

## Caso 6 / 2015 – Homem de 27 Anos com Dupla Lesão Valvar, Aórtica e Pulmonar, após Dupla Valvotomia na Infância

Case 6 / 2015 – A 27-Year-Old Male Patient with Double Aortic and Pulmonary Valve Lesion after Double Valvotomy in Childhood

Edmar Atik

Clínica Privada Dr. Edmar Atik, São Paulo, SP – Brasil

**Dados clínicos:** após correção de estenose pulmonar e aórtica como defeitos congênitos realizados com 7 anos de idade, sendo ambos defeitos de repercussão, verificou-se progressiva lesão residual de ambas as valvas, com o predomínio da insuficiência e o surgimento de arritmias agudas do tipo fibrilação atrial paroxística, além de extrassístolia ventricular. As obstruções eram importantes, com gradientes de pressão de 90 e 60 mmHg nas valvas pulmonar e aórtica, respectivamente. Era assintomático, e o sopro sistólico acentuado estava acompanhado de frêmito por todo o precórdio e vasos do pescoço. Havia sobrecarga ventricular direita no eletrocardiograma (ECG). A valvoplastia dupla em valvas trivalvulares resultou em boa resolução anatômica inicial. Atualmente refere cansaço aos esforços moderados e palpitações precordiais. Usa medicação antiarrítmica (amiodarona), após o controle da fibrilação atrial.

**Exame físico:** bom estado geral, eupneico, acianótico, pulsos normais. Peso: 77 kg; altura: 181 cm; pressão arterial (PA): 110/70 mmHg; e frequência cardíaca (FC): 51 bpm. A aorta (Ao) era palpada moderadamente na fúrcula.

No precórdio, *ictus cordis* não era palpado e havia impulsões sistólicas discretas na borda esternal esquerda (BE E). As bulhas cardíacas eram normofonéticas e auscultava-se sopro sistólico, +/++ de intensidade, rude, na área pulmonar e aórtica, e com sopro diastólico +/+++, rude em toda a BE E. Fígado não palpado e pulmões limpos.

### Exames complementares

**Eletrocardiograma** mostrava ritmo sinusal e sinais de hemibloqueio anterior esquerdo, sem sobrecarga de cavidades cardíacas e com repolarização ventricular normal. AP: +20°, AQRS: -60°, AT: +40°. A duração do QRS era de 0,11", PR = 0,16" e QTc = 0,45" (Figura 1).

**Radiografia de tórax** mostrava área cardíaca moderadamente aumentada à custa dos arcos atrial e ventricular e trama

vascular pulmonar normal. A cardiomegalia foi progressiva desde a correção cirúrgica, com índice cardiotorácico atual de 0,58 (Figura 1).

**Ecocardiograma** mostrou cavidades cardíacas direitas e esquerdas dilatadas (ventrículo direito – VD = 35, átrio esquerdo – AE = 46, ventrículo esquerdo – VE = 64, Ao = 31 mm), fração de ejeção de VD (FEVD) de 53% (método Simpson), fração de ejeção de VE (FEVE) de 58%, gradiente de pressão VD-tronco pulmonar (TP) de 14 mmHg, entre VE e Ao de 15 mmHg, com insuficiência pulmonar e aórtica acentuadas. A pressão sistólica pulmonar era de 40 mmHg. Ao ascendente e o TP estavam dilatados com 40 mm de diâmetro.

**Ressonância nuclear magnética** (Figura 2) salientou também aumento das cavidades direitas e esquerdas com preservação da função ventricular. Volume diastólico final de VD de 200 mL/m<sup>2</sup> de VE de 211 mL/m<sup>2</sup>, FEVD de 54% e FEVE de 58%. Ao ascendente tinha 45 mm e o TP 36 mm.

