



ESTENOSE AÓRTICA GRAVE SEM HIPERTROFIA VENTRICULAR ESQUERDA NO ECG, É POSSÍVEL? RELATO DE CASO

DANILO UMETSU¹; RODRIGO DAGHLAWI MACHADO²; GERALDO CAVALCANTI PEREIRA JUNIOR³; JUAN ARMANDO TALAVERA SOTO⁴; RAPHAEL MARION PESINATO⁵

¹Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, daniloumetsu@hotmail.com; ²Incor, ro_machado@hotmail.com; ³HCor, geraldomed@live.com; ⁴Incor, talavera39@gmail.com; ⁵ Hospital São Paulo, marionpesinato@gmail.com

INTRODUÇÃO: A Estenose Aórtica (EAo) é caracterizada pela obstrução ao fluxo sanguíneo da via de saída do ventrículo esquerdo (VE). Nos países desenvolvidos, a EAo degenerativa e congênita são as mais prevalentes, enquanto em países em desenvolvimento, a EAo de etiologia reumática é frequente. **OBJETIVO:** Relatar um caso de EAo grave sem hipertrofia ventricular esquerda (HVE) no eletrocardiograma (ECG). **MÉTODOS:** Revisão de prontuário de paciente atendido pela Cardiologia. **RESULTADO:** Paciente 58 anos, feminino, sem comorbidades, refere dispneia há 1 ano com piora há 4 meses, associado a dispneia paroxística noturna e ortopneia. Exame físico cardiovascular, ritmo cardíaco regular, sopro sistólico (SS) ejetivo no 2º espaço intercostal direito em diamante com irradiação para o pescoço, associado a um SS ejetivo em borda esternal esquerda baixa (BEEB) irradiado para borda esternal direita. Ao ECG, ritmo sinusal, SÂQRS + 60°, sobrecarga atrial esquerda, alteração de repolarização em parede lateral, ausência de HVE. Ao Ecocardiograma, cavidades cardíacas de diâmetros normais, HVE concêntrica de grau discreto (índice de massa 127 g/m²) fração de ejeção do VE 66%, EAo grave, trivalvar, bicúspidizada, gradiente sistólico máximo de 80 mmHg, médio de 45 mmHg, área valvar de 0,85 cm². Evidência de comunicação interventricular (CIV) do tipo perimembranosa subaórtica medindo 8 mm com shunt esquerda/direta, com gradiente sistólico máximo de 95 mmHg. **CONCLUSÃO:** Na EAo grave é de se esperar as consequências da mesma, tal cavidade precisa contrair-se com uma força maior, gerando uma pressão ventricular alta. Sobrecarga sistólica aumentada de maneira perpetuada leva a uma HVE concêntrica, associado a uma parede ventricular espessada, mas com tamanho cavitário normal ou quase normal. Os exames de imagens são útil para avaliar HVE. Área cardíaca global na EAo grave é frequentemente normal na radiografia de tórax, porém, o ECG geralmente mostrara sinais de HVE, exceto nos casos de existir uma fuga da pressão intraventricular tipo a CIV concomitante, o que evita o aumento da sobrecarga de pressão do VE e consequentemente não levaria ao desenvolvimento de HVE. No exame físico a presença de um SS ejetivo em BEEB associado a SS ejetivo nos focos da base cardíaca típico de EAo deve levantar a suspeita da coexistência de CIV o que explicaria a ausência de HVE. O ECG resulta numa maneira rápida e barata de avaliar HVE, associado ao exame físico é possível suspeitar do diagnóstico no primeiro contato com o paciente. A presença de HVE em um paciente com sopro compatível com EAo reforçaria tal hipótese, e sua ausência, associado a outro sopro levaria a suspeita de um segundo acometimento associado. **PALAVRAS-CHAVE:** estenose aórtica, hipertrofia ventricular, comunicação intraventricular.