

Comunicação interatrial *ostium secundum*: pouca clínica e muita repercussão hemodinâmica

Ostium Secundum-type interatrial communication: few clinical symptoms and great hemodynamic repercussion

Ulisses Alexandre CROTI¹, Domingo Marcolino BRAILE¹, Adriana Érica YAMAMOTO¹, Ana Carolina Leiroz Ferreira Botelho Maisano KOZAK¹

RBCCV 44205-1038

DADOS CLÍNICOS

Criança com 9 anos e 6 meses, 37,4 kg, sexo feminino, natural de Colômbia, SP. Não apresentava sinais ou sintomas, exceto pela queixa à família, não valorizada, de “sensação de aperto no peito” que melhorava com respiração profunda. Em consulta médica de rotina, devido a quadro de amidalite, foi percebida alteração da ausculta cardíaca, sendo solicitado ecocardiograma e diagnosticada cardiopatia congênita com hiperfluxo pulmonar.

O exame físico de entrada em nosso Serviço era praticamente normal, estando em bom estado geral, eutrófica, afebril e acianótica. Chamava atenção apenas o ritmo cardíaco regular, sem sopros, com desdobramento fixo da segunda bulha, mais audível em foco pulmonar.

ELETROCARDIOGRAMA

Ritmo sinusal, frequência 88 bat/min, SÂP 0°, SÂQRS +120°, PR 160 ms, QRS 80 ms. Sobrecarga de ventrículo direito (VD), com eixo do QRS para a direita em V1 e onda R entalhada com amplitude de 13 mm (Figura 1).

RADIOGRAMA

Situs solitus visceral em levocardia. Área cardíaca normal com índice cardiorácico de 0,53. Trama vascular pulmonar sem alterações significativas, cúpulas diafragmáticas livres (Figura 2).

ECOCARDIOGRAMA

Situs solitus em levocardia. Conexões venoatrial, atrioventricular e ventriculoarterial normal. Ao *Doppler* detectado fluxo no interior do átrio direito (AD), junto ao septo interatrial, compatível com comunicação interatrial

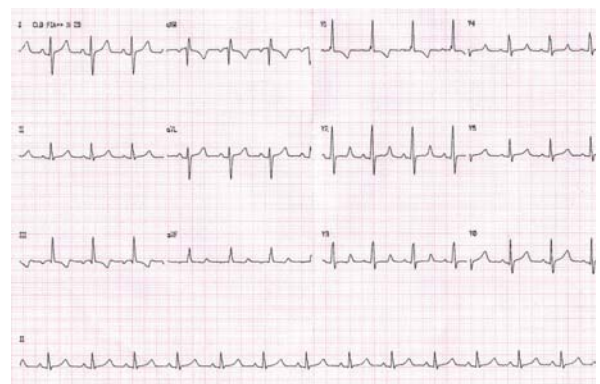


Fig. 1 – Eletrocardiograma chamando pouca atenção para comunicação interatrial

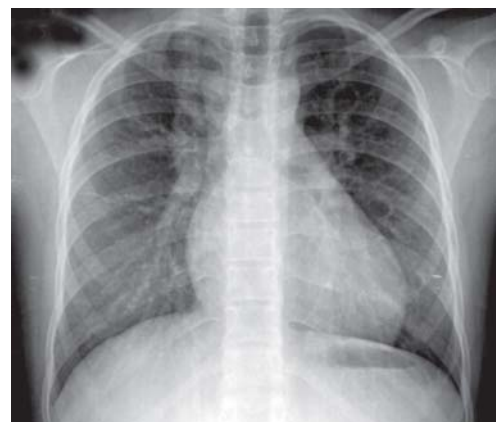


Fig. 2 – Radiografia de tórax sem alterações significativas que chamem à atenção para comunicação interatrial

1. Serviço de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica de São José do Rio Preto – Hospital de Base – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, Brasil.

CEP 15090-000 – São José do Rio Preto – SP – Brasil
Fone (Fax): 17 – 97726560 / 3201 5025
E-mail: uacroti@uol.com.br

Endereço para correspondência: Ulisses Alexandre Croti
Hospital de Base – FAMERP – Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5544

Artigo recebido em 26 de outubro de 2008
Artigo aprovado em 21 de novembro de 2008

(CIA) *ostium secundum* e fluxo sistólico turbulento em AD, indicando insuficiência tricúspide de grau discreto. A pressão sistólica do VD era de 40 mmHg. A relação entre o fluxo pulmonar (QP) e sistêmico (QS) estimada em 3,3:1, com a CIA medindo em sua maior extensão 20mm e tendo importante repercussão hemodinâmica.

DIAGNÓSTICO

É comum a presença em nossos consultórios de crianças que não apresentam sinais e sintomas de cardiopatia, geralmente praticam atividades físicas normalmente e seus pais sentem dificuldade em acreditar na preexistência da doença.

