

## Caso 03/2005 - Homem de 26 Anos com Defeito Parcial do Septo Atrioventricular, com Estenose Pulmonar Moderada

Case 03/2005 - 26-Year-Old Male with Partial Atrioventricular Septal Defect with Moderate Pulmonary Stenosis

Edmar Atik

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo, SP

**Dados clínicos-** Paciente de 26 anos, do sexo masculino e de cor parda, tinha palpitações aos esforços há 4 anos, associadas a tonturas, mal estar e sudorese, decorrentes de extra-sístoles ventriculares. De há anos eram notados cansaço e cianose aos esforços mesmo com o uso de digoxina, amiodarona, captopril e ácido acetil salicílico. Ao exame físico estava em bom estado geral, eupnéico, com cianose discreta e pulsos normais. A pressão arterial era de 150/90 mmHg, a frequência cardíaca 92 bpm e a saturação arterial de oxigênio de 85%. No precórdio havia impulsões discretas na borda esternal esquerda e o *ictus cordis* se situava no 4º e 5º espaços intercostais esquerdos, músculo-valvar +, limitado por duas polpas digitais. As bulhas eram normofonéticas estando desdobrada a segunda bulha e com o primeiro componente mais intenso. Havia sopro sistólico, de ejeção, ++ de intensidade, no 2º, 1º e 3º espaços intercostais esquerdos e sopro sistólico mais suave, + de intensidade, na área mitral. O fígado não foi palpado.

O eletrocardiograma mostrou ritmo sinusal e sinais de sobrecarga biventricular e de átrio direito. As ondas S eram profundas de V1 a V3. A onda T era positiva de V1 a V4, indicativa de sobrecarga ventricular direita. O intervalo PR era alargado com 0,24" de duração o que salientava o diagnóstico do bloqueio atrioventricular de primeiro grau e o eixo elétrico desviado para a esquerda e para cima a  $-50^\circ$  sugeria presença do hemibloqueio anterior esquerdo. SÂP:  $+60^\circ$ , SÂQRS:  $-50^\circ$ , SÂT:  $0^\circ$ .

**Imagem radiográfica-** Mostra área cardíaca aumentada à custa do átrio direito e do ventrículo esquerdo. O arco médio é escavado e a trama vascular pulmonar pouco aumentada (fig. 1).

**Impressão diagnóstica-** Esta imagem sugere a da comunicação interatrial com insuficiência mitral em face do aumento do ventrículo esquerdo, o que daí encaminha para o diagnóstico do defeito parcial do septo atrioventricular. Chama a atenção no entanto a ausência



Fig. 1 - Radiografia de tórax saliente a forma cardíaca ovalada, o pedículo vascular estreito e a trama vascular pulmonar aumentada, elementos radiográficos característicos da transposição das grandes artérias

de aumento da artéria pulmonar que pode ocorrer como decorrência de outra lesão associada como a de obstrução ao fluxo pulmonar, localizada a nível valvar ou da via de saída de ventrículo direito, de discreta repercussão.