**ECG dinâmico de 24 horas (Holter)** mostrou extrassístoles ventriculares e supraventriculares em número de 627 e de 121 batimentos, respectivamente. Dois episódios de taquicardia ventricular não sustentada de 6 complexos e 2 de taquicardia atrial com 16 complexos.

**Diagnóstico clínico:** dupla lesão pulmonar e aórtica de repercussão, mostrando sinais de dilatação progressiva de ambos os ventrículos, em evolução tardia após correção operatória na infância.

**Raciocínio clínico:** os elementos clínicos evolutivos eram compatíveis com diagnóstico de dupla lesão valvar pulmonar e aórtica, com predomínio da primeira. Cansaço, e aparecimento de arritmias ventriculares e da fibrilação atrial paroxística guardam relação com as lesões residuais com incremento progressivo, desde a infância. É de interesse notar que, apesar da franca dilatação biventricular, não foi observada qualquer sobrecarga elétrica das mesmas. Talvez ambas as dilatações ventriculares tenham se contrabalanceado eletricamente uma à outra.

**Diagnóstico diferencial:** lesão concomitante de ambas as valvas semilunares, como defeitos congênitos, associa-se geralmente a alguma síndrome genética, o que não ocorreu no presente caso. As lesões residuais de ambas as valvas ocorrem habitualmente após correção de defeitos obstrutivos isolados ou ainda quando associados, como na própria tetralogia de Fallot.

**Conduta:** em face da progressão dos defeitos residuais, com dilatação exagerada de ambos ventrículos, mas ainda com preservação da função biventricular, adotou-se conduta cirúrgica, com orientação para substituição valvar, para

### Palavras-chave

Estenose da Valva Pulmonar; Estenose da Valva Aórtica; Valvoplastia com Balão; Cardiopatias Congênitas.

**Correspondência:** Edmar Atik •

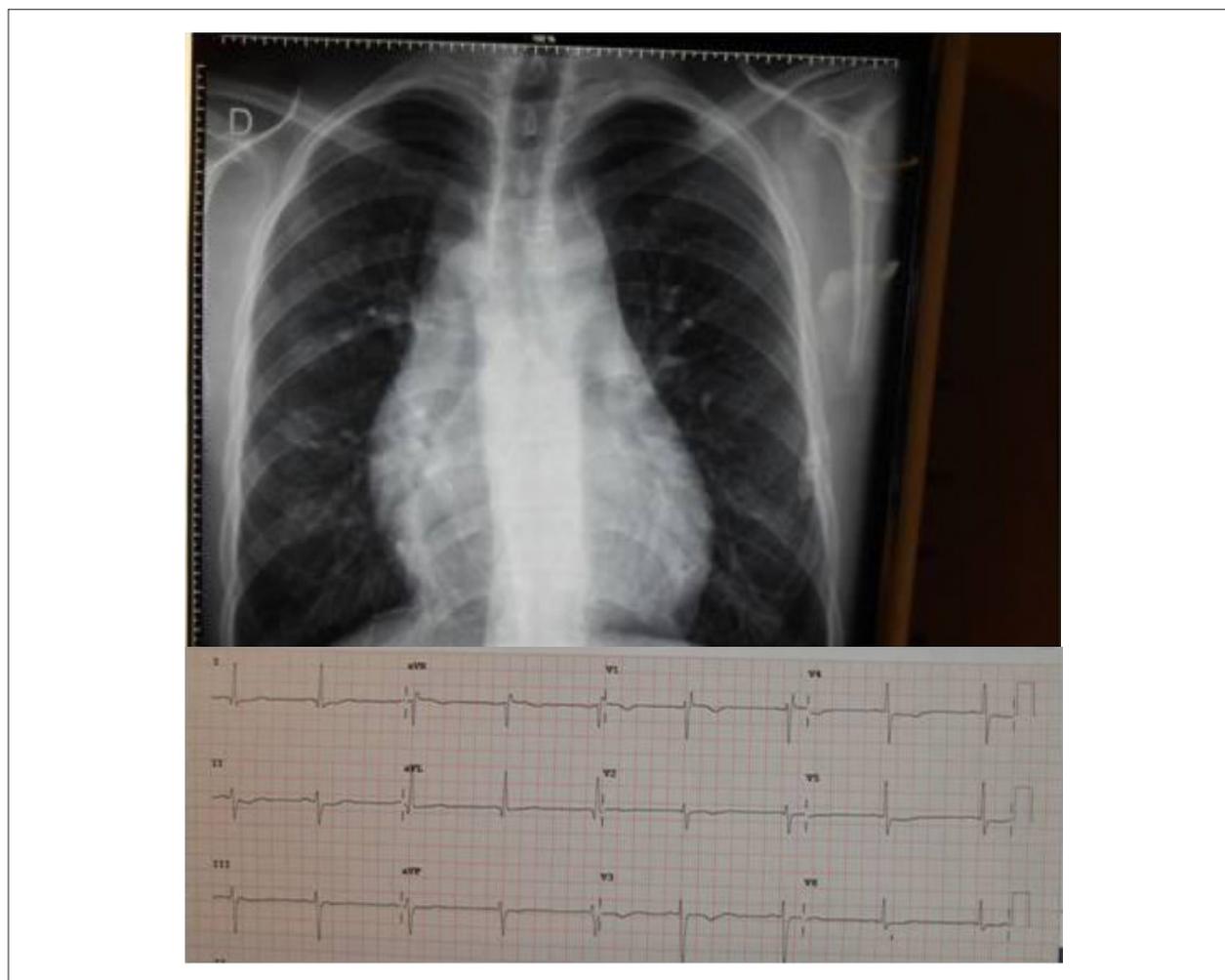
Rua Dona Adma Jafet, 74, conj. 73, Bela Vista. CEP 01308-050. São Paulo, SP – Brasil

