

Caso 1/2007 – Criança de Três Anos com Estenose Pulmonar Infundibular

Edmar Atik

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo, SP

Dados clínicos

Criança de 3 anos, do sexo feminino e de cor branca, tinha diagnóstico prévio ecocardiográfico de tetralogia de Fallot com comunicação interventricular perimembranosa e estenose pulmonar infundibular, após ter sido ouvido sopro de rotina com cinco meses de idade. Evoluiu sem sintomas e sem o uso de medicação. Recente ecocardiograma mostrou que a comunicação interventricular tinha apenas 4 mm de diâmetro, ao lado do defeito obstructivo. Ao exame físico estava eupnéica, acianótica, com pulsos normais, peso de 14 kg, frequência cardíaca de 90 bpm, pressão arterial de 91/58-66 mmHg e saturação arterial de 96%. A aorta não foi palpada. No precórdio não havia deformidades e o *ictus cordis* não foi palpado. As bulhas eram normofonéticas e havia sopro sistólico de ejeção, suave, no 3°, 2° e 4° espaços intercostais esquerdos. O fígado não foi palpado.

O eletrocardiograma mostrou ritmo sinusal e sinais de sobrecarga de ventrículo direito preservando potenciais esquerdos nítidos por onda Q de V4 a V6 e por ondas R amplas nas mesmas derivações. A onda R em V1 era de 17 mm. SÂP: +60°, SÂQRS: +90°, SÂT: +60°.

Imagem radiográfica

Mostra área cardíaca discretamente aumentada em decorrência do saliente arco atrial direito e do ventrículo direito. O arco ventricular é longo e a ponta cardíaca elevada. O arco médio é retificado. A trama vascular pulmonar está diminuída na periferia (fig. 1).

Impressão diagnóstica

Esta imagem orienta ao diagnóstico de obstrução da via de saída de ventrículo direito.

Diagnóstico diferencial

A estenose pulmonar valvar habitualmente se acompanha de dilatação do tronco pulmonar e das artérias pulmonares hilares, a menos que a estenose seja muito acentuada a ponto

Palavras-chave

estenose pulmonar infundibular, comunicação interventricular perimembranosa, tetralogia de Fallot

de não provocar tais dilatações pós-estenóticas. Lembra-se também a obstrução da via de entrada de ventrículo direito que não ocasiona tampouco dilatação arterial pulmonar.

Confirmação diagnóstica

Os elementos clínicos orientam ao diagnóstico da obstrução da via de saída de ventrículo direito. O ecocardiograma (fig. 2) mostrou pequena comunicação interventricular perimembranosa de 4 mm de extensão com banda anômala de ventrículo direito com gradiente intraventricular de 84 mmHg. O anel aórtico era de 16 mm e o pulmonar de 15 mm. Outras medidas foram de 11 mm para o ventrículo direito, 33 mm o diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo, 26 mm a aorta e o átrio esquerdo e 4 mm o septo interventricular.

Conduta

À cirurgia não foi encontrada a comunicação interventricular. Havia *ostium infundibuli* com fibrose, o qual foi amplamente ressecado. Houve necessidade de ampliação da via de saída de ventrículo direito com pericárdio bovino. A valva pulmonar era normal.

Interpretou-se na evolução deste paciente de que tivesse ocorrido um fechamento espontâneo da comunicação interventricular em decorrência da progressiva hipertrofia ventricular e da via de saída do ventrículo direito. Reforça essa hipótese o fato de que na radiografia anterior de há dois anos, a trama vascular pulmonar estava nitidamente aumentada.

