

## Caso 2/2010 - Lactente de 5 Meses, do Sexo Masculino, com Comunicação Interventricular Subpulmonar e Coarctação da Aorta

Case 2/2010 Five-month-old Male Infant with Subpulmonary Interventricular Communication and Aortic Coarctation

Edmar Atik, Fabiana M. Passos, Alexandre S. Cauduro

Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP - Brasil

### Dados clínicos

O paciente manteve-se assintomático até há 3 meses, quando surgiu cansaço mesmo em repouso, de intensidade progressivamente maior.

Exame físico: taquidispnéico, corado, pulsos amplos em membros superiores e diminuídos nos membros inferiores. Peso: 5130g. As pressões arteriais no membro superior direito e no membro inferior direito eram de 150/80 e de 100/80 mmHg, respectivamente. FC: 130 bpm. A aorta não era palpada na fúrcula.

No precórdio havia impulsões discretas na borda esternal esquerda e o *ictus* era difuso e palpado no 5º espaço intercostal na linha hemiclavicular. As bulhas cardíacas eram hiperfonéticas e havia sopro holossistólico, ++ de intensidade, na borda esternal esquerda alta, irradiado para a borda esternal mais baixa e à área mitral. O fígado não era palpado.

O eletrocardiograma (Fig.1) mostrava ritmo sinusal e sobrecarga biventricular, com complexos RS em todas as derivações precordiais, com repolarização ventricular normal. Ademais, havia sinais de sobrecarga atrial esquerda. ÂQRS estava a 90°, ÂP a +30° e ÂT a +50°.

### Imagem radiográfica

Mostra área cardíaca aumentada à custa do arco ventricular e trama vascular pulmonar acentuadamente aumentada nos hilos e na periferia pulmonar. Chama a atenção também a acentuada dilatação do arco médio (Fig.1).

### Impressão diagnóstica

Esta imagem é compatível com o diagnóstico de cardiopatia que se acompanha de desvio de sangue da esquerda para a direita, tipo comunicação interventricular. A dilatação acentuada

### Palavras-chave

Cardiopatias congênicas, comunicação interventricular, coarctação aórtica, artéria pulmonar/anormalidades.

do tronco pulmonar e das artérias pulmonares orientam para fluxo pulmonar direcionado diretamente do ventrículo esquerdo para a via de saída de ventrículo direito, como na localização subpulmonar da comunicação interventricular.

### Diagnóstico diferencial

Todas as demais cardiopatias congênicas acianogênicas, com desvio de sangue da esquerda para a direita, devem ser lembradas como a comunicação interatrial e a persistência do canal arterial, desde que exibam acentuada repercussão hemodinâmica, o que ocorre entretanto em idades mais avançadas. Esta alteração de acentuada dilatação do tronco pulmonar é vista também em cardiopatias cianogênicas com hiperfluxo pulmonar tipo drenagem anômala total das veias pulmonares.

### Confirmação diagnóstica

Os elementos clínicos foram decisivos para o diagnóstico da comunicação interventricular e da coarctação da aorta. O ecocardiograma confirmou a existência do defeito ventricular com conexão direta com a valva pulmonar em localização subpulmonar, de 10 mm de diâmetro, além da coarctação da aorta em região ístmica com 3 mm de diâmetro em relação a 7 mm da aorta ascendente e a 5 mm da croça. O ventrículo direito não era dilatado em face do fluxo preferencial do ventrículo esquerdo para a árvore arterial pulmonar. Havia aumento do ventrículo esquerdo, com preservação de sua função (FEVE: 68%, Ao: 14, AE: 18, VE: 27) (Fig.2).

### Conduta

À operação, a ressecção da coarctação da aorta em anastomose término-terminal com a croça permitiu diâmetro adequado da região. Através da incisão no tronco pulmonar, a comunicação interventricular subpulmonar ou duplamente relacionada, de 10 mm de diâmetro, foi fechada com placa de pericárdio bovino. Como resultado houve resolução do quadro de insuficiência cardíaca.

### Comentários

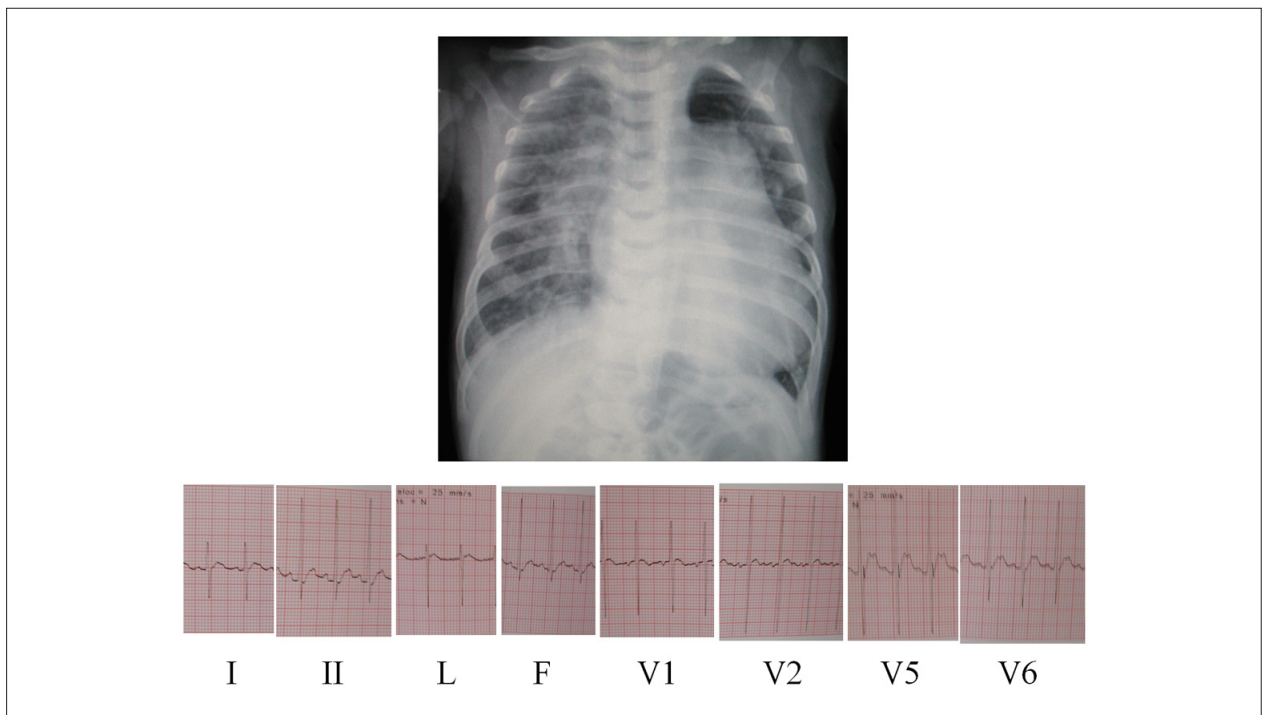
A dilatação exagerada do tronco pulmonar raramente é detectada em lactentes mesmo em portadores de cardiopatias com acentuado hiperfluxo pulmonar. Esta verificação anatômica, neste caso, decorria do fluxo direto do ventrículo esquerdo para a árvore arterial pulmonar pela comunicação interventricular. Além disso, este defeito, quando duplamente

