

Dilatação Idiopática do Átrio Direito em Adolescente Assintomático – Relato de Caso

Idiopathic Dilatation of the Right Atrium in Asymptomatic Adolescent – Case Report

Rodrigo Cordovil Pinto L. da Costa, Eduardo Mesquita de Oliveira, Ana Clara Tude Rodrigues, Sergio Almeida de Oliveira, Marcelo Luiz Campos Vieira, Samira Saady Morhy

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP – Brasil

Introdução

A dilatação idiopática do átrio direito (AD) é uma condição rara, frequentemente assintomática, com tratamento controverso, podendo se restringir ao acompanhamento clínico ou tratamento cirúrgico. Descrevemos aqui um caso de um adolescente com achados ecocardiográficos compatíveis com essa doença.

Relato do Caso

Paciente B.R.I.C., 16 anos, sexo masculino, assintomático do ponto de vista cardiovascular, realizava exames de rotina com o objetivo de liberação para prática de atividades físicas, quando foi observado aumento significativo da área cardíaca em radiografia de tórax. O eletrocardiograma não demonstrava anormalidades, sendo assim realizado um ecocardiograma transtorácico. Os achados do ecocardiograma foram um aumento marcante do AD, com volume atrial estimado em 270 mL (Figura 1). No mesmo paciente, o volume do átrio esquerdo era de 30 mL. A valva tricúspide não apresentava anormalidades estruturais que sugerissem doença de Ebstein, porém, observava-se uma dilatação acentuada do anel valvar tricúspide, medindo 6,3 cm no corte apical de 4 câmaras. Surpreendentemente, o refluxo tricúspide era discreto (Figura 2), e não havia hipertensão pulmonar significativa (pressão sistólica de artéria pulmonar estimada em 30 mmHg, a partir da regurgitação tricúspide). O ventrículo direito mostrava-se discretamente aumentado, porém sua função sistólica encontrava-se preservada. As câmaras esquerdas também mostravam dimensões e função sistólica normal, com compressão discreta do átrio esquerdo. Para excluir a presença de trombos intracavitários, foi realizado um ecocardiograma transesofágico, que confirmou os achados do ecocardiograma transtorácico, e demonstrou ainda a integridade do septo interatrial e a ausência de trombos em átrios e respectivos apêndices. Em razão do aumento exacerbado do AD, optou-se pelo tratamento cirúrgico para

ressecção parcial deste, na tentativa de prevenir arritmias atriais e possíveis episódios tromboembólicos. Durante o procedimento cirúrgico, observou-se dilatação acentuada do AD, que apresentava paredes extremamente finas, semelhantes a papel. Foi realizada a ressecção parcial e o pós-operatório seguiu sem intercorrências (Figuras 3 e 4). Foi realizado estudo histopatológico do segmento ressecado que evidenciou adelgaçamento da camada miocárdica, com atenuação e ausência focal da camada miocárdica e degeneração gordurosa (Figura 5). O ecocardiograma realizado em pós-operatório precoce e após um ano mostrava discreta dilatação residual do AD, com refluxo tricúspide mínimo. O paciente permaneceu assintomático, sem nenhuma intercorrência clínica, mantendo acompanhamento cardiológico anual até os dias de hoje. Ecocardiogramas recentes, no entanto, mostraram dilatação progressiva do AD.