A pouca clínica frequentemente é característica da CIA, sem sopros, com eletrocardiograma e radiografia de tórax aparentemente inocentes. A investigação deve ser adequada e a operação indicada de acordo com a repercussão hemodinâmica, ou seja, QP/QS 1,5:1 ou mais, preferencialmente na idade pré-escolar, com intuito de evitar diversos malefícios ao coração e pulmões [1,2].

OPERAÇÃO

Torotomia transternal mediana, abertura de pericárdio, observadas distensão das câmaras direitas e dilatação do tronco pulmonar (Figura 3). Instalação do circuito de circulação extracorpórea (CEC) de forma convencional, com utilização de cânulas em veias cavas e aorta.

Em normotermia, pinçada a aorta, aberto o AD, realizada aspiração para descompressão das cavidades, cardioplegia sanguínea anterógrada e hipotérmica a 4°C única.

Identificadas as bordas do defeito no septo interatrial (Figura 4), iniciada a sutura na borda inferior, próximo à veia cava inferior, sutura contínua de polipropileno 5-0, ocluindo o orifício do defeito com a placa de pericárdio bovino (Figura 5).

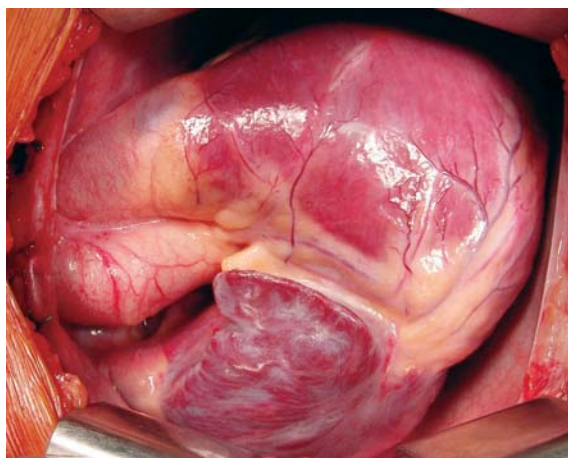


Fig. 3 – Distensão das câmaras direitas após abertura do pericárdio

Mantida na unidade de terapia intensiva por 48 horas como de rotina. Retirada de drenos e cateter central e encaminhada para enfermaria. Recebeu alta hospitalar no quarto dia de pós-operatório, com ecocardiograma de controle demonstrando a correção do defeito.

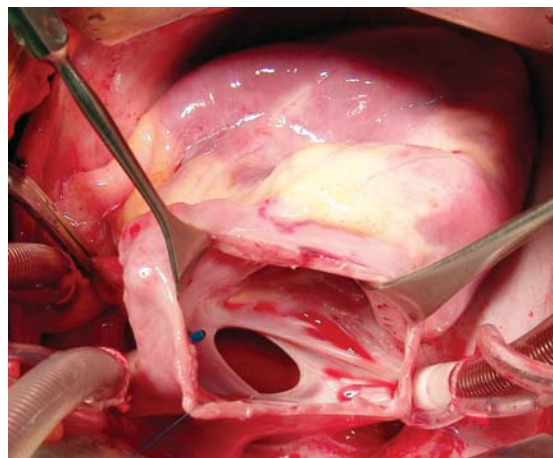


Fig. 4 – Átrio direito aberto demonstrando grande comunicação interatrial *ostium secundum*

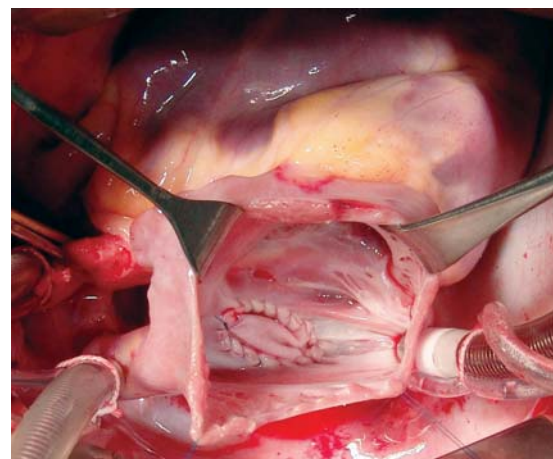


Fig. 5 – Átrio direito aberto com a comunicação interatrial *ostium secundum* corrigida com placa de pericárdio bovino

REFERÊNCIAS

1. Christensen DD, Vincent RN, Campbell RM. Presentation of atrial septal defect in the pediatric population. *Pediatr Cardiol.* 2005;26(6):812-4.
2. Muta H, Akagi T, Egami K, Furui J, Sugahara Y, Ishii M, et al. Incidence and clinical features of asymptomatic atrial septal defect in school children diagnosed by heart disease screening. *Circ J.* 2003;67(2):112-5.