

FENDA SUPERIOR DO ESTERNO

PEDRO BASTOS, A. RODRIGUES DE SOUSA, RICARDO NUNES, M. RODRIGUES GOMES

Centro de Cirurgia Torácica. Hospital de S. João. Porto.

RESUMO

A fenda superior do esterno é uma malformação congénita rara que deve ser corrigida durante as primeiras semanas de vida, período durante o qual é possível o seu encerramento primário. Os autores descrevem um caso de fenda superior do esterno numa criança com duas semanas de vida e discutem a técnica cirúrgica utilizada para o seu encerramento.

SUMMARY

Superior sternal cleft. A case report

Superior sternal cleft is a rare congenital malformation that should be repaired during the first weeks of life, while the thorax is still compliant. We report the case of a two-week-old neonate with superior sternal cleft and describe the technique used to close the defect.

INTRODUÇÃO

As malformações congénitas da linha média resultam de alterações do processo normal de fusão, e distribuem-se ao longo de um espectro que vai da simples hérnia umbilical à ectopia cordis¹. O esterno tem a sua origem em concentrações lateralizadas e simétricas de células mesenquimatosas situadas na região torácica do embrião, células estas que pela sexta semana de vida embrionária formam duas bandas longitudinais na parede anterior do tórax. Pela décima semana estas bandas fundem-se na linha média, com obliteração do defeito². A fenda superior do esterno, uma anomalia congénita extremamente rara, surge na sequência da falta de fusão das bandas esternais, com a consequente herniação do pericárdio e do coração que perde, assim, a sua habitual protecção óssea. A correcção desta malformação nas primeiras semanas de vida permite a aproximação das bandas esternais e o encerramento primário do defeito, sem que daí resulte qualquer perturbação respiratória ou cardiovascular³⁻⁵.

CASO CLÍNICO

O presente caso ocorreu num recém-nascido do sexo feminino, com duas semanas de idade, produto de uma gravidez de termo e de um parto normal. Ao exame físico era patente a existência de uma larga fenda superior do esterno, em forma de U, e que se prolongava até ao apêndice xifóide, onde as duas metades do esterno se fundiam (Fig. 1). Ao nível da porção mais cefálica do defeito a distância entre as lâminas esternais era de, aproximadamente, quatro centímetros. Na parte média da fenda notava-se a existência de uma área membranosa, não coberta por pele; uma banda fina de tecido fibroso estendia-se entre o umbigo e o apêndice xifóide. Por baixo da referida área membranosa o impulso cardíaco era facilmente visível, e com o choro o coração fazia protrusão através do defeito (Fig. 2). No precórdio palpava-se um frémito sistólico e ouvia-se um sopro pansistólico de grau 4/6. A ecocardiografia bidimensional demonstrou a existência de uma comunicação intraventricular de tipo perimembranoso.

Em face do quadro clínico foi decidido proceder à correcção do defeito. Através de uma incisão vertical o tecido membranoso foi ressecado, e a pele e o tecido celular subcutâneo dissecados lateralmente até às lâminas esternais. As faces anterior e posterior destas últimas foram libertadas até se atingirem os espaços intercostais, de modo a expor por com-

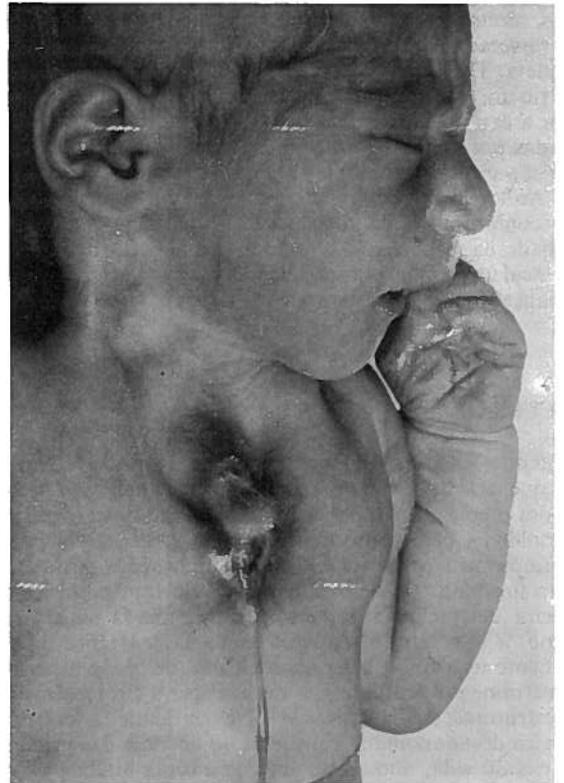


Fig. 1 — Fenda superior do esterno notando-se, na sua parte média, uma área de tecido membranoso não recoberto por pele. Cordão de tecido fibroso entre o apêndice xifóide e o umbigo.



