

Abordagem Cirúrgica Agressiva para Cardiomiopatia Hipertrófica

Zely Sant' Anna Marotti Almeida; Joaquim Henrique S. A. Coutinho; João Carlos Jazbik; Henrique M. R. Coutinho; Gustavo Kikuta; Maria C. S. Serfaty; Letícia L. Lessa; Rodrigo L. R. Cardoso; Cecília C. Almeida

INTRODUÇÃO: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é marcada por hipertrofia miocárdica importante, sendo associada à obstrução do trato de saída do ventrículo esquerdo (VE), por hipertrofia muscular e significativa e pelo movimento anterior sistólico (SAM) da valva mitral, cursando comumente com regurgitação mitral secundária. O tratamento inicial é caracterizado por mudanças no estilo de vida e betabloqueio. Contudo, em pacientes que não toleram tal terapia ou naqueles que se mantêm sintomáticos mesmo em vigência de terapia otimizada, está indicada intervenção por miectomia ou ablação alcóolica.

RELATO DO CASO: Paciente N.R.S, feminina, 63 anos, procurou o ambulatório de Cirurgia Cardíaca, encaminhada da atenção primária, por quadro de síncope, angina e dispneia aos pequenos esforços, além de sopro sistólico em foco mitral e em toda borda esternal esquerda. Apresentava ecocardiograma transtorácico (ECO-TT), com importante hipertrofia concêntrica do VE – gradiente de via de saída de VE (VSVE) em repouso de 166 mmHg, septo interventricular (SIV) 15 mm e parede posterior do VE (PPVE) de 15 mm – além de SAM e insuficiência mitral (IM) grave. Foi submetida à cirurgia para cardiomiectomia e troca valvar mitral, com ecocardiograma transesofágico (ECO-TE) durante o procedimento. Foi realizada excisão de musculatura septal subvalvar aórtica, até a percepção do enfraquecimento estrutural da VSVE através da palpação digital, bem como da valva mitral e de todo seu aparato subvalvar e de trabéculas musculares hipertrofiadas subvalvares na PPVE. Foi implantada prótese valvar mitral biológica, nº 27. O ECO-TT realizado 05 dias após o procedimento mostrou gradiente de VSVE em repouso de 16 mmHg e prótese mitral normofuncionante.

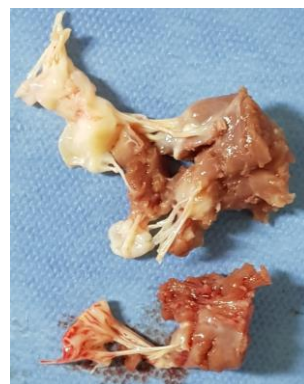


Figura 1: Folhetos mitrais e aparato subvalvar excisados

DISCUSSÃO: A paciente do caso apresentava uma forma de CMH simétrica, sintomática e refratária à terapia medicamentosa. Optou-se, pela característica simétrica e pela hipertrofia da musculatura papilar, por uma abordagem cirúrgica mais agressiva do que a padrão, procedendo-se não apenas com a miectomia transaórtica, como também transmitral, com troca valvar mitral e excisão de todo aparato subvalvar, incluindo a musculatura papilar hipertrofiada. Desse modo, conseguiu-se a resolução da obstrução da VSVE, bem como dos sintomas.



Figuras 2 e 3: VSVE antes e após miectomia.

BIBLIOGRAFIA:

1. Cohn LH et al. Cardiac Surgery in the Adult, 5 ed. McGraw Hill Education. 2018.
2. Nishmura RA et al. Hypertrophic Obstructive Cardiomyopathy: Surgical Myectomy and Septal Ablation. Circulation, 2019. p. 771-781.