

DISSECÇÃO CRÔNICA DE AORTA STANFORD A COM PSEUDOANEURISMA GIGANTE DA FALSA LUZ

Autores: Daniel Augusto Schröder, Fernando De Toni Zat, Rodrigo Rodrigues da Silva, Eduarda Tonel Schröder, Carolina Andreatta Gottschall.

Instituição: Hospital de Clínicas de Ijuí – Rio Grande do Sul – Brasil

Introdução

Paciente masculino, 51 anos, hipertenso, tabagista, interna com dor torácica iniciada há 60 dias e cansaço aos moderados esforços. Ao exame, impulsão paraesternal e turgência jugular. Radiografia de tórax com grande alargamento do mediastino (Fig.1).

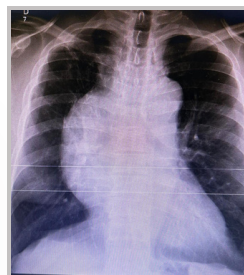


Fig.1

Angiotomografia com dissecção de aorta ascendente e dilatação aneurismática da falsa luz de 11,4 x 10,6 cm associada a trombo mural em íntimo contato com a borda esternal posterior (Fig.2). Ecocardiograma com função ventricular preservada e insuficiência aórtica leve. Cineangiografias com enchimento da falsa luz pelo contraste, importante compressão da luz verdadeira e coronárias sem lesões obstrutivas (Fig.3)

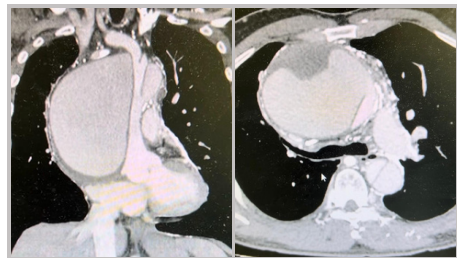


Fig.2

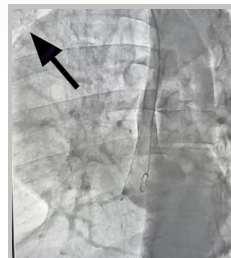


Fig.3

Método

O paciente foi submetido à reconstrução da aorta ascendente com heparinização e canulação arterial axilar direita antes da esternotomia. Não houve acidente durante a abertura do esterno e, após canulação venosa do átrio direito, procedeu-se com hipotermia profunda 22 graus celsius e parada circulatória total. A falsa luz apresentava-se parcialmente trombosada (Fig.4).

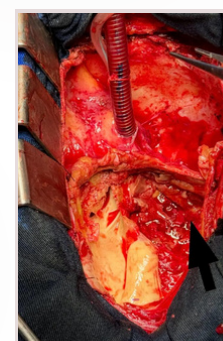


Fig.4

O reparo foi feito com tubo de Dácron número 32 em sutura contínua de prolene 4-0, reforços com pontos ancorados em feltro e uso de cola biológica (Bioglue) nas linhas de sutura. O procedimento foi encerrado com 168 minutos de circulação extracorpórea (CEC), 92 minutos de isquemia miocárdica e 45 minutos de parada circulatória total com perfusão cerebral seletiva anterógrada intermitente (Fig.5). O paciente evoluiu sem sequelas neurológicas, com infecção respiratória tratada, coleção mediastinal drenada e alta no 28º PO.



Fig.5

Discussão

Aneurismas gigantes da aorta ascendente podem evoluir com aderência à borda esternal posterior, podendo causar hemorragia incoercível durante a esternotomia. Estratégias como a canulação arterial e venosa e parada circulatória antes da esternotomia ajudam a aumentar a segurança do procedimento, no entanto, aumentam os tempos de CEC e parada circulatória. Optamos, nesse caso, pela canulação apenas arterial antes da esternotomia e canulação atrial direita de urgência numa eventual lesão na abertura do esterno. Essa estratégia reduz os tempos de CEC e parada circulatória, além de permitir a dissecção do aneurisma ainda com o coração batendo e o cérebro perfundido.

Conclusão

Em grandes aneurismas e dissecções aneurismáticas da aorta ascendente, onde as relações anatômicas entre o esterno e o vaso sejam muito próximas, a canulação prévia da artéria axilar e a abertura do esterno com o paciente heparinizado podem ser realizadas para aumentar a segurança do procedimento, sem aumentar muito os tempos de CEC e parada circulatória.