

Correlação Clínico-Radiográfica

Caso 10/2003 - Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP

Edmar Atik

São Paulo, SP

Dados clínicos - Lactente do sexo feminino, de cor branca, com 9 meses de idade, apresentava cansaço desde o nascimento, progressivo a partir de 3 meses. Acompanhava dificuldade em ganhar peso. Ao exame físico estava dispnéica +++, acianótica e os pulsos eram amplos nos 4 membros. O peso era de 5.700g, a pressão arterial de 100/50 mmHg e a saturação de oxigênio 92%. A aorta não foi palpada. No precórdio havia abaulamento e impulsões sistólicas moderadas. O *ictus cordis* era difuso no 4° e 5° espaços intercostais. As bulhas eram hiperfonéticas e o sopro sistólico, +/++ de intensidade, era audível no 3° e 4° espaços. O fígado estava a 3cm do rebordo costal direito.

O eletrocardiograma mostrava ritmo sinusal e sinais de sobrecarga biventricular com complexos RS amplos desde V₂ a V₆. Havia isquemia elétrica em parede ântero-lateral com onda T negativa em V₆, D₁ e aVL. SÂP: 0°, SÂQRS: +90°, SÂT: +90°.

Imagem radiográfica - Mostra área cardíaca aumentada (ICT: 0,68) às custas do átrio esquerdo, com nítido duplo contorno no arco inferior direito e desvio superior do brônquio esquerdo, além dos dois ventrículos com desvio do arco inferior esquerdo para a esquerda e com ponta elevada. O arco médio é escavado e o pedículo vascular alargado. A trama vascular pulmonar arterial é nitidamente aumentada (fig. 1).

Impressão diagnóstica - Esta imagem sugere o diagnóstico de cardiopatia congênita com hiperfluxo pulmonar tipo comunicação interventricular. O pedículo largo com arco médio escavado como o encontrado na tetralogia de Fallot mas com trama arterial pulmonar aumentada orienta para o diagnóstico do tronco arterial comum.

Diagnóstico diferencial - Esta imagem poderia também ser encontrada em associações de defeitos tipo comunicação interventricular e canal arterial, comunicação interventricular e insuficiência aórtica, comunicação interventricular e aneurisma roto ou não do seio de Valsalva, anomalias estas que devem ser lembradas na diferenciação radiográfica.



Fig. 1 - Radiografia de tórax salienta o aumento da área cardíaca e da trama vascular pulmonar com arco médio escavado. O pedículo vascular está alargado.

Confirmação diagnóstica - Os elementos clínicos são condizentes com a impressão diagnóstica do tronco arterial comum dado o sopro da comunicação interventricular em presença de pulsos amplos. A ausência de sopros diastólicos e/ou de sopros contínuos afastam as outras possibilidades. O ecocardiograma mostrou que o tronco arterial era do tipo II, emergindo ambas as artérias pulmonares da face posterior da aorta. O cateterismo cardíaco mostrou também a mesma imagem, equivalentes às pressões encontradas na artéria pulmonar, na aorta e no tronco arterial comum e correspondiam a 80/40 mmHg, com pressão média de 53 mmHg. A resistência pulmonar foi de 5,7 e a sistêmica de 7 U. Wood.

Conduta - Na cirurgia foi colocado um homoenxerto pulmonar, número 15, entre o ventrículo direito e as artérias pulmonares, após a confirmação do tipo II do tronco arterial comum, emergindo as artérias pulmonares da face látero-posterior do tronco comum. A evolução clínica foi boa.

Editor da Seção: Edmar Atik

Correspondência: Edmar Atik - InCor - Av. Dr. Eneas C. Aguiar, 44 - Cep 05403-000
São Paulo, SP. E-mail: conatik@incor.usp.br