

ARTÉRIA SUBCLÁVIA DIREITA ABERRANTE E CORREÇÃO DE ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA ROTO COM PERFUSÃO CEREBRAL ANTERÓGRADA - UM RELATO DE CASO

Vitória Alves Schimidt¹; Ralf Stuermer²; Gerson Pereira de Oliveira²; Rômulo Soares Castagnino²; Victor do Espírito Santo Rodrigues².

¹ Universidade Franciscana; ² Universidade Federal de Santa Maria

INTRODUÇÃO

O padrão mais comum de ramos originados do arco da artéria aorta durante período embrionário na quarta semana de vida é: **1) tronco braquiocefálico (TBC)**, do qual emergem artéria subclávia direita (ASD) e artéria carótida comum direita (ACCD); **2) artéria carótida comum esquerda (ACCE)**; e **3) artéria subclávia esquerda (ASE)**. Variantes anatômicas já foram relatadas e seu reconhecimento através de exames de imagem, como a angiotomografia, é imprescindível na correção de aneurisma da aorta torácica, visto que, em diversos casos, a canulação arterial preferencial da aorta ascendente não é possível, e o cirurgião precisará definir outro sítio de canulação, frequentemente a ASD, a fim de estabelecer perfusão cerebral anterógrada através desta e da ACCD, após o clampeamento do TBC durante parada circulatória e assim evitar isquemia cerebral.

MÉTODO

Neste trabalho, será relatado o caso de um paciente de 76 anos com diagnóstico de dissecção de aorta toracoabdominal no qual foi realizada canulação de ACCD devido à presença da ASD com trajeto retroesofágico, conhecida como artéria lusória.

DISCUSSÃO

DBS, 76 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca e arritmia completa por fibrilação atrial, é encaminhado ao serviço de cirurgia cardiovascular após realização de tomografia de abdômen total com dissecção extensa da raiz da aorta ascendente à aorta abdominal infrarenal, bem como da ASE. O paciente foi submetido à angiotomografia computadorizada para estudo dos vasos e foi constatada ASD anômala, com trajeto retroesofágico e origem após arco aórtico. Em razão desta variação anatômica, não seria possível a canulação convencional da ASD para estabelecer a perfusão cerebral anterógrada após o clampeamento do TBC, visto que a ACCD não receberia fluxo, já que originava-se praticamente na aorta descendente. Dessa forma, optou-se pela canulação da ACCD durante a circulação extracorpórea (CEC) e, no decorrer da parada circulatória (realizada através de solução cardioplégica associada à hipotermia moderada), a perfusão cerebral anterógrada foi possível após clampeamento da ACCD imediatamente abaixo da cânula.



CONCLUSÃO

O lado esquerdo pôde ser perfundido através unicamente da ACCD, via Polígono de Willis, visto que a ACCE também é clampeada durante a parada circulatória. Após realização da aortotomia e infundida a solução cardioplégica, o enxerto arterial reto número 30 foi suturado. O enxerto foi então clampeado e, assim, foi possível realizar reforço da anastomose proximal, na aorta ascendente, acima do plano das coronárias, com feltro e fio polipropileno 3-0. Após 50 minutos, o enxerto foi desclampeado e obteve-se retorno da circulação sistêmica. No total, o paciente ficou 148 minutos em CEC e foi submetido à perfusão cerebral anterógrada durante 61 minutos.