

Caso 2/2012 – Recém-Nascido de 11 Dias com Coarctação da Aorta Acentuada em Choque Cardiogênico

Case 2/2012 – Eleven-Day-Old Infant with Marked Coarctation of the Aorta in Cardiogenic Shock

Edmar Atik

Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil

Dados clínicos: Cansaço discreto era notado desde o nascimento com evidente agravamento de há dois dias, razão da internação de emergência. Nasceu com 2700 g de peso, após gestação e parto normais.

Exame físico: mal estado geral, taquidispneico, pálido, pulsos finos, principalmente nos membros inferiores. Peso: 2500 g, Altura: 48 cm PAMSD: 80/40 mm Hg, PAMID: 40 mm Hg, FC: 166 bpm, FR: 100 rpm. A aorta não era palpada na fúrcula.

No precórdio, havia discretas impulsões sistólicas na borda esternal esquerda e o *ictus cordis* não era palpado. As bulhas cardíacas eram hiperfonéticas e não foram auscultados sopros cardíacos. O fígado era palpado a 4 cm do rebordo costal direito e os pulmões eram limpos, sem ruídos adventícios.

Exames Complementares:

Eletrocardiograma mostrava ritmo sinusal, sinais de exclusiva sobrecarga ventricular direita (morfologia Rs em V1 e rS em V6) e com alterações da repolarização ventricular. AQRS: -170° , AP: $+60^\circ$, AT: indeterminado (Figura 1).

Radiografia de Tórax mostra área cardíaca acentuadamente aumentada à custa do arco ventricular esquerdo e trama vascular pulmonar congesta (Figura 2).

Ecocardiograma salienta os elementos decisivos para o diagnóstico de coarctação da aorta em região ístmica com gradiente de pressão de 40 mm Hg e com canal arterial de pequena dimensão (Figura 1).

Diagnóstico clínico: Coarctação da aorta em insuficiência cardíaca acentuada

Raciocínio clínico: Os elementos clínicos orientaram ao diagnóstico de coarctação da aorta em face da diferença dos pulsos periféricos, que embora fosse discreta, era explicada pela acentuada insuficiência cardíaca. Corroborava para o diagnóstico a sobrecarga de ventrículo direito no eletrocardiograma e a cardiomegalia acentuada na radiografia de tórax. Aliás, esta imagem era compatível com o diagnóstico de cardiopatia

Palavras-chave

Cardiopatias congênicas, coarctação aórtica, insuficiência cardíaca, choque cardiogênico

Correspondência: Edmar Atik •

InCor - Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 44 - 05403-000 - São Paulo, SP - Brasil

E-mail: conatik@incor.usp.br

congenita acianogênica com insuficiência cardíaca por obstrução do coração esquerdo dada também a congestão pulmonar, ao lado da cardiomegalia.

Diagnóstico diferencial: outras cardiopatias obstrutivas à esquerda não se acompanham de grande cardiomegalia como ocorre na estenose mitral e no *cor triatriatum*. As cardiopatias com sobrecarga de volume do coração esquerdo, como a insuficiência mitral, também poderiam se exteriorizar de forma semelhante, mas com aumento mais pronunciado do átrio esquerdo. As cardiopatias com sobrecarga de volume e as com desvio de sangue da esquerda para a direita se acompanham de trama arterial pulmonar aumentada.

Conduta e Evolução: Após intubação endotraqueal e ventilação mecânica com FIO₂ a 40% e introdução endovenosa de drogas vasoativas (dobutamina = 20 mcg/Kg/min) e vasodilatadoras (prostaglandina E1 = 0,08 mcg/Kg/min) além de furosemida, houve melhora da condição clínica.

O ácido láctico diminuiu de 120 para 20 mg/dL, a acidose metabólica de -23 mmol/L se normalizou e com aumento da diurese e diminuição da cardiomegalia. Três dias após, pôde ser operado em melhores condições, apesar da maior elevação dos níveis de creatinina, de 1,3 para 2,6 mg/dL e da ureia, de 48 para 73 mg/dL. À operação, foi realizada coarctectomia em estreitamento acentuado na região ístmica com anastomose término-terminal e ligadura de grande canal arterial.

