

RELATO DE CASO: HIPERTENSÃO PULMONAR GRAVE DECORRENTE DE CARDIOPATIA CONGÊNITA DE DIAGNÓSTICO TARDIO

**Taynan Turra Costa¹, Henrique Martins Pinto Schirmbeck², Vinícius Gutierrez de Paula Silva³,
Eduardo Vieira de Lara³, Welison Alcantara Sousa³**

¹Residente de Cirurgia Geral no Hospital Regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes (HRCAF),

²HRCAF, ³ Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT)

gutierrez.silva@unemat.br

RESUMO

Cardiopatias, como a comunicação interatrial e interventricular, são defeitos cavitários incomuns no coração que acompanham o acometido desde o nascimento, sendo responsáveis por grande número de óbitos. O estudo presente busca relatar um caso de cardiopatia congênita múltipla, em mulher de 54 anos, de diagnóstico tardio, associada a repercussões sérias decorrentes da hipertensão pulmonar grave, tratada com sucesso por intervenção cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão pulmonar. Cardiopatias congênitas. Comunicação interatrial.

ÁREA TEMÁTICA: Clínica Médica

INTRODUÇÃO

Cardiopatias congênitas são malformações anatômicas que ocorrem no coração ou grandes vasos sanguíneos no período intrauterino, podendo causar desde simples, até graves alterações no funcionamento da bomba cardíaca. Apesar da etiopatogenia ser obscura, considera-se ser de origem multifatorial com componentes genéticos e ambientais, correspondendo a 2% das anomalias cardíacas. Apenas um terço dos casos apresenta cardiopatia grave já no período neonatal, sendo que 2 a 3% dos pacientes morrem no primeiro ano de vida e cerca de 70% dos pacientes com cardiopatia grave não chegarão aos 18 anos de idade (GUIMARÃES, Juciane Rocha; SÃO PEDRO, Simone Andrade Porto; GUIMARÃES, Isabel Cristina Britto, 2017).

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso em que as informações usadas foram obtidas com o auxílio de formulário de coleta de dados por meio de entrevista com a paciente, revisão da documentação médica atual e da história médica pregressa acerca do seu estado de saúde, como prontuário médico e exames de

imagem, além de revisão de literatura. O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), sob o parecer de número: 3.710.098.

RELATO DE CASO

N. M. V., 54 anos, sexo feminino. Paciente ex-tabagista de aproximadamente 1 maço/dia durante 30 anos, com início aos 10 anos de idade, cessado há 14 anos; em acompanhamento com pneumologista há aproximadamente 10 anos devido tratamento de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Apresenta piora da dispneia de moderada para aos mínimos esforços associado à astenia, edema de membros inferiores concomitante a dor precordial em aperto de leve intensidade que irradia para a região cervical anterior e dorso há 6 anos. Refere também episódios de vertigem e síncope. Relata que tais sintomas se exacerbaram progressivamente nos últimos meses. Refere tratamento de hipertensão e arritmia cardíaca, sendo ela bloqueio atrioventricular (BAV) de primeiro grau e BAV de segundo grau tipo I. Como história patológica pregressa refere tuberculose tratada corretamente há 12 anos além de infecções frequentes, principalmente de vias aéreas. Refere ainda que em toda a infância possuiu atraso no desenvolvimento pômoro-estatural.

Ao exame físico, a ausculta pulmonar revela murmúrio vesicular universalmente audível, com presença de sibilos e roncos esparsos. Na ausculta cardiovascular há bulhas cardíacas rítmicas, normofonéticas, com presença de terceira bulha e sopro sistólico ++/4+, mais audível em foco mitral e pulmonar. Membros com pulsos cheios e simétricos, perfusão preservada, tempo de enchimento capilar < 3 segundos, presença de edema em membros inferiores +/4+ e sem sinais de empastamento de panturrilhas.

