155 bat/min, eixo elétrico do complexo QRS + 160°. Onda R ampla em V1 e P grande em D2, sugerindo sobrecarga atrial e ventricular direita.

RADIOGRAMA

Hipotransparência pulmonar difusa bilateral, sugestiva de congestão venosa pulmonar por hipertensão. Índice cardiotorácico 0,67.

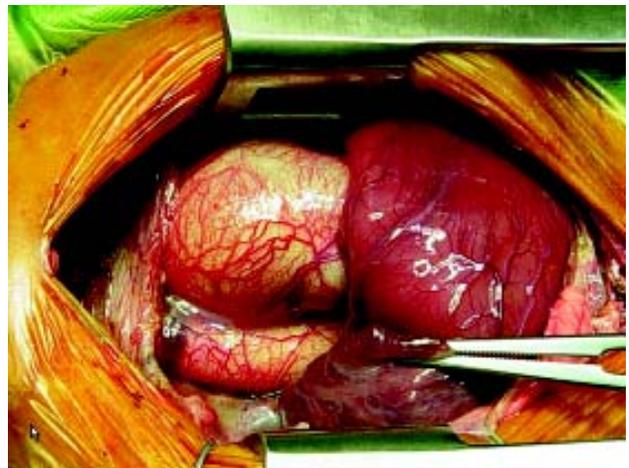


Fig. 1 – Aspecto intra-operatório demonstrando o grande aumento volumétrico das cavidades direitas e tronco da artéria pulmonar

ECOCARDIOGRAMA

Situs solitus em levocardia, conexões veno-atrial, atrioventricular e ventrículo-arterial concordantes. Interrupção do arco aórtico após a artéria carótida comum

Correspondência: Ulisses Alexandre Croti
Hospital de Base – FAMERP – Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416
CEP 15090-000 – São José do Rio Preto – São Paulo
E-mail: uacroti@cardiol.br

Artigo recebido em novembro de 2003
Artigo aprovado em janeiro de 2004

esquerda. Comunicação interatrial tipo forame oval. Comunicação interventricular duplamente relacionada. Canal arterial patente e restritivo, suprimindo a artéria subclávia esquerda e a aorta descendente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Pensar principalmente em truncus arteriosus, drenagem anômala total de veias pulmonares, coarctação de aorta severa com comunicação interventricular, janela aorto-pulmonar e cardiopatias complexas com ventrículo único.

DIAGNÓSTICO

O estudo cineangiocardiógráfico não foi necessário, podendo ser até mesmo desvantajoso pelo uso de contraste. O ecocardiograma demonstrou claramente a anatomia do arco aórtico e as características intracardíacas, confirmando o diagnóstico de interrupção do arco aórtico tipo B com comunicação interventricular.

OPERAÇÃO

Realizada no 21º dia de vida, a tática operatória utilizada foi a correção total em estágio único. Toracotomia transesternal

mediana, instalação do circuito de circulação extracorpórea com duas cânulas arteriais e duas venosas. Após hipotermia profunda a 16°C e cardioplegia sangüínea anterógrada intermitente a 4°C, optou-se pelo hipofluxo com 40 ml/kg/h durante 25 minutos, com tempo total de perfusão de 164 minutos e anóxia de 47 minutos.

Inicialmente ligadura e secção do canal arterial, dissecação ampla dos vasos da base, arco aórtico e aorta descendente. Anastomose término-lateral da aorta descendente na parede posterior do arco aórtico. A ventriculoseptoplastia foi realizada facilmente através do tronco pulmonar. A comunicação interatrial foi fechada com sutura direta.

No pós-operatório evoluiu com insuficiência renal, necessitando diálise peritoneal durante quatro dias, processo infeccioso inespecífico, o qual foi tratado com antibioticoterapia de amplo espectro. Períodos de hipoglicemia chamaram atenção, apesar da investigação endocrinológica não ter demonstrado alterações no metabolismo. Recebeu alta hospitalar no 22º dia com ecocardiografia de controle demonstrando ausência de gradiente na região da anastomose aórtica e comunicação interventricular fechada.