

Correlação Clínico-Radiográfica

Caso 5/2003 - Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP

Edmar Atik

São Paulo, SP

Dados clínicos - Em lactente com 6 meses de idade do sexo masculino e de cor branca, cansaço e irritabilidade às mamadas foram notados há 3 meses. Mais recentemente exteriorizou-se pela primeira vez crise de dispnéia acompanhada de sudorese, frio e hipotonia generalizada, que durou por 2 dias, e só melhorando após medicação anticongestiva. Ao exame físico estava dispnéico +++, acianótico (saturação arterial de 90%) e com pulsos finos. O peso era de 7.700g e a pressão arterial de 80/50mmHg. No precórdio notava-se abaulamento e impulsões discretas na borda esternal esquerda. O ictus cordis era difuso no 4° e 5° espaços intercostais esquerdos, as bulhas cardíacas hipofonéticas e auscultava-se sopro sistólico discreto, + de intensidade na área mitral. O fígado era palpado a 4 cm do rebordo costal direito.

O eletrocardiograma mostrou sinais de área miocárdica eletricamente inativa em parede ântero-lateral dada a presença de onda Q pronunciada em aVL e mais discreta de V₄ a V₆. A onda R não progredia desde V₁ até a derivação V₃, expressão de fibrose septal. SÂP: +50°, SÂQRS: +60°, SÂT: +50°.

Imagem radiográfica - Mostra acentuado aumento da área cardíaca (ICT: 0,71) às custas das cavidades esquerdas. O átrio esquerdo salienta-se através o duplo contorno no arco inferior direito. A trama vascular pulmonar é congesta com acentuação maior nas regiões superiores de ambos os pulmões (fig. 1).

Impressão diagnóstica - Esta imagem sugere o diagnóstico de miocardiopatia dilatada, de qualquer origem.

Diagnóstico diferencial - No lactente, a miocardiopatia dilatada tem como causas principais a origem anômala da artéria coronária esquerda do tronco pulmonar, o acometimento miocárdico infeccioso, principalmente de origem viral e ainda por mucopolissacaridoses e glicogenoses em face de alterações enzimáticas e do metabolismo glicídico.

Confirmação diagnóstica - Os elementos clínicos que expressaram quadro de insuficiência cardíaca congestiva na miocardiopatia dilatada, ancoraram-se no eletrocardiograma para a devida diferenciação destas várias causas. Áreas ele-



Fig. 1 - Radiografia de tórax mostra aumento da área cardíaca às custas das cavidades esquerdas, acompanhado de congestão venocapilar pulmonar.

tricamente inativas de parede ântero-lateral sugeriram fortemente o diagnóstico da causa isquêmica. O ecocardiograma confirmou essa impressão desde que a artéria coronária esquerda pôde ser visibilizada emergindo do seio posterior da valva pulmonar. Havia também discreta a moderada insuficiência mitral por dilatação anular. A aorta ascendente mediu 15mm, o átrio esquerdo 30mm, o diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo 51mm, o diâmetro sistólico de ventrículo esquerdo 47mm, o septo e a parede posterior 6mm e a fração de encurtamento do ventrículo esquerdo correspondeu a 8%.

Conduta - Foi realizada interposição de fragmento da artéria subclávia esquerda entre a aorta e o seio posterior da valva pulmonar, por dentro do tronco pulmonar (técnica de Arciniegas), com ampliação desta estrutura com pericárdio bovino. A evolução foi desfavorável em face à continuidade da insuficiência cardíaca, necessidade de drogas vasotativas por longo tempo, superior a três meses após a operação, apesar da necrose constatada por injeção de gadolínio na ressonância nuclear magnética não ter ultrapassado a 10% da parede anterior na região subendocárdica, levando a indicação posterior para transplante cardíaco.