

Caso 4/2013 - Mulher com Transposição das Grandes Artérias em Evolução Corretiva Tardia

Case 4/2013 - Woman with Transposition of the Great Arteries and Delayed Corrective Progress

Edmar Atik

Clínica privada do Dr Edmar Atik, São Paulo, SP – Brasil

Dados clínicos: Após correção cirúrgica de transposição das grandes artérias associada a outros defeitos e em insuficiência cardíaca, iniciando-se por coartectomia término-terminal e bandagem do tronco pulmonar com três meses (peso = 3.800 g) e técnica de Jatene com fechamento da comunicação interventricular e debandagem pulmonar com 10 meses (peso = 5200 g), apresentou boa evolução posterior. Houve recuperação ponderal e manteve-se sem sintomas, apesar do surgimento de estenose do tronco pulmonar com 5 anos de idade, aliviada após dilatação por cateter-balão, obtendo-se daí diminuição do gradiente de pressão de 72 para 26 mmHg. Desde então usa propranolol 40 mg/dia por discreta mas persistente estenose da via de saída do ventrículo direito. Atualmente tolera bem os exercícios rotineiros e não refere sintomas.

Exame físico: Bom estado geral, eupneica, acianótica, pulsos normais. Peso: 73 kg. Altura: 156 cm. Pressão arterial de membro superior direito (PAMSD) e pressão arterial de membro inferior direito (PAMID) = 130/80 mm Hg. Frequência cardíaca (FC): 73 bpm. A aorta não era palpada e há sopro sistólico discreto na fúrcula.

No precórdio, o *ictus cordis* não era palpado e não havia impulsões sistólicas. As bulhas cardíacas eram normofonéticas e auscultava-se sopro sistólico moderado, de intensidade ++, rude, na borda esternal esquerda alta, sem frêmito. O fígado não era palpado e os pulmões estavam limpos.

Exames complementares

Eletrocardiograma: mostrava ritmo sinusal, sem sinais de sobrecarga, inalterado desde a correção dos defeitos. Eixo elétrico da onda P (AP): +50°. Eixo elétrico do complexo QRS (AQRS): +70°. Eixo elétrico da onda T (AT): +70° (Figura 1).

Radiografia de tórax: mostrou área cardíaca normal e trama vascular pulmonar normal (Figura 1).

Ecocardiograma: mostrou cavidades cardíacas com dimensões normais, sem hipertrofia miocárdica (septo = parede posterior = 10 mm) e gradiente de pressão

Palavras-chave

Cardiopatias Congênitas, Transposição dos Grandes Vasos / cirurgia, Comunicação Interventricular / complicações, Coartação Aórtica.

Correspondência: Edmar Atik •

Rua Dona Adma Jafet 74, cj 73 01308-050 São Paulo-SP
E-mail: conatik@incor.usp.br

DOI: 10.5935/abc.20130156

de 40 mmHg na via de saída do ventrículo direito. Na aorta descendente não se detectou qualquer gradiente de pressão.

Tomografia torácica da aorta: mostrou discreta hipertrofia do ventrículo direito, dilatação discreta na região ístmica da aorta, no local da correção da coartação prévia, e função biventricular normal. A dilatação da neoaorta ascendente persiste, decorrente do tronco pulmonar dilatado, submetido a hiperfluxo por longo período de tempo pré-operatório (Figura 2).

Diagnóstico clínico: Transposição das grandes artérias associada a comunicação interventricular e coartação da aorta corrigidas de forma estadiada e em boa evolução pós-operatória tardia, com discreta estenose na via de saída do ventrículo direito.

Raciocínio clínico: Os elementos clínicos evolutivos eram compatíveis com o diagnóstico de obstrução discreta na via de saída do ventrículo direito. Apesar do sopro sistólico nítido e do gradiente de pressão de 40 mmHg encontrado no ecocardiograma, a ausência de potenciais do ventrículo direito no eletrocardiograma atesta a discreta repercussão da obstrução dinâmica.

