Correlação Clínico-Radiográfica

Caso 9/2001 - Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP

Edmar Atik

São Paulo, SP

Dados clínicos - Criança de 5 anos de idade, do sexo feminino, foi submetida, com quatro meses, à anastomose de Blalock-Taussig à esquerda, dado agravamento da cianose, piorando há um ano, de maneira significativa. Ao exame físico, a cianose era intensa e o hipodesenvolvimento, nítido. Pesava 14,8kg com altura de 106cm. No exame precordial, as bulhas eram hiperfonéticas e sopro contínuo era auscultado na face anterior do hemitórax esquerdo. O fígado não era palpado. O eletrocardiograma mostrava sinais de sobrecarga de ventrículo direito com SÂP a +50°, SÂQRS a +100° e SÂT a +70°. Havia complexos Rs em V₁ e rS em V₆. Cintilografia pulmonar com tecnésio revelou fluxo pulmonar total correspondente a 55%, distribuindo-se ao pulmão direito 12% e ao esquerdo 43%.

Imagem radiográfica – Mostrava coração mesoposto, desviado à direita em face de hipoplasia do pulmão direito, no qual a trama vascular pulmonar era nitidamente menos pronunciada. O arco ventricular esquerdo era arredondado e o arco médio escavado. A veia cava superior direita tornava-se mais saliente (fig. 1).

Impressão diagnóstica – A morfologia cardíaca lembra a encontrada nas cardiopatias tipo tetralogia de Fallot. A hipoplasia pulmonar assim como a trama vascular, mais diminuída à direita, poderia decorrer da associação com estenose da artéria pulmonar direita, exacerbada ou não pela própria anastomose sistêmico-pulmonar, realizada precocemente na vida.

Diagnóstico diferencial – Cardiopatias congênitas cianogênicas com hipofluxo pulmonar, associadas também a estenose da artéria pulmonar direita, devem ser lembradas, dentre outras, como ventrículo único direito, dupla via de saída de ventrículo direito, atresia tricúspide. O *situs solitus* abdominal afasta cardiopatias complexas com isomerismo atrial direito ou esquerdo.

Fig. 1 - Radiografia de tórax mostra a mesoposição cardíaca, a hipoplasia pulmonar direita e a trama vascular pulmonar diminuída à direita.

Confirmação diagnóstica – Os elementos clínicos sugerem o diagnóstico de atresia pulmonar com comunicação interventricular e fluxo pulmonar inadequado, através da anastomose sistêmico-pulmonar. O ecocardiograma evidenciava via de saída única aórtica do ventrículo direito, atresia pulmonar e comunicação interventricular subaórtica. As artérias pulmonares tinham 11mm de diâmetro e o tubo de Gore-Tex era funcionante à esquerda. A angiografia mostrava atresia da artéria pulmonar direita, a qual foi visibilizada em localização intraparenquimatosa por injeção retrógrada nas veias pulmonares direitas, sendo ela bastante hipoplásica. A anastomose sistêmico-pulmonar era pária à esquerda, enchendo toda a árvore pulmonar deste lado.

Conduta terapêutica – Anastomose sistêmico-pulmonar à direita foi indicada a fim de desenvolver a árvore pulmonar para posterior correção dos outros defeitos.