

Drenagem anômala de veia pulmonar inferior direita em veia cava inferior associada a apêndice hepático intracardíaco

Carlos R. MORAES*, Jorge V. RODRIGUES*, Ivan de Lima CAVALCANTI*, Cláudio A. GOMES*, Lorella MARINUCCI*

RBCCV 44205-58

MORAES, C. R.; RODRIGUES, J. V.; CAVALCANTI, I. L.; GOMES, C. A.; MARINUCCI, L. — Drenagem anômala de veia pulmonar inferior direita em veia cava inferior associada a apêndice hepático intracardíaco. *Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.*, 3(2): 122-124, 1988.

RESUMO: Descreve-se o caso de uma paciente de 61 anos de idade, com drenagem anômala de veia pulmonar inferior direita em veia cava inferior, associada a apêndice hepático intratorácico, herniado através de fenda no diafragma. A correção cirúrgica foi realizada por anastomose direta da veia anômala com o átrio esquerdo, pela redução do apêndice hepático para a cavidade abdominal e, finalmente, pelo fechamento do defeito diafragmático. O pós-operatório decorreu sem qualquer complicação. Os autores chamam a atenção para a raridade do caso.

DESCRIPTORIOS: veias pulmonares, drenagem anômala; apêndice hepático intracardíaco.

INTRODUÇÃO

Drenagem anômala de uma ou das duas veias pulmonares direitas em veia cava inferior é parte de uma anomalia complexa que envolve muitas estruturas: lobulação e distribuição brônquica anormais, hipoplasia da artéria pulmonar direita, seqüestração pulmonar, cistos brônquicos, defeitos diafragmáticos e outras cardiopatias congênitas.

No presente trabalho, relata-se o caso de uma paciente de 61 anos de idade, operada com o diagnóstico de tumor do mediastino, na qual se encontrou drenagem da veia pulmonar inferior direita em veia cava inferior associada a um apêndice hepático, que herniava para a cavidade pleural através de uma fenda diafragmática.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, com 61 anos de idade, procurou nosso Serviço, para esclarecimento diagnóstico de massa tumoral do mediastino, observada numa radiografia do tórax feita no curso de tratamento clínico de hipertensão arterial. Era assintomática, com bom estado geral, não apresentava sinais de insuficiência cardíaca; os pulsos eram palpáveis nos 4 membros e a pressão arterial era de 200 x 90 mmHg. A ausculta pulmonar mostrava-se normal, o ritmo cardíaco apresentava-se regular com 96 bpm, a 2ª bulha era hiperfônica no foco aórtico, onde se auscultava um sopro de ejeção (+/+ + + +). O eletrocardiograma mostrou sinais de hipertrofia ventricular esquerda. A radiografia simples e tomografia (Figura 1) do tórax revelavam a presença de massa tumoral homogênea, sem calcificações, de contornos nítidos e irregulares, ocupando o mediastino

Trabalho realizado no Instituto do Coração de Pernambuco. Real Hospital Português de Beneficência de Pernambuco. Recife, PE, Brasil. Recebido para publicação em 20 de agosto, 1988.

* Do Instituto do Coração de Pernambuco.

Endereço para separatas: Carlos R. Moraes. Av. Portugal, 163. 50.000 Recife, PE, Brasil.

