

# Correlação Clínico-Radiográfica

Caso 6/2004 – Lactente de 14 meses com tetralogia de Fallot e com discreto hiperfluxo pulmonar. Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP

Edmar Atik  
São Paulo, SP

**Dados clínicos** - Em lactente com 14 meses de idade, do sexo masculino, e de cor branca, sopro cardíaco foi auscultado de rotina com 30 dias de vida. O diagnóstico inicial fora de comunicação interventricular de moderada repercussão por características do sopro sistólico, acompanhado de frêmito, sobrecarga biventricular no eletrocardiograma e trama vascular pulmonar e área cardíaca aumentadas na radiografia de tórax. Na evolução com 6 meses de idade o desaparecimento do frêmito e a sobrecarga ventricular direita no eletrocardiograma orientaram ao diagnóstico de estenose pulmonar infundibular associada. Cianose ao choro aos 8 meses, progressiva até os 14 meses, crise de hipóxia e irritabilidade motivaram à indicação operatória corretiva. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, cianótico ++, eupnéico e com pulsos normais. A pressão arterial era de 90/60 mmHg, a frequência cardíaca de 120 bpm, o peso de 8,6 kg, a altura de 73,5 cm e a saturação de oxigênio 70%. A aorta não foi palpada na fúrcula. No precórdio não havia deformidades ou impulsões e o *ictus cordis* não era palpado. As bulhas eram hiperfonéticas, sendo a 2ª bulha mais acentuada na área tricúspide que pulmonar. Havia sopro sistólico +/+++, de ejeção, suave, no 3º, 2º e 4º espaços intercostais esquerdos. O figado não era palpado.

O eletrocardiograma mostrou ritmo sinusal e sinais de sobrecarga ventricular direita com onda R em V1 de 23 mm e complexo rS em V6. A onda T era positiva em V1, mas menos positiva que em V6. A onda P tinha 3 mm de amplitude em D2, indicativa de sobrecarga atrial direita. SÂP: +60°, SÂQRS: +140°, SÂT: +50°.

**Imagem radiográfica** - Mostra área cardíaca normal com ponta cardíaca elevada, arco médio retificado, arco aórtico à direita e trama vascular pulmonar algo aumentada nas regiões hilares diminuindo na periferia, até para os lobos inferiores (fig.1).

**Impressão diagnóstica** - A imagem orienta para o diagnóstico da tetralogia de Fallot, dada a morfologia cardíaca característica, ainda mais apresentando o arco aórtico desviado à direita e com o arco médio retificado. A trama pulmonar aumentada pode corresponder à presença de situação hemodinâmica prévia de hiperfluxo pulmonar, antes do agravamento da estenose pulmonar infundibular.

**Diagnóstico diferencial** - Associação da tetralogia de Fallot com



Fig. 1 - Radiografia de tórax mostra a forma característica encontrada na tetralogia de Fallot, mas com acentuação da trama vascular pulmonar nas regiões hilares e arco médio retificado.

outras anomalias que aumentem o fluxo pulmonar devem ser lembradas como a agenesia valvar pulmonar, vasos colaterais sistêmico-pulmonares ou mesmo o canal arterial. Ainda mais, outras anomalias que se acompanhem da comunicação interventricular e da estenose pulmonar como na atresia tricúspide, ventrículo único, atresia pulmonar, atresia mitral, devem também ser lembradas.

**Confirmação diagnóstica** - Os elementos clínicos eram característicos para, facilmente, estabelecer o diagnóstico da tetralogia de Fallot. O ecocardiograma mostrou os elementos que caracterizam esse diagnóstico, como a comunicação interventricular perimembranosa, a estenose pulmonar infundibular por desvio do septo infundibular e a dextroposição da aorta cavalgando o septo ventricular. As artérias pulmonares tinham diâmetros de 8 mm. O cateterismo cardíaco mostrou pressões sistêmicas em ventrículo direito, discreta dextroposição da aorta, estenose pulmonar infundibular acentuada e artérias pulmonares de bom calibre. A aorta dilatada tinha arco à direita.

**Conduta** - À operação, o anel pulmonar era bom e não foi ampliado. A estenose infundibular foi ressecada e a comunicação interventricular fechada com boa evolução clínica. Não houve demonstração posterior de defeitos residuais.