

Correlação Clínico-Radiográfica

Caso 3/2004 – Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP

Edmar Atik

São Paulo, SP

Dados clínicos - Criança com 7 anos de idade, sexo masculino, cor branca apresentava há um ano cansaço a moderados esforços acompanhado de palpitações precordiais, com caráter progressivo. Ecocardiograma já havia revelado, com 15 meses de idade, dilatação do anel aórtico correspondendo na ocasião a 32 mm de diâmetro, quando também apresentava mínima regurgitação valvar ao ventrículo esquerdo. Ao exame físico estava em bom estado geral, eupnéico, corado e com pulsos amplos nos 4 membros. A pressão arterial era de 100/40 mmHg, o peso de 24,5 kg e a altura de 126,5 cm. A aorta era palpada ++ na fúrcula. No precórdio havia impulsões de moderada intensidade nas bordas esternais, direita e esquerda. O *ictus cordis* era palpado no 5° e 6° espaços intercostais esquerdos, para fora da linha hemiclavicular, muscular ++, limitado por duas polpas digitais. As bulhas eram hiperfonéticas sendo única a 2ª bulha na área pulmonar. Havia frêmito e sopro holodiastólico de intensidade moderada, decrescendo, suave, na área aórtica, 3° e 4° espaços intercostais direito e esquerdo. Auscultava-se, ainda, sopro sistólico +/++ na área aórtica e borda esternal esquerda. O fígado não foi palpado.

O eletrocardiograma mostrou ritmo sinusal e sinais de sobrecarga biventricular com complexos polifásicos em V_1 com $R' = 3$ mm nesta derivação e R em V_6 com 23 mm. A onda T mostrou-se negativa de V_1 a V_5 , expressão da dilatação do ventrículo direito. Havia distúrbio de condução pelo ramo direito com QRS alargado e espessado, com 0,11" de duração. SÂP: +50°, SÂQRS: -10°, SÂT: +60°.

Imagem radiográfica - Salienta acentuado aumento da área cardíaca (ICT: 0,87), à custa do ventrículo esquerdo (arco inferior esquerdo muito desviado para a esquerda) e do átrio direito. A aorta mostra-se aumentada tanto na sua porção ascendente, acima do arco inferior direito, quanto na porção da croça e descendente, dilatada até o nível do diafragma. A trama vascular pulmonar é nitidamente aumentada por congestão hilar e nos lobos superiores (fig. 1).

Impressão diagnóstica - Esta imagem sugere a presença de insuficiência aórtica dada a grande dilatação do ventrículo esquerdo e da aorta. A pressuposta falência ventricular é responsável pela congestão venocapilar pulmonar.



Fig. 1 - Radiografia de tórax salienta acentuado aumento da área cardíaca e do pedículo vascular decorrentes do ventrículo esquerdo e da aorta dilatados e com trama vascular pulmonar congesta.

Diagnóstico diferencial - São salientadas, neste caso, as causas congênitas da dilatação aórtica como ocorre no aneurisma dos seios de Valsalva, na síndrome de Marfan e na fragilidade da parede aórtica em outras síndromes, como na osteogênese imperfeita, em mucopolissacaridoses, dentre as principais.

Confirmação diagnóstica - Os elementos clínicos foram decisivos para o diagnóstico da insuficiência aórtica de grande repercussão, confirmada pelo estudo ecocardiográfico que mostrou dilatação exagerada da aorta ascendente (55 mm) com átrio esquerdo, apresentando-se com 20 mm de diâmetro. O ventrículo esquerdo tinha 56 mm de diâmetro diastólico e 36 mm de sistólico com fração de encurtamento ventricular de 38% e fração de ejeção de 76%. O ventrículo direito era normal, com 10 mm de diâmetro e a insuficiência aórtica rotulada como moderada, somada a pequeno canal arterial.

Conduta - Realizada a correção operatória da insuficiência aórtica e do aneurisma da aorta pela interposição de tubo de dacron valvado, número 27, do ventrículo esquerdo para a aorta ascendente, estendendo-se até a croça da aorta. A evolução foi favorável dada a função ventricular preservada.

Editor da Seção: Edmar Atik

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