E-mail: eatik@cardiol.br; conatik@incor.usp.br

Artigo recebido em 23/07/2014; revisado em 06/10/2014; aceito em 06/10/2014.

DOI: 10.5935/abc.20140214

## Correlação Clínico-radiográfica

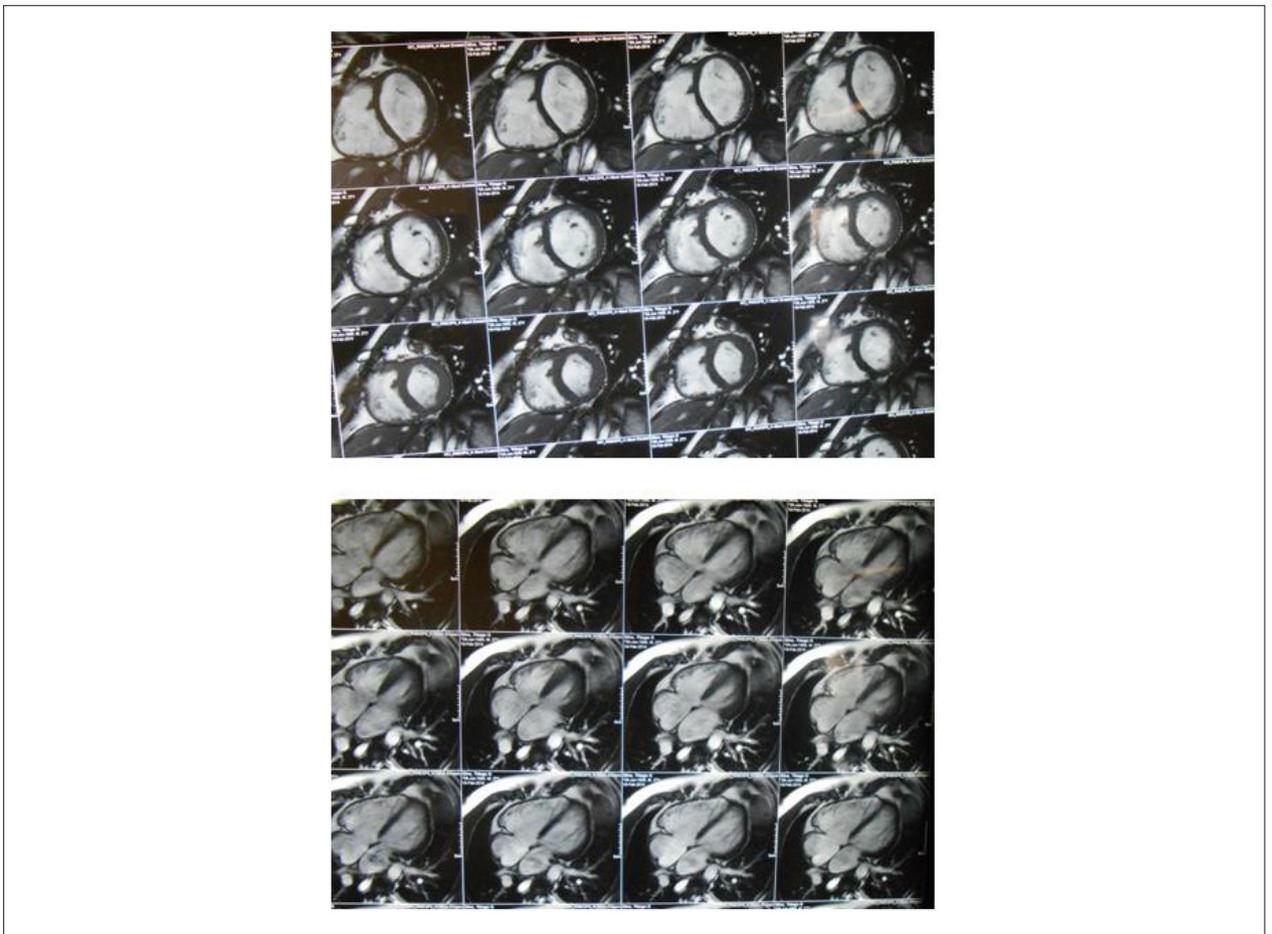


**Figura 1** – Radiografia de tórax salienta o aumento moderado da área cardíaca e o eletrocardiograma mostra o hemibloqueio anterior esquerdo, mas sem sinais de sobrecarga cardíaca.

prótese mecânica aórtica e biológica pulmonar. Dada a dilatação da Ao ascendente, foi inserido um tubo plástico de dácron por dentro do vaso.

**Comentários:** a insuficiência valvar residual, após valvotomia cirúrgica ou percutânea, tanto pulmonar quanto aórtica, passa a se constituir em aspecto evolutivo, que vem induzindo à realização de outras técnicas operatórias, como a de Ross, por exemplo. Estima-se que cerca de 30% desses pacientes valvares corrigidos necessitam de reintervenção operatória, afim de evitar maior progressão dos defeitos valvares, com consequências evolutivas quanto à dilatação ventricular e disfunção ventricular.

A nova correção implica, em geral, em necessidade de substituição valvar e estão em voga valores preconizados como ideais, afim de se evitar deterioração maior da função ventricular com o passar do tempo, quais sejam de 120 mL/m<sup>2</sup> para o volume diastólico final e de 90 mL/m<sup>2</sup> para o sistólico. Na prática, no entanto, temos observado valores muito maiores até que indiquem a reintervenção cirúrgica, como se observa, aliás, no presente caso. O ideal é que esses pacientes sejam devidamente monitorados, para se preservar a condição preconizada para evolução mais favorável a mais longo prazo.



**Figura 2** – Ressonância nuclear magnética salienta claramente o aumento das cavidades ventriculares, direita e esquerda, com preservação de boa função de ambos os ventrículos, em projeções de quatro cavidades e transversal.