

ANASTOMOSE INADVERTIDA PARA VEIA CORONÁRIA

LEONARDO ANDRADE MULINARI, SÉRGIO ALMEIDA DE OLIVEIRA,
LUIZ ALBERTO DE OLIVEIRA DALLAN, ARTUR LOURENÇÃO JÚNIOR, ANA NERY MYIAZATO,
ADIB DOMINGOS JATENE
São Paulo, SP

A revascularização inadvertida da veia interventricular anterior em caso de lesão obstrutiva da artéria interventricular anterior foi responsável pela persistência da angina de peito em dois pacientes.

Em um caso foi realizada ponte de veia safena autóloga e no outro anastomose com artéria torácica interna esquerda.

Os pacientes foram reoperados um e cinco anos após, sendo interrompidas as fístulas arténo-venosas e realizadas anastomoses das artérias torácicas internas esquerdas com a artéria interventricular anterior, com boa evolução.

As artérias interventriculares anteriores tinham curso intramiocárdico em ambos os pacientes, o que deve ter induzido ao erro na primeira operação.

INADVERTENT ANASTOMOSIS TO A CORONARY VEIN

The inadvertent revascularization of the anterior interventricular vein in patients with obstructive lesions of the anterior interventricular artery was the cause of recurrent angina in two patients.

In one of the patients the bypass was performed with autogenous saphenous vein graft, in the other one the bypass was performed with the left internal thoracic artery.

The reoperation was performed in one patient after one year and in the other one after five years from the first operation. In both cases the arteriovenous fistulas were interrupted and bypasses were performed using the left internal thoracic artery to the anterior interventricular arteries. The postoperative course was uneventful in both patients.

In both patients the anterior interventricular arteries had intramyocardial course, what probably had lead into error during the first operation.

Arq Bras Cardiol 57/6: 489-491—Dezembro 1991

A anastomose inadvertida para uma veia cardíaca, durante revascularização do miocárdio, tem sido reportada esporadicamente^{1,2}.

Relatamos dois casos em que esta complicação foi identificada tardiamente e corrigida durante nova operação.

RELATO DOS CASOS

Caso 1—Branco, masculino, com 56 anos. Em 1975 apresentou quadro súbito de dor precordial, sendo diagnosticado infarto agudo do miocárdio (IAM), tratado clinicamente. Evoluiu com angina aos esforços lentamente progressiva. Em 1983 foi submetido a cineangiocoronariografia que revelou lesões obstrutivas coronarianas triarteriais. Nesta época foi submetido a tratamento cirúrgico, sendo realizadas pontes

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas—FMUSP.
Correspondência: Leonardo A. Mulinari
Av. Dr. Enéas C. Aguiar, 44—05403—São Paulo, SP.

de veia safena autóloga para as artérias interventricular anterior, marginal esquerda e coronária direita, sendo esta última após endarterectomia. Houve reaparecimento da angina logo após alta hospitalar. Em 1988 apresentou novo IAM, sendo atendido em nosso Hospital pela primeira vez. O eletrocardiograma revelou área eletricamente inativa ântero-septal e alterações difusas da repolarização ventricular; cintilografia mostrou hipoperfusão transitória com componente persistente na parede anterior. Nova cinecoronariografia mostrou oclusão das artérias interventricular anterior e coronária direita, artéria marginal com estenose de 90%; ponte de veia safena para a artéria marginal esquerda ocluída; ponte para veia interventricular anterior formando uma fístula artério-venosa e ventriculografia esquerda com hipocinesia difusa + +/4 (fig. 1).

Indicada a reoperação, sendo realizada anastomose da artéria torácica interna esquerda para artéria interventricular anterior, a qual tinha curso intramiocárdico, pontes de veia safena

autóloga para as artérias diagonal e marginal esquerda, e ligadura da ponte de veia safena que estava conectada à veia interventricular anterior.

No pós-operatório imediato o paciente evoluiu com aumento da secreção pulmonar, agitação psicomotora, oligúria e aumento da CK-MB até 90 U/l, sem alterações eletrocardiográficas sugestivas de IAM. Realizada cintilografia com pirofosfato de tecnécio que revelou baixa probabilidade de IAM. Recebeu alta hospitalar no 11º dia de pós-operatório em boas condições e evoluiu assintomático, 25 meses após a reoperação.

Caso 2—Branco, masculino, 44 anos. Assintomático até 1987 quando começou a apresentar angina de peito aos esforços. A cineangiografia revelou oclusão das artérias interventricular anterior e coronária direita. Na ocasião foi indicado tratamento cirúrgico, sendo realizadas, em outro hospital, segundo informação do paciente, anastomose da artéria torácica interna esquerda com artéria interventricular anterior e uma ponte de veia safena autóloga para artéria coronária direita.

Alguns meses após a operação o paciente procurou nosso Hospital com recorrência da angina de peito e dispnéia. O eletrocardiograma mostrava áreas eletricamente inativas anterior e inferior. Nova cineangiocoronariografia mostrava oclusão das artérias interventricular anterior e coronária direita. A artéria torácica interna esquerda estava anastomosada na veia interventricular anterior e a ponte de veia safena para a artéria coronária direita, ocluída (fig. 2).

Indicada reoperação, sendo interrompida a fístula artério-venosa e anastomosada a própria artéria torácica interna esquerda com a artéria interventricular anterior, que cursava trajeto intramiocárdico. Devido a dificuldade de mobilização da artéria torácica interna esquerda, a anastomose foi realizada com interposição de um pequeno segmento de veia safena entre a extremidade distal desta artéria e a artéria interventricular anterior. Foi também realizada uma ponte de veia safena autóloga para artéria coronária direita. O paciente evoluiu sem intercorrências recebendo alta hospitalar no 9º dia de pós-operatório e se encontra bem, 20 meses após a reoperação.

