

Correlação Clínico-Radiográfica

Caso 5/2001 – Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP

Edmar Atik

São Paulo, SP

Dados clínicos – Paciente de 15 anos de idade, do sexo masculino, assintomático, foi encaminhado para avaliação, pois aos cinco anos idade havia sido auscultado sopro cardíaco no exame médico. O exame físico revelou paciente em bom estado geral, eupnéico, corado, pulsos periféricos amplos. O peso era de 61Kg, a altura 1,73cm, a frequência cardíaca 70bpm, e a pressão arterial em membro superior direito 110/60mmHg. O *ictus* foi palpado no 4º espaço intercostal esquerdo, sobre a linha hemiclavicular, impulso. Havia também impulsões sistólicas discretas na borda esternal esquerda. As bulhas cardíacas foram normais. Foi ausculta sopro contínuo suave, no 2º e 3º espaços intercostais esquerdos. O eletrocardiograma revelou SÂQRS + 60°, SÂT + 60°, SÂP + 30°, com sinais de sobrecarga ventricular esquerda.

Imagem radiográfica – Evidencia área cardíaca discretamente aumentada (índice cardiotorácico 0,50) às custas do longo arco inferior esquerdo (fig. 1). O pedículo vascular alargado devido a aumento discreto da aorta e do arco médio retificado. A trama vascular pulmonar é mais pronunciada à direita na região hilar.

Impressão diagnóstica: O aumento do ventrículo esquerdo, da trama vascular pulmonar e do pedículo vascular orientam para o diagnóstico de persistência do canal arterial, de tamanho discreto.

Diagnóstico diferencial – Os membros elementos radiográficos estariam presentes também em: a) fístula arteriovenosa sistêmica; b) janela aortopulmonar.

Confirmação diagnóstica – A localização do sopro

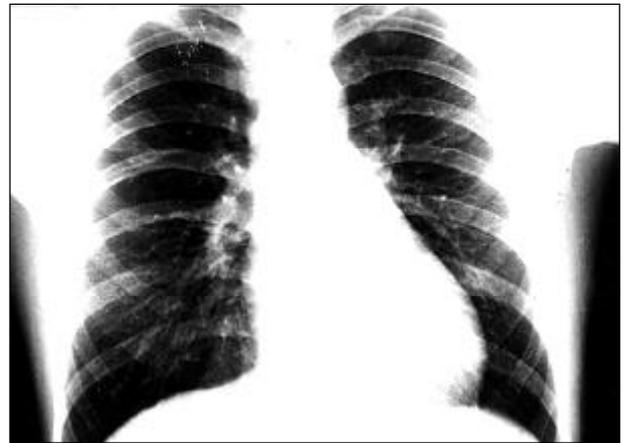


Fig. 1 - Área cardíaca aumentada e pedículo vascular alargado.

contínuo, na porção superior da borda esternal esquerda, é importante dado semiológico, que orienta para o diagnóstico da persistência do canal arterial. Nos outros diagnósticos diferenciais considerados, o sopro contínuo seria auscultado em regiões mais baixas na borda esternal esquerda ou ainda em qualquer sítio orgânico, onde poderia haver alguma comunicação arteriovenosa. O ecocardiograma demonstrou canal arterial de 4mm de comprimento por 2,5mm de diâmetro com aumento discreto do ventrículo esquerdo. As demais cavidades eram normais.

Conduta terapêutica – Foi indicada intervenção cirúrgica como primeira opção. Há também elegibilidade para fechamento do defeito por cateterismo cardíaco intervencionista com o emprego de próteses endovasculares (*coils*).