

# Abordagem do Sopro Cardíaco em Idade Pediátrica

pelo Médico de Família



Tatiana Clemêncio  
USF Santa Joana  
Filipe Pereira  
USF Costa de Prata  
ACeS Baixo Vouga

## Introdução

O Sopro cardíaco constitui um diagnóstico  **muito frequente na infância**, estimando-se que cerca de **90% das crianças** apresentarão esta alteração auscultatória em alguma altura. Destes, **menos de 1%** corresponderão a uma **cardiopatia congénita** (tabela 1) – tipo mais comum de alteração congénita, com uma incidência de 4-50/1000 nados-vivos.

O **médico de família** (MF) é frequentemente o primeiro profissional a identificar um sopro cardíaco em idade pediátrica. De facto, 50-70% das crianças irão ter um sopro cardíaco identificado numa consulta de vigilância. Assim, sempre que um sopro é detetado, a capacidade do clínico em **discernir** corretamente entre a sua **etiologia benigna ou patológica** é crucial, tanto para os **cuidados a prestar** ao doente como à **informação a veicular** à família.

Foi **objetivo** deste trabalho proceder a uma revisão clássica da abordagem de um sopro cardíaco em idade pediátrica.

Sopro	Recém-nascido	Criança
Prevalência	0,6–4,2%	~90%
Etiologia patológica	84%	0,1–0,2%

Tabela 1: Prevalência do sopro cardíaco e respetiva etiologia patológica, no recém-nascido e na criança.

## Metodologia

Foi realizada uma pesquisa na Pubmed, em dezembro de 2016, utilizando os termos MeSH **“heart murmurs”** AND **“child”**. Selecionaram-se artigos publicados nos últimos 10 anos, que consistissem em revisões (clássicas ou sistemáticas) ou guidelines. Foram igualmente consultados livros de texto base.

## Resultados

O **sopro cardíaco inocente** tem um **pico** máximo de incidência entre os **3-7 anos**, sendo sete os mais comuns: sopro de Still, sopro expulsivo pulmonar, sopro carotídeo/supraclavicular, sopro sistólico aórtico, sopro da estenose pulmonar periférica fisiológica transitória, zumbido venoso e sopro mamário (tabela 2).

Na **abordagem clínica** de um sopro cardíaco, é fundamental uma anamnese cuidada: presença de **sintomatologia** de patologia cardíaca, **história obstétrica e perinatal** (mais relevante nos lactentes), **antecedentes** patológicos, crescimento e desenvolvimento, **hábitos** (nomeadamente desportivos) e **antecedentes familiares** relevantes. Deverá ser realizado um **exame físico global**, com **caracterização detalhada do sopro**, referindo a sua **localização**, **posição** relativa no ciclo cardíaco, **duração**, **intensidade** (escala de Levine), **frequência/tom**, **qualidade** e **radiação**.

Sopro inocente	Características: Protossistólico, curta duração, baixa intensidade, qualidade musical / vibratória, altera com mudanças posturais/manobras						
	Still	Ejeção pulmonar	Sistólico aórtico	Carotídeo/supraclav.	Est. pulm. periférica	Zumbido venoso	Mamário
Origem	VE → Ao Cordas	Trato de saída do VD	Trato de saída do VE; Aorta	Arco aórtico com braquicef.	Artéria pulmonar	Conexão v. jug. com veia cava	Vascularização mama
Idade	Idade escolar	8-14 anos Escoliose	Crianças + velhas, Adultos	Adolesc. Adulto jovem	Premat. Lactentes até 6m	3-8 anos	Grávidas Lactação
Ciclo card.	ProtoS. (musical)	Proto-mesoS. (rude)	MesoS. (rude)	Proto-mesoS. (rude)	MesoS.	Contínuo (musical)	Sistólico ou contínuo
Local	Ápice e 4º EIC BE esq	2-3º EIC BE esq	2º EIC BE dto	Fossa supraclav. Tórax sup.	2-3º EIC esq e dto	Base do pescoço	Sobre a mama
Irrad	---	Axilar e dorsal	Cervical	Cervical frémito	Axilar e dorsal	Infraclav. e 2ºEIC dto	---
↑↑	↑déb. card. E. Físico Dec. dorsal	↑déb. card. E. Físico Dec. dorsal	↑déb. card.	Sentado E. físico	---	Inspiração Ortost.	---
↓↓	Valsalva Ortost. Sentado	Valsalva Ortost.	---	Hiperextensão ombros	---	Comp. v. jug., flexão ipsil. pesc.	Pressão sobre o local