DISCUSSÃO

A cirurgia de revascularização miocárdica, com as pontes de veia safena ou com artéria torácica interna, está tecnicamente bem padronizada. Entretanto, anastomoses inadvertidas com as

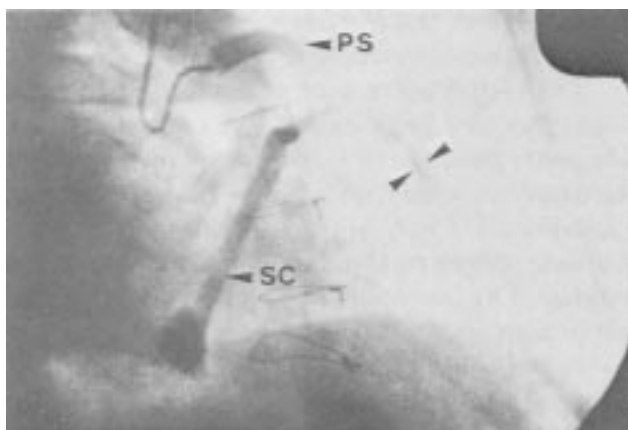


Fig. 1—Cineangiografia mostrando anastomose (dupla seta) da veia safena (PS) com a veia interventricular anterior contrastando o seio coronário (SC).

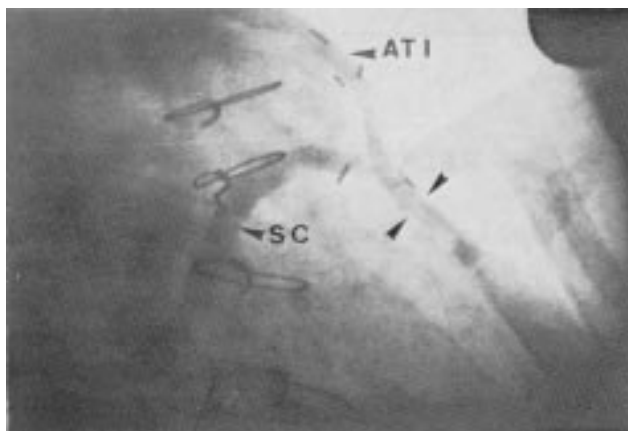


Fig. 2—Cineangiografia mostrando anastomose (dupla seta) da artéria torácica interna (ATI) com a veia interventricular anterior contrastando o seio coronário (SC).

veias cardíacas podem ser causa de persistência de isquemia miocárdica.

Neste trabalho relatamos dois casos em que esta complicação foi identificada e pôde ser corrigida durante nova operação. Em ambos as anastomoses foram realizadas com a veia interventricular anterior. As artérias intraventriculares anteriores tinham trajeto intramiocárdico, o que deve ter contribuído para a realização das anastomoses inadvertidas com a veia cardíaca.

Algumas manobras podem ser utilizadas visando identificar a artéria. A exploração intra-operatória do vaso a ser operado, com sondas ou bujias, poderá, pelo seu trajeto, facilitar sua correta identificação. Outra manobra útil para este propósito é a de se despinçar a aorta após a incisão do vaso e verificar o sentido do fluxo sanguíneo, assim como a cor do sangue.

Durante a correção cirúrgica, após a interrupção da fístula artério-venosa, uma nova anastomose sistêmico-coronária deve ser realizada. Como alternativa terapêutica para a interrupção da fístula artério-venosa, pode-se realizar ligadura da veia cardíaca magna proximal à anastomose, com perfusão retrógrada venosa do miocárdio³, mas achamos preferível realizar a revascularização da artéria coronária.

REFERÊNCIAS

1. Laurie GM, Morris Jr. GC, Winters WL—Aortocoronary saphenous vein autograft accidentally attached to a coronary vein: follow-up angiography and surgical correction of the resultant arteriovenous fistula. *Ann Thorac Surg*, 1976; 22: 87-90.
2. Miranda AA, Hill JA, Mickle JP, Quisling RG—Balloon occlusion of an internal mammary artery to anterior interventricular vein fistula. *Am J Cardiol*, 1990; 65: 257-8.
3. Mohl W—The momentum of coronary sinus intervention clinically. *Circulation*, 1988; 77: 6-12.

NOTICIÁRIO

1º SIMPÓSIO SULAMERICANO DE CARDIOLOGIA

O Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia e a Fundação Adib Jatene, em comemoração ao 50º Curso Anual de Cardiologia (1942-1992), promoverão o **1º Simpósio Sulamericano de Cardiologia**, nos dias 13, 14 e 15 de fevereiro de 1992. O evento será realizado nos auditórios da instituição. Constará de mesas-redondas e conferências sobre: Insuficiência Coronária Crônica; Angina Instável; Infarto Agudo do Miocárdio; Intervenções Coronárias; Cirurgia de Revascularização Miocárdica; Farmacologia Cardiovascular e aspectos atuais da Cardiologia Pediátrica, incluindo diagnóstico e terapêutica farmacológica, intervencionista e cirúrgica. O Simpósio contará com 73 convidados dos quais 3 dos Estados Unidos, 11 da América do Sul, 43 do Brasil e os demais da própria Instituição.

Informações: Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

Av. Dr. Dante Pazzanese, 500—Ibirapuera, C. P. 215—CEP 04012—São Paulo—Fone: 549-1144 (rarnal 122)—Fax: (55-11) 571-5621, Sra. Júlia Saito.