



CASO CLÍNICO

Gradiente elevado no trato de saída do ventrículo esquerdo: estenose aórtica, miocardiopatia hipertrófica obstrutiva ou ambas?



Inês Almeida*, Francisca Caetano, Joana Trigo, Paula Mota, António Leitão Marques

Serviço de Cardiologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospital Geral, Coimbra, Portugal

Recebido a 31 de julho de 2014; aceite a 10 de outubro de 2014

Disponível na Internet a 29 de abril de 2015

PALAVRAS-CHAVE

Estenose aórtica;
Cardiomiopatia hipertrófica;
Obstrução do trato de saída do ventrículo esquerdo;
Ecocardiografia;
Ecocardiografia Doppler

KEYWORDS

Aortic valve stenosis;
Hypertrophic cardiomyopathy;
Left ventricular outflow tract obstruction;
Echocardiography;
Doppler echocardiography

Resumo Os autores apresentam o caso de uma doente com os diagnósticos de miocardiopatia hipertrófica e estenose aórtica, na qual foi identificada a presença de um gradiente elevado ao nível do trato de saída do ventrículo esquerdo. O reconhecimento da patologia responsável pela sintomatologia foi desafiante, com envolvimento de várias técnicas de imagem, tendo sido fundamental a contribuição do ecocardiograma transesofágico. O diagnóstico final de estenose aórtica severa conduziu à referência para cirurgia de substituição valvular, com sucesso. A presença destas duas patologias em simultâneo num mesmo doente é conhecida, embora incomum. A sua combinação cria importantes desafios diagnósticos e terapêuticos, os quais serão objeto de discussão neste artigo.

© 2015 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

High left ventricular outflow tract gradient: Aortic stenosis, obstructive hypertrophic cardiomyopathy or both?

Abstract The authors report the case of a patient diagnosed with both hypertrophic cardiomyopathy and aortic stenosis. Due to clinical deterioration, additional investigation was performed, and a high left ventricular outflow tract gradient was identified. Correct identification of the condition causing the symptoms was challenging, and involved several imaging techniques, the contribution of transesophageal echocardiography being crucial. The final diagnosis of severe aortic stenosis led to successful valve replacement surgery. The presence of these

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: inesalm@gmail.com (I. Almeida).

two conditions in the same patient has been documented, although it is uncommon. This association poses particular diagnostic and therapeutic challenges, which are discussed in this paper.

© 2015 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introdução

A estenose aórtica (EAo) e a miocardiopatia hipertrófica (MCH) são duas patologias que podem condicionar gradientes hemodinâmicos no trato de saída do ventrículo esquerdo (TSVE)¹. Em ambos os casos, a presença de obstrução significativa tem um impacto clínico, terapêutico e prognóstico¹⁻³.

A presença destas duas patologias no mesmo doente está descrita, embora seja incomum⁴. A sua combinação cria importantes desafios diagnósticos e terapêuticos⁴. É necessária uma avaliação ecocardiográfica meticulosa para a correta identificação da patologia responsável pela obstrução⁵, contudo, esta reveste-se de particularidades. O resultado desta avaliação pode levar a opções terapêuticas distintas^{6,7}.

Este caso clínico pretende discutir a complexidade destas situações.

Caso clínico

Mulher de 68 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade e neoplasia da mama (submetida a mastectomia esquerda, quimioterapia e radioterapia adjuvantes em 1998). Referenciada à consulta de cardiologia em 04/2011 para estudo de dor torácica, sem outra sintomatologia do foro cardiovascular. Ao exame objetivo auscultava-se sopro sistólico grau III/VI, audível no 2.º espaço intercostal direito, em crescendo-decrescendo, com irradiação carotídea, verificando-se redução da intensidade com manobra de Valsalva e ortostatismo súbito, e aumento desta com o agachamento.

Era portadora do seguinte estudo complementar: eletrocardiograma em ritmo sinusal com critérios de voltagem de hipertrofia ventricular esquerda, sem sobrecarga (Figura 1); ecocardiograma transtorácico (EcoTT) – descrito como «tecnicamente muito difícil» -, ventrículo esquerdo (VE) com hipertrofia concêntrica, sem alterações da cinética segmentar e com função sistólica global preservada; válvula aórtica (VAo) calcificada com estenose moderada (gradiente VE/Ao médio 21 mmHg).

Por baixa probabilidade pré-teste de doença coronária foi realizada angioTC coronária, que identificou calcificação coronária ligeira (score de cálcio por método de Agatston: 54), sem lesões com compromisso endoluminal significativo; como achado complementar detetou aumento da espessura do septo interventricular (SIV, 22 mm). Por suspeita de MCH foi realizada ressonância magnética (RM) que confirmou o diagnóstico de MCH assimétrica (hipertrofia do SIV

basal e médio – 22 mm, restantes paredes de espessura normal), VE não dilatado, com fração de ejeção de 69% e massa indexada de 78 g/m²; aurícula esquerda moderadamente dilatada (área 33 cm²); sem realce tardio no estudo com gadolínio (Figura 2). A doente não apresentava critérios de risco reconhecidos para morte súbita. O estudo genético para a doença de *Anderson-Fabry* foi negativo. A pesquisa de mutações clássicas nos genes codificadores das proteínas do sarcómero encontra-se em curso.

Aos 18 meses de seguimento a doente apresentou agravamento da capacidade funcional por dispneia para esforços moderados (NYHA II). Foi repetido EcoTT: VE com hipertrofia acentuada do SIV basal e boa função sistólica global; VAo aparentemente tricúspide, calcificada, com abertura reduzida, sem possibilidade de realizar planimetria; válvula mitral calcificada com movimento sistólico anterior (SAM). O estudo Doppler revelou aceleração do fluxo com início no TSVE (Figura 3), com pico de velocidade mesossistólico, gradiente VE/Ao máximo 49 mmHg e médio 32 mmHg, favorecendo a hipótese de obstrução fixa (Figura 3). Não foi visualizado pico de velocidade sistólico tardio, com e sem manobra de Valsalva.

Dadas as limitações do EcoTT, a doente realizou ecocardiograma transesofágico (EcoTE). Este revelou VAo dismórfica, com calcificação acentuada e fusão da cúspide não coronária e coronária esquerda, com área estimada por planimetria de 0,6 cm² (0,27 cm²/m², Figura 4). O estudo com Doppler cor permitiu a diferenciação clara de um fluxo laminar a nível do TSVE e de um fluxo turbulento a nível da VAo, durante toda a sístole, confirmando a suspeita de obstrução apenas a nível valvular (Figura 4).

O estudo hemodinâmico invasivo revelou um gradiente VE/Ao pico a pico de 52 mmHg; sem gradiente intraventricular. Excluída doença coronária significativa.

A doente foi submetida a cirurgia com implantação de prótese mecânica Medtronic Hall n.º 22 em posição aórtica. Aos seis meses de seguimento apresenta melhoria da capacidade funcional. O EcoTT revela prótese aórtica normofuncionante.

Discussão

Este caso clínico pretende alertar para as dificuldades inerentes ao estudo de um doente com MCH e EAo, nomeadamente na avaliação da gravidade de cada uma das patologias e na identificação da que é funcionalmente mais relevante. A atribuição do gradiente elevado à EAo conduziu à

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1125869>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1125869>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)