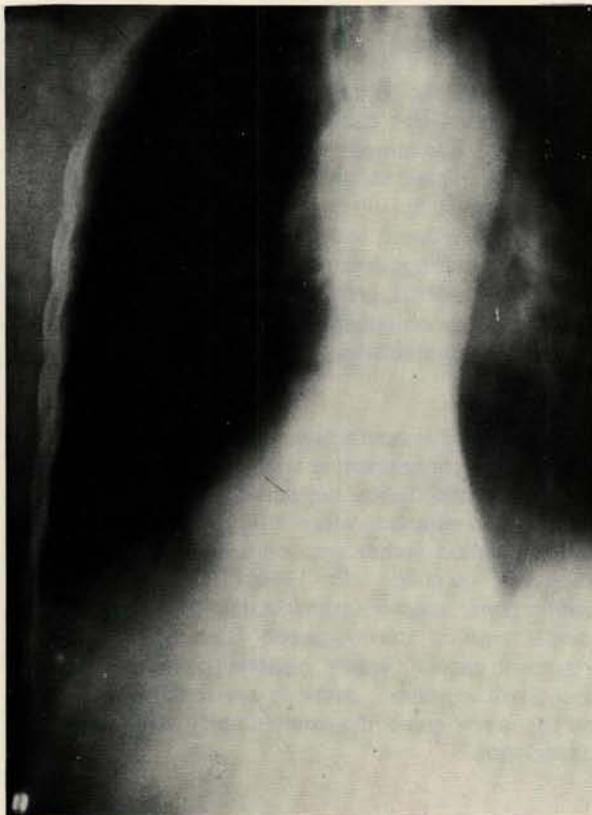


Fig. 1 — Tomografia pré-operatória do tórax.

posterior, mais à esquerda. A tomografia computadorizada do tórax demonstrou que a massa tinha consistência sólida, não havendo envolvimento do parênquima pulmonar. A indefinição do contorno entre a massa tumoral e o diafragma sugeria eventração diafragmática.

Em 28.10.87, a paciente foi submetida a uma toracotomia pósterolateral direita pelo 6º espaço intercostal, com o diagnóstico de tumor do mediastino. Aberto o tórax, verificou-se, de início, a existência de um apêndice hepático intratorácico, medindo aproximadamente 13 cm de comprimento por 9 cm de diâmetro, que herniava para dentro da cavidade pleural, através de uma grande fenda existente na cúpula diafragmática. Ademais, uma calibrosa veia pulmonar inferior direita (VPID), passava entre o apêndice hepático e a borda direita do coração, desembocando na veia para cava inferior (VCI). Aparentemente, não havia alterações lobares e brônquicas.

A VPID foi dissecada em toda a sua extensão, sendo seccionada junto à desembocadura na VCI. O coto dessa veia foi suturado com Prolene 5-0. O pericárdio foi, então, aberto por detrás do nervo frênico. O coto proximal da VPID foi anastomosado ao átrio esquerdo, após este ser parcialmente excluído junto à desembocadura da veia pulmonar superior direita. A anastomose foi feita com sutura contínua de Prolene 6-0 e, durante sua con-

fecção, a artéria pulmonar direita e veia pulmonar superior direita (VPSD) foram ocluídas com cadarços. O aspecto final da implantação da VPID no átrio esquerdo ficou excelente (Figura 2). Finalmente, o apêndice hepático foi reduzido para a cavidade abdominal, e a fenda diafragmática foi fechada com pontos separados de Mer-silene 00.



Fig. 2 — Aspecto cirúrgico. A seta indica a anastomose da veia anômala com o átrio esquerdo. Observa-se, ainda, o apêndice hepático intratorácico.

O pós-operatório decorreu sem qualquer complicação e a paciente apresenta excelente evolução, decorridos 15 meses após a cirurgia. Uma angiografia pós-operatória mostrou pèrvia a anastomose da VPID com o átrio esquerdo (Figura 3).



Fig. 3 — Angiografia pós-operatória observando-se a veia anômala (seta) anastomosada ao átrio esquerdo.

COMENTÁRIOS

A drenagem de uma veia pulmonar direita anômala em veia cava inferior é uma condição rara⁴. Esta veia

anômala pode drenar todo o sangue do pulmão direito, ou apenas um dos lobos, médio e inferior. O tronco venoso desce em direção ao diafragma, paralelamente à borda direita do pericárdio, girando, porém, abruptamente, para a esquerda, pouco acima do diafragma, desembocando na veia cava inferior, acima dos orifícios das veias hepáticas. Esta morfologia do tronco venoso pode resultar numa imagem radiográfica peculiar (síndrome da cimitarra)². O septo interatrial pode apresentar-se intacto, ou existir uma comunicação interatrial.