Discussão

A dilatação idiopática do AD é uma anomalia rara, sem etiologia ainda definida. Na maior parte das vezes seu diagnóstico é feito em crianças, de maneira incidental, a partir de uma radiografia de tórax com aumento da área cardíaca. Raros casos de dilatação idiopática do AD têm sido relatados intraútero¹ ou em pacientes com faixa etária avançada, em estudos de autópsia.² Em geral apresenta prognóstico benigno, podendo, entretanto, acompanhar-se de bloqueios atrioventriculares ou arritmias atriais,^{3,4} que por suas vez são causa potencial de tromboembolismo. Os achados anatomopatológicos consistem de uma dilatação aneurismática restrita ao AD, que é formado de paredes extremamente finas, com estudos histológicos mostrando extensa fibrose atrial. O diagnóstico da dilatação idiopática do AD é baseado nos achados ecocardiográficos característicos,^{5,6} sendo o diagnóstico diferencial feito principalmente com doenças que acometam o lado direito do coração, entre elas a anomalia de Ebstein e suas variações, a doença de Uhl e a displasia arritmogênica do VD. A anomalia de Ebstein apresenta implantação mais apical da valva tricúspide, acarretando maior dimensão do AD, suplantando inclusive o tamanho do ventrículo direito. Não existe, entretanto, substituição tecidual da parede das câmaras direitas. Por outro lado, na displasia arritmogênica do ventrículo direito (VD) o achado histológico característico é a substituição do tecido miocárdico por tecido fibroadiposo na parede ventricular; e na doença de Uhl inexistente a camada miocárdica na parede livre do VD, total ou parcialmente, com preservação da anatomia valvar em ambas as ocasiões. A doença de Uhl habitualmente evolui para óbito ainda na infância, porém já foram descritos casos que tiveram o diagnóstico feito

Palavras-chave

Adolescente; Átrio Direito/anormalidades; Átrio Direito/cirurgia; Dilatação Patológica/diagnóstico; Ecocardiografia.

Correspondência: Dr. Rodrigo Cordovil Pinto Lobo da Costa •

Rua da Granja Julieta, 9, Apto 33. CEP 04721-060, São Paulo, SP - Brasil
E-mail: rodrigocordovil@cardiol.br

Artigo recebido em 22/07/2015; revisado em 21/08/2015; aceito em 27/10/2015.

