

SOPROS INOCENTES OU NÃO PATOLÓGICOS

Glória Zanelato Campagnone*

O achado de sopro na ausência de cardiopatia é uma ocorrência comum na prática clínica, tornando-se assim, uma necessidade o seu reconhecimento e as condições mais propícias ao seu aparecimento. Para melhor caracterizá-los é imprescindível que se afaste qualquer lesão do aparelho circulatório, intrínseca, ou, ainda, qualquer condição fora do sistema (anemia, tireotoxicose, gravidez, fístula arteriovenosa) capaz de alterar a sua estrutura ou a sua fisiologia normal.

A sinonímia é bastante vasta e, geralmente, usada com certa confusão. A mais comumente empregada é a de sopro inocente ou não patológico. Outros preferem chamá-lo de funcional, criando confusão com o sopro de origem anátomo-funcional, também denominado de órgão-funcional, o qual se deve à alteração da anatomia do aparelho cardiovascular (hipertrofia ou dilatação das cavidades ventriculares e da aorta) modificando as relações normais das estruturas dos aparelhos valvares ou cardiovascular. Nadas³ inclui na categoria de funcionais os sopros derivados da anemia, da cardite reumática sem lesão valvar, da febre ou da tireotoxicose. Aos sopros inocentes prefere chamar de "sopros não significativos". Já Perloff⁴ acha a designação "normal" mais adequada, por afastar toda ambigüidade. Entre outras denominações citadas por Fishleder¹ para sopros sistólicos (SS) não patológicos ou inocentes estão: "acidentais", "anorgânicos" e "fisiológicos".

De qualquer forma, achamos que o mais importante é saber reconhecer se o portador de um sopro é cardiopata ou não, a fim de que se possa evitar implicações muito sérias para um suposto cardiopata, sujeito a uma série de restrições físicas e medidas de ordem profilática desnecessárias.

Scott⁵, citando Fogel (1960) e Lessof-Bridgen (1957), informa que a incidência dos sopros inocentes na criança é, para o primeiro, de 32 a 44% e, para os últimos, de 96%. O adolescente ou adulto jovem também pode apresentá-lo após exercício físico ou em condições hipercinéticas. Zarco⁷, citando vários autores, diz que o SS em área pulmonar entre crianças de 1 a 14 anos pode atingir a frequência de 75% ou mesmo de 100% nos estados hipercinéticos. Fowler², ao tratar dos sopros inocentes, diz que estes se acentuam quando o débito cardíaco se eleva, como na gravidez e na tireotoxicose. O SS pouco comum nos adultos torna-se mais freqüente na presença de tais condições. Podemos citar, por exemplo, o SS em área mitral ou pulmonar tão comuns nas gestantes sem cardiopatia.

Sabemos que a estrutura intracardíaca na sua complexidade anatômica, propicia, sob influência de pequenos desvios da dinâmica circulatória, como o aumento da velocidade circulatória ou a diminuição da viscosidade sangüínea, condições de turbulência da corrente sangüínea, responsáveis por vibrações inaudíveis comumente, mas perceptíveis quando exarcebadas ou quando a ausculta ou registro são feitos sob condições favoráveis.

É Fowler² quem ainda enfatiza as condições em que o médico deve estar atento para o aparecimento dos sopros inocentes e/ou funcionais: a) crianças ou adolescentes; b) gravidez; c) pessoas nervosas; d) tórax infundibuliforme ou achatados; e) anemia; f) febre; e) hipertireoidismo.

Segundo Scott,⁶ os sopros inocentes possuem as seguintes características: são suaves, de curta duração, com epicentro e irradiação limitados, aumentam de intensidade com o exercício físico ou em condições que induzem o aumento da frequência cardíaca, variam com respiração e postura, são sempre sistólicos - exceto o zumbido venoso - e jamais se acompanham de frêmitos. Algumas vezes temos observado, principalmente em crianças muito jovens, SS com essas características, mas audível em todo precórdio sem qualquer irradiação específica. Nelas a área precordial é pouco extensa e a parede torácica é mais elástica e menos espessa que no adulto, dando maior proximidade com o coração. Todos esses fatores contribuem para que o sopro, mesmo de pequena intensidade, possa ser audível em toda a área precordial.

Ainda segundo esse autor, os sopros inocentes mais comuns são: a) o sopro vibratório ou de Still; b) o sopro sistólico pulmonar; c) o zumbido venoso.

