

Caso 6/2016 – Homem de 29 Anos com Fechamento Espontâneo de Comunicação Interventricular na Idade Adulta

Case 6/2016 – The Patient is a 29-Year-Old Male with Spontaneous Closure of Ventricular Septal Defect in Adulthood

Edmar Atik

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

Dados clínicos: Em paciente com síndrome de Down e assintomático, em exame de rotina aos 10 dias de vida, foi auscultado sopro cardíaco característico de comunicação interventricular baixa na borda esternal esquerda (BEE) com irradiação para a borda esternal direita, holossistólico e suave, de + a ++ de intensidade e com bulhas cardíacas normofonéticas. Havia na ocasião impulsões discretas na BEE, fígado ligeiramente aumentado e discreta dispneia, o que obrigou o uso de diuréticos e digoxina até 18 meses de idade. Em face da repercussão discreta do defeito, foi mantido em observação clínica rotineira, quando se verificava sistematicamente a continuidade de exame físico similar. O ecocardiograma mostrava sempre o defeito perimembranoso subaórtico, que variava em tamanho de 3 a 5 mm. O eletrocardiograma (ECG) salientava normalidade, mas a radiografia de tórax mostrava discreto aumento da área cardíaca. A boa evolução clínica persistiu em vida normal, incluindo-se franca atividade física até que, na última recente reavaliação médica de rotina, verificou-se desaparecimento do sopro cardíaco. O sopro presuntivamente pode ter desaparecido no intervalo de tempo entre a penúltima avaliação, feita com 18 anos, quando ainda se auscultava o sopro cardíaco, e esta última consulta com 29 anos. Trabalha em um setor de arquivamento em firma privada com boa aceitação de seus pares.

Exame físico: bom estado geral, eupneico, acianótico, pulsos normais. Peso: 54 kg, altura: 146 cm, PAMSD: 100/70 mmHg, frequência cardíaca: 60 bpm. A aorta não era palpada na fúrcula.

No precórdio, não se palpava *ictus cordis* e não havia impulsões sistólicas. As bulhas cardíacas eram normofonéticas e não se auscultava sopro cardíaco. O fígado não era palpado e os pulmões eram limpos.

Exames complementares:

Eletrocardiograma: Mostrava ritmo sinusal, sem sobrecargas cavitárias e sem alterações da repolarização

Palavras-chave

Síndrome de Down; Comunicação Interventricular; Cardiopatias Congênitas.

Correspondência: Edmar Atik •
Consultório Privado. Rua Dona Adma Jafet, 74 conj.73, Bela Vista. CEP
01308-050, São Paulo, SP – Brasil
E-mail: conatik@incor.usp.br

DOI: 10.5935/abc.20160148

ventricular. AP= +40°, AQRS= +60°, AT= +30° (Figura 1). O ECG realizado antes do fechamento do defeito mostrava-se também normal nas idades correspondentes.

Radiografia de tórax: Mostrava área cardíaca dentro dos limites normais (índice cardiotorácico = 0,50) em período prévio ao fechamento do defeito, com 13 anos de idade, que persistiu posteriormente (Figura 1).

Ecocardiograma: Revelou cavidades cardíacas com dimensões normais, função biventricular normal e sem anormalidades valvares, antes e após o fechamento espontâneo do defeito, que se mostrava na região perimembranosa e com bordas fibrosas (Figura 2).

Diagnóstico clínico: Comunicação interventricular de pequena dimensão e com repercussão discreta, que se fechou espontaneamente na idade adulta com normalização dos parâmetros clínicos.

Raciocínio clínico: Os elementos clínicos evolutivos eram compatíveis com o diagnóstico de normalidade cardiovascular. O desaparecimento do sopro sistólico característico da comunicação interventricular auscultado previamente salientava o fechamento espontâneo e nítido do defeito, o que ocorreu no intervalo de tempo entre a última avaliação realizada com 18 anos de idade e a atual com 29 anos. Acresce elemento favorável o tamanho normal da área cardíaca na radiografia de tórax, o que salienta também a normalidade anatomofuncional.

Diagnóstico diferencial: Evolutivamente o mesmo quadro pode ser observado em cardiopatias congênitas com fechamento espontâneo de defeitos, como a comunicação interatrial, a persistência do canal arterial e a regressão da estenose pulmonar valvar discreta, e também em cardiopatias operadas com normalização anatomofuncional, representadas pela própria comunicação interventricular e também a interatrial, a persistência do canal arterial, a coarctação da aorta, a transposição das grandes artérias, a drenagem anômala das veias pulmonares, dentre as principais.

