

Correlação Clínico-Radiográfica

Caso 4/2003 - Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP

Edmar Atik

São Paulo, SP

Dados clínicos - Em um recém nascido com 28 dias de vida, do sexo masculino e de cor branca, a dispnéia, a palidez e os pulsos diminuídos, observados no 1º dia após o parto, melhoraram com o uso endovenoso da prostaglandina E1, mantendo-se estável desde então. Ao exame físico na admissão havia dispnéia e cianose discretas (saturação arterial: 80%) com pulsos finos nos membros superiores e normais nos membros inferiores. O peso era de 3kg, a altura de 50cm, a pressão arterial de 80/50mmHg, a frequência cardíaca de 150bpm e a frequência respiratória de 60 rpm. No precórdio, não se notavam deformidades ou impulsões e o *ictus cordis* não era palpado. As bulhas cardíacas eram hiperfonéticas sendo a 2ª bulha única e mais intensa na área tricúspide que na pulmonar. Não havia sopros. O fígado era palpado a 3cm do rebordo costal direito.

O eletrocardiograma mostrou sinais de sobrecarga de ventrículo direito com onda R em V1 de 15 mm, com morfologia RS em V6. SÂP: +60°, SÂQRS: +180°, SÂT: +60°.

Imagem radiográfica - Mostra área cardíaca normal com nítida congestão pulmonar bilateral e em todos os campos pulmonares (fig. 1).

Impressão diagnóstica - Esta imagem sugere cardiopatia obstrutiva do lado esquerdo do coração, como a encontrada na hipoplasia do coração esquerdo com comunicação interatrial restritiva e, também, na drenagem anômala total das veias pulmonares, com obstrução venosa pulmonar.

Diagnóstico diferencial - Outras cardiopatias obstrutivas do coração esquerdo devem também ser lembradas, como a própria estenose valvar mitral, a membrana supra valvar mitral, o cor *triatritum* e a fibroelastose restritiva de ventrículo esquerdo.

Confirmação diagnóstica - Além dos elementos clínicos sugestivos da hipoplasia do coração esquerdo, sobre-



Fig. 1 - Radiografia de tórax mostra área cardíaca dentro de limites normais acompanhada de acentuada congestão venocapilar pulmonar.

tudo representados pelo contraste dos pulsos periféricos, mais nítidos nos membros inferiores (circulação sistêmica dependente do canal arterial), o ecocardiograma confirmou o diagnóstico, tendo a aorta ascendente cerca de 2,5 mm de diâmetro. A comunicação interatrial era restritiva com 4 mm de diâmetro, a qual limitava o fluxo da esquerda à direita, sendo daí responsável pela congestão venocapilar pulmonar e pela hipertensão arterial pulmonar, esta essencial para a manutenção do débito sistêmico, através o grande canal arterial. Havia ademais atresia aórtica e hipoplasia mitral acentuada.

Conduta - A operação de Norwood foi realizada após a constatação dos elementos anatómicos descritos e a anastomose de Blalock-Taussig modificada com "Gore-Tex" 4 mm à direita foi suficiente para manter saturação arterial de 80%.