

Tratamento transcater de coarctação com atresia do lúmen aórtico e *kissing balloon* entre aorta e artéria subclávia esquerda

Transcatheter treatment of coarctation of the aorta with aortic lumen atresia and *kissing balloon* between the aorta and the left subclavian artery

Luis Sérgio Carvalho Luciano^{1,2ID}, Luiz Eduardo Koenig São Thiago^{1,2ID}, Luiz Carlos Giuliano^{1,2ID}

¹Hospital SOS Córdio, Florianópolis, SC, Brasil.

²Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, São José, SC, Brasil.

DOI: 10.31160/JOTCI202129A20200038

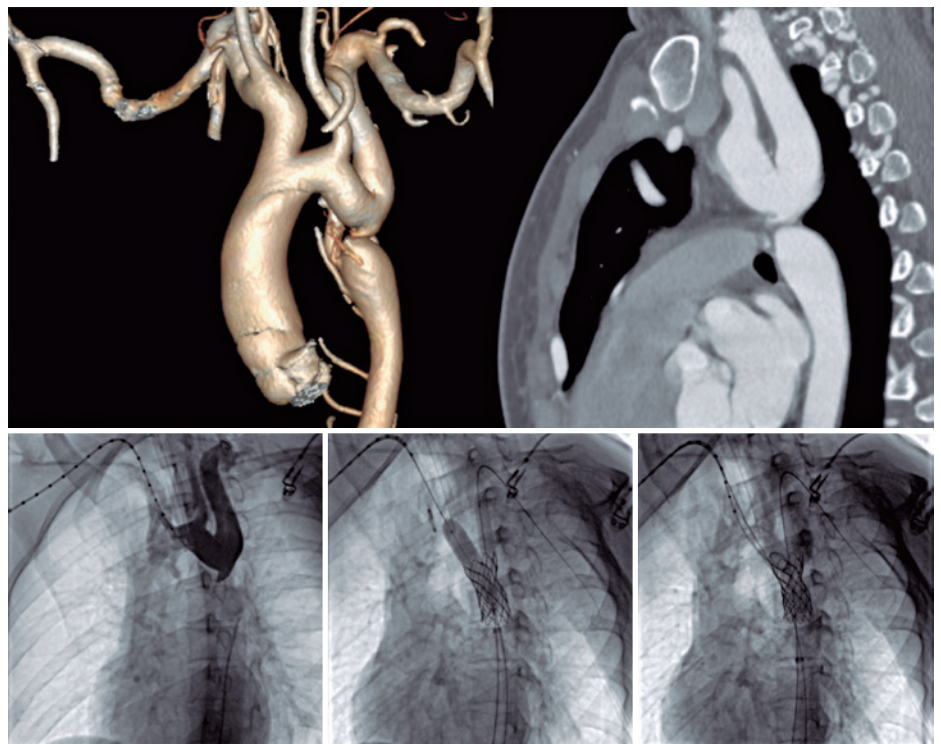


Figura 1. Tratamento percutâneo de coarctação com atresia do lúmen aórtico: cruzada a coarctação com guia 0,014", implante de stent e *kissing balloon* final entre aorta e artéria subclávia esquerda.

Como citar este artigo:

Luciano LS, Thiago LE, Giuliano LC. Tratamento transcater de coarctação com atresia do lúmen aórtico e *kissing balloon* entre aorta e artéria subclávia esquerda. J Transcat Intervent. 2021;29:eA20200038. <https://doi.org/10.31160/JOTCI202129A20200038>

Autor correspondente:

Luis Sérgio Carvalho Luciano
Serviço de Hemodinâmica do
Hospital SOS Córdio
Rodovia SC-401, 121 – Itacorubi
CEP 88030-000 – Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: luiscl@msn.com

Recebido em:

19/10/2020

Aceito em:

12/1/2021



Esta obra está licenciada sob uma Licença
Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

A coarctação de aorta (CoA) representa 5% a 7% de todas as cardiopatias congênitas, com incidência estimada de aproximadamente três casos a cada dez mil nascidos vivos.¹ O tratamento da CoA está indicado quando o gradiente pela coarctação é igual ou superior a 20mmHg.^{1,2} Sem tratamento, o prognóstico é ruim, com 75% de mortalidade aos 43 anos de idade.¹ O uso de stents para tratamento endovascular de CoA foi relatado pela primeira vez em 1991, ampliando as possibilidades do tratamento transcater. Análises retrospectivas mostram taxa de sucesso do procedimento com o uso de stents de 97,9%.¹

O tratamento percutâneo da CoA associada à atresia do lúmen aórtico (ALA) é um desafio técnico que exige materiais específicos e está associado a maior risco de complicações. Farjat Pasos et al. descreveram a técnica de cruzamento da CoA assistido por eletrocautério, uma opção acessível quando não é possível cruzar com guias 0,014" dedicadas ao tratamento de oclusões crônicas com a técnica tradicional.³ Nesses casos, está indicado o implante de stents cobertos. 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 do duplo guia para implante do stent, garantindo a permeabilidade do ramo.⁴

Descrevemos o tratamento transcatheter de uma CoA com ALA recanalizada com guia 0,014" para tratamento de oclusões crônicas e KBF para otimizar a aposição do stent coberto e garantir bom fluxo na ASCE.

Paciente do sexo feminino, 28 anos, com CoA diagnosticada durante investigação de hipertensão arterial resistente. A angiotomografia de aorta evidenciou CoA associada à ALA. Admitida no laboratório de hemodinâmica, sendo submetida à anestesia geral, puncionadas as artérias radial direita (introdutor 5F), femoral direita (12F) e femoral esquerda (6F). Foi realizada heparinização plena com heparina não fracionada (100UI/kg). Cruzada a CoA com guia 0,014" HI-TORQUE PROGRESS 120 (Abbott®) por via retrógrada. Foi implantado CP Stent™ Coberto 8Z 45mm (NuMED®) montado manualmente em balão Z-MED II 18x50mm (NuMED®) logo abaixo da origem da ASCE. Através da luz do stent, o guia foi posicionado em ASCE, a partir do acesso femoral esquerdo. Foi realizado KBF com balões POWERFLEX® Pro 12mmx40mm e 9mmx60mm (Cordis®) (Figura 1). O

resultado angiográfico foi bom, com gradiente sistólico final igual a 4mmHg e ausência de complicações.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Não há.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Concepção e desenho do estudo: LSCL e LCG; coleta dos dados: LSCL e LCG; interpretação dos dados: LSCL e LCG; composição do texto: LSCL e LCG; aprovação da versão final a ser publicada: LSCL, LEKST e LCG.

REFERÊNCIAS

1. Torok RD, Campbell MJ, Fleming GA, Hill KD. Coarctation of the aorta: Management from infancy to adulthood. *World J Cardiol.* 2015;7(11):765-75. <https://doi.org/10.4330/wjc.v7.i11.765>
2. Baumgartner H, De Backer J, Babu-Narayan SV, Budts W, Chessa M, Diller GP, et al.; ESC Scientific Document Group. 2020 ESC Guidelines for the management of adult congenital heart disease. *Eur Heart J.* 2020 Aug 29;ehaa554. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa554>
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;13(12):e1111-e1115. <https://doi.org/10.1016/j.jcin.2020.02.007>
4. Lampropoulos K, Budts W, Gewillig M. Dual wire technique for aortic coarctation stent placement. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2011;78(3):425-7. <https://doi.org/10.1002/ccd.22905>