Conduta: Em face da normalização anatomofuncional, recomendação de vida saudável e normal com assertiva de que possa exercer qualquer tipo de atividade humana sem restrições.

Comentários: A normalidade anatomofuncional após correção dos defeitos cardíacos acima mencionados ocorre com grande frequência desde que sejam operados precocemente e não contenham defeitos residuais nem fenômenos adquiridos residuais. O mesmo pode ser observado em determinados defeitos que se fecham

Correlação Clínico-radiográfica

espontaneamente como na comunicação interatrial e interventricular, na persistência do canal arterial e na estenose valvar pulmonar discreta com involução natural. A maioria dos pacientes, especificamente com comunicação interventricular discreta, experimenta fechamento

espontâneo do defeito enquanto lactentes no primeiro ano (75%), mas pode se estender até 5 anos (23%) ou mais e até a idade adulta, embora mais raramente.¹ Esse fechamento ocorre em defeitos discretos com menos de 3 a 4 mm de diâmetro e raramente em tamanhos maiores.^{1,2}

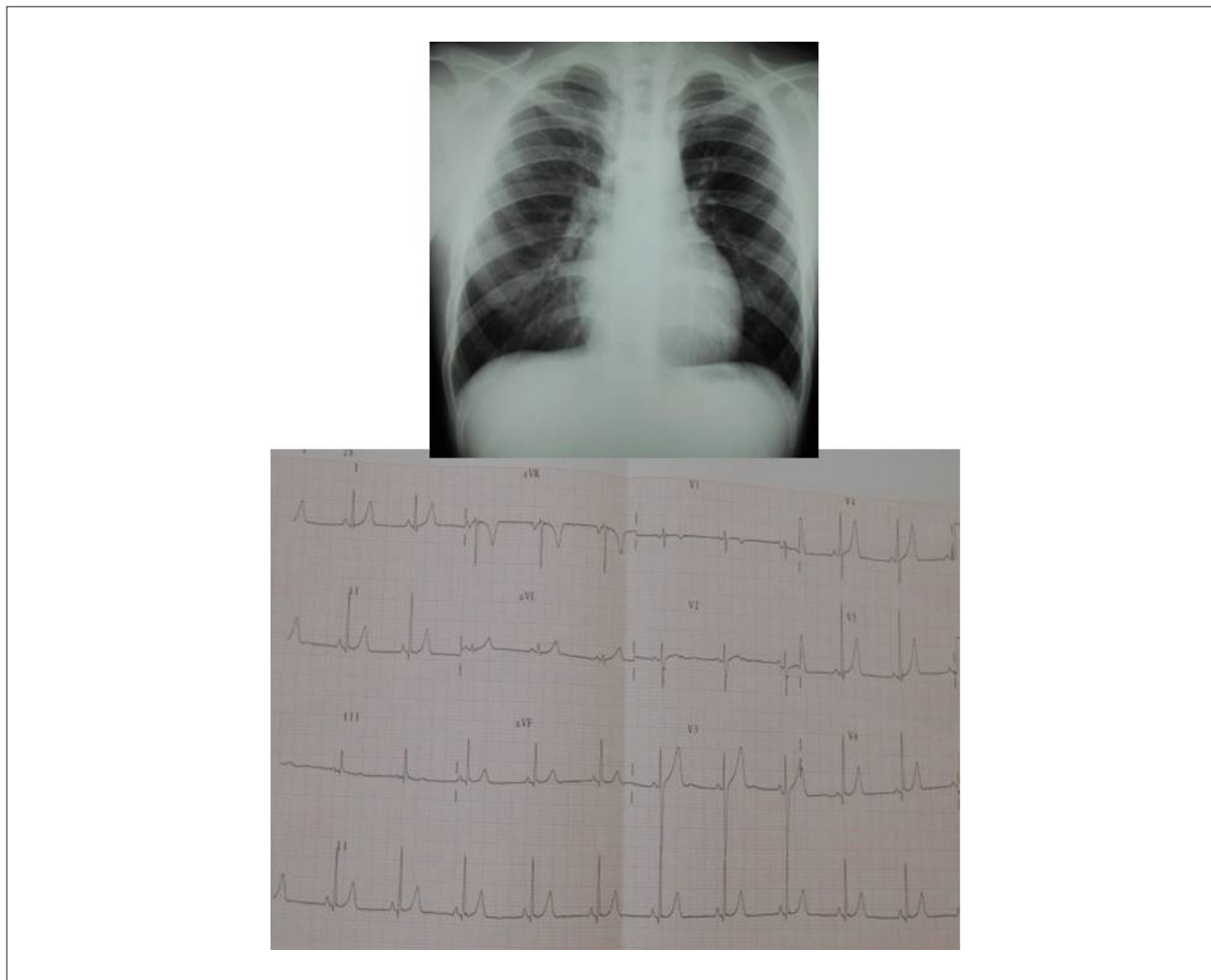


Figura 1 – Radiografia de tórax em PA salienta área cardíaca e trama vascular pulmonar normais e eletrocardiograma sem alterações, em período prévio ao fechamento da comunicação interventricular com 13 anos de idade.

