

Mariana Koeche; Clara Weksler; Carlos Eduardo Dantas  
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro/RJ - Brasil

## 57074 UMA CAUSA ATÍPICA DE INSUFICIÊNCIA AÓRTICA

**INTRODUÇÃO:** A comunicação interventricular (CIV) é um defeito cardíaco congênito frequente, correspondendo a 20-30% de todas as cardiopatias congênitas. Nos adultos, a CIV corresponde a 10% desta patologia, pois este defeito congênito regride espontaneamente ainda na infância. A CIV apresenta-se com tamanho e localização variados, podendo ser um defeito único ou múltiplo, isolado ou parte de um complexo com outros defeitos congênitos. A sua apresentação clínica pode ser variada a depender do seu tamanho, do *shunt* e complicações associadas (exemplo: hipertensão arterial pulmonar, insuficiência aórtica, arritmia, endocardite infecciosa), e o manejo algumas vezes pode ser desafiador. Pacientes com CIV apresentam alto risco de desenvolver insuficiência aórtica (IAo), sendo 2,5 vezes mais comum na CIV do tipo subaórtico/subarterial ou tipo II.

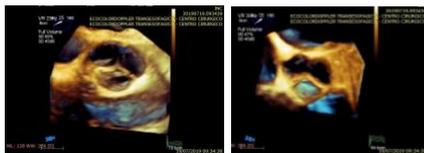
**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 29 anos, branca, natural do Rio de Janeiro, com história de dispneia relacionada aos esforços classe III da *New York Heart Association (NYHA)* associada há um ano, à palpitação. Paciente evoluiu com piora progressiva dos sintomas, dispneia classe IV da NYHA, sendo encaminhada para internação hospitalar na enfermaria de doenças orovalvares com o objetivo da compensação clínica e avaliação de intervenção cirúrgica. Ao exame físico do aparelho cardiovascular, a paciente apresentava sinais periféricos de IAo importante além do clássico sopro diastólico aspirativo 4+/6+ em foco aórtico com irradiação para borda esternal esquerda. Ao ecocardiograma transtorácico, confirmou-se a presença de IAo grave e CIV subaórtico/subarterial (tipo II) restritivo. O ecocardiograma transesofágico (ETE) evidenciou a retração da cúspide coronariana direita e CIV logo abaixo do anel aórtico. Após decisão do *Heart Team*, a paciente foi submetida à cirurgia cardíaca para correção da CIV e plastia da valva aórtica. Realizado o fechamento da CIV com *patch* de pericárdio e plastia da cúspide coronariana direita com pericárdio autólogo, aumentando sua altura e superfície de coaptação. O tempo de circulação extracorpórea (CEC) de 90 minutos e CLAMP de 83 minutos. Não houve instabilidade hemodinâmica no intraoperatório ou no pós-operatório. A paciente recebeu alta hospitalar 7 dias após a cirurgia, seguindo em acompanhamento ambulatorial. Paciente se mantém sem sinais de descompensação clínica há aproximadamente 12 meses, desde a abordagem cirúrgica. Imagens ecocardiográficas comparando o pré e pós-procedimento cirúrgico (figura 1 A-B).

**DISCUSSÃO:** A CIV subaórtica/subarterial se caracteriza pela hipoplasia do septo muscular e como consequência, as cúspides coronarianas perdem seu suporte anatômico. A cúspide sem suporte é direcionada para dentro do orifício da CIV. A cúspide se alonga mais que a sua cúspide coronariana adjacente, levando ao seu prolapso e possivelmente à IAo, efeito esse denominado de efeito Venturi, que já havia sido proposto por Tatsumo *et al* em 1979. O efeito Venturi inicia o prolapso valvar e a força de arraste ou “*Drag force*” permite o direcionamento do jato do fluxo da CIV diretamente sobre o tecido valvar deformado. Com o passar do tempo, sem o reparo cirúrgico da CIV, a IAo evolui com piora progressiva e sintomas de insuficiência cardíaca às custas desses fenômenos. O fechamento da CIV subaórtica/subarterial elimina o processo que deforma a cúspide coronariana, prevenindo a progressão para as complicações relacionadas. Mesmo que a IAo seja leve, o fechamento da CIV é indicado, pois ela é progressiva. Os *guidelines* indicam a intervenção cirúrgica no momento mais avançado da doença enquanto que os estudos randomizados mais recentes indicam intervenção cirúrgica no estágio assintomático da doença, pacientes em classe funcional NYHA I-II e até mesmo antes que a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (VE) esteja abaixo de 55%. Esses estudos ainda retratam que a intervenção deva ser mais precoce, utilizando estratégias cirúrgicas modernas (plastia valvar, técnicas minimamente invasivas), oferecendo dessa forma melhora clínica e preservação da função ventricular, sendo os melhores resultados cirúrgicos obtidos em pacientes jovens.

**FIGURA 1:** A) Imagem ecocardiográfica transesofágica antes da plastia valvar, evidenciando a retração da cúspide coronariana direita. B) Imagem após plastia valvar com o aumento da altura e superfície da cúspide coronariana direita com *patch*.

A

B





# TEMA LIVRE