

Dissecção de Átrio Esquerdo por Endocardite Infecçiosa de Valva Mitral

Left Atrial Dissection by Infectious Endocarditis of Mitral Valve

Francisco Fábio Gadelha Cavalcante, Fernanda Fonseca Costa, Wellington Antônio Silva, Sandra Nívea dos Reis Saraiva Falcão, Nelson Lopes Evangelista, José Eloy da Costa Filho

Hospital de Messejana, Fortaleza, CE – Brasil

Introdução

Dissecção de átrio esquerdo (DAE) é uma entidade rara, definida como a separação forçada das camadas da parede do átrio esquerdo por sangue, mais comumente associada à cirurgia cardíaca. Apenas casos isolados foram descritos, não se conhecendo verdadeira incidência, etiologia e manejo dessa doença. Descrevemos um caso de dissecção de átrio esquerdo após endocardite infecciosa de valva mitral nativa. Uma complicação rara que merece ser reconhecida e tratada com urgência.

Relato do Caso

Paciente do sexo masculino, 30 anos, há um ano com sintomas de insuficiência cardíaca e há sete dias com piora da dispneia associada a febre. Ao exame físico acordado, orientado, ritmo regular, sopro sistólico (3+/6+) em foco mitral, ausculta pulmonar com crepitações em dois terços inferiores, edema de membros inferiores (4+/4+), lesões descamativas em dorso e pressão arterial 140 x 90 mmHg.

Realizou ecocardiograma transtorácico que evidenciou imagens cavitadas ao nível do anel valvar mitral posterior, com destruição parcial da cúspide posterior e dissecção parcial da parede posterior do átrio esquerdo (Figura 1). Foi observada imagem móvel medindo cerca de 6 x 7 mm junto à parede septal do átrio esquerdo, sugestiva de vegetação (Figura 2), além de refluxo mitral importante e falha de coaptação das cúspides da valva tricúspide com refluxo importante. A pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP) foi estimada em 68 mmHg e foi observado derrame pericárdico discreto.

O paciente foi submetido a cirurgia de urgência com achados de valva mitral insuficiente com ruptura de cordoalha, tecido necrótico envolvendo folheto posterior e septos interatrial e interventricular (abscesso da parede septal). Foi realizada a troca de valva mitral por prótese biológica, correção da parede septal, plastia tricúspide (técnica de De Vega) e ressecção com reconstrução de

banda ventricular esquerda por abscesso. Paciente recebeu alta hospitalar estável e com acompanhamento ambulatorial.

Após um ano e cinco meses, o paciente foi novamente admitido com quadro febril e insuficiência cardíaca descompensada. Nesse momento foi realizado o ecocardiograma transesofágico que mostrou bioprótese mitral com área valvar de 2,1 cm² (estimada pelo pressure half time – PHT), gradiente diastólico médio entre átrio esquerdo e ventrículo esquerdo de 10 mmHg e refluxo mitral paraprotético moderado. Observou-se imagem de provável dissecção de septo interatrial, com formação de grande cavidade ocupada por trombo, e projeção desse trombo para a prótese mitral, levando a restrição relativa da abertura valvar e aumento do gradiente entre átrio esquerdo e ventrículo esquerdo. Foi ainda evidenciada a presença de imagens móveis na extremidade do trombo, sugestivas de vegetações (trombo infectado?) (Figuras 3 e 4). A valva tricúspide apresentava aspecto normal e refluxo leve. A PSAP foi estimada em 41 mmHg.

O paciente foi encaminhado para a cirurgia, em que foi visto grande abscesso no anel da prótese mitral e no septo interatrial. Foi realizada a troca da prótese mitral biológica por prótese metálica, bem como atriosseptoplastia e drenagem dos abscessos.

O paciente evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório e recebeu alta hospitalar estável clinicamente.