Na vigência da piora clínica, principalmente da dispneia, e dos exames prévios que demonstraram declínio da função respiratória, como espirometrias seriadas que evoluíram de distúrbio ventilatório de grau leve para moderado, tornou-se necessária a ampliação da investigação. Foi realizado ecocardiograma que constou HP moderada associada à presença de CIV (comunicação interventricular) perimembranosa e insuficiência valvar tricúspide discreta, além de fração de ejeção (FE) de 72% e alteração no relaxamento do ventrículo esquerdo (VE), tendo sido iniciado o tratamento para tal com uso de Bosentana, porém, com pouca resposta à terapia.

Em decorrência de DPOC exacerbada, devido quadro infeccioso grave, foi necessário internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Foi solicitado cintilografia pulmonar, demonstrando déficit de perfusão em ambos os ápices e maior à inalação, observado em HP; bem como novo ecocardiograma que mostrou CIV perimembranosa medindo 2 mm, associado a alteração do relaxamento do VE e redução drástica da FE para 59%. Pensando em uma melhor avaliação cardiológica, realizou-se cateterismo cardíaco, que evidenciou a presença de CIA (comunicação interatrial) tipo *ostium secundum* descrita como grande, com presença de shunt esquerdo/direito, ventrículo direito hipertrófico e estenose valvar pulmonar acentuada. Não foi possível a visualização da CIV.

Após tais exames e acreditando-se que a HP decorreu pela presença de cardiopatia congênita de diagnóstico tardio apresentada pela paciente, optou-se por intervenção cirúrgica, executada em Cuiabá. Dessa

forma, foi realizada a cirurgia por toracotomia para correção de CIV perimembranosa associado à correção de CIA tipo *ostium secundum* com patch pericárdico, com tempo de circulação extracorpórea (CEC) de 47 minutos e de pinça de 56 minutos, aliado a sangramento mediastinal mínimo. Após a saída da CEC, paciente retornou em BAV total, havendo necessidade de implante de marca-passo pós-cirúrgico. Atualmente, a paciente faz uso de losartana 50 mg, de 24 em 24 horas; espirolactona 25 mg, de 24/24 horas; ácido acetilsalicílico 100 mg, de 24 em 24 horas; e sinvastatina 40 mg, à noite. Houve reversão do quadro grave de HP e do quadro cardíaco e a paciente encontra-se estável e assintomática, com uso de marca-passo permanente devido BAV total.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As cardiopatias congênitas são o grupo mais comum de anormalidades estruturais ao nascimento, sendo uma das principais causas de morbimortalidade infantil, tornando-se um significativo problema de saúde pública. Constituem problemas que ocorrem devido falhas no desenvolvimento fetal logo após a concepção ou entre a 8ª e 10ª semana de gestação.

A população de adultos com defeitos cardíacos que cursam com hiperfluxo sanguíneo pulmonar, como a CIA e CIV, apresenta aspectos únicos em seu seguimento. Possíveis complicações e repercussões que tais cardiopatias congênitas acianóticas em geral podem causar, principalmente em caso de diagnóstico tardio ou ausência de tratamento, são infecções, arritmias cardíacas, HP, sobrecarga ventricular, insuficiência cardíaca e valvar, além da alteração no exame clínico e hipodesenvolvimento pôndero-estatural.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso relatado reflete a veracidade da correlação de sinais e sintomas descritos na literatura científica em caso de cardiopatia congênita como CIA e CIV. A evolução natural da doença, descrita com precisão na comunidade médica, ocorreu de modo semelhante em alguns aspectos, bem como as complicações mais prevalentes. Entretanto, alguns pontos, como a idade média de início da apresentação dos sintomas na população adulta gerou conflitos com os dados presentes nos autores analisados. Contudo, os estudos epidemiológicos convergem quanto às características físicas da paciente acometida, como sexo feminino e tipo de CIA e CIV apresentadas.

PRINCIPAIS REFERÊNCIAS

GUIMARÃES, Juciane Rocha; SÃO PEDRO, Simone Andrade Porto; GUIMARÃES, Isabel Cristina Britto. Incidência de síndromes genéticas associadas às cardiopatias congênitas. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 16, n. 3, p. 329-332, 2017.