Correspondência: Edmar Atik •

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

Correlação Clínico-Radiográfica

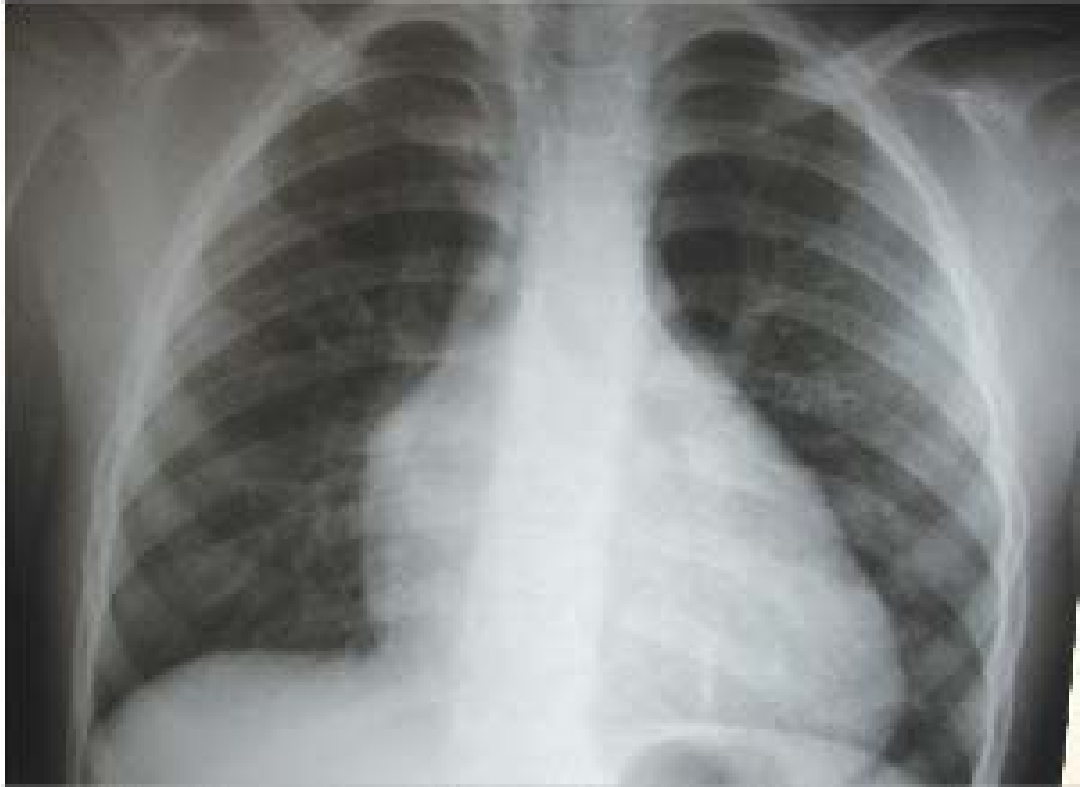


Fig. 1 - Radiografia de tórax mostra a trama vascular pulmonar diminuída em presença de aumento das cavidades direitas. O arco médio retificado orienta à presença de obstrução da via de saída do ventrículo direito.

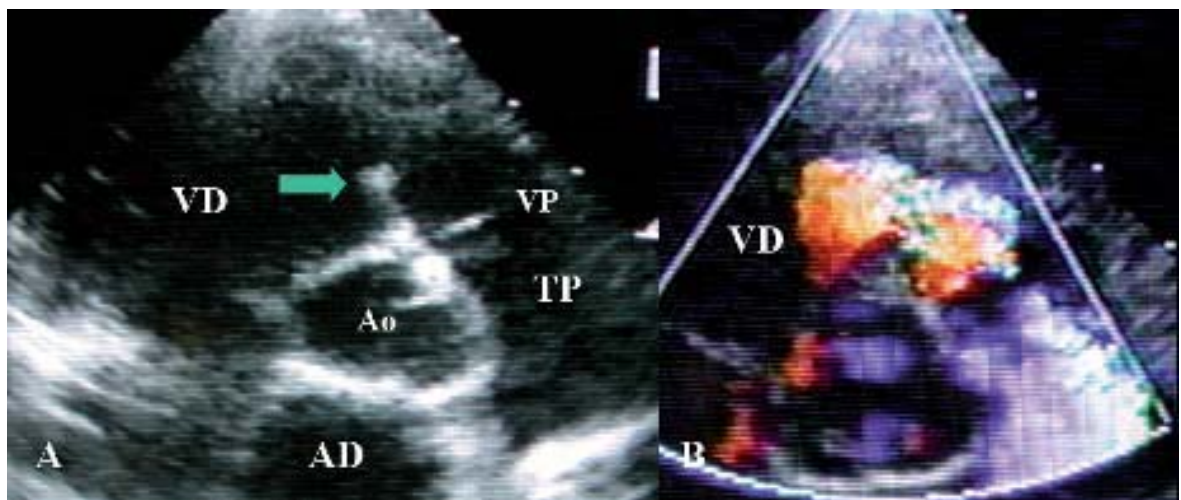


Fig. 2 - Ecocardiograma mostra a banda anômala muscular na via de saída do ventrículo direito em corte transversal em A, causando obstrução com turbulência no fluxo em cores, em B. AD: átrio direito, Ao: aorta, TP: tronco pulmonar, VD: ventrículo direito, VP: válvula pulmonar.