

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Em relação ao defeito do septo atrioventricular (DSAV), julgue os itens a seguir.

- 61 O DSAV ocorre com frequência em pacientes com síndrome de Down, apresentando-se, usualmente, em sua forma total.
- 62 A fenda, ou *cleft*, da valva tricúspide constitui achado patognomônico do DSAV e consiste em item de definição do diagnóstico utilizado no escore de evolução da doença.
- 63 A associação de bloqueio do fascículo anterossuperior esquerdo do feixe de His, com bloqueio atrioventricular de primeiro grau, é achado comum nos pacientes com diagnóstico de DSAV.
- 64 O DSAV constitui cardiopatia congênita acianótica, de baixa incidência dentro das principais cardiopatias congênitas e usualmente bem tolerada até a idade adulta.
- 65 A alteração morfológica básica do DSAV decorre da ausência da porção muscular do septo interventricular, sendo comum a todas as formas dessa doença.

Uma criança em idade pré-escolar foi levada ao consultório para avaliação pré-operatória de processo amigdaliano obstrutivo. A ausculta do foco pulmonar evidenciou a presença de sopro sistólico ejetivo associado a desdobramento amplo e fixo da segunda bulha.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens seguintes.

- 66 A ausculta do desdobramento amplo e fixo de segunda bulha em foco pulmonar é consequência do aumento do retorno venoso para o átrio esquerdo no início da sístole ventricular esquerda, com sobrecarga ventricular esquerda associada.
- 67 A presença de sopro sistólico nesse caso decorre do turbilhonamento de sangue em excesso passando da direita para a esquerda através de uma comunicação interatrial baixa.
- 68 Nesse caso, a visibilização e a palpação de impulsão sistólica em região paraesternal esquerda, ao nível de quarto espaço intercostal esquerdo, são compatíveis com crescimento ventricular direito associado.
- 69 Nessa situação clínica, apesar da escassez de sintomas, caso seja auscultado o componente pulmonar do segundo ruído cardíaco no foco mitral, deve-se considerar o diagnóstico de hipertensão pulmonar associada.
- 70 Nesse paciente, o achado de cianose labial e de extremidades cianóticas dos dedos das mãos e dos pés sugere modificação da relação de fluxo sanguíneo pulmonar dividido pelo fluxo sanguíneo sistêmico (conhecida como relação Qp/Qs) para valores acima de 3.

No que diz respeito à tetralogia de Fallot, julgue os itens subsequentes.

- 71 O grau de obstrução da via de saída do ventrículo direito é variável, sendo a estenose subvalvular (infundibular) usualmente o sítio dominante.
- 72 Nos pacientes sem cirurgia prévia, o grau de cianose é variável, sendo mais intensa quanto maior o grau de obstrução da via de saída de ventrículo direito.
- 73 A intensidade e a duração do sopro sistólico de ejeção variam direta e proporcionalmente ao grau de obstrução, de modo que, quanto maior a obstrução, maior o sopro sistólico ejetivo audível em foco pulmonar.
- 74 A tetralogia de Fallot clássica compreende as seguintes alterações na formação do coração: estenose valvar pulmonar, comunicação interventricular muscular, persistência do canal arterial e estenose infundibular de via de saída de ventrículo direito.
- 75 Na crise cianótica do paciente com tetralogia de Fallot, o mais importante será a administração do digital e da dobutamina, para aumentar a força de contração do ventrículo esquerdo e a de perfusão alveolar.

Em relação ao desdobramento de segunda bulha e aos eventos valvulares associados, julgue os itens a seguir.

- 76 O fechamento da válvula pulmonar precede o fechamento da válvula aórtica em crianças e neonatos.
- 77 Na comunicação interatrial, o desdobramento da segunda bulha varia com a respiração.
- 78 A criança que apresente bloqueio de ramo esquerdo do feixe de His no eletrocardiograma apresentará desdobramento paradoxal da segunda bulha, pois a dissincronia ventricular atrasará a sístole ventricular esquerda.
- 79 As crianças que apresentem bloqueio de ramo direito do feixe de His no eletrocardiograma apresentarão desdobramento constante da segunda bulha não modificável pelo padrão respiratório.
- 80 A inspiração do neonato encurta o tempo de ejeção do ventrículo direito por produzir redução da pressão de artéria pulmonar, resultando em desdobramento amplo e variável da segunda bulha cardíaca.

Um lactente apresenta um tipo de conexão ventriculoarterial no qual ambas as grandes artérias originam-se em 50% ou mais do ventrículo direito, sendo a conexão atrioventricular concordante.

A respeito do diagnóstico ecocardiográfico desse caso, julgue os itens a seguir.

- 81 Trata-se de uma malformação conotruncal de apresentação clínica variável conforme as lesões associadas.
- 82 A presença de comunicação interventricular não é característica constante da patologia em questão.
- 83 A variante mais comum dessa doença corresponde à associação com comunicação interventricular do tipo subaórtica e com estenose pulmonar, sendo a severidade da estenose determinante do quadro clínico e da evolução.
- 84 Não há alterações da anatomia coronariana de interesse para o tratamento de pacientes com tal patologia.

Em relação à estenose pulmonar na criança, julgue os seguintes itens.

- 85** Usualmente, o portador de estenose valvar pulmonar isolada apresenta déficit de crescimento e desenvolvimento, além de limitações funcionais do ponto de vista cardiológico, independentemente da severidade da obstrução.
- 86** A estenose pulmonar periférica é uma alteração cardiológica encontrada em várias síndromes genéticas, como, por exemplo, a Síndrome de Noonan e a Síndrome de Alagille.
- 87** A valvoplastia pulmonar percutânea com balão é o procedimento de escolha para o tratamento das estenoses valvares pulmonares moderadas a severas, devendo-se optar por um balão do mesmo tamanho da medida angiográfica do anel valvar pulmonar.