Correlação Clínico-radiográfica

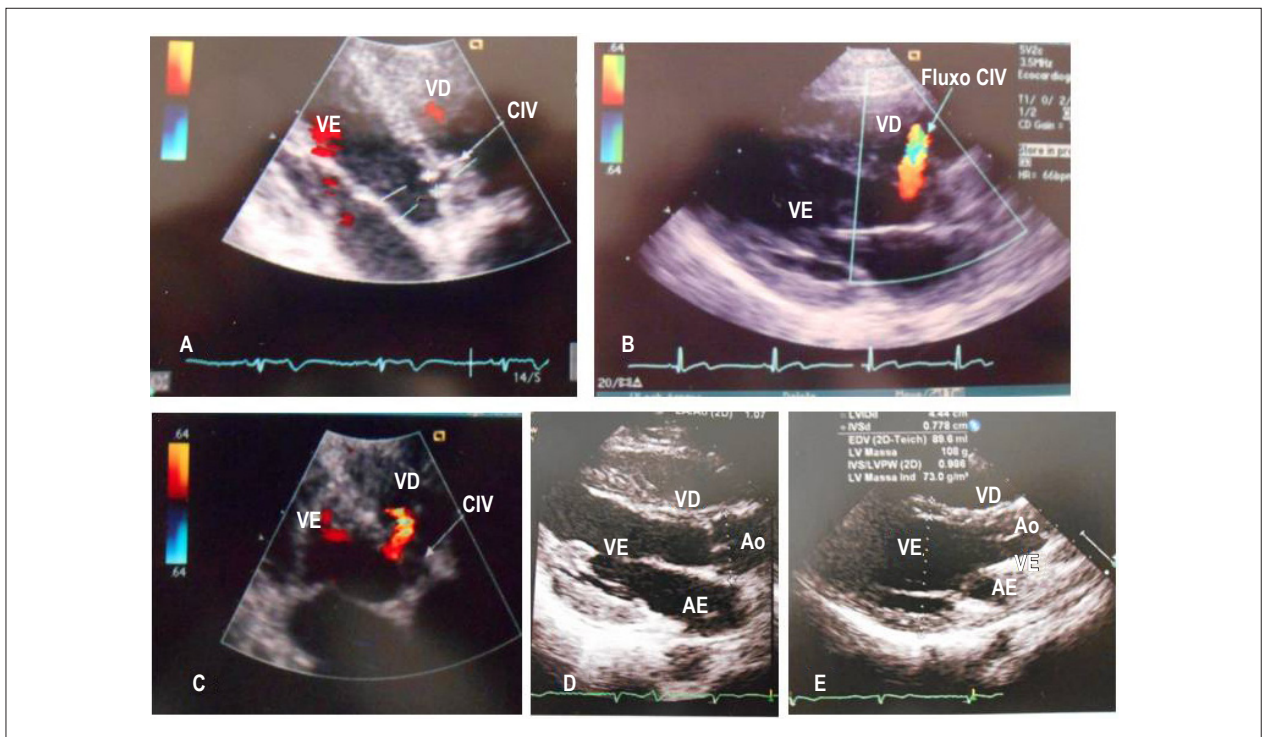


Figura 2 – Ecocardiogramas salientam a presença da comunicação interventricular subaórtica pequena com 13 anos de idade em várias projeções, subcostal em A, eixo longo em B e apical em C, e sem qualquer descontinuidade septal em eixo longo em D e em E, em avaliação recente. VD: ventrículo direito; VE: ventrículo esquerdo; AE: átrio esquerdo; Ao: aorta; CIV: comunicação interventricular

Referências

1. Atik E. Small ventricular septal defect: long-term expectant clinical management. *Arq Bras Cardiol.* 2009;92(6):396-9, 413-6, 429-32.
2. Gabriel HM, Heger M, Innerhofer P, Zehetgruber M, Mundigler G, Wimmer M, et al. Long-term outcome of patients with ventricular septal defect considered not to require surgical closure during childhood. *J Am Coll Cardiol.* 2002;39(6):1066-71