DOI: 10.5935/2318-8219.20160008

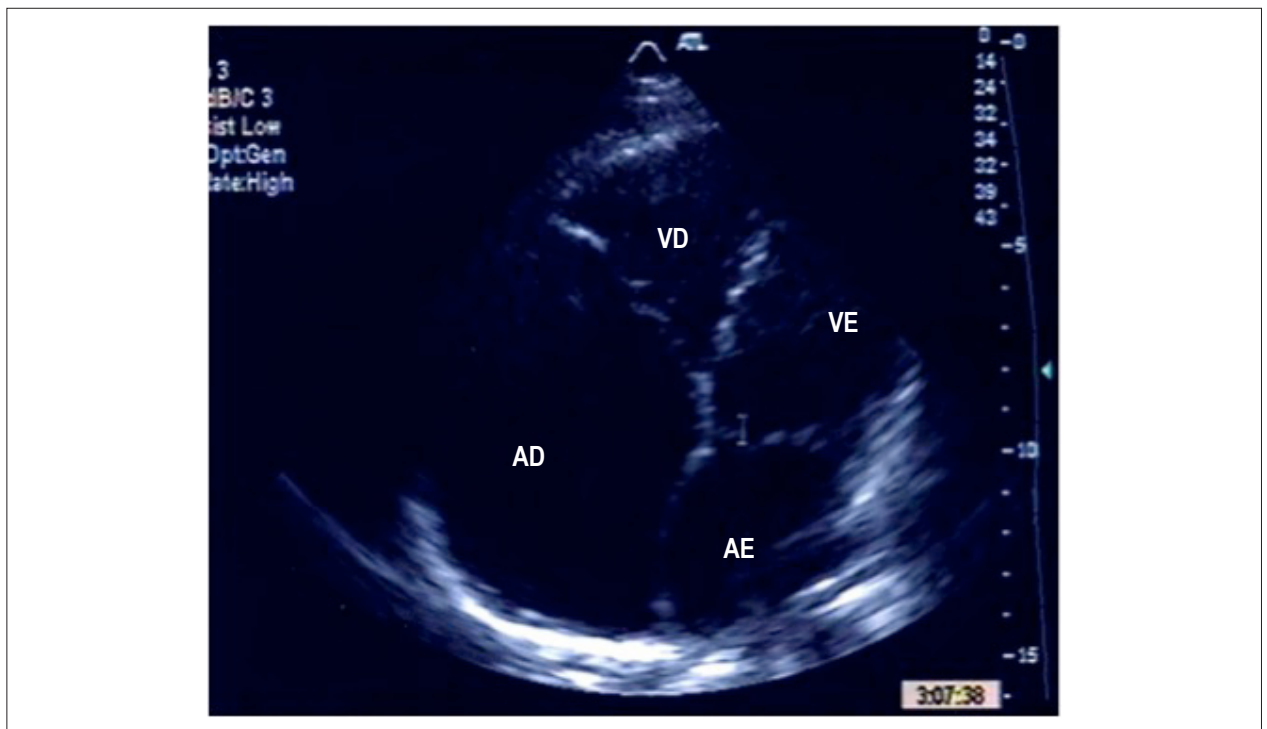


Figura 1 – Ecocardiograma transtorácico (ETT) evidenciando dilatação importante do átrio direito. VD: ventrículo direito; VE: ventrículo esquerdo; AD: átrio direito; AE: átrio esquerdo.

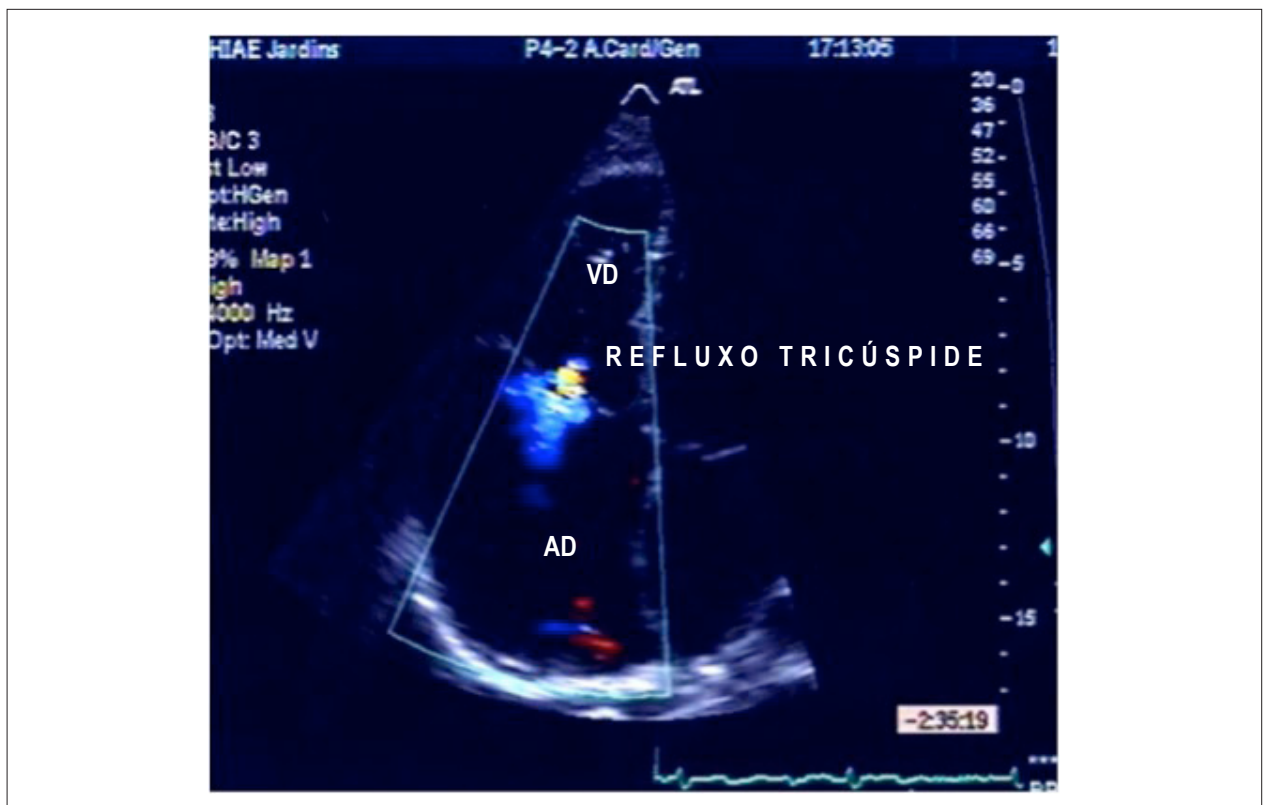


Figura 2 – ETT com aumento importante do átrio direito e dilatação do anel tricúspide, ocasionando regurgitação discreta. VD: ventrículo direito; AD: átrio direito.