Fig. 2—Fenda superior do esterno. Protursão do coração provocada pelo choro.

pleto o largo defeito em forma de U. Os ramos do U foram, então, seccionados na sua porção mais distal e a ponte xifóide ressecada convertendo-se, assim, a situação numa fenda completa. De seguida, e em cada lâmina esternal, o pericôndrio foi elevado anterior e posteriormente, de modo a expôr a cartilagem. As lâminas esternais foram, então, aproximadas por meio de pontos interrompidos de Ethiflex 1-0, e a incisão cirúrgica fechada por planos com suturas absorvíveis. Ao longo de todo o acto cirúrgico não se registou qualquer compromisso da função cardiovascular. O doente foi extubado na mesa, tendo o período pós-operatório decorrido sem incidentes. Quatro meses depois da intervenção cirúrgica a criança tinha um esterno com aspecto normal (Fig. 3).

DISCUSSÃO

A fenda superior do esterno é uma anomalia congénita rara que resulta da falta de fusão das bandas esternais². Embora o coração permaneça numa posição intratorácica, a deformidade, bem como a ausência de protecção óssea das estruturas mediastínicas, constituem indicações para a correcção imediata. Desde que, em 1947, Burton⁶ comunicou a primeira correcção, com êxito, de uma fenda superior do esterno, a intervenção cirúrgica numa fase precoce da vida do doente tem vindo a ser aconselhada, de modo a permitir o encerramento primário e a restabelecer a protecção óssea das estruturas mediastínicas^{1,3-5}. Na realidade, a correcção cirúrgica desta anomalia congénita no decurso das primeiras semanas de vida, numa fase em que o tórax ainda é plável, permite a aproximação e sutura das lâminas esternais. Se, pelo contrário, a operação fôr deferida, o defeito tem tendência a tornar-se progressivamente maior e mais difícil de

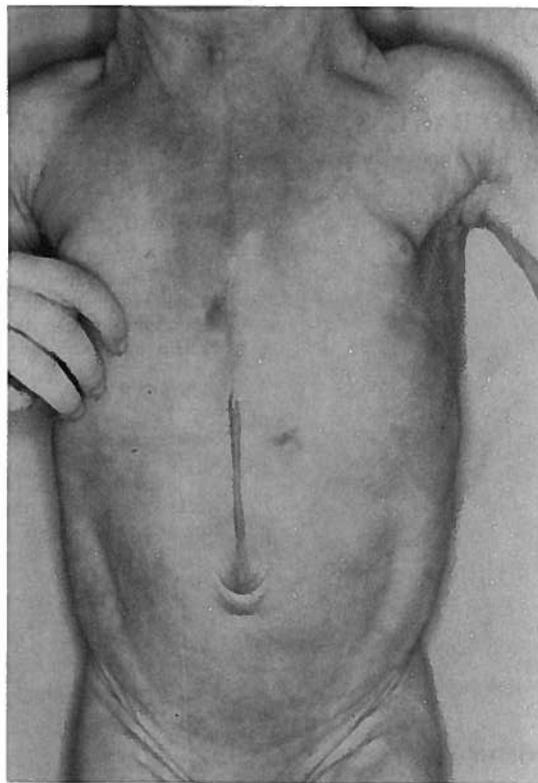


Fig. 3—Fenda superior de esterno. Imagem obtida quatro meses após a correcção cirúrgica.

fechar, e o coração menos tolerante à súbita diminuição de espaço que, necessariamente, resulta do encerramento primário¹.

A fenda superior do esterno é geralmente larga e em forma de U, mais do que em forma de V; a excisão da área de fusão inferior e do apêndice xifóide, transformando a situação numa fenda completa, permite uma fácil aproximação das lâminas esternais. A técnica de elevação do pericôndrio, aconselhada por Salley e Stewart⁵, tem a vantagem de aproximar cartilagem e facilitar, por isso, a reunião primária. Nas crianças mais velhas, pelo contrário, a correcção da fenda superior do esterno requer o uso de placas de Marlex ou de Teflon apoiadas em enxertos autólogos de costeletas¹.

BIBLIOGRAFIA

1. RAVITCH M.M.: Congenital deformities of the chest wall and their operative correction. Philadelphia, Saunders, 1977.
2. HANSON F.N.: The ontogeny and philogeny of the sternum. *Am J Anat* 1919; 26: 41-115.
3. BERNHARDT L.C., MEYER T., YOUNG W.P.: Bifid sternum. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1968; 55: 758-760.
4. BILLIG D.M., IMMORDINO P.A.: Congenital upper sternal cleft: a case with successful repair. *J Pediatr Surg* 1970; 5: 257.
5. SALLEY R.K., STEWART S.: Superior sternal cleft: repair in the newborn. *Ann Thorac Surg* 1985; 582-583.
6. BURTON M.D.: Method of correction of ectopia cordis: two cases. *Arch Surg* 1954; 54: 79.

Pedido de Separatas:
Pedro Bastos
Centro de Cirurgia Torácica
Hospital de S. João
4200 Porto Codex