A evolução foi favorável, com nítida regressão do quadro da insuficiência cardíaca com extubação endotraqueal no primeiro dia pós-operatório, diminuição progressiva da dobutamina em três dias e dos sinais da insuficiência renal, da hipertensão arterial paradoxal (tratada com nitroprussiato de sódio e anlodipina) e alta após 15 dias com digoxina. Na evolução, nove meses após, notou-se ganho de peso normal (9 Kg), ausência de sopros e de sinais de insuficiência cardíaca e normalização dos pulsos arteriais e da área cardíaca. O ecocardiograma revelava gradiente de pressão na aorta de 28 mm Hg, função ventricular de 82% e cavidades cardíacas de dimensões normais.

Comentários: A coarctação da aorta evolui de maneira desfavorável quando se mostra de grande repercussão já no período neonatal, em geral nas duas primeiras semanas de vida. O quadro inicial pode até ser confundido com o de miocardiopatia com acentuada disfunção ventricular, sem sopros cardíacos e sem os sinais clássicos da doença. Os pulsos contrastantes entre os membros, característicos da coarctação da aorta, exteriorizam-se em presença de função ventricular mais preservada, obtida após tratamento inicial adequado. É também de interesse notar a acentuada sobrecarga ventricular direita

Correlação Clínico-Radiográfica

no eletrocardiograma, decorrente da hipertensão pulmonar retrógrada em face da sobrecarga súbita do ventrículo esquerdo, após estreitamento maior do canal arterial. A falência miocárdica,

no entanto, melhora após a dilatação do mesmo com PGE1 e mais ainda após a correção cirúrgica. O resultado final se torna surpreendente como o demonstrado no caso em questão.

