



CASO CLÍNICO

Pseudoaneurisma gigante da via de saída do ventrículo esquerdo: uma patologia rara

Larissa Acioli Pereira*, Paula Fontes Gontijo, Jorge Alcântara Farran,
Antonio Carlos Palandri Chagas, Edson Renato Romano, Luis Carlos Bento de Souza

Unidade de Terapia Intensiva, Hospital do Coração de São Paulo – Associação Sanatório Sírio, São Paulo, Brasil

Recebido a 25 de agosto de 2011; aceite a 6 de novembro de 2012

Disponível na Internet a 6 de junho de 2013

PALAVRAS-CHAVE

Pseudoaneurisma;
Endocardite
infecciosa;
Via de saída do
ventrículo esquerdo;
Anel fibroso
mitroaórtico

KEYWORDS

Pseudoaneurysm;
Infective
endocarditis;
Left ventricular
outflow tract;
Mitral-aortic
intervalvular fibrosa

Resumo O pseudoaneurisma da via de saída do ventrículo esquerdo (VSVE) é uma patologia rara decorrente de agressões sofridas pelo ventrículo esquerdo, como infarto agudo do miocárdio, endocardite infecciosa ou trauma cirúrgico, sendo uma afeção de alta morbimortalidade. Descreve-se um caso de pseudoaneurisma de VSVE gigante ainda mais raramente relatado na literatura. A lesão foi detetada 12 anos após a troca da válvula aórtica por endocardite infecciosa, num paciente jovem e ex-toxicodependente. Por ser uma patologia incomum, pouco se sabe sobre a sua apresentação clínica e respetivo tratamento.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Giant pseudoaneurysm of the left ventricular outflow tract: A rare disease

Abstract Pseudoaneurysm of the left ventricular outflow tract (LVOT) is a rare disease with high morbidity and mortality, resulting from left ventricular damage due to myocardial infarction, infective endocarditis or surgical trauma. A case of giant pseudoaneurysm of the LVOT, even more rarely reported in the literature, is described. The lesion was detected 12 years after aortic valve replacement for infective endocarditis in a young patient, a former intravenous drug user. As it is an uncommon disease, little is known about its clinical presentation and treatment.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Relato de caso

Paciente de 45 anos, do sexo masculino, engenheiro, ex-toxicodependente, portador de hepatopatia crónica por vírus c e com história pregressa de troca da válvula aórtica metálica em maio de 1998 por endocardite infecciosa.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: laraacioli@bol.com.br (L. Acioli Pereira).



Figura 1 A radiografia do tórax evidencia imagem radiopaca em base e terço médio de hemitórax esquerdo, com bordos calcificados. O parênquima pulmonar apresenta área de oligoemia em terço superior esquerdo e infiltrado intersticial à direita.

Após 7 meses, evoluiu com deiscência perivalvular, tendo sido submetido a nova cirurgia, para implante de prótese em aorta ascendente com *patch*. Em 2009, apresentou fibrilação atrial persistente, com tentativas de cardioversão química e elétrica sem sucesso.

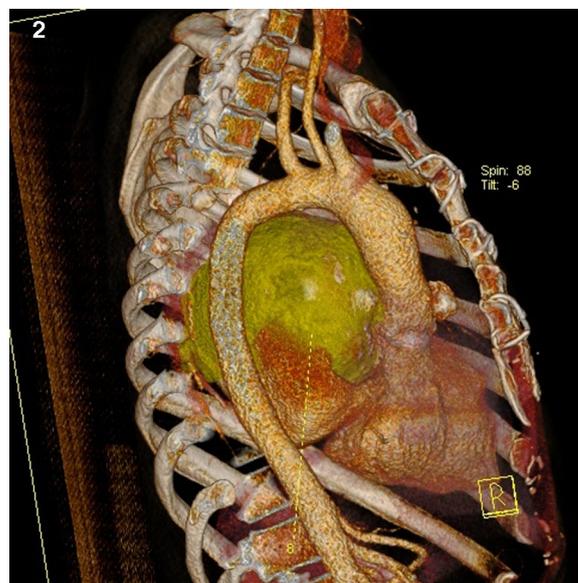
Em 2010, foi admitido na nossa instituição para investigação diagnóstica de quadro de tosse seca progressiva, estando em tratamento de pneumonia.

Foi iniciada a propedêutica com radiografia simples ao tórax, que evidenciou imagem radiopaca na base e terço médio do hemitórax esquerdo (Figura 1). O eletrocardiograma de 12 derivações mostrou ritmo de fibrilação atrial e sobrecarga do ventrículo esquerdo (VE). Os exames laboratoriais encontravam-se normais, sem anemia, leucocitose ou alterações eletrolíticas.

Realizou-se ecocardiograma transesofágico que revelou disfunção sistólica do VE (fração de ejeção do ventrículo esquerdo [FEVE] = 38%), átrio esquerdo (AE) com aumento moderado (AE = 50 mm) e presença de dilatação importante da aorta ascendente, com 88 mm no seu diâmetro maior, bem como imagem indicativa de fluxo entre o tubo protético aórtico e a aorta ascendente.

Seguidamente, o paciente foi submetido a uma angiotomografia, a qual mostrou um volumoso pseudomaneurisma junto à porção fibrosa intervalvular mitroaórtico (FIMA), que apresentava comunicação principal com o VE (Figuras 2 e 3). Este pseudoaneurisma determinava compressão do tronco da artéria pulmonar, da artéria pulmonar esquerda, do brônquio fonte esquerdo, estruturas bronco-vasculares da língula e lobo inferior do pulmão esquerdo. Havia ainda desvio de estruturas mediastinais para a esquerda.

Complementou-se o estudo diagnóstico com uma cineangiocoronariografia, que evidenciou coronárias anatomicamente normais, ventriculografia e aortografia, que mostraram cavidade ventricular normal, com moderada hipcontratilidade infero-lateral e refluxo de contraste para uma cavidade sugestiva de pseudoaneurisma gigante fazendo conexão com o VE, com paredes calcificadas e sem obstáculo a ejeção ventricular.



Figuras 2 e 3 Angiotomografia do tórax mostrando pseudoaneurisma da via de saída do ventrículo esquerdo.

Durante este período, o paciente manteve-se estável hemodinamicamente. Perante a importante compressão de estruturas vizinhas ao pseudoaneurisma gigante e associada a repercussão clínica, optou-se por intervenção cirúrgica.

Em 5 de outubro de 2010, o paciente foi submetido a cirurgia cardiovascular com circulação extracorpórea (CEC), hipotermia a 23 °C e, após pinçamento aórtico, infusão de cardioplegia sanguínea hiperpotassêmica a 5 °C nos óstios coronários. Foi retirada a prótese aórtica, permitindo a visualização do orifício de aproximadamente 1,5 cm de diâmetro (Figura 4). Optou-se pela oclusão do orifício com tecido de Dacron (Figuras 5 e 6) e implante da nova prótese aórtica metálica St Jude 23, com posterior sutura da aorta e reaquecimento a 37 °C.

O paciente evoluiu com fibrilação ventricular repetidamente, necessitando de vários choques de 20 J, mantendo-se instável hemodinamicamente, com hipcontratilidade visualmente importante e grande dificuldade

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1126339>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1126339>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)