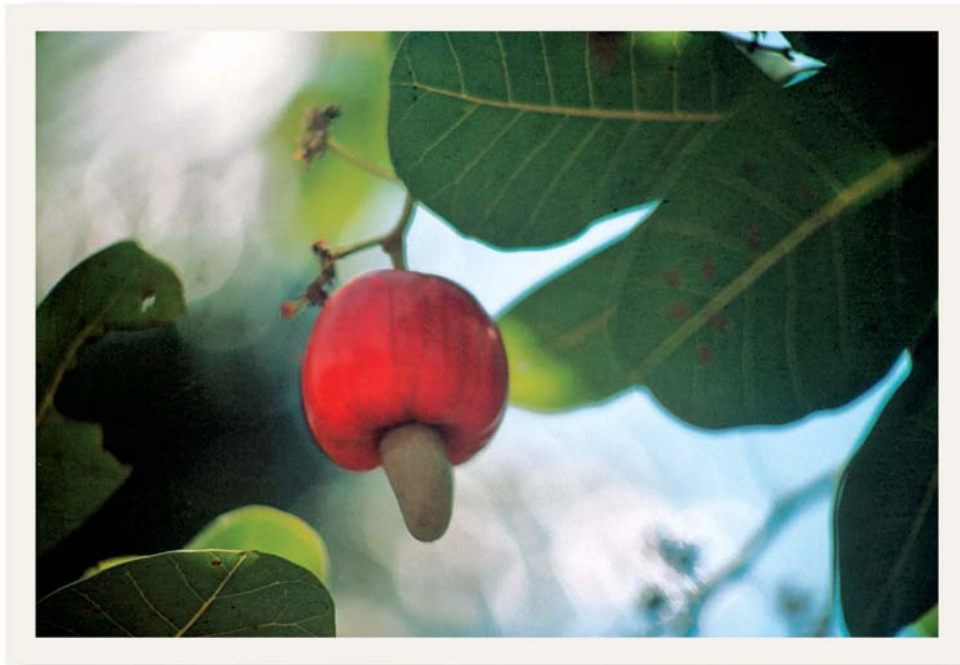
**Diagnóstico diferencial-** Cardiopatias cianogênicas com aumento atrial direito implicam na diferenciação com as que cursam com insuficiência tricúspide tipo anomalia de Ebstein, não acentuada para explicar o fluxo pulmonar aumentado por *shunt* ainda da esquerda para a direita, a nível atrial, por uma comunicação interatrial associada.

**Confirmação diagnóstica-** Os elementos clínicos orientam ao diagnóstico de estenose pulmonar valvar com *shunt* de sangue da direita para a esquerda a nível atrial, além de insuficiência mitral. O hemibloqueio anterior esquerdo ajuda na conclusão do diagnóstico do defeito parcial do septo atrioventricular com estenose pulmonar associada, cuja cianose decorre da passagem do sangue para o átrio esquerdo pela comunicação interatrial. O ecocardiograma mostrou os sinais do

defeito parcial do septo atrioventricular com estenose pulmonar tendo o *ostium primum* cerca de 25 mm, a fístula mitral e a insuficiência mitral moderadas, a via de saída de ventrículo esquerdo alongada com morfologia de pescoço de ganso. O gradiente entre o ventrículo direito e o tronco pulmonar era de 46 mmHg e outras medidas correspondiam a diâmetro diastólico de ventrículo esquerdo de 55 mm, o de ventrículo direito de 16 mm, átrio esquerdo de 35 mm, aorta 30 mm, septo 11 mm e fração de encurtamento da fibra miocárdica de 38%. O cateterismo cardíaco mostrou ademais hipertrofia de ventrículo direito desproporcional ao grau da estenose pulmonar (gradiente de 55 mmHg) mas que explicava

o *shunt* interatrial da direita para a esquerda em face da complacência diminuída do ventrículo direito. As medidas de pressão correspondiam a átrio direito de 10, ventrículo direito 90/10, tronco pulmonar 35/15-22, átrio esquerdo 10, ventrículo esquerdo 190/10 e aorta 190/130-150 mmHg.

**Conduta-** Na correção operatória, o *ostium primum* tinha 10 mm de diâmetro e o *cleft* mitral era discreto e foi fechado por pontos separados. A estenose pulmonar valvar moderada foi corrigida por comissurotomia e realizou-se ressecção do infundíbulo hipertrofiado. Houve desaparecimento dos sopros cardíacos e a saturação arterial passou a 95%.



---

Cajú

Luiza Guilherme - Lençóis Maranhenses - MA

---

**Editor da Seção de fotografias Artísticas:** Carlos Vicente Serrano Jr.

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

E-mail: carlos.serrano@incor.usp.br

---

## Edição de dezembro / 05, volume 85 (nº 6)

Correlação Clínico-Radiográfica – “Caso 3/2005 – Homem de 26 anos com defeito parcial do septo atrioventricular com estenose pulmonar moderada”:

- Na pág. 444, considerar na figura 1 a legenda abaixo:



*Fig. 1 - Radiografia de tórax mostra aumento do átrio direito e do ventrículo esquerdo, decorrência da comunicação interatrial e insuficiência mitral. A trama vascular pulmonar discretamente aumentada em presença de arco médio escavado salienta a possível associação com estenose pulmonar*

O arquivo disponível sofreu correções conforme ERRATA publicada no Volume 86 Número 2 da revista.