Discussão

Dissecção do átrio esquerdo é uma separação do endocárdio do átrio esquerdo do miocárdio ou epicárdio, estendendo-se do anel mitral ou tricúspide para o septo interatrial ou parede do átrio esquerdo, criando uma nova cavidade¹. É uma doença extremamente rara que ocorre predominantemente após cirurgia de troca de valva mitral^{2,3}. Trauma cardíaco, infarto agudo do miocárdio, endocardite de prótese, massagem cardíaca vigorosa, intervenção coronariana percutânea, canulação de veia pulmonar⁴, cirurgias de valva aórtica, de revascularização ventricular ou de reparo de aneurisma ventricular esquerdo podem também causar dissecção de átrio esquerdo. A incidência de DAE após cirurgia da valva mitral é de 0,84%. Apenas alguns casos isolados têm sido publicados. Conforme revisão de Fukuhara e cols.¹, 36 casos ocorreram após cirurgia da valva mitral e apenas cinco casos com dissecção espontânea. Desses, dois casos foram relacionados a amiloidose e um, a calcificação do anel mitral.

Em quase todos os casos reportados a cavidade dissecada tinha continuidade com o ventrículo esquerdo, que é uma das razões da associação da DAE com ruptura do VE⁵.

Palavras-chave

Átrios do Coração/Cirurgia; Dissecção; Endocardite/Complicações; Valva Mitral/Fisiopatologia.

Correspondência: Francisco Fábio Gadelha Cavalcante •

Rua Esperanto, 546, Ap. 203, CEP 60410-312, Parreão, Fortaleza, CE - Brasil

E-mail: fabiogcavalcante@yahoo.com.br

Artigo recebido em 14/07/2014; revisado em 21/08/2014; aceito em 03/09/2014.