Diagnóstico diferencial: Após a correção anatômica da transposição das grandes artérias, a estenose da neopulmonar era mais encontrada nos pacientes operados nos primórdios dessa técnica, e na maioria delas havia a necessidade de ampliação cirúrgica da obstrução. A dilatação por cateter-balão raramente era eficaz, como aliás ocorreu neste caso. A continuidade da estenose subpulmonar dinâmica se tornou elemento de diagnóstico diferencial com anomalia nativa nessa região, de difícil diferenciação.

Conduta: Adotou-se conduta expectante clínica, guiada pelo gradiente de pressão de 40 mmHg e eletrocardiograma normal, expressões da repercussão discreta da obstrução na via de saída do ventrículo direito.

Comentários: A evolução pós-operatória após a correção da transposição das grandes artérias, mesmo com defeitos associados, como comunicação interventricular e coartação da aorta, tem se mostrado adequada mesmo a longo prazo, como se demonstra no caso relatado. As complicações evolutivas após a correção anatômica de Jatene, como estenose da artéria pulmonar, obstrução coronária e insuficiência aórtica, têm se tornado cada vez mais raras em face das mudanças técnicas adequadas ao longo do tempo. A evolução dessa paciente salienta a normalização dos elementos anatomofuncionais encontrados na transposição das grandes artérias. Por isso esse defeito congênito se tornou um daqueles nos quais se obtém a cura anatomofuncional, mesmo pertencendo ao grupo de anomalias cianogênicas e com acentuado distúrbio hemodinâmico prévio. Este caso exemplifica a evolução adequada observada após a correção anatômica de Jatene a longo prazo.