Relato de Caso

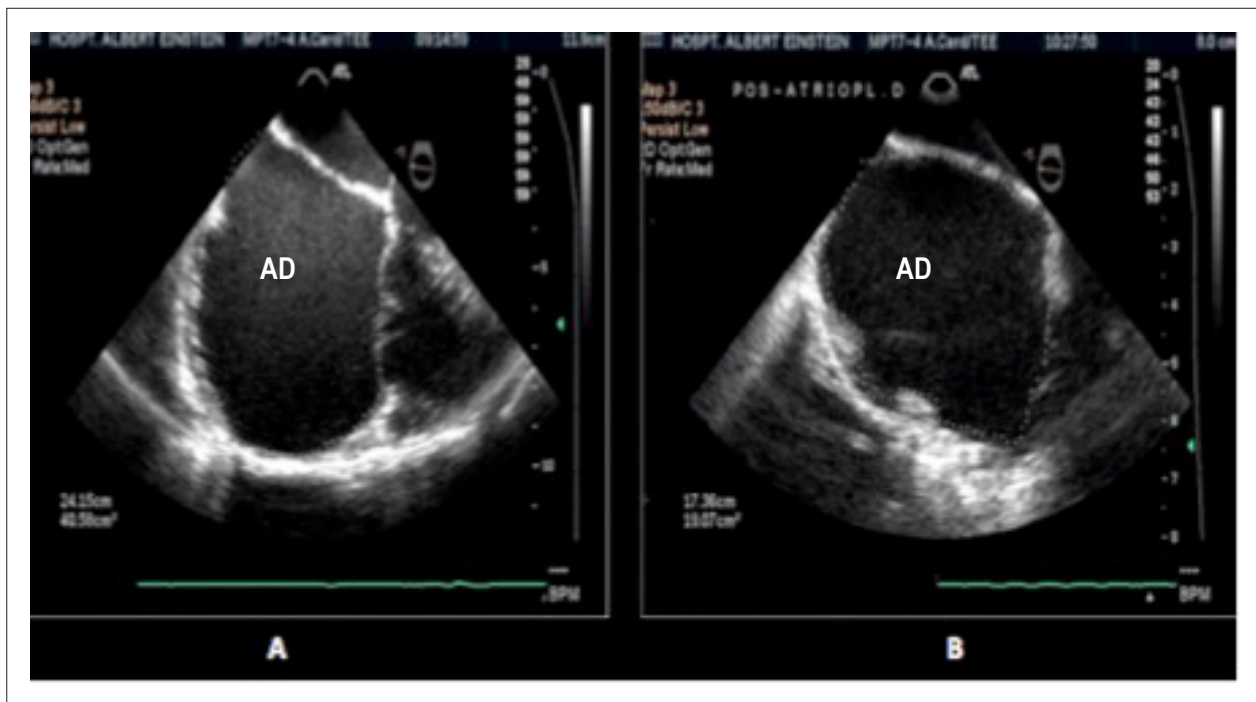


Figura 3 – Ecocardiograma transesofágico (ETE) intraoperatório, pré-procedimento de ressecção parcial do átrio direito (A) e aspecto pós-procedimento, evidenciando acentuada redução da área seccional do átrio direito (B).

