

Correlação Clínico-Radiográfica

Caso 3/2003 - Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP

Edmar Atik

São Paulo, SP

Dados clínicos - Paciente de 18 anos de idade, do sexo masculino, e de cor parda, cansaço físico vinha o incomodando há 4 anos, com progressão recente a esforços discretos, mesmo em uso de digoxina, furosemida e captopril, apresentando recente crise hipertensiva com hemiparesia à esquerda. Ao exame físico apresentava-se eufnético, corado, acianótico e com pulsos amplos nos membros superiores e ausentes nos membros inferiores. A pressão arterial no membro superior direito era de 150/90mmHg com frequência cardíaca de 94 bpm. A pressão sistólica no membro inferior direito correspondia a 90mmHg. No precórdio *oictus cordis* foi palpado no 6º espaço intercostal esquerdo, na linha hemiclavicular, por duas polpas digitais. As bulhas cardíacas eram hiperfonéticas e sopro sistólico discreto, + de intensidade, era audível na borda esternal esquerda baixa. O fígado não foi palpado. O eletrocardiograma mostrou sinais de sobrecarga de ventrículo esquerdo e com parede anterior inativa, em vista da falta de progressão da onda R e com onda Q desde V_2 a V_6 . O complexo QRS era alargado com distúrbio final da condução elétrica. SÂP: +90°, SÂQRS: +180°, SÂT: +90°.

Imagem radiográfica - Salienta aumento da área cardíaca (ICT: 0,61) às custas do arco ventricular esquerdo, arredondado e longo. A trama vascular pulmonar mostra-se de aspecto normal, o arco médio discretamente abaulado e a aorta saliente à esquerda. Percebe-se nitidamente corrosão costal em vários locais das bordas inferiores das costelas (fig. 1).

Impressão diagnóstica - Estas imagens são conclusivas do diagnóstico da coartação da aorta, com elevada hipertensão arterial sistêmica. A cardiomegalia decorre do acometimento miocárdico como consequência da isquemia crônica em coração hipertrófico.

Diagnóstico diferencial - Arterites como a de Takayasu, com obstrução aórtica e hipertensão arterial, devem sempre ser lembradas. Hipertensão arterial sistêmica de qualquer origem também poderia apresentar esse tipo de exteriorização exceto, a corrosão costal.

Confirmação diagnóstica - Ao lado dos elementos clíni-

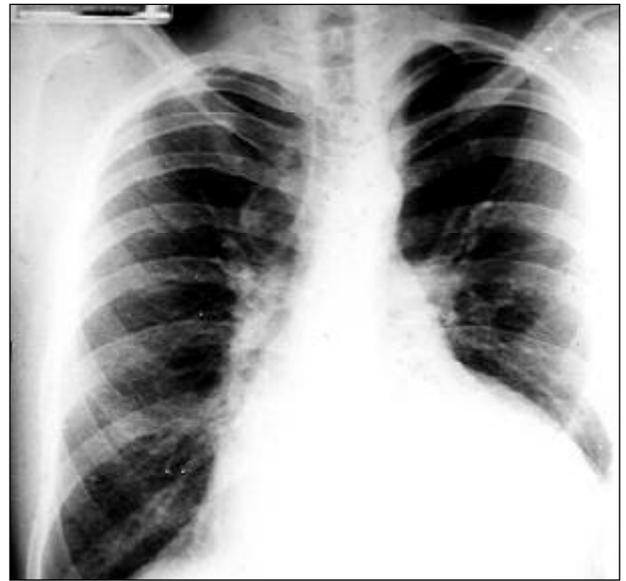


Fig. 1 - Radiografia de tórax salienta o arco ventricular esquerdo longo e desviado, a trama vascular pulmonar normal, a aorta aumentada e os sinais de corrosão costal.

cos, fortemente sugestivos de coartação da aorta, dado o contraste dos pulsos e da pressão arterial entre os membros superiores e inferiores, o ecocardiograma e o estudo contrastado pela ressonância nuclear magnética foram conclusivos. No primeiro, constatou-se interrupção da aorta após a emergência da artéria subclávia esquerda, com hipertrofia miocárdica correspondendo a 13mm de espessura no septo e na parede posterior do ventrículo esquerdo. A aorta tinha 35mm de diâmetro, o átrio esquerdo 40 mm, o diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo 64 mm, o diâmetro sistólico 49 mm e a fração de encurtamento do ventrículo esquerdo 23%. A ressonância magnética mostrou nitidamente a interrupção do fluxo na aorta, após a emergência da artéria subclávia esquerda, nutrindo-se a aorta descendente por intensa circulação colateral.

Conduta - Tubo de dácron de 20mm de diâmetro foi inserido entre a aorta ascendente e a descendente, com boa evolução.