

## Correlação Clínico-Radiográfica

Caso 1/2004 – Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP

Edmar Atik

São Paulo, SP

**Dados clínicos** - Criança de 3 anos e 10 meses de idade do sexo feminino e de cor branca apresentava há 16 meses palpitações precordiais aos esforços e de há 4 meses cansaço progressivo até a moderados esforços. Com 30 dias de vida havia tido broncopneumonia. Ao exame físico estava eupnéica, corada e com pulsos normais. Seu peso era de 12,3 kg e a altura de 95 cm. A aorta não foi palpada na fúrcula. No precórdio havia discreto *pectus excavatum* e abaulamento com impulsões discretas na borda esternal esquerda. O *ictus cordis* foi palpado no 4º espaço intercostal esquerdo, na linha hemiclavicular, valvar ++, limitado por uma polpa digital. A 1ª bulha era hiperfonética ++, mais na área mitral e a 2ª bulha hiperfonética + na área pulmonar com desdobramento curto e com os dois componentes iguais em intensidade. Estalido de abertura da valva mitral era nítido com +++ de intensidade. Auscultava-se sopro diastólico ++ em ruflar na área mitral e com reforço pré-sistólico. O fígado não foi palpado.

O eletrocardiograma mostrou sinais de sobrecarga de ventrículo direito com R em V1 de 19 mm e onda T negativa de V1 a V4. A onda P, *plus-minus* em V1, não exibia sinais de sobrecarga atrial. SÂP: +20°, SÂQRS: +120°, SÂT: +50°.

**Imagem radiográfica** - Mostra área cardíaca normal com arco inferior esquerdo arredondado e ponta elevada, discreto esboço de duplo contorno à direita, arco médio retificado, discreto abaulamento logo abaixo do arco médio e trama vascular pulmonar nitidamente congesta com acentuação nos hilos e nos campos superiores, principalmente à esquerda (fig. 1).

**Impressão diagnóstica** - Esta imagem sugere o diagnóstico de cardiopatia congênita obstrutiva à esquerda, tipo estenose mitral.

**Diagnóstico diferencial** - Qualquer outra cardiopatia obstrutiva à esquerda pode também se exteriorizar da mesma maneira como no *cor triatriatum*, na drenagem anômala total das veias pulmonares com obstrução venosa e na estenose de veias pulmonares dentre as principais. O aumento



Fig. 1 - Radiografia de tórax mostra área cardíaca discretamente aumentada com duplo contorno à direita por aumento atrial esquerdo e trama vascular pulmonar congesta.

do átrio esquerdo, presente neste caso, pode ser o elemento diferencial da estenose mitral com esses outros defeitos.

**Confirmação diagnóstica** - Os elementos clínicos são sugestivos da estenose mitral, principalmente pelo sopro diastólico tipo ruflar, a manifestação da hipertensão pulmonar através a acentuação da 2ª bulha, a sobrecarga de ventrículo direito no eletrocardiograma, além dos aspectos radiográficos já mencionados. O ecocardiograma mostrou valva mitral em pára-queda sendo que as cordas tendíneas dirigiam-se ao músculo papilar pósterio-inferior esquerdo. O átrio esquerdo estava ligeiramente aumentado. O cateterismo cardíaco revelou as seguintes pressões: AD: 5, VD: 60/5, TP: 60/30-40, CP: 18, VE: 80/8, Aorta: 80/50-65 mmHg. Após a angiografia, a pressão capilar se elevou para 40 mmHg e a pressão arterial pulmonar para 85/40-60 mmHg. A valva mitral estava competente com mobilidade reduzida e átrio esquerdo aumentado com esvaziamento lento, caracterizando a estenose mitral acentuada.

**Conduta** - Realizada a técnica cirúrgica de liberação das cordas tendíneas pela bipartição do músculo papilar único através a incisão pela ponta do ventrículo esquerdo, aumentando assim a mobilidade valvar mitral. Resultou daí discreta insuficiência mitral residual. A evolução foi favorável.

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