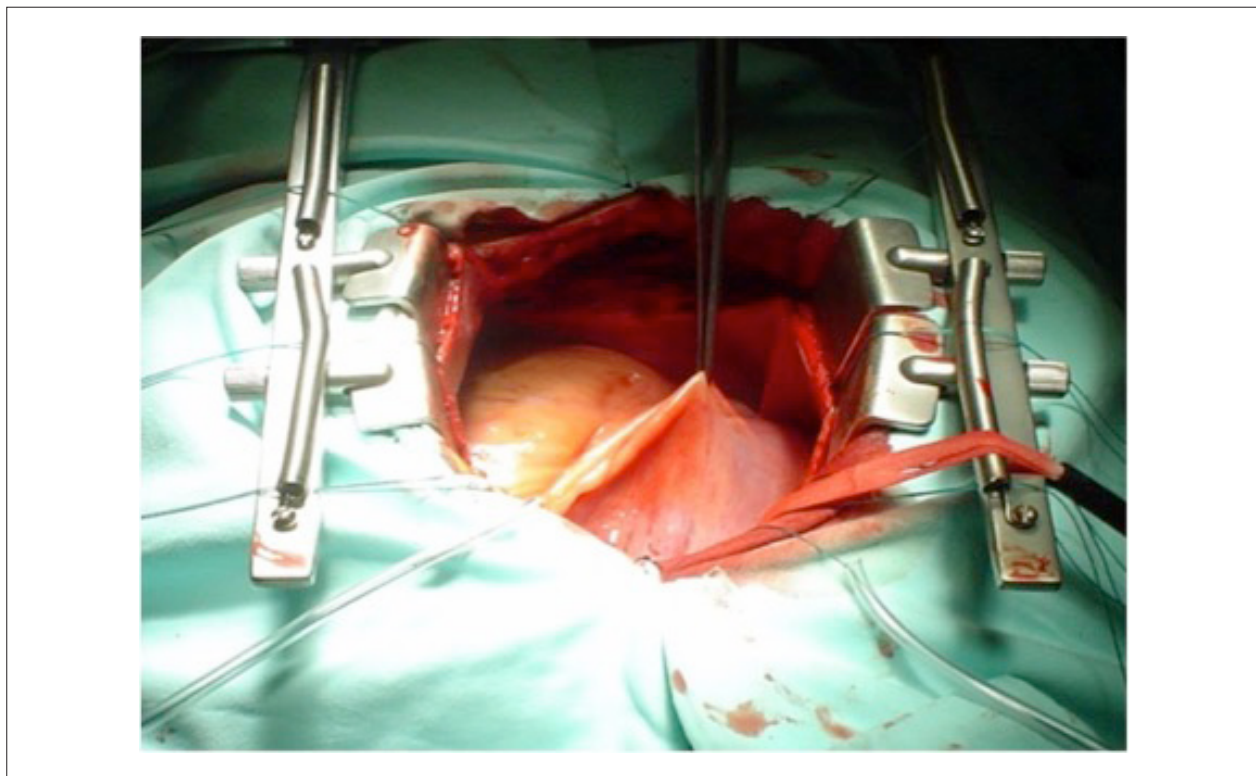


Figura 4 – Aspecto delgado da parede do átrio direito, antes da ressecção parcial deste.

na vida adulta. O tratamento da dilatação idiopática do AD é controverso, em razão da sua raridade; estudos com um número maior de pacientes (sete crianças) relatam um bom prognóstico para pacientes assintomáticos em acompanhamento clínico. Para aqueles pacientes sintomáticos, que podem se apresentar com sintomas de insuficiência cardíaca direita e/ou arritmias recorrentes, o tratamento medicamentoso pode ser útil para a melhora da qualidade de vida do paciente, servindo como ponte para o tratamento definitivo cirúrgico, que consiste na ressecção parcial do AD, e tem sido utilizado para pacientes sintomáticos com fibrilação atrial ou *flutter*, com bons resultados para os poucos casos relatados com acompanhamento em longo prazo.^{3,7} Nessa situação, optou-se pelo tratamento cirúrgico de maneira preventiva, já que o paciente mantinha atividade física intensa, na tentativa de evitar complicações embolígenas.

Conclusão

O ecocardiograma é crucial tanto para a realização do diagnóstico inicial quanto para o manuseio adequado do paciente, em especial para evitar condutas iatrogênicas.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Costa RCPL, Oliveira EM, Rodrigues ACT, Oliveira SA; Obtenção de dados: Oliveira EM, Rodrigues ACT, Oliveira SA; Análise e interpretação dos dados: Rodrigues ACT, Oliveira EM; Redação do manuscrito: Costa RCPL, Rodrigues ACT; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Costa RCPL, Vieira MLC, Morhy SS.

