

Edmar Atik
São Paulo, SP

Dados clínicos - Lactente com 4 meses de idade do sexo masculino e de cor branca, apresentava cansaço discreto desde o nascimento, sem progressão. Broncopneumonia recente motivou a investigação diagnóstica e terapêutica. Ao exame físico estava com taquipnéia discreta, acianótico, corado e com pulsos amplos nos quatro membros. A pressão arterial era de 100/50 mmHg, a frequência cardíaca de 120 bpm e o peso de 4.545g. A aorta não foi palpada na fúrcula. No precórdio havia impulsões discretas na borda esternal esquerda e o *ictus cordis* se localizava no 4º e 5º espaços intercostais esquerdos, muscular ++, limitado por duas polpas digitais. As bulhas cardíacas eram hiperfonéticas e auscultava-se sopro sistólico de ejeção, discreto +/+++, rude, no 2º e 1º espaços intercostais esquerdos. O fígado foi palpado a 2 cm do rebordo costal direito. O eletrocardiograma mostrou ritmo sinusal e sinais de sobrecarga ventricular esquerda com onda S profunda em V2 e V3 e onda R ampla em V4 a V6, precedida por onda Q profunda. SÂP: + 50°, SÂQRS: +70°, SÂT: +60°.

Imagem radiográfica - Mostra área cardíaca aumentada às custas do arco ventricular esquerdo longo e com ponta cardíaca elevada. Há duplo contorno na imagem atrial à direita, indicativo de aumento atrial esquerdo. O arco médio é retificado tendendo a um discreto abaulamento, com trama vascular arterial pulmonar aumentada (fig.1).

Impressão diagnóstica - Esta imagem sugere cardiopatia congênita com hiperfluxo pulmonar tipo comunicação interventricular.

Diagnóstico diferencial - Este diagnóstico no lactente implica na diferenciação com o canal arterial, dado o aumento da artéria pulmonar. Neste contexto, lembra-se também da janela aortopulmonar e das fístulas arteriovenosas em geral. Ademais, as cardiopatias tipo defeito do septo atrioventricular sem comunicação interatrial, em face da normalidade da imagem atrial direita.

Confirmação diagnóstica - os elementos clínicos orientaram para cardiopatias acianogênicas com desvio de sangue da esquerda para a direita e fuga sistêmica de sangue, tipo canal arterial, dado os pulsos amplos e a pressão de pulso aumentada. No en-



Fig. 1 - Radiografia de tórax mostra aumento biventricular e do átrio esquerdo com trama vascular pulmonar aumentada.

tanto, em presença de sopro sistólico tornou-se mais fácil o encaaminhamento diagnóstico para a janela aortopulmonar, que raramente se exterioriza com sopro contínuo, este presente quando o defeito se mostra discreto causando daí gradiente de pressão entre as estruturas arteriais. O canal arterial pode se manifestar também com sopro sistólico, quando em presença de hipertensão arterial pulmonar, ainda com importante desvio de sangue para as artérias pulmonares, mostrando nessa circunstância, no entanto, sobrecarga de ventrículo direito no eletrocardiograma. O ecocardiograma mostrou grande janela aortopulmonar do tipo I, de 13 mm de extensão com fluxo da esquerda para a direita e hipertensão pulmonar com média calculada de 50 mmHg. Havia insuficiência mitral discreta e aumento atrial esquerdo. As medidas corresponderam a VD: 9, DDVE: 36, DSVE: 21, Aorta: 12 e AE: 22 mm.

Condução - Na cirurgia foi confirmada a janela aortopulmonar do tipo I, com 13 mm de extensão a qual foi fechada com placa de pericárdio bovino, com o uso da circulação extracorpórea. Havia ainda um único óstio coronário esquerdo. Observou-se, após a correção, que a pressão média da artéria pulmonar era de 23 mmHg, cerca de um terço da pressão sistêmica. A evolução clínica foi boa.