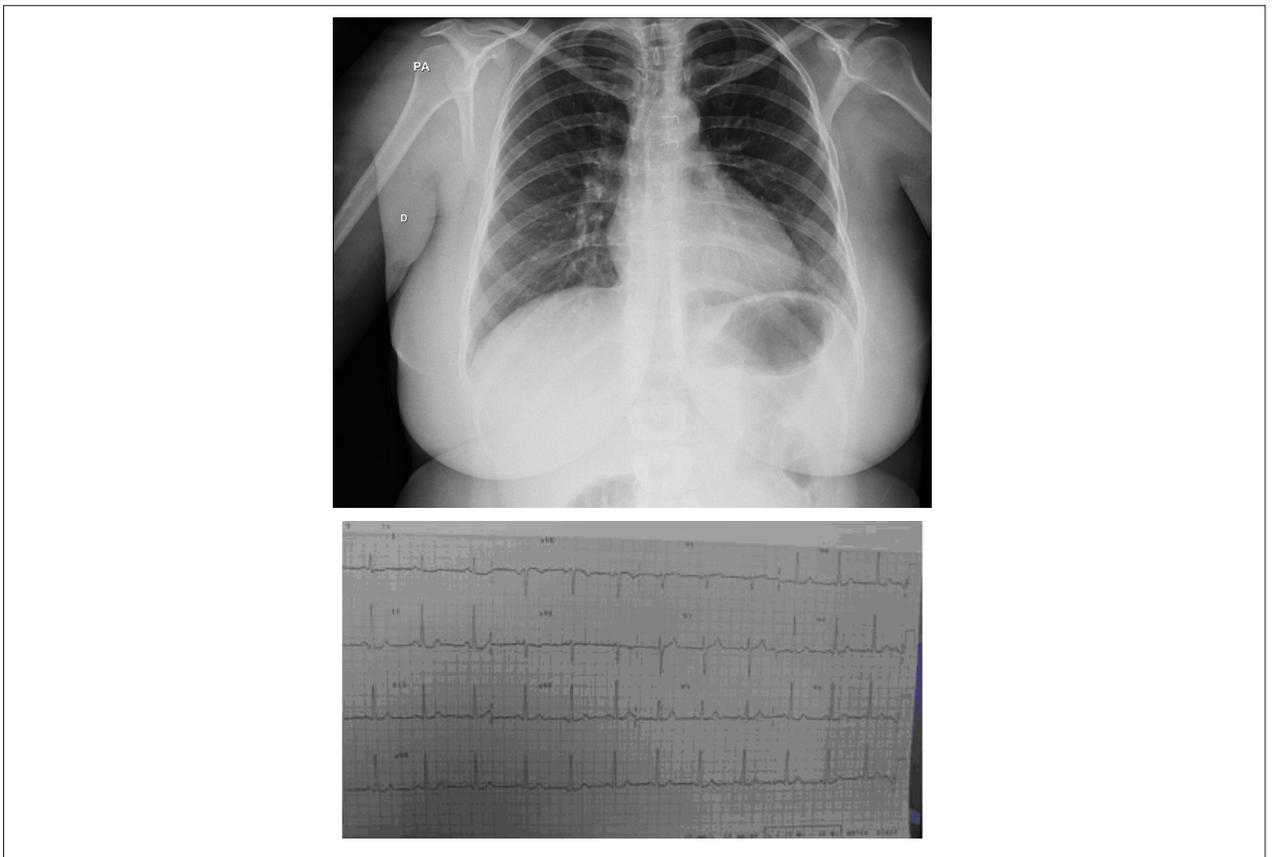


Figura 1 - Radiografia de tórax e eletrocardiograma mostram elementos de normalidade.

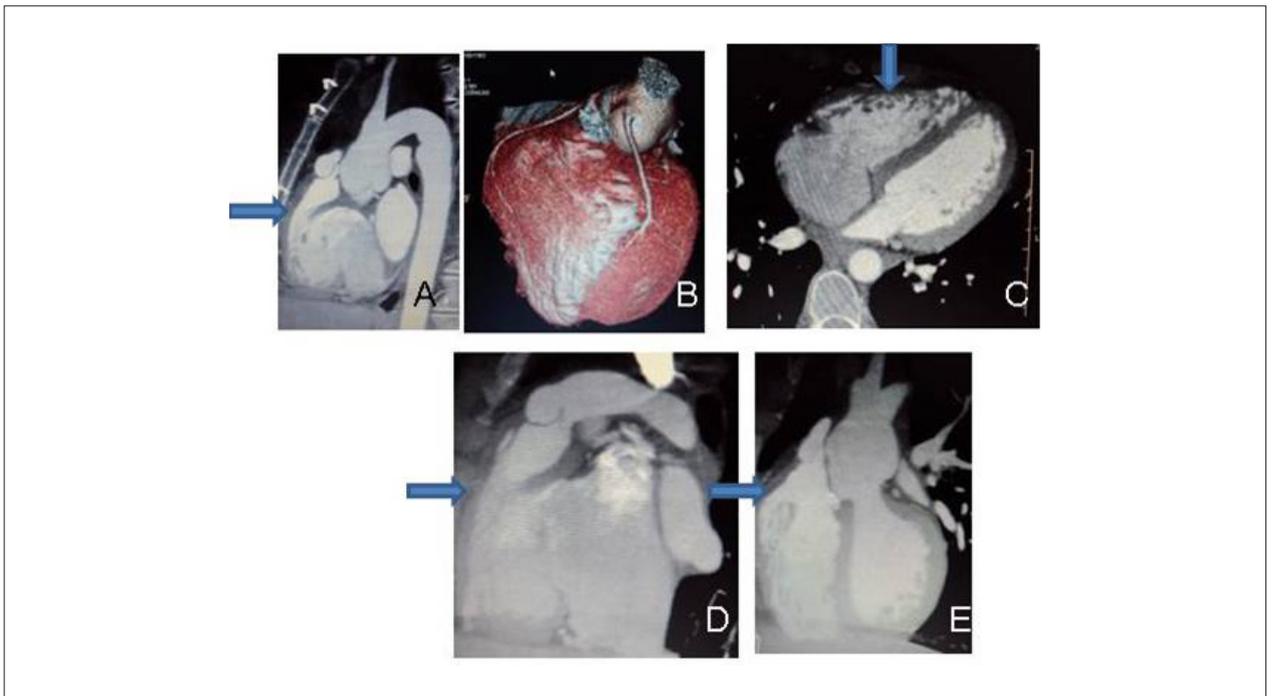


Figura 2 - A tomografia torácica salienta claramente a dilatação da aorta ascendente (neoaorta) e da região ístmica da aorta (resíduo da correção da coarctação), e a discreta estenose subpulmonar no ventrículo direito (seta), em A, as duas artérias coronárias transpostas na neoaorta ascendente, em B, e os dois ventrículos semelhantes em tamanho estando discretamente hipertrofiado o ventrículo direito em C, D e E (seta).