

Caso 1/2006

Justaposição de apêndices atriais à direita na tetralogia de Fallot

Juxtaposition of the atrial appendages in tetralogy of Fallot

Ulisses Alexandre CROTI, Domingo Marcolino BRAILE, Rafael Clark de Oliveira PITERI, Gustavo Eduardo DIAZ SUAREZ

RBCCV 44205-803

DADOS CLÍNICOS

Criança de 3 anos e 4 meses, 13,5kg, sexo masculino, negra. Prematuro de 32 semanas, com pé torto congênito, hérnias inguinal bilateral e umbilical, além de evidente abaulamento em hemitórax esquerdo. Aos 10 meses, foi observada adoção de posição de cócoras e sopro cardíaco, os quais motivaram encaminhamento ao cardiologista, sendo diagnosticada cardiopatia congênita e orientado tratamento cirúrgico. BEG, corado, hidratado, dispnéico aos pequenos esforços, cianótico +/-6. Tórax assimétrico com abaulamento à esquerda, *ictus cordis* palpável no 4º espaço intercostal à esquerda, ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, com sopro sistólico ejetivo +/-6 em borda esternal esquerda média alta. Ausculta pulmonar normal. Abdome com fígado no rebordo costal direito, cicatrizes de herniorrafia bilateral. Pressões arteriais e pulsos normais nos quatro membros, extremidades inferiores com cicatrizes nos pés, saturação periférica de 89%.

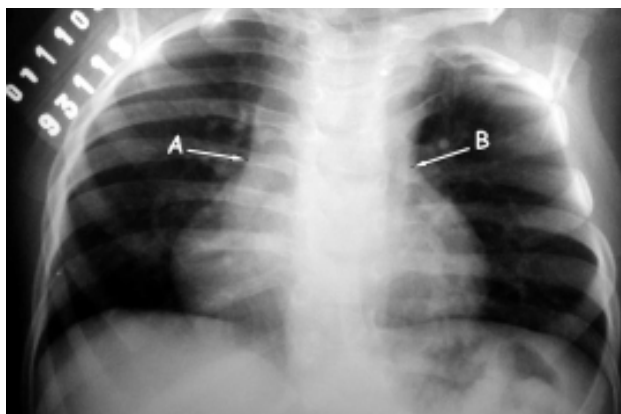


Fig. 1 – Radiograma de tórax. A: opacidade hiliar superior à silhueta cardíaca direita, sugestiva do apêndice atrial esquerdo justaposto ao direito. B: alargamento com retificação do mediastino à esquerda, provavelmente devido à presença da veia cava superior esquerda persistente

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 125 bpm. ÂP 0, ÂQRS + 60°, intervalo PR 0,16s, QTc 0,52s, QRS 0,08s. Sem sinais diretos de sobrecarga atrial ou ventricular.

RADIOGRAMA

Situs solitus visceral. Deformidade da caixa torácica, com 11 arcos costais à direita e 8 à esquerda, falha de fusão do 1° e 3° arcos costais à esquerda. Curvatura do eixo torácico para direita e lombar para a esquerda. Índice cardiorádico de 0,64, com proeminência das câmaras direitas. Sinais de arco aórtico à direita, com pequeno deslocamento da traquéia para esquerda. Pequena diminuição da trama vascular pulmonar melhor observada na periferia. Arco médio pouco escavado. Alargamento com retificação do mediastino à esquerda. Opacidade hilar à direita, superior à silhueta cardíaca direita (Figura 1).

ECOCARDIOGRAMA

Situs solitus em levocardia, ventrículo direito hipertrófico e dilatado, com estenose infundibular de grau importante, gradiente entre o ventrículo direito e tronco pulmonar de 77 mmHg. Comunicação interventricular perimembranosa de via de entrada do ventrículo direito, dextroposição da aorta, com cavalgamento inferior a 50%. Valva pulmonar, tronco e artérias pulmonares com diâmetros satisfatórios. Arco aórtico à direita e presença de veia cava superior esquerda persistente drenando em seio coronário.

DIAGNÓSTICO

O ecocardiograma diagnosticou tetralogia de Fallot, esclarecendo aspectos anatômicos e orientando para o tratamento cirúrgico, porém não demonstrou a justaposição dos apêndices atriais à direita, o que era sugerido pela imagem radiológica, mas trata-se de diagnóstico raro e extremamente difícil, quando não se está habituado às cardiopatias congênitas.

OPERAÇÃO

Toracotomia transesternal mediana, instalação de circulação extracorpórea com uma cânula arterial e três venosas (duas veias cavas superiores e uma inferior), hipotermia a 28°C, cardioplegia sangüínea anterógrada intermitente hipotérmica a 4°C. Após abertura do saco pericárdico, notou-se presença do apêndice atrial esquerdo justaposto ao apêndice atrial direito e ao átrio direito (Figura 2), configurando justaposição de apêndices atriais à direita. Aberto o tronco da artéria

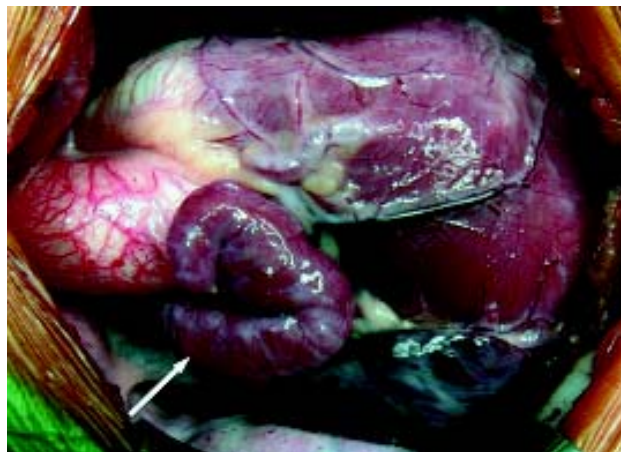


Fig. 2 – Apêndice atrial esquerdo (seta) justaposto à direita, superiormente ao apêndice atrial direito

pulmonar, visibilizou-se a valva pulmonar com características normais e a estenose da via de saída do ventrículo direito, a qual foi ressecada. A comunicação interventricular foi corrigida de forma habitual através do átrio direito, com pontos separados e placa de pericárdio bovino. Os tempos de perfusão e de isquemia miocárdica foram de 134 e 111 minutos, respectivamente. No pós-operatório imediato, apresentou discreto derrame pleural à direita e insuficiência cardíaca grau funcional I (NYHA), tratada com furosemida 3 mg/kg/dia. Alta hospitalar no 6° dia. O ecocardiograma ambulatorial após uma semana revelou boa função ventricular, ausência de derrame pericárdico, pleural e de lesões residuais. Fica claro que a presença de justaposição dos apêndices atriais à direita é diagnóstico incomum previamente à operação, porém não proporciona dificuldades técnicas para correção através do átrio direito e do tronco pulmonar, como realizado rotineiramente na tetralogia de Fallot [1].

REFERÊNCIA

1. Giannopoulos NM, Chatzis AK, Karros P, Zavaropoulos P, Papagiannis J, Rammos S et al. Early results after transatrial/transpulmonary repair of tetralogy of Fallot. Eur J Cardiothorac Surg. 2002;22(4):582-6.