



# CARDIOPATIA CONGÊNITA UNIVENTRICULAR DE DUPLA ENTRADA COM COARCTAÇÃO DA AORTA, TRANSPOSIÇÃO DE GRANDES VASOS E GRANDE CANAL ARTERIAL: RELATO DE CASO

Henrique Fayad Pinheiro<sup>1</sup>; Gabriel Chaves Chaves<sup>1</sup>; Leonardo Sá Tabosa<sup>1</sup>; Cláudio Eduardo Corrêa Teixeira<sup>1</sup>; Juliano Sousa Barros<sup>1</sup>.

1. Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA);

## Introdução/Fundamentos

As cardiopatias congênitas (CC) são algumas das enfermidades mais prevalentes em neonatos no mundo. Segundo o Departamento de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, a prevalência de CC está entre 8-10 crianças por 1000 nascidos vivos.

## Objetivos

Relatar à comunidade acadêmica um caso de cardiopatia congênita complexa.

## Descrição do caso

Paciente, sexo masculino, nascido em 06/03/2018, APGAR 8/9, pré natal completo, voltou à maternidade por icterícia fisiológica persistente, encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com cianose central. Realizado oxigenoterapia e ecocardiograma transtorácico (ECO TT) com CC grave. Agravado: cianose de extremidades, dispneia, taquicardia, sudorese fria, acidose metabólica e saturação de Hb 76%. Referenciado para hospital local de referência, em ventilação mecânica (VM) artificial e drogas vasoativas. Transportado à UTI de hospital em outro Estado. Angiotomografia de coração confirmando dupla via de entrada de ventrículo único tipo esquerdo, com vasos em transposição, coarctação de aorta importante, artérias pulmonares cruzadas e canal arterial grande e tomografia de crânio com área de isquemia em região de fronteira e hemorragia intraparenquimatosa. Com a estabilização, fez cirurgia de correção, cursou com sangramento intenso, mantido com tórax aberto. Com controle do quadro realizou toracotomia com drenagem aberta para revisão e fechamento, teve melhora clínica e alta da UTI para enfermaria. Submetido a cirurgia de Glenn, plasia valvar mitral e plasia valvar tricúspide, evoluiu com hipoxemia, infecção sistêmica e pulmonar, depois com infecção urinária.



Endereço eletrônico do autor:  
henriquefayadpinheiro@gmail.com

## Descrição do caso

Com culturas negativas fez em VM na UTI, depois cateter nasal de alto fluxo. Angiotomografia analisou o Glenn para avaliação da hipoxemia e presença de fistula veno-venosa com ramificações para paravertebrais sem possibilidade de fechamento percutâneo. Extubação com hipoxemia agravada por ICC e infecção respiratória, volta da intubação e VM. Fez cirurgia de ligadura de fistula veno-venosa. ECO com fechamento de fistula. Bom estado geral, alta hospitalar, permanece em tratamento.



## Conclusões/Considerações Finais

Conclui-se que o paciente, após inúmeras internações e procedimentos cirúrgicos, apresentou desfecho favorável, evoluindo clinicamente bem com seguimento multiprofissional e terapia em uso de furosemida 6mg 8/8 horas, enalapril 0,3mg 12/12 horas via oral escolhida.

## Referências Bibliográficas

- ZIELINSKY, Paulo. Malformações cardíacas fetais. Diagnóstico e conduta. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 69, p. 209-218, 1997.
- SHARLAND, Gurleen K.; CHAN, Kit-Yee; ALLAN, Lindsey D. Coarctation of the aorta: difficulties in prenatal diagnosis. **Heart**, v. 71, n. 1, p. 70-75, 1994.
- PALADINI, D. et al. Conotruncal anomalies in prenatal life. **Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology**, v. 8, n. 4, p. 241-246, 1996.
- ALLAN, Lindsey Dorothy; SHARLAND, G. K.; COOK, Andrew C. Color atlas of fetal cardiology. 1994.