

Correlação Clínico-Radiográfica

Caso 12/2001 - Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP

Edmar Atik

São Paulo, SP

Dados Clínicos - Criança do sexo masculino, com sete anos de idade, apresentava história clínica de cianose intensa desde o nascimento, atenuada por anastomose sistêmico-pulmonar, realizada com oito dias de vida, mas novamente agravada há um ano. No exame físico, estava eupnéico, com cianose acentuada e hipodesenvolvimento físico. Os pulsos eram normais. Pesava 19kg, a estatura era de 119cm, a frequência cardíaca de 80bpm, a pressão arterial de 93x58mmHg e a saturação de 71%. No precórdio não havia deformidades, as bulhas eram hiperfonéticas e auscultava-se sopro sistólico +/++ de ejeção, suave de alta frequência no 3° e 2° espaços intercostais, tornando-se mais rude no 1° espaço. O eletrocardiograma mostrava ritmo sinusal, SAQRS a -34°, SAP a +80°, SAT a +109°. A onda T era mais positiva em V₁ que em V₆, negativa em D₁ e L. Complexo QRS exibia morfologia QS em V₁ e V₂ e RS em V₆, indicativa de sobrecarga indeterminada. O vetorcardiograma mostrou sobrecarga do ventrículo esquerdo posicionado à direita com rotação anti-horária no plano horizontal com orientação posterior e à direita no plano horizontal. Não havia sinais de bloqueio divisional ântero-superior do ramo esquerdo. A hemoglobina era de 22 g%, e o hematócrito de 68%.

Imagem radiográfica - Chama a atenção o arco superior esquerdo longo com área cardíaca normal e trama vascular pulmonar diminuída (fig. 1).

Impressão diagnóstica e diagnóstico diferencial - É esta imagem diagnóstica? O arco superior esquerdo longo lembra a possibilidade da aorta ascendente estar posicionada à esquerda e anterior, emergindo do ventrículo direito, também à esquerda. Três possibilidades devem sempre ser lembradas: 1) transposição corrigida das grandes artérias (discordância atrioventricular e ventriculoarterial); 2) dupla via de saída de ventrículo direito em discordância atrioventricular estando assim o ventrículo direito à esquerda; 3) ventrículo único esquerdo com câmara rudimentar direita à esquerda. Em todas as hipóteses citadas, haveria estenose pulmonar valvar associada.



Fig. 1 - Radiografia de tórax saliente área cardíaca normal, trama vascular pulmonar diminuída e arco superior esquerdo longo e arredondado.

Confirmação diagnóstica - Os elementos clínicos orientam para a presença de cardiopatia congênita cianogênica com estenose pulmonar e má posição arterial, podendo orientar para uma das três possibilidades lembradas acima. A discordância atrioventricular em *situs solitus* é caracterizada em face da localização do ventrículo esquerdo à direita estabelecida pelo eletrocardiograma. O ecocardiograma revelou *situs solitus*, discordância atrioventricular, dupla via de saída de ventrículo direito, estenose pulmonar infundíbulo-valvar e comunicação interventricular de via de entrada muscular. A angiografia salientava também esse diagnóstico, estando ocluído o *shunt* sistêmico-pulmonar. A artéria pulmonar esquerda era de menor calibre, repuxada pelo Gore-Tex ocluído à esquerda.

Conduta terapêutica - Foi orientada para direcionamento do fluxo do ventrículo esquerdo, localizado à direita, para o tronco pulmonar através tubo externo e fechamento da comunicação interventricular.

Editor da Seção: Edmar Atik

Correspondência: Edmar Atik - InCor - Av. Dr. Enéas C. Aguiar, 44 - 05403-000 São Paulo, SP - E-mail: conatik@incor.usp.br