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

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

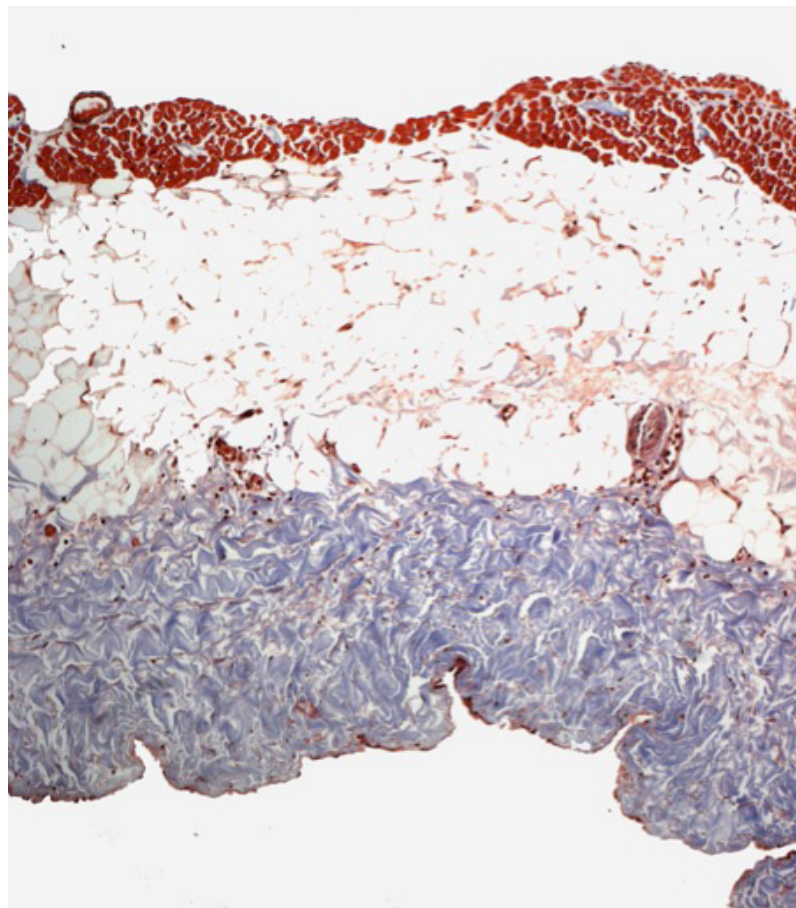


Figura 5 – Fotomicrografia da parede atrial direita ressecada, mostrando atenuação e ausência focal da camada miocárdica (cor vermelha-escuro), e infiltração gordurosa. Coloração tricromática de Masson, magnificação objetiva de 10X.

Relato de Caso

Referências

1. da Silva AM, Witseburg M, Elzenza N, Stewart P. [Idiopathic dilatation of the right atrium diagnosed in utero]. *Rev Port Cardiol.* 1992;11(2):161-3.
2. Terada T, Oiwake H, Nakanuma Y, Ohta G, Nishino T. An autopsy case of idiopathic enlargement of the right atrium, and a review of the literature. *Acta Pathol Jpn.* 1988;38(10):361-70.
3. Blaysat G, Villain E, Marcon F, Rey C, Lipka J, Lefevre M, et al. [Prognosis and outcome of idiopathic dilatation of the right atrium in children. A cooperative study of 15 cases]. *Arch Mal Coeur Vaiss.* 1997;90(5):645-8.
4. Pernot C, Hoeffel JC, Jacob F. Idiopathic dilatation of the right atrium revealed in childhood by dysrhythmias. *Pediatr Radiol.* 1977;6(1):52-4.
5. Iwase M, Hurui H, Miyaguchi K, Hayashi H, Yokota M, Takeuchi J, et al. Two-dimensional echocardiography and magnetic resonance imaging in diagnosis of idiopathic dilation of the right atrium. *Am Heart J.* 1990;120(5):1231-3.
6. Maione S, Giunta A, Betocchi S, Ferro G, Vigorito C, Chiariello M. Two-dimensional echocardiography in idiopathic enlargement of the right atrium. Reliability and limitations. *Cardiology.* 1983;70(4):216-22.
7. Picarelli D, Doderia A, Antunez S, Touya G, Abdala D. Extensive atrial wall resection in a patient with symptomatic idiopathic right atrial enlargement. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2005;130(4):e3-4.