Tabela 2: Principais sopros cardíacos inocentes em idade pediátrica. **Legenda:** est. pulm.- estenose pulmonar, VE e VD- ventrículo esquerdo e direito, braquicef.- braquicefálicas, v. jug.- veias jugulares, adolesc.- adolescente, premat.- prematuro, card.- cardíaco, protoS.- protossistólico, mesoS.- mesossistólico, EIC- espaço intercostal, BE- bordo esternal, esq- esquerdo, dto- direito, supraclav.- supraclavicular, sup.- superior, irrad.- irradiação, infraclav.- infraclavicular, déb.- débito e. físico- exercício físico, dec.- decúbito, ortost.- ortostatismo, comp.- compressão, ipsil.- ipsilateral, pesc.- pescoço.

### Sinais de Alarme

#### Características do sopro

- Contínuo** (se excluído zumbido venoso e sopro mamário), diastólico, holossistólico ou sistólico tardio
- Intensidade **≥ grau 3**
- Intensidade máx. no bordo superior esquerdo esternal
- Qualidade **rude**
- Alterações de **S2** (hipo ou hiperfonese, desdobramento fixo ou paradoxal, ou ausência de desdobramento)
- Clique** sistólico, S3 e S4, rodado diastólico
- Audível em **todo o precórdio**, com **irradiação**
- Aumento** da intensidade com o **ortostatismo**

#### História clínica

- Má progressão **ponderal**
- Antecedentes **pessoais ou familiares** relevantes
- Sintomatologia** associada sugestiva de cardiopatia
- Alterações ao **exame objetivo** sugestivos de cardiopatia

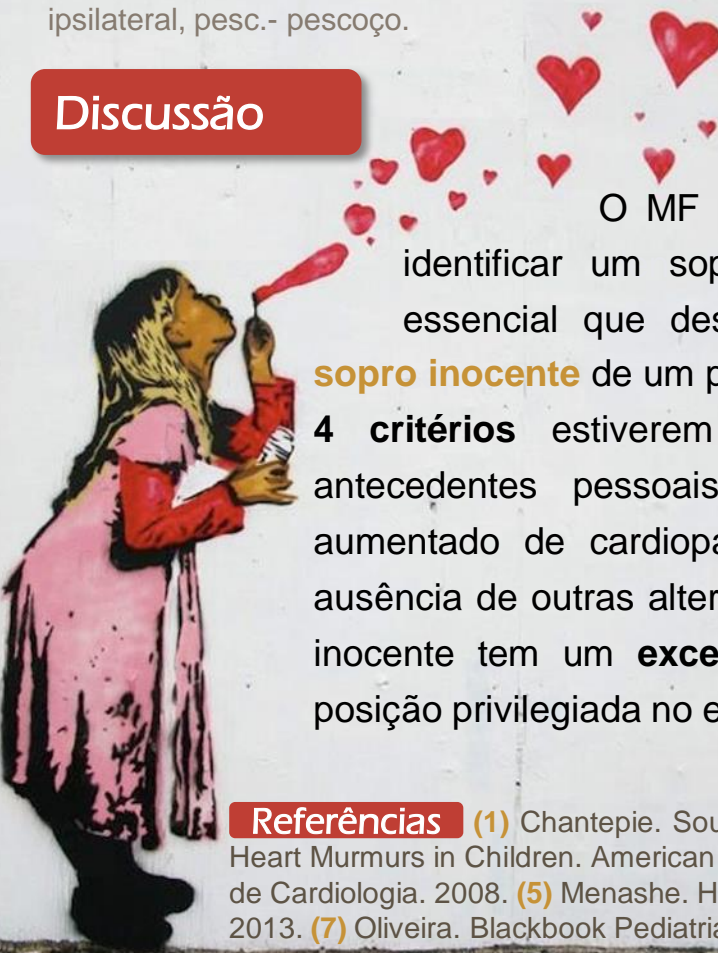
#### Dúvida diagnóstica de um sopro inocente



#### Estudo complementar

A radiografia torácica e a eletrocardiografia apresentam limitações no diagnóstico etiológico. O **ecocardiograma** é o gold-standard no diagnóstico definitivo, estando recomendado na avaliação de um sopro potencialmente patológico e de sopro em idade neonatal.