O sopro vibratório foi descrito em 1909 por Still, segundo Perloff⁴, ou em 1918, segundo Zarco⁷. Lembra o som emitido por corda de instrumento musical ou pelo diapasão quando vibrado, localizando-se, de preferência, na região mesocardíaca ou na área mitral, geralmente de irradiação pobre e mais audível na posição deitada, em expiração. É na opinião de Fowler², o sopro inocente mais comum, presente em 10-20% das crianças, entre 5 e 15 anos, porém pode ser encontrado em adultos, especialmente mulheres grávidas.

Apesar de ser um sopro facilmente reconhecível, em algumas ocasiões, necessitam diagnóstico diferencial com comunicação interventricular (CIV), insuficiência mitral ou mesmo miocardiopatia hipertrófica.

O sopro pulmonar, melhor audível no 2º espaço intercostal esquerdo da linha paraesternal, é o que mais freqüentemente plantea dúvida no clínico. Em geral, é confundido com sopros da estenose pulmonar (EP), Comunicação Interatrial (CIA) ou da dilatação idiopática da artéria pulmonar. Quando inocente, diminui de intensidade com a inspiração e posição ereta, possui intensidade de + a ++/4 e associa-se, com frequência, a estados hipercinéticos. As deformações torácicas, como o tórax infundibuliforme e coluna retificada, podem associar-se a sopros em pacientes não cardiopatas. O diagnóstico diferencial entre o SS inocente de foco pulmonar e a CIA e EP é fácil. No CIA o desdobramento de B2 é fixo ou

com pequena variação respiratória e o SS é, mais freqüentemente, protomeso. Na EP o SS é mesotele, geralmente englobando o A2 ou mesmo ultrapassando. O desdobramento de B2 é extenso e o P2 tem intensidade reduzida, sendo, algumas vezes, inaudível ou mesmo não registrado. Quando o SS é inocente, o B2 tem o comportamento fisiológico, constituindo elemento de grande valia no diagnóstico diferencial com as cardiopatias que dão origem a sopro com epicentro no foco pulmonar.

O zumbido venoso talvez seja, dos sopros inocentes, um dos que, com maior freqüência, se apresenta em crianças de pouca idade. Trata-se de um sopro de timbre suave, pouco intenso, sem frêmito contínuo, lembrando, sem confundí-lo, o sopro do PCA. É de localização mais comum na região infraclavicular direita, aumenta com a inspiração, desaparece com a compressão da jugular do mesmo lado ou na posição deitada ou, ainda, com a superextensão dos músculos do pescoço, com a cabeça girada para a esquerda. O sopro contínuo do PCA é mais audível à esquerda, logo abaixo da clavícula, é rude no timbre e acompanhado de frêmito, podendo estender-se até a área mitral.

Perloff² cita outros tipos de sopro inocente que mencionaremos por ordem de freqüência em seu aparecimento.

O SS de epicentro no foco aórtico plantea o diagnóstico diferencial com o sopro da estenose aórtica (EA). Existe o sopro supraclavicular ouvido em crianças e adultos jovens; o sopro mamário, das mulheres no final da gravidez e no período de lactação e o sopro pulmonar dos recém-nascidos, especialmente prematuros.

Os sopros inocentes assumem importância diagnóstica tanto maior quanto mais se pensa no mal que pode representar para um paciente quando confundidos com sopros patológicos. Sempre que possível, os sopros inocentes devem ter os seus tipos bem determinados através de um exame clínico judicioso e documentado com exames complementares. Dessa forma, o médico ficará mais tranqüilo e prestará ao paciente as devidas informações, evitando-lhe levar o estigma de cardiopata pelo resto da vida.

Para atingir esse objetivo, o médico conta com exames não invasivos, como o radiológico, eletrocardiograma e o ecocardiograma, capazes de lhe oferecer todos os elementos precisos para um diagnóstico seguro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FISHLEDER, B.L. Exploración cardiovascular y fonomecanografía clínica. *Prensa Méd. Mex.* 1966.
2. FOWLER, N.Q. *Cardiac diagnosis and treatment*. 2.ed. Hargeston: Harper and Row. 1975.
3. NADAS, S. *Pediatric cardiology*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1957.
4. PERLOFF, J.K. The clinical recognition of congenital heart disease. Philadelphia: W.B. Saunders, 1978.
5. SCOTT, O. The child with an innocent heart murmur. *Practitioner*, v.220, n.1317, p.403-5, 1978.
6. SCOTT, J.T.; MURPHY, E.A. Mammary souffle of pregnancy. Report of two cases simulating patent ductus *Arterious. Circ.*, v.18, p.1038, 1958.
7. ZARCO, P. *Exploration clínica del corazón*. Madrid: Alhambra, 1967.