DOI: 10.5935/2318-8219.20150007

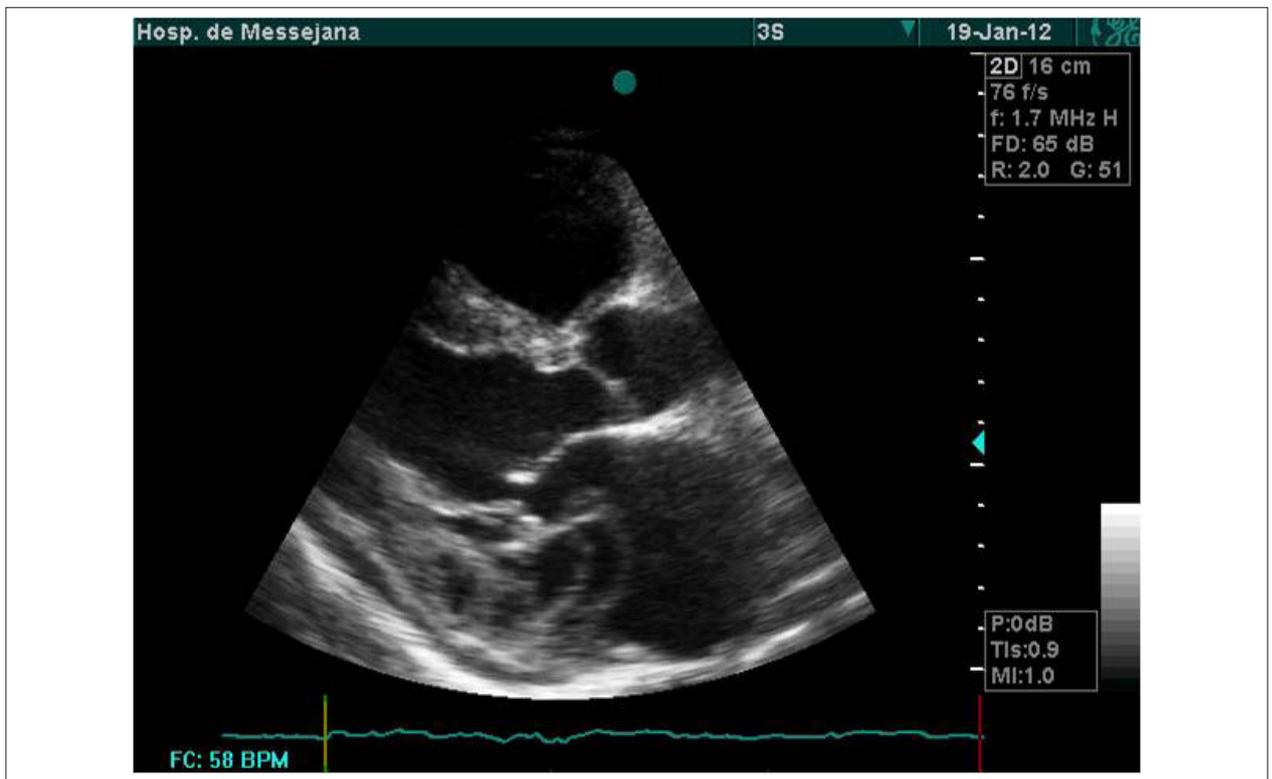


Figura 1 – Dissecção de átrio esquerdo, mostrando separação das camadas da parede atrial, corte paraesternal longitudinal ao ecocardiograma transtorácico.

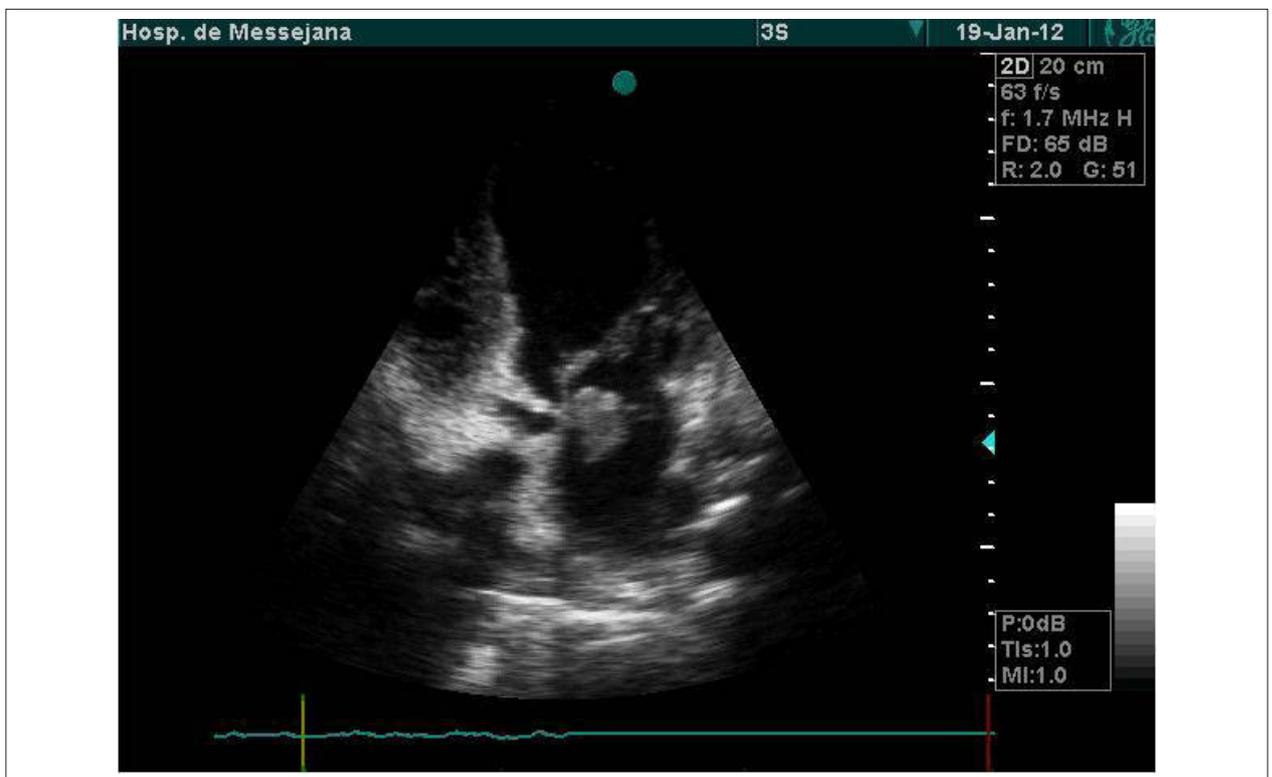


Figura 2 – Corte apical cinco câmaras com imagem móvel medindo cerca de 6 x 7 mm junto à parede septal do átrio esquerdo, sugestiva de vegetação.

