

Correlação Clínico-Radiográfica

Caso 2/2004 – Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP

Edmar Atik

São Paulo, SP

Dados clínicos - Mulher branca de 22 anos, operada há 18 anos para alívio de estenose mitral congênita, através de comissurotomia valvar, com insuficiência mitral residual inicialmente discreta, e que se tornou de repercussão mais acentuada há 10 anos. Manteve-se no entanto assintomática e sem o uso de qualquer medicação, mas com restrita atividade física. Ao exame físico estava eupnéica, corada e com pulsos normais. A pressão arterial era de 120/70 mmHg, a frequência cardíaca de 67 bpm, o peso de 58,5 kg e a altura de 161,5 cm. No precórdio não havia deformidades ou impulsões. O *ictus cordis* era palpado no 4º espaço intercostal esquerdo na linha hemiclavicular, músculo-valvar, limitado por uma polpa digital. As bulhas eram discretamente hiperfonéticas e auscultava-se 3ª bulha na área mitral. Eram também audíveis sopro sistólico ++ de intensidade, holo, suave, mais audível na área mitral com irradiação à axila além de sopro diastólico +, após a 3ª bulha. O fígado não era palpável.

O eletrocardiograma mostrou ritmo sinusal com sinais de sobrecarga biventricular com complexo polifásico em V1 com R' = 4 mm e onda R em V6 com 24 mm. A onda P se mostrou com deflexão negativa e retardada em V1 indicativa de sobrecarga atrial esquerda. SÂP: +40°, SÂQRS: +60°, SÂT: +60°.

Imagem radiográfica - Mostra aumento da área cardíaca (ICT: 0,54) às custas do arco inferior esquerdo, longo e arredondado, com ponta elevada (aumento biventricular) e do arco inferior direito com nítido duplo contorno atrial por aumento do átrio esquerdo. O arco médio é retificado e a trama vascular pulmonar é congesta com acentuação nos campos superiores (fig. 1).

Impressão diagnóstica - Esta imagem é indicativa da presença de insuficiência valvar mitral com conseqüente hipertensão venocapilar pulmonar e repercussão para o lado direito do coração.

Diagnóstico diferencial - Cardiopatias congênitas que ocasionam insuficiência ventricular esquerda podem também assim se exteriorizar. São citados defeitos obstrutivos tipo estenose aórtica e coarctação da aorta, ambos com disfunção ventricular, e ainda no lactente as miocardiopatias isquêmicas por origem anômala da artéria coronária esquerda do tronco pulmonar. A transposição corrigida das grandes artérias com insuficiência tricúspide à esquerda



Fig. 1 - Radiografia de tórax salienta aumento da área cardíaca às custas do arco inferior esquerdo, duplo contorno à direita por aumento atrial esquerdo e trama vascular pulmonar congesta.

também pode se apresentar dessa maneira mas o pedículo vascular alargado com a aorta à esquerda seria elemento diferencial importante.

Confirmação diagnóstica - Os antecedentes de cirurgia prévia sobre a valva mitral e em presença dos elementos clínicos atuais, como sopro sistólico, tipo insuficiência mitral, ao lado dos elementos elétricos e radiográficos sugeriram o diagnóstico de insuficiência mitral, de importante repercussão. O ecocardiograma revelou aumento do átrio esquerdo (50 mm) em relação à aorta normal (23 mm), dilatação do ventrículo esquerdo com diâmetro diastólico de 59 mm e sistólico de 38 mm com fração de encurtamento ventricular de 36% e fração de ejeção de 73%. O volume diastólico final de ventrículo esquerdo era de 205 ml e o sistólico de 54 ml. O ventrículo direito tinha diâmetro de 26 mm e o septo e a parede posterior de 8 mm. A valva mitral era espessada com área de abertura correspondente a 1,45 cm² e pressão sistólica calculada da artéria pulmonar em 90 mmHg. A insuficiência mitral era acentuada.

Conduta - Em face da compensação cardíaca ainda preservada e da paciente se mostrar assintomática, a conduta cirúrgica será considerada com o agravamento do quadro.

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