

Revisão de Temas

PO - (UM17-1398) - ABORDAGEM DO SOPRO CARDÍACO EM IDADE PEDIÁTRICA PELO MÉDICO DE FAMÍLIA

Tatiana Clemêncio¹; Filipe Pereira²

1 - USF Santa Joana; 2 - USF Costa de Prata

Introdução

O sopro cardíaco é 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. Contudo, enquanto nos recém-nascidos 84% dos sopros são patológicos, na idade escolar a sua incidência não ultrapassa os 0,2%. 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.

Objetivo

Rever a abordagem de um sopro cardíaco em idade pediátrica.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa na Pubmed, em dezembro de 2016, utilizando os termos MeSH "heart murmurs" AND "child". Seleccionaram-se artigos publicados nos últimos 10 anos, que consistissem em revisões (clássicas ou sistemáticas) ou guidelines.

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.

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.

Nesta fase, os sinais de alarme a favor de uma etiologia patológica incluem: sopro cardíaco contínuo (se excluído zumbido venoso e sopro mamário), diastólico, holossistólico ou sistólico tardio; intensidade grau 3 ou superior; qualidade rude; alterações de S2 (hipo ou hiperfonese, desdobramento fixo ou paradoxal, ou ausência de desdobramento); click sistólico; intensidade máxima no bordo superior esquerdo esternal; audível em todo o precórdio, com irradiação; aumento da intensidade com o ortostatismo. Ainda, são relevantes: má progressão ponderal; antecedentes pessoais ou familiares relevantes; sintomatologia e/ou restante exame objetivo sugestivos de cardiopatia. Nestas situações, ou perante dúvida diagnóstica de um sopro inocente pelo médico de família, a referência para consulta de cardiologia pediátrica é recomendada.

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 médico de família é frequentemente o primeiro profissional a identificar um sopro cardíaco em idade pediátrica, sendo crucial que desenvolva a competência de distinguir um sopro inocente de um patológico. Este diagnóstico pode ser feito se quatro 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 médico de família uma posição privilegiada no esclarecimento da sua benignidade à família.