

- **Perfusão Cardiovascular | Caso Clínico**

(11155) - ASSISTÊNCIA MECÂNICA BIVENTRICULAR: UMA PONTE PARA UM FUTURO

Nuno Varela¹

1 - Hospital Santa Cruz, CHLO EPE

Introdução: Os avanços no tratamento de portadores de insuficiência cardíaca aguda, ainda permanecem insatisfatórios. Uma opção de tratamento desta grave situação clínica é o implante de dispositivos de assistência ventricular (curta/longa duração). O objetivo desta comunicação é apresentar um caso de miocardiopatia dilatada aguda do nosso serviço de CCT, colocado em assistência biventricular e submetido a transplante 9 dias depois.

História Clínica: Paciente do género masculino, 36 anos, caucasiano. História familiar (Mãe falecida com AVC hemorrágico; pai falecido por causa desconhecida). RM: FEj VE 13 % e Fej VD 25%. Doente em choque cardiogénico controlado com aminas, com deterioração progressiva, não ventilado, diurese a diminuir, insuficiência hepática moderada. INTERMACS 2. Cardiomiopatia dilatada idiopática, má função e distensão biventricular, sem trombos; aorta estreita. Indicação para Assistência Ventricular Centrimag.

Procedimento Cirúrgico e CEC: Posicionamento em decúbito dorsal e monitorização *standard* para CEC, da pressão arterial e pressão venosa central; monitorização da ventilação (saturação periférica e CO2 expirado); monitorização da Saturação Cerebral por INVOS. Paragem cardiorrespiratória com a Indução da anestesia, com curto período de compressões cardíacas externas e reanimação. Desligou-se o CDI e prosseguiu-se com esternotomia e pericardiotomia medianas. Heparinização total e canulação central para CEC: aorta ascendente 18Fr e AD 34Fr. CEC em normotermia sem administração de cardioplegia.

LVAD – Canulação Ápex VE-Ao ascendente. Canulação arterial de uma cânula Abbott 20Fr. Expurgou-se o ar da bomba a adaptaram-se as cânulas. Início da assistência com sistema Centrimag/Abbott com boa drenagem e ejeção, realizando-se uma primeira tentativa de saída de CEC. Saída difícil de CEC por distensão do VD, colapso e débito insuficiente a chegar à AE, mesmo após subida de suportes. Doente mantido em CEC e decidiu-se colocar RVAD.

RVAD – Canulação Veia Femoral Esquerda 28Fr e cânula 24Fr na Artéria Pulmonar. Início da assistência com ótimo fluxo e melhoria imediata das pressões e saturações permitindo a saída de CEC e redução dos inotrópicos.

Tempo total de CEC de 106min, com revisão fácil da hemóstase. Diurese em CEC de 120ml. Ligou-se de novo o CDI e doente foi hemodinamicamente estável para UCI, onde permaneceu 9 dias, sendo extubado às 36h após cirurgia. Com débitos de 5l no LVAD e 4,5l no RVAD, diurese e função renal pouco alteradas, recuperação de insuficiência hepática por baixo débito. Doente apresentava sinais de infeção pulmonar à data da remoção do sistema BiVAD paracorpóreo para ser submetido a transplante cardíaco. CEC em hipotermia moderada, descendo aos 28º sem recurso a cardioplegia. Canulação central AO/AD (20Fr/34Fr). Duração total de CEC 127 min e 74min de clampagem. Diurese total 630ml. Doente foi hemodinamicamente estável para UCI.

Considerações finais: Os dispositivos de assistência temporária (curta e longa duração) são usados como terapia de resgate com o intuito de reestabelecer as condições hemodinâmicas e evitar a falência de múltiplos órgãos, até a decisão sobre assistência prolongada ou transplante cardíaco. De salientar, que os critérios para seleção de candidatos ao implante de assistência circulatória mecânica são clínicos e hemodinâmicos. A utilização deste dispositivo no nosso serviço é recente. Apresentando-se como uma boa alternativa tanto para ponte para recuperação, como para transplantação.

Palavras-chave : LVAD; RVAD; BiVAD; CEC; Transplante cardíaco; Centrimag.