Relato de Caso

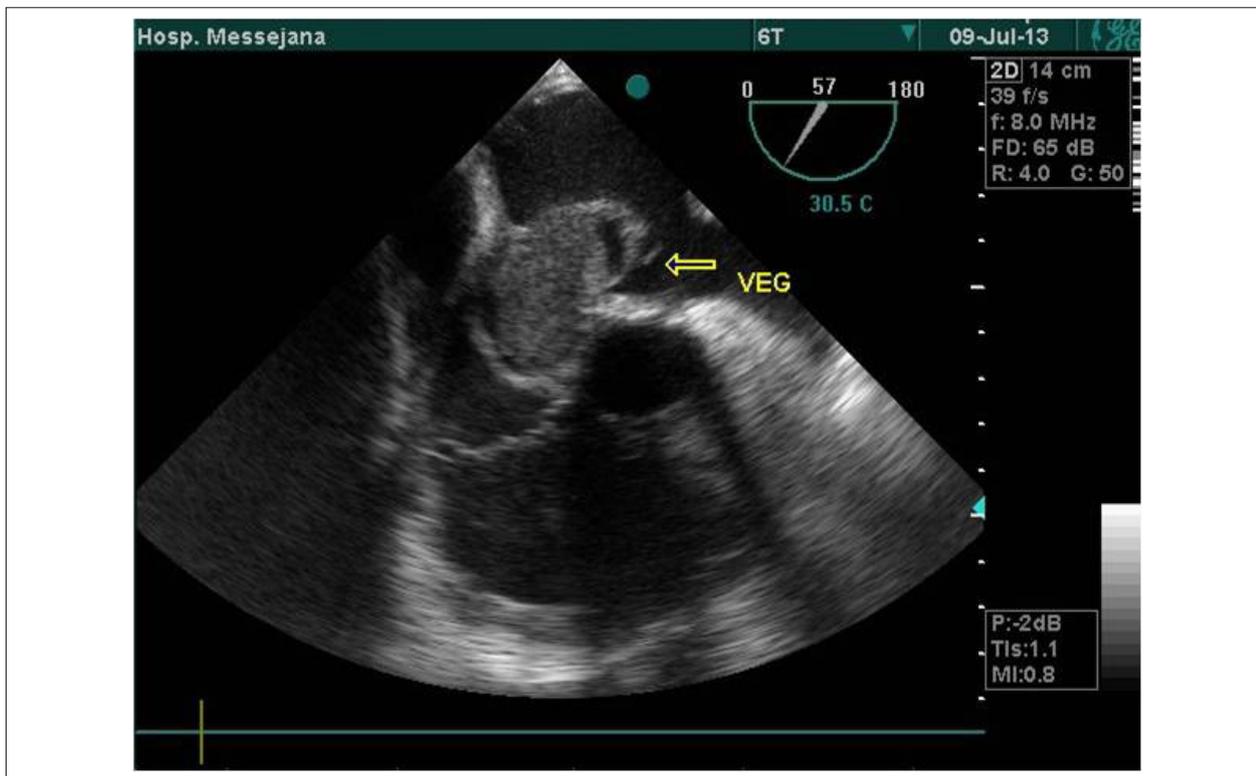


Figura 3 – Presença de vegetação em septo interatrial ao ecocardiograma transesofágico. VEG: vegetação.

