



# Ressecção de membrana subvalvar aórtica

## *Subvalvular aortic membrane resection*

Joseph A. DEARANI<sup>1</sup>, Ulisses Alexandre CROTI<sup>2</sup>, Theolyn Nan PRICE<sup>1</sup>, Domingo Marcolino BRAILE<sup>2</sup>

RBCCV 44205-1258

### CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE

Criança do sexo masculino, ao nascimento com diagnóstico de estenose valvar mitral por valva mitral em pára-quedas, estenose subvalvar aórtica e coarctação de aorta (síndrome de Shone).

Aos 2 anos apresentava cansaço e dispneia aos esforços. Os exames complementares demonstravam coarctação de aorta com importante repercussão hemodinâmica, a qual foi corrigida cirurgicamente com ressecção e anastomose término-terminal da aorta.

O eletrocardiograma e o ecocardiograma associados aos sinais e sintomas clínicos orientaram para a operação de ressecção da estenose subvalvar aórtica causada por membrana fibromuscular.

### DESCRIÇÃO DA TÉCNICA EMPREGADA

Após toracotomia transternal mediana, observa-se a abertura do saco pericárdico, confecção de bolsa em aorta, introdução da cânula arterial e fixação. Retirada de ar e conexão ao sistema arterial da circulação extracorpórea (CEC). Abertura no apêndice atrial direito, introdução da cânula venosa única e fixação. Aspiração da cavidade pericárdica.

Iniciado auxílio da CEC, dissecação entre a aorta e artéria pulmonar. Fixação do sistema de cardioplegia após introdução da agulha na aorta. Pinçamento aórtico. Aspiração do átrio esquerdo.

Com o coração parado, iniciada incisão transversa na aorta, a qual foi ampliada para a esquerda e em forma de “L” em direção ao seio não coronariano da aorta até próximo ao folheto anterior da valva mitral. Pontos de polipropileno 5-0 na parede da aorta foram colocados para melhor apresentação das estruturas.

Identificação do tecido fibromuscular a ser ressecado, incisão vertical iniciando abaixo do folheto coronariano direito. Com auxílio de uma espátula, iniciado cuidadoso descolamento da membrana fibromuscular em direção ao folheto coronariano esquerdo, circundando até a continuidade mitro-aórtica. Cuidado especial foi tomado para não lesar o septo ventricular e causar comunicação interventricular ou bloqueio atrioventricular.

Nota-se a característica fibromuscular do tecido sendo totalmente retirado. Discreta ressecção do septo muscular também foi realizada para ampliação da via de saída do ventrículo esquerdo. Todo tecido adjacente aos folhetos aórticos foi minuciosamente retirado [1].

O VÍDEO REFERENTE AO TEXTO ENCONTRA-SE NO SITE DA REVISTA: <http://www.rbccv.org.br/video/v26n1/>

1. Mayo Clinic – Rochester, Minnesota, United States of America.
2. Serviço de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica de São José do Rio Preto – Hospital de Base (HB) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), SP, Brasil.

Endereço para correspondência:  
Joseph A. Dearani  
Mayo Clinic

200 First Street SW  
Rochester, MN 55905  
United States  
Phone: 1 507 255-2034 / Fax: 1 507 255-73787  
E-mail: [jdearani@mayo.edu](mailto:jdearani@mayo.edu)

**CONFLITO DE INTERESSES:** Declaramos haver conflito de interesse. A empresa Braille Biomédica® forneceu o material e realizou a filmagem da operação apresentando seus produtos.

Artigo recebido em 20 de fevereiro de 2011  
Artigo aceito em 13 de março de 2011

---

Administração da cardioplegia diretamente nos óstios coronarianos, aspiração e sutura para reconstrução da parede aórtica.

Retirada de ar das cavidades cardíacas com vigorosa massagem do coração. Retirada da pinça na aorta e início dos batimentos cardíacos.

Descontinuado auxílio da CEC, retirada das cânulas venosa e arterial. Aspecto final da operação.

A CEC, em normotermia, teve duração de 58 minutos e isquemia miocárdica de 41 minutos. O paciente permaneceu 50 horas na Unidade de Terapia Intensiva e recebeu alta

hospitalar no 5º dia de pós-operatório em excelentes condições clínicas e ecocardiograma demonstrando total ressecção da membrana subvalvar aórtica.

#### REFERÊNCIA

1. Hirata Y, Chen JM, Quaegebeur JM, Mosca RS. The role of enucleation with or without septal myectomy for discrete subaortic stenosis. *J Thorac Cardiovascular Surg.* 2009;137(5):1168-72.