A síndrome da cimitarra ocorre como uma anomalia isolada, na minoria dos casos⁴. A maioria apresenta anomalias do pulmão direito, incluindo tanto hipoplasia pulmonar de graus variáveis, como alterações no número e tamanho dos lobos, além de presença de artérias sistêmicas suprindo o pulmão, hipoplasia da artéria pulmonar direita, alterações no número e morfologia dos brônquios, e cistos broncogênicos². Quando o pulmão direito é hipoplásico, o coração pode estar totalmente desviado para este lado. Em nosso caso, a inspeção externa do pulmão não revelou qualquer alteração. Nessa paciente, o que chamava, realmente, atenção era a presença de um grande apêndice hepático dentro da cavidade pleural, que herniava para dentro do tórax, através de uma grande fenda da cúpula diafragmática. Esta anomalia, portanto, conduziu ao diagnóstico de tumor do mediastino. So-

mente durante a operação, a existência da veia pulmonar anômala foi detectada.

A existência de defeitos do diafragma ocorre em cerca de 20% dos casos de síndrome da cimitarra². No entanto, não fomos capazes de encontrar, na literatura, nenhum caso semelhante ao nosso. O mais semelhante apresentava um divertículo do diafragma, contendo, em seu interior, tecido hepático⁶. Nos outros, as alterações diafragmáticas incluíam anomalias da inserção deste músculo, produzindo, às vezes, compressão do lobo inferior do pulmão direito e herniação de parênquima pulmonar através do foramen de Bochdalek².

As primeiras operações para correção da síndrome da cimitarra consistiram na anastomose do tronco venoso com o átrio direito, desviando-se o retorno venoso para o átrio esquerdo através de uma atrioseptoplastia realizada para fechar uma comunicação interatrial já existente³ ou criada¹. Em 1960, KOCH & SILVA⁵ realizaram com sucesso a transplantação da veia anômala diretamente ao átrio esquerdo. Esta técnica, utilizada em nosso caso, é simples, dispensa o emprego da circulação extracorpórea, devendo ser realizada em todos os casos nos quais não existam defeitos intracardiacos associados.

RBCCV 44205-58

MORAES, C. R.; RODRIGUES, J. V.; CAVALCANTI, I. L.; GOMES, C. A.; MARINUCCI, L. — Anomalous drainage of the right inferior pulmonary vein into the inferior vena cava associated to intrathoracic hepatic appendix. *Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.*, 3(2): 122-124, 1988.

ABSTRACT: The authors present a case of a 61-year-old woman with anomalous drainage of the right inferior pulmonary vein into the inferior vena cava associated to an intrathoracic hepatic appendix herniated through a diaphragmatic defect. Surgical correction was obtained by direct anastomosis of the anomalous vein to the left atrium, reduction of the hepatic appendix to the abdominal cavity and closure of the diaphragmatic defect. The postoperative course was uneventful. The rarity of this condition is stressed.

DESCRIPTORS: pulmonary veins, anomalous drainage; hepatic appendix, intrathoracic.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 GILMAN, R. A.; SKOWRON, C. A. R.; MUSSER, B. G.; BAILEY, C. P. — Partial anomalous venous drainage. *Am. J. Surg.*, 94(5): 688-694, 1957.
- 2 KIELY, B.; FILLER, J.; STONE, S.; DOYLE, E. F. — Syndrome of anomalous venous drainage of the right lung to the inferior vena cava: a review of 67 reported cases and three new cases in children. *Am. J. Cardiol.*, 20(1): 102-116, 1967.
- 3 KIRKLIN, J. W.; ELLIS Jr., H.; WOOD, E. H. — Treatment of anomalous pulmonary venous connections in association with interatrial communications. *Surgery*, 39(3): 389-398, 1956.
- 4 KIRKLIN, J. W. & BARRATT-BOYES, B. G. — Atrial septal defect and partial anomalous pulmonary venous connection. In: *Cardiac surgery*. New York, Niley, 1986. p. 463-498.
- 5 KOCH, W. & SILVA, A. — Anomalous drainage of pulmonary veins into the inferior vena cava: importance of planigraphic study. *Radiology*, 75(4): 592-594, 1960.
- 6 STEINBERG, I. — Roentgen diagnosis of anomalous pulmonary venous drainage of right lung into inferior vena cava: report to three new cases. *Am. J. Roentgenol.*, 81(2): 280-289, 1959.