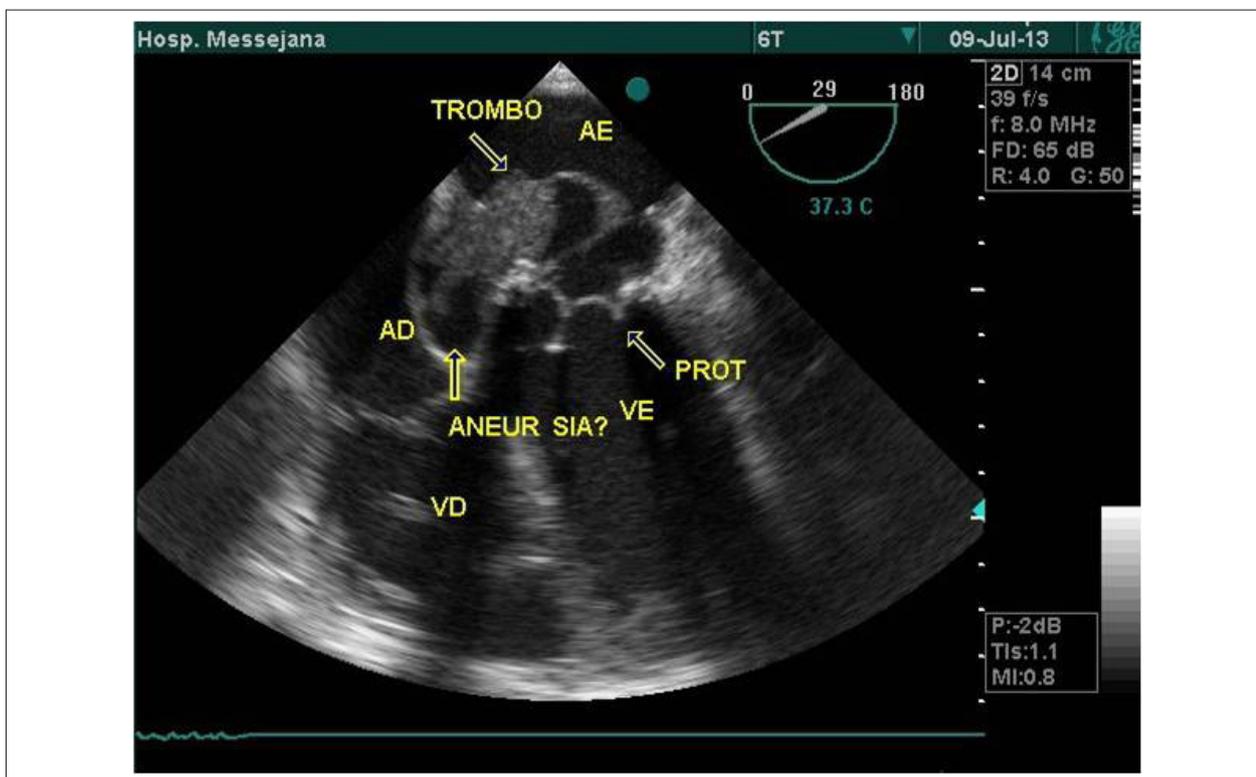


Figura 4 – Presença de trombo em átrio esquerdo e aneurisma de septo interatrial ao ecocardiograma transesofágico. AE: átrio esquerdo; AD: átrio direito; VE: ventrículo esquerdo; VD: ventrículo direito; PROT: prótese; ANEUR SIA?: aneurisma de septo interatrial?.

Foi observado que a maioria (81%) das dissecções é de parede posterior do átrio esquerdo, e apenas cinco casos (11,9%) foram do septo interatrial, semelhante ao ocorrido com esse paciente apresentado, e somente três casos da parede anterior.

O ecocardiograma transesofágico é uma ferramenta importante para o diagnóstico correto e auxilia o cirurgião cardíaco no tratamento com a abordagem adequada da lesão. Não foi realizado no primeiro episódio de endocardite infecciosa em razão da gravidade do quadro clínico com imediata transferência do paciente para o centro cirúrgico.

