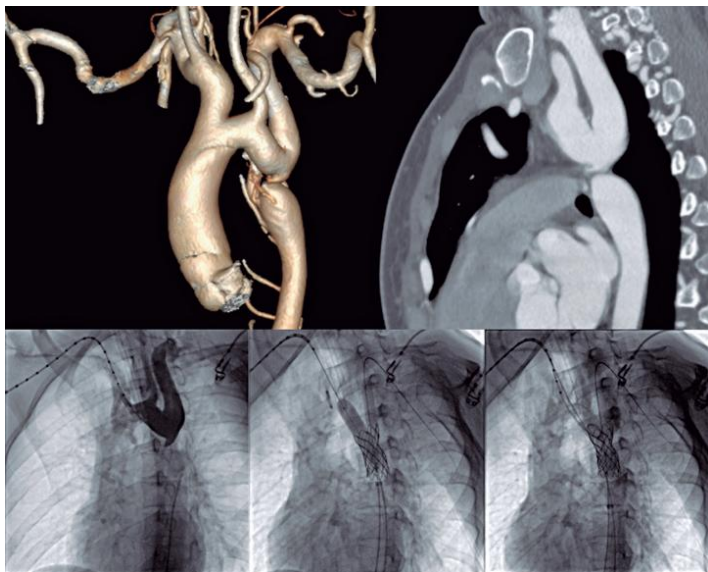


## Tratamento Transcateter de Coarctação com Atresia do Lúmen Aórtico e Kissing Balloon entre Aorta e Artéria Subclávia Esquerda

Luis Sérgio Carvalho Luciano, Luiz Eduardo Koenig São Thiago, Leandro Waldrich,  
Luiz Carlos Giuliano



### INTRODUÇÃO

A coarctação de aorta (CoA) representa 5 a 7% de todas as cardiopatias congênitas, com uma incidência estimada de aproximadamente 3 casos a cada 10.000 nascidos vivos.<sup>(1)</sup>

O tratamento da CoA está indicado quando o gradiente através da coarctação é igual ou superior a 20 mmHg.<sup>(1,2)</sup> Sem tratamento o prognóstico é ruim, com 75% de mortalidade aos 43 anos de idade.<sup>(1)</sup>

O uso de stents para tratamento de CoA foi relatado pela primeira vez em 1991, ampliando as possibilidades do tratamento transcateter.<sup>(1)</sup>

O tratamento percutâneo da CoA associada a atresia do lúmen aórtico (ALA) é um desafio técnico e está associado a maior risco de complicações. Farjat Pasos et al. descreveram a técnica de cruzamento da CoA assistido por electrocautério, uma opção quando não é possível cruzar com guias 0,014" com a técnica tradicional.<sup>(3)</sup>

Habitualmente o estreitamento da aorta é distante da origem da artéria subclávia esquerda (ASCE), permitindo que o implante do stent seja realizado sem maiores dificuldades. Nos casos em que a estenose esteja próxima da ASCE pode-se utilizar a técnica do kissing balloon final (KBF) ou a técnica do duplo guia para implante do stent, garantindo a permeabilidade do ramo.<sup>(4)</sup>

### RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 28 anos. CoA diagnosticada durante investigação de hipertensão arterial resistente. Angiotomografia de aorta mostra CoA associada a ALA. Admitida no laboratório de hemodinâmica, submetida a anestesia geral, punccionadas artérias radial direita (introdutor 5F), femoral direita (12F) e femoral esquerda (6F). Heparinização plena com heparina não fracionada (100 UI/Kg). Cruzada a CoA com guia 0,014" PROGRESS 120 (Abbott®) por via retrógrada. Implantado CP Stent Coberto 8Z 45 mm (NuMED®) montado manualmente em balão Z-MED II 18 x 50 mm (NuMED®) logo abaixo da origem da ASCE. Através da luz do stent, posicionado guia em ASCE a partir do acesso femoral esquerdo. Realizado KBF com balões POWERFLEX Pro 12 x 40 mm e 9 x 60 mm (Cordis®). Obtido bom resultado angiográfico, com um gradiente sistólico final igual a 4 mmHg e ausência de complicações.

### CONCLUSÃO

O tratamento percutâneo de casos complexos de coarctação de aorta é possível com o auxílio de técnicas e materiais específicos.

### REFERÊNCIAS

1. Torok RD. Coarctation of the aorta: Management from infancy to adulthood. World J Cardiol. 2015;7(11):765.
2. Baumgartner H, De Backer J, Babu-Narayan S V, Budts W, Chessa M, Diller G-P, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of adult congenital heart disease. Eur Heart J. 2020;1-83.
3. Farjat Pasos JI, Ontiveros Mercado H, Marroquín Donday LA, Jiménez Rodríguez GM, Jiménez Santos M, Arias Sánchez EA, et al. Electro-Cut Assisted Crossing Technique for Noncrossable Extreme Aortic Coarctation: First-in-Man. JACC Cardiovasc Interv. 2020 Jun 22;13(12):e111-5.
4. Lampropoulos K, Budts W, Gewillig M. Dual wire technique for aortic coarctation stent placement. Catheter Cardiovasc Interv. 2011;n/a-n/a.