## Discussão



O MF é frequentemente o primeiro profissional a identificar um sopro cardíaco em idade pediátrica, sendo essencial que desenvolva a competência de distinguir um **sopro inocente** de um patológico. Este diagnóstico pode ser feito se **4 critérios** estiverem presentes: criança assintomática, sem antecedentes pessoais ou familiares relacionados com risco aumentado de cardiopatia, sopro de características inocentes e ausência de outras alterações ao exame objetivo. O sopro cardíaco inocente tem um **excelente prognóstico**, ocupando o MF uma posição privilegiada no esclarecimento da sua benignidade à família.

**Referências** (1) Chantepie. Souffle cardiaque chez l'enfant asymptomatic: quand demander un avis cardiologique?. Archives de Pédiatrie. 2015. (2) Frank. Evaluation and Management of Heart Murmurs in Children. American Family Physician. 2011. (3) Marcadante. Nelson Essentials of Pediatrics. Elsevier. 7ª ed. 2015. (4) Martins. O Sopro num Coração Normal. Revista Portuguesa de Cardiologia. 2008. (5) Menashe. Heart Murmurs. Pediatrics in Review. 2007. (6) Oliveira. Sopro Cardíaco Pediátrico: estudo de série de casos. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. 2013. (7) Oliveira. Blackbook Pediatria. Editora Black Book. 3ª ed. 2005. (8) Wierwille, Pediatric Heart Murmur – evaluation and management in primary care. The Nurse Practitioner. 2011.

### Sopro cardíaco

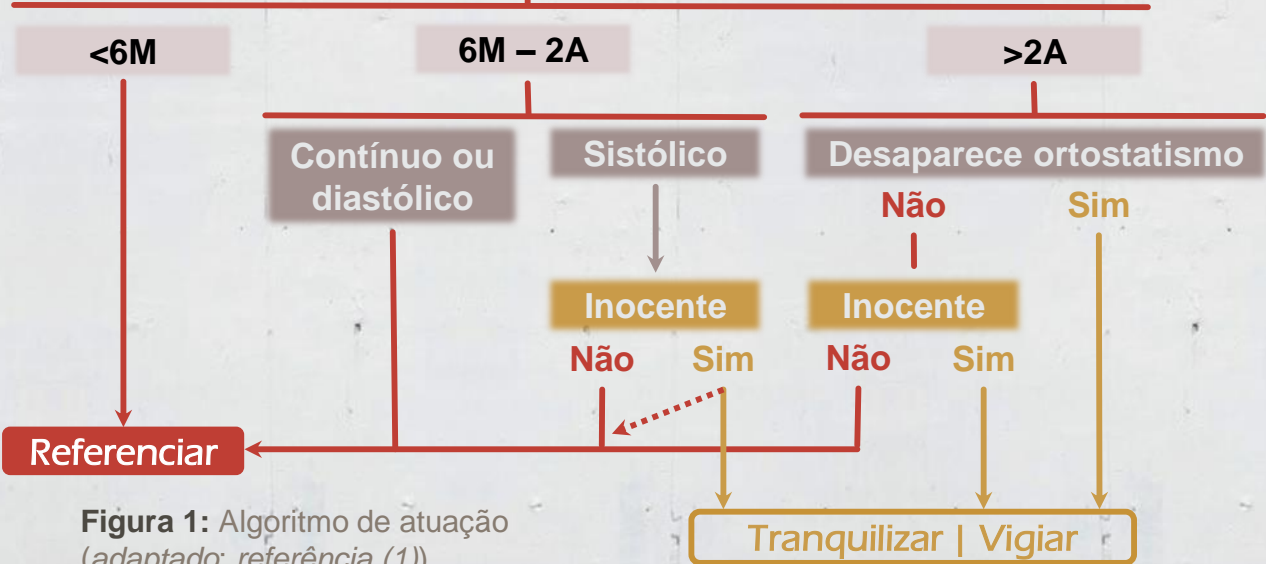


Figura 1: Algoritmo de atuação (adaptado: referência (1))