Conforme o consenso americano de 2014 de doença cardíaca valvar, o ecocardiograma transesofágico no intraoperatório é recomendação classe I para cirurgia valvar de endocardite infecciosa, a fim de avaliar o sucesso da correção ou substituição valvar e detectar complicações, como extensão da doença infecciosa além do tecido valvar⁶. Mas nem todos os centros de cardiologia do Brasil dispõem de um com facilidade no centro cirúrgico.

A maioria dos casos é tratada cirurgicamente; mas quando descoberto tardiamente em paciente hemodinamicamente estável, pode ser acompanhado clinicamente⁷. Na literatura foi revisado que a taxa de reparo cirúrgico fica em torno de 79% dos pacientes com DAE¹.

Lorenzana e cols.⁸ descreveram em 1998 um caso semelhante em um paciente de 66 anos com endocardite infecciosa de valva mitral nativa por *Staphylococcus aureus*⁸. Após 48 horas de tratamento, o paciente apresentou quadro de hipotensão arterial grave e insuficiência respiratória por edema agudo de pulmão, evoluindo para óbito no pré-operatório por insuficiência respiratória refratária e choque.

Desse modo, esse caso apresentado é peculiar por apresentar dissecção da parede septal do átrio esquerdo causado por endocardite de valva mitral nativa, tratado com sucesso cirurgicamente e recorrência do quadro por nova infecção em prótese mitral com nova abordagem e evolução satisfatória.

Essa apresentação atípica demonstra a importância da realização precoce do ecocardiograma transtorácico e se possível transesofágico para o diagnóstico de doenças graves e programação cirúrgica adequada.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Falcão SNRS, Costa Filho JE; Obtenção de dados: Costa FF, Silva WA, Evangelista NL; Análise e interpretação dos dados: Cavalcante FFG, Silva WA, Evangelista NL; Análise estatística: Cavalcante FFG, Silva WA, Evangelista NL; Redação do manuscrito: Cavalcante FFG; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Falcão SNRS, Costa Filho JE.

Potencial conflito de interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação acadêmica

Este artigo é vinculado à conclusão da residência médica em Ecocardiografia do Hospital de Messejana da Secretaria da Saúde do Ceará.

Referências

1. Fukuhara S, Dimitrova KR, Geller CM, Hoffman DM, Ko W, Tranbaugh RF. Left atrial dissection: etiology and treatment. *Ann Thorac Surg*. 2013;95(5):1557-62.
2. Fujiishi T, Koitabashi T, Inomata T, Ohori K, Shibata K, Okamoto H, et al. Prosthetic mitral valve endocarditis with left atrial dissection. *Circulation*. 2013;77(6):1585-6.
3. Ota T, Subramaniam K, Cook CC, Bermudez C. Left atrial wall hematoma/dissection after mitral valve replacement. *Circulation*. 2010;121(4):584-5.
4. Tolpin DA, Collard CD, Thomas Z, Pan W. Left atrial dissection associated with pulmonary vein cannulation: echo rounds. *Anesth Analg*. 2009;109(5):1409-12.
5. Lombardo A, Luciani N, Rizzello V, Natale L, Pennestrí F, Ricci R, et al. Images in cardiovascular medicine. Spontaneous left atrial dissection and hematoma mimicking a cardiac tumor: findings from echocardiography, cardiac computed tomography, magnetic resonance imaging and pathology. *Circulation*. 2006;114(7):e249-50.
6. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP III, Guyton RA, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2014;63(22):e57-185.
7. Martínez-Sellés M, García-Fernández MA, Moreno M, Bermejo J, Delcán JL. Echocardiographic features of left atrial dissection. *Eur J Echocardiogr*. 2000;1(2):147-50.
8. Lorenzana MLC, Pérez JML, Macías EM, López JMG, Rodríguez JP. Disecção auricular izquierda y endocarditis infecciosa. *Rev Esp Cardiol*. 1998;51(5):402-3.