

# Correlação Clínico-Radiográfica

Caso 10/2004 – Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP

Edmar Atik  
São Paulo, SP

**Dados clínicos** - Em lactente com 41 dias do sexo masculino e de cor branca, cianose ao choro era notada desde o nascimento, mas sem cansaço, tendo apresentado neste período bom ganho ponderal. Ao exame físico estava com taquipnéia discreta, acianótico e com pulsos normais. A pressão arterial era de 85/68 mmHg, a frequência cardíaca de 160 bpm e o peso de 4.295 g. A aorta não foi palpada na fúrcula. No precórdio havia impulsões discretas na borda esternal esquerda e o *ictus cordis* não foi palpado. A 2ª bulha era hipofonética na área pulmonar e a 1ª bulha hiperfonética, esta mais intensa na área tricúspide. Sopros sistólicos na borda esternal esquerda eram ouvidos, um rude na parte alta e outro suave na parte baixa, ambos de discreta intensidade. O fígado não foi palpado.

O eletrocardiograma mostrou ritmo sinusal e sinais de sobrecarga de cavidades direitas. A onda P era apiculada, com 2,5 mm de amplitude em D2. A onda R tinha 14 mm em V1 e inexistiam potenciais de ventrículo esquerdo. SÂP: +50°, SÂQRS: +110°, SÂT: 0°.

**Imagem radiográfica** - Mostra aumento da área cardíaca às custas das cavidades direitas. O arco médio é escavado e a trama vascular pulmonar diminuída (fig.1).

**Impressão diagnóstica** - Esta imagem sugere o diagnóstico de cardiopatia congênita com hipofluxo pulmonar com estenose pulmonar acentuada, ocasionando aumento da área cardíaca em decorrência da presença evolutiva da insuficiência tricúspide. A ausência da dilatação pulmonar pós-estenótica decorre da limitação exagerada do fluxo pulmonar, em face do grau mais acentuado do defeito.

**Diagnóstico diferencial** - São lembradas outras cardiopatias com hipofluxo pulmonar e com área cardíaca aumentada como na atresia pulmonar com septo ventricular íntegro e na anomalia de Ebstein, ambas também ocasionando a insuficiência tricúspide, e que por isso podem se exteriorizar da mesma maneira.

**Confirmação diagnóstica** - Os elementos clínicos sugeriram o diagnóstico da estenose pulmonar valvar acentuada dada a presença do sopro sistólico discreto, alto na borda esternal esquerda, ao

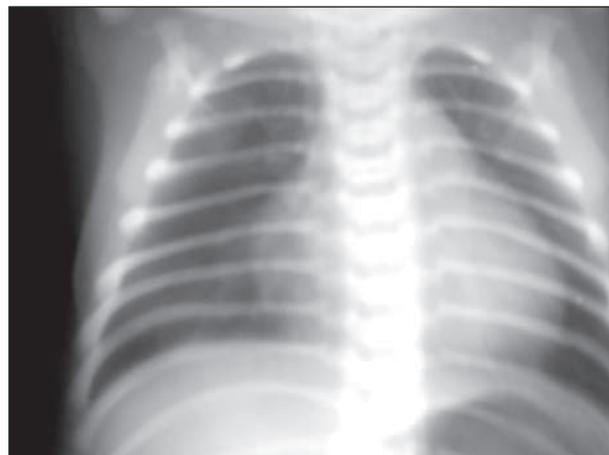


Fig. 1 - Radiografia de tórax salienta cardiomegalia às custas do aumento das cavidades direitas com trama vascular pulmonar diminuída.

lado da segunda bulha hipofonética e da trama vascular pulmonar diminuída e com sobrecarga ventricular direita no eletrocardiograma. O sopro sistólico suave, ouvido na parte mais baixa da borda esternal, decorre da conseqüente insuficiência valvar tricúspide. O ecocardiograma confirmou o diagnóstico com gradiente transvalvar pulmonar estimado em 109 mmHg. A valva pulmonar era trivalvar, espessada e pouco móvel. A insuficiência valvar tricúspide era moderada. O cateterismo cardíaco mostrou a estenose pulmonar valvar acentuada, a insuficiência tricúspide também acentuada e acentuada hipertrofia ventricular direita. As pressões encontradas foram: AD: 4, VD: 135/4, TP: média de 5 mmHg, AE: 4, VE: 140/4 mmHg.

**Conduta** - Após a valvoplastia pulmonar com cateter-balão 8x20 a pressão sistólica de ventrículo direito diminuiu para 36 mmHg e a pressão média da artéria pulmonar para 14 mmHg, sendo que as pressões de ventrículo esquerdo eram de 90/6 mmHg. A evolução clínica foi boa com desaparecimento da cianose e diminuição dos sopros sistólicos.