Paciente, sem intercorrências gestacionais, nascido de parto natural a termo, pesando 3.100 g, vigoroso, recebeu alta do alojamento conjunto para o domicílio, em aleitamento materno exclusivo, com 48 horas de vida. O teste da oximetria neonatal mostrava, em ar ambiente, saturação em membro superior direito de 97% e em membro inferior esquerdo de 92%. Com 10 dias de vida, foi levado à emergência pela mãe. Na chegada, a mãe relatou que, desde que havia ido para casa, achava a criança um pouco dispneica às mamadas, o que havia se acentuado fazia três dias, quando ela também havia passado a apresentar palidez, além de recusa alimentar e diurese diminuída. Na avaliação, o recém-nascido se apresentava taquidispneico, hipoativo, pálido, pulsos presentes, diminuídos e simétricos em membros superiores, porém impalpáveis em membros inferiores, perfusão lentificada com pele fria e rendilhada, pressão arterial em membro superior direito de 80 mmHg × 40 mmHg e indetectável em membros inferiores, ritmo cardíaco regular em 2 tempos com bulhas hiperfonéticas e discreto sopro de ejeção em área aórtica; fígado palpável a 4 cm do rebordo costal direito.

No que se refere ao caso clínico precedente, julgue os itens a seguir.

- 88** Após a avaliação da criança, a primeira providência é solicitar os exames, pois somente após a confirmação do diagnóstico é que se devem iniciar as medidas no setor de emergência.
- 89** Tanto defeitos cardíacos quanto anormalidades extracardíacas podem estar associadas ao possível diagnóstico nesse caso, sendo a valva aórtica, na maioria dos casos, tricúspide.
- 90** Circulação colateral suprindo ramos distais da aorta e aneurismas do polígono de Willis são comumente encontrados no primeiro mês de vida em crianças com diagnóstico igual ao do referido paciente.
- 91** O reparo cirúrgico deve ser realizado tão logo a criança esteja em melhores condições clínicas, ainda nos primeiros meses de vida, idealmente.

Paciente do sexo masculino, branco, com três anos de idade, apresenta-se com febre há sete dias, além de eritema com edema bem evidente em mãos e pés, progredindo com hiperemia conjuntival bilateral não exsudativa e hiperemia intensa com edema de língua e lábios, sem outras alterações dignas de nota ao exame físico.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens subsecutivos.

- 92** Os elementos clínicos apresentados são suficientes para o diagnóstico de doença de Kawasaki típica, segundo os critérios mais atuais da American Heart Association (AHA).
- 93** O ecocardiograma é crucial, no momento da suspeita diagnóstica, para a avaliação do quadro em questão e de suas possíveis complicações.
- 94** Confirmado o diagnóstico de doença de Kawasaki aguda, o tratamento deverá consistir na administração de altas doses de imunoglobulina intravenosa, nos primeiros 10 dias a partir do início da doença, associada à aspirina, embora não esteja demonstrado que essa conduta se relacione à menor incidência de aneurismas coronarianos.

Paciente do sexo masculino, com 36 horas de vida, nascido a termo, tem história de taquipneia persistente logo após o nascimento, com grande dificuldade às mamadas nas últimas horas, além de cianose. Ao exame, encontra-se sem febre, intensamente cianótico, com desconforto respiratório importante, com sinais de letargia, extremidades frias e palidez; segunda bulha única e hiperfonética na área pulmonar, pulsos difusamente diminuídos. Radiografia de tórax mostrou nítida congestão venosa pulmonar bilateral.

Considerando o caso precedente, julgue os itens a seguir.

- 95** A suspeita nesse caso é de cardiopatia congênita crítica, razão por que a providência mais importante no momento consiste na instituição de ressuscitação volumétrica, já que o paciente apresenta sinais de choque cardiogênico.
- 96** Se o diagnóstico ecocardiográfico for de síndrome do coração esquerdo hipoplásico, é bem provável que haja comunicação interatrial restritiva.
- 97** No diagnóstico diferencial, deve-se considerar a Drenagem Anômala Total de Veias Pulmonares com obstrução venosa pulmonar.
- 98** A anatomia, o aparato subvalvar e a área supra-avalvar mitral estão frequentemente comprometidos na síndrome do coração esquerdo hipoplásico, mas anormalidades da valva tricúspide são incomuns nessa síndrome.

Julgue os itens seguintes a respeito de cirurgias corretivas frequentemente indicadas para o tratamento de crianças cardiopatas.

- 99** A cirurgia de troca arterial (operação de Jatene) é atualmente o procedimento de escolha para o manejo dos pacientes portadores de transposição das grandes artérias, na ausência de obstrução ao trato de saída do ventrículo esquerdo, sendo importante monitorizar, ao longo do seguimento ambulatorial, alterações de neo-aorta ou neopulmonar, além de eventos coronarianos.
- 100** Para pacientes com fisiologia de ventrículo único, a correção normalmente envolve estágios como anastomose cavopulmonar bidirecional e, subsequentemente, operação de Fontan (redirecionamento do fluxo da veia cava inferior para a artéria pulmonar), sendo possível, neste estágio, haver complicações graves como tromboembolismo, enteropatia perdedora de proteínas e carcinoma hepatocelular.