

## ENDOMIOCARDIOFIBROSE. UMA NOVA ABORDAGEM CIRÚRGICA

SÉRGIO ALMEIDA DE OLIVEIRA, ANTÔNIO CARLOS PEREIRA BARRETTO,  
FULVIO PILEGGI, ADIB JATENE

Uma nova técnica para a correção cirúrgica da endomiocardiofibrose (EMF) é relatada, visando completa remoção da fibrose endocárdica de ambos os ventrículos e conservação das valvas atrioventriculares.

O acesso ao coração é obtido através de esternotomia mediana longitudinal, seguido do estabelecimento de circulação extracorpórea, com canulação da aorta ascendente e de ambas as veias cavas, hemodiluição total e hipotermia sistêmica de 28°, com uso de oxigenador de bolhas ou de membrana.

Na EMF do ventrículo direito, fez-se atriectomia direita longitudinal. Quando há trombose atrial, geralmente na região do apêndice atrial, os trombos são removidos. A valva tricúspide é analisada, avaliando-se o grau de regurgitação e o comprometimento dos músculos papilares e das válvulas. A ressecção da fibrose é realizada através da valva tricúspide, com lâmina de bisturi nº 11. Curtos períodos de parada cardíaca anóxica facilitam a remoção da fibrose em locais de menor visibilidade. Deve-se preservar a implantação dos músculos papilares, não sendo removida a fibrose que geralmente envolve a base dos músculos. Para a correção da insuficiência tricúspide é realizada anuloplastia, pela técnica de DeVega. Nos casos com grande dilatação atrial, resseca-se parte da parede livre do átrio para redução da cavidade.

Na EMF do ventrículo esquerdo, o átrio esquerdo é incisado anteriormente às veias pulmonares direitas. A valva mitral é examinada, avaliando-se a presença e o grau de regurgitação valvar.

Através da valva é possível confirmar a existência da fibrose ventricular. Após pinçamento aórtico, com parada cardíaca anóxica intermitente, fez-se pequena incisão na parede anterior do

ventrículo esquerdo, próximo ao ápice, entre a artéria coronária descendente anterior e seus ramos diagonais. Esta ventriculotomia de aproximadamente 20 mm de extensão aprofunda-se no miocárdio, até atingir a zona de fibrose endocárdica. A identificação do plano de clivagem é fácil, realizando-se a dissecação com lâmina de bisturi nº 11. A dissecação da fibrose parte do ápice em direção à base do ventrículo. Após dissecar-se aproximadamente 30 mm, a cavidade ventricular é penetrada, seccionando-se circularmente a fibrose. Aberta a cavidade ventricular, os músculos papilares da valva mitral são identificados e a dissecação da fibrose endocárdica estende-se em direção ao anel atrioventricular e à via de saída do ventrículo esquerdo. A ventriculotomia esquerda é então fechada com pontos separados em "u" de polipropileno 3-0, ancorados em pequenas barras de feltro de teflon. Uma segunda linha de sutura é realizada com pontos simples. Os batimentos cardíacos são recuperados e através do átrio esquerdo a valva mitral é novamente explorada. A insuficiência mitral, que comumente não é de grande magnitude, costuma reduzir-se ou mesmo desaparecer após a remoção da fibrose endocárdica, com liberação e realinhamento dos músculos papilares. Caso haja persistência de insuficiência mitral, ela poderá ser corrigida por anuloplastia. A ecocardiografia intra-operatória é útil para a avaliação funcional das valvas atrioventriculares.

A técnica assim descrita vem sendo empregada sistematicamente no Instituto do Coração desde janeiro de 1988. Os resultados conseguidos em onze pacientes consecutivos nos estimulam a continuar aplicando esta técnica que permite a remoção da fibrose ventricular com preservação das valvas atrioventriculares.