

Caso 1/2013 – Homem de 20 Anos com Coarctação Nativa e Evolutiva na Croça da Aorta

Case 1/2013 – 20-Year-Old Man with Native and Evolutionary Coarctation in Aortic Arch

Edmar Atik

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

Dados clínicos: Após correção de acentuada coarctação da aorta (CoAo) na região ístmica por técnica término-terminal e fechamento de grande Comunicação Interventricular (CIV) com 18 dias de vida, além da correção de estenose subaórtica moderada com gradiente de pressão intraventricular de 40 mmHg com 3 anos de idade, verificou-se boa evolução clínica posterior. Atualmente tolera bem os exercícios rotineiros e não refere sintomas. Manteve ao longo do tempo gradiente entre os membros superiores e inferiores entre 10 a 15 mmHg e com sopro sistólico discreto na área aórtica por gradiente na via de saída de ventrículo esquerdo em torno de 15 mmHg. Na última avaliação de rotina, a pressão arterial em membro superior direito era de 140 x 70 mmHg, e no membro superior esquerdo e membros inferiores a pressão sistólica era de 90 mmHg, o que caracterizava diagnóstico de obstrução na croça da aorta, entre os membros superiores.

Exame físico: Bom estado geral, eupneico, acianótico, pulsos contrastantes entre o membro superior direito e as demais extremidades. Peso: 65 Kg. Alt.: 165 cm, PAMSD: 140/70 mmHg, PAMSE = PAMID = 90 mmHg, FC: 78 bpm. A aorta era nitidamente palpada na fúrcula com frêmito e sopro sistólicos, ++ de intensidade.

No precórdio, *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 área aórtica e borda esternal esquerda, acompanhado de frêmito. O fígado não era palpado e os pulmões eram limpos.

Exames complementares

Eletrocardiograma mostrava ritmo sinusal, sinais de bloqueio completo do ramo direito e bloqueio da divisão ântero-superior do ramo esquerdo (inalterados desde a correção neonatal da CoAo e da CIV). AP: +50°, AQRS: +245°, AT: +12°.

Palavras-chave

Coarctação da aorta; coarctação na croça da aorta.

Radiografia de tórax mostra área cardíaca normal e globosa por hipertrofia miocárdica e trama vascular pulmonar normal (fig.1).

Ecocardiograma (fig.1) mostrou cavidades cardíacas com dimensões normais, discreta hipertrofia miocárdica (septo = parede posterior = 10 mm), gradiente de pressão intraventricular esquerdo de 15 mmHg na via de saída e de 58 mmHg na croça da aorta.

Tomografia torácica da aorta mostrou obstrução em três níveis da aorta. Na aorta ascendente (15,9 x 18,5 mm), na croça após a emergência da artéria carótida esquerda (11 x 14,6 mm) e na região ístmica após a artéria subclávia esquerda na altura da correção prévia da coarctação da aorta (15,1 x 15,1 mm) em relação a diâmetros normais de 24,9 x 23,9 no final da aorta ascendente e de 20,5 x 19,8 mm na aorta descendente (fig. 2).

Diagnóstico clínico: Coarctação na croça da aorta em evolução natural, aliada à recoarctação discreta da aorta na região ístmica, estenose da aorta ascendente por incisão operatória prévia e re-estenose subaórtica discreta.

Raciocínio clínico: Os elementos clínicos evolutivos eram compatíveis com o diagnóstico de coarctação da aorta na croça entre os membros superiores pela demonstração do nítido gradiente de pressão entre os mesmos. A ausência de sintomas, com boa tolerância física e sem sinais de insuficiência cardíaca, é compatível ainda com situação dinâmica favorável. A ausculta cardíaca orientou ao diagnóstico de re-estenose subaórtica associada. A ausência de gradiente entre os membros superior esquerdo e os inferiores previa estreitamento discreto na região ístmica da aorta. Esses elementos foram confirmados pelas imagens demonstradas pelo ecocardiograma e especialmente pela tomografia torácica.

Diagnóstico diferencial: Outras doenças que se acompanham de obstrução da aorta em diferentes níveis devem ser invocadas, representadas especialmente pelas vasculopatias como na doença de Kawasaki e na de Takayasu. No entanto, são elas acompanhadas de quadro inflamatório e em período mais precoce na vida.

Conduta: Em face da maior repercussão da obstrução na croça da aorta, presença de hipertensão arterial sistólica e com hipertrofia miocárdica, estabeleceu-se daí a necessidade da correção operatória. Julgou-se que o mais adequado fosse o redirecionamento sanguíneo por meio da colocação de tubo plástico entre a aorta ascendente e a aorta descendente afim de melhor adequar a circulação sistêmica.

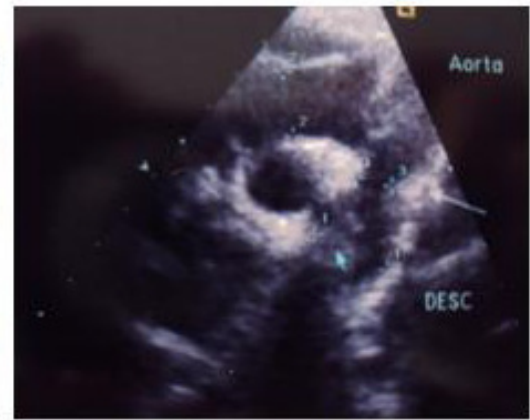


Figura 1 – Radiografia de tórax mostra área cardíaca normal e ecocardiograma salienta o sinal da coartação da aorta na croça (flecha maior) após a emergência da artéria carótida esquerda e discreto estreitamento na região istmica (flecha menor).



Figura 2 – Tomografia torácica salienta claramente as obstruções na aorta. Na aorta ascendente por lesão residual da incisão prévia para a correção da estenose subaórtica, na croça (entre as artérias carótida e subclávia esquerdas) e na região istmica.

Correlação Clínico-radiográfica

Comentários: A coarctação evolutiva na croça da aorta, mesmo em acompanhamento de longo prazo após a correção da coarctação da aorta em região habitual, após a emergência da artéria subclávia esquerda, tem sido verificada com a frequência de 10% a 20% desses casos. Em vista desse fato, a correção da coarctação da aorta em idade precoce tem sido estendida até a croça da aorta em uma técnica conhecida como “anastomose término-terminal estendida” da aorta. O diagnóstico

da coarctação na croça da aorta é determinado com facilidade em evolução mais tardia desde que haja a preocupação médica da medida da pressão arterial realizada sistematicamente nos quatro membros. É de interesse notar que o estreitamento da aorta na croça torna-se mais nítido na evolução tardia, não havendo parâmetros prévios para estabelecer seu diagnóstico mais precoce com precisão. Daí que em casos suspeitos, a correção estendida até a croça passa a ser de eleição.