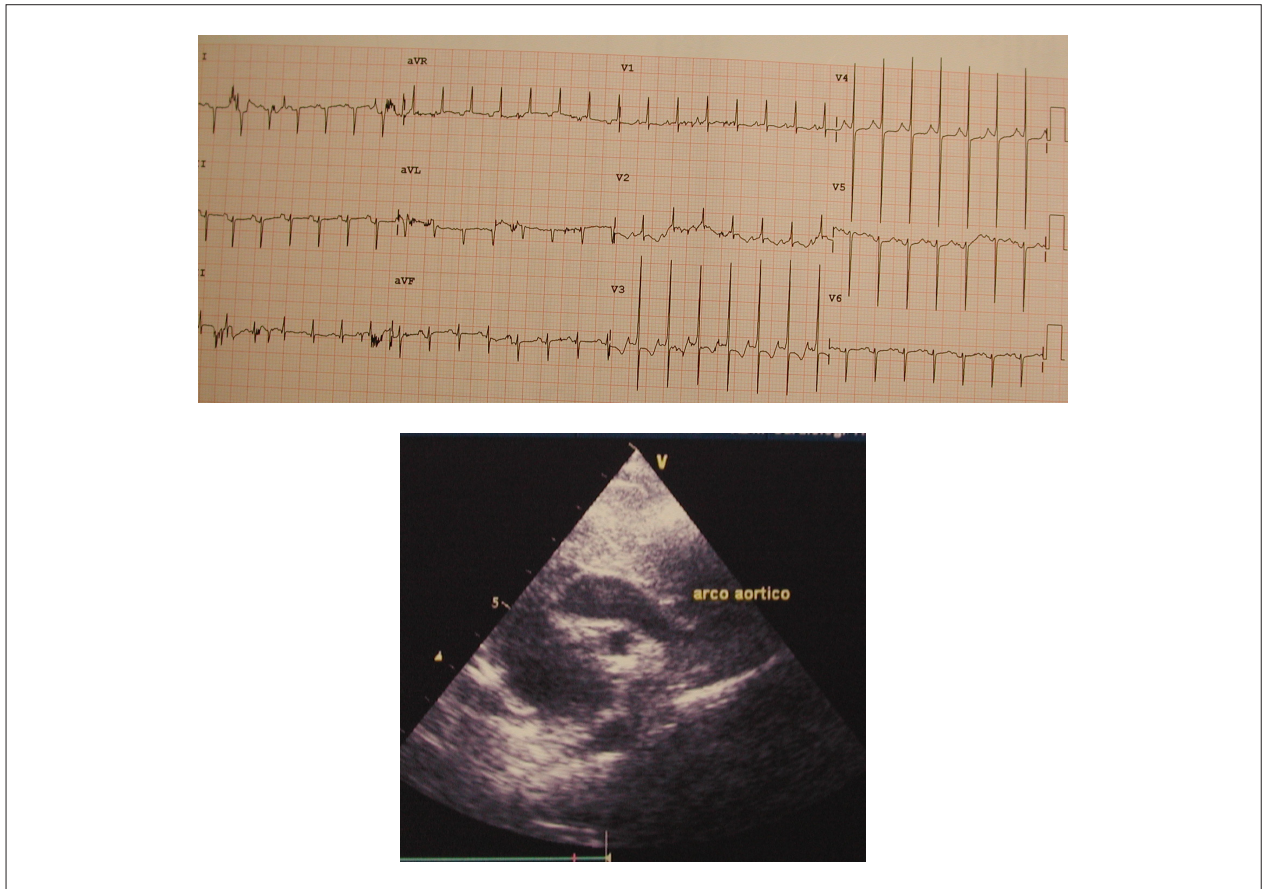


Fig. 1 - Eletrocardiograma salienta os sinais da acentuada sobrecarga ventricular direita, em período pré-operatório e o ecocardiograma mostra a nítida obstrução na região ístmica.

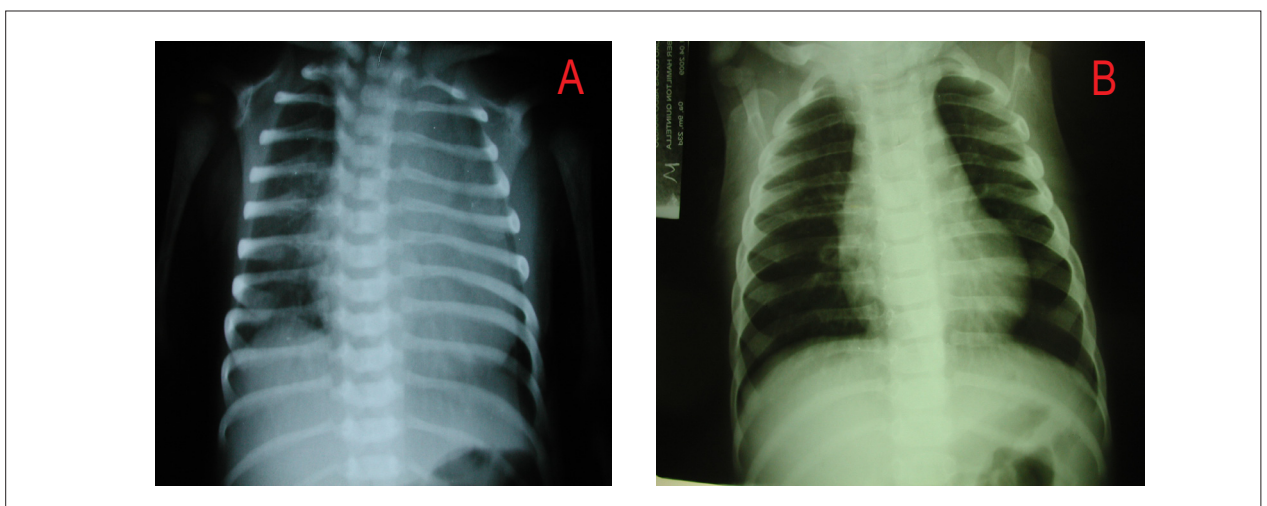


Fig. 2 - Radiografias de tórax no período preoperatório em A e nove meses após a operação em B salientam a nítida diferença de tamanho da área cardíaca.