Correspondência: Edmar Atik •

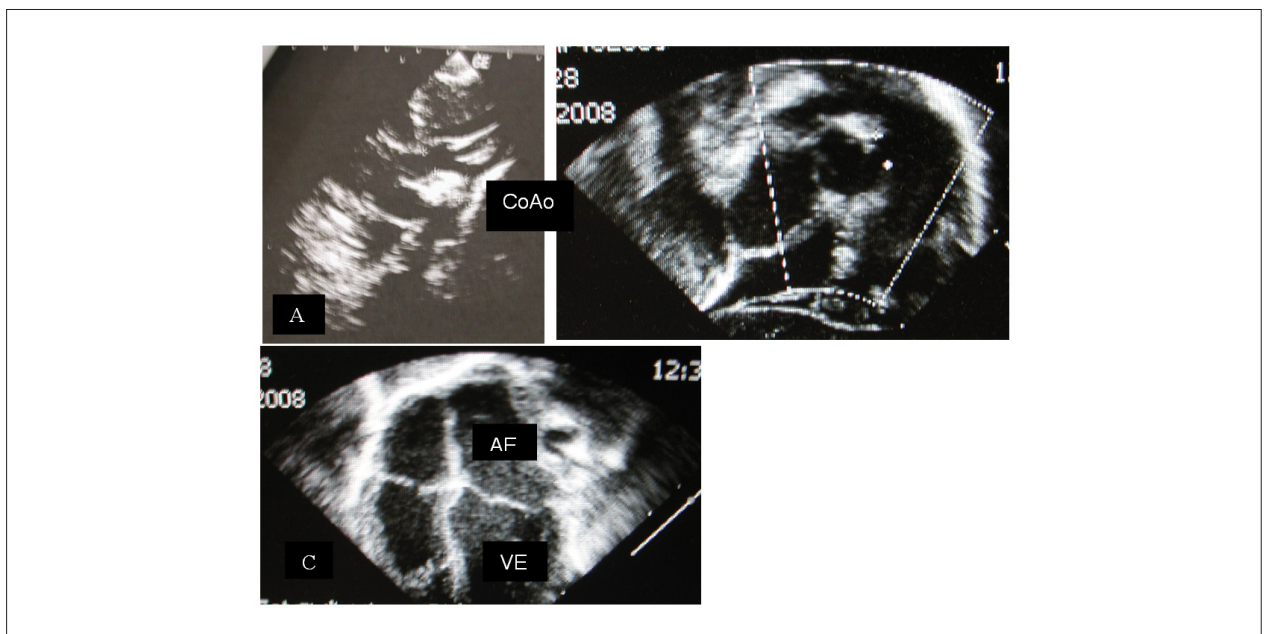
Rua Dona Adma Jafet, 74 conj.73 - Bela Vista - 01308-050 - São Paulo, SP - Brasil

E-mail: conatik@incor.usp.br, eatik@cardiol.br

Artigo aceito em 30/07/09; revisado recebido em 12/11/09; aceito em 12/11/09.



**Fig. 1** - Radiografia de tórax mostra área cardíaca e trama vascular pulmonar acentuadamente aumentadas. Chama a atenção a grande dilatação do arco médio em decorrência do aumento do tronco pulmonar. Eletrocardiograma salienta os sinais de sobrecarga biventricular.



**Fig. 2** - Ecocardiograma mostra a coarctação da aorta na região istmica, após a emergência da artéria subclávia esquerda, com diâmetro de 3 mm, em corte supraesternal, em A; a comunicação interventricular subpulmonar de 10 mm de diâmetro em corte transversal na borda esternal esquerda, em B; e dilatação das cavidades esquerdas em corte apical de 4 câmaras, em C.

relacionado aos vasos da base, explica patogenicamente a existência conjunta da coarctação da aorta, em vista do maior desvio de sangue do ventrículo esquerdo pela comunicação interventricular para o tronco pulmonar, ainda na vida fetal.

Esta dinâmica favorece que o canal arterial seja localizado após a coarctação da aorta. A correção cirúrgica precoce impede evolução desfavorável relacionada ao aumento e à disfunção do ventrículo esquerdo.