

Pseudoaneurisma de Ventrículo Esquerdo após Troca de Valva Mitral: Relato de Caso e Atualização de Literatura

Left Ventricle Pseudoaneurysm After Mitral Valve Replacement: Case Report and Literature Update

Pedro Rafael de Oliveira Nascimento, Gustavo Henrique Belarmino de Góes, Diana Patricia Lamprea Sepulveda, Ricardo Carvalho Lima, José Maria Del Castillo, Dário Celestino Sobral Filho

Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco, Recife, PE – Brasil

Introdução

O pseudoaneurisma de ventrículo esquerdo (PAVE) é caracterizado como uma ruptura parcial do miocárdio, que é contida pelo pericárdio ou pelo epicárdio da parede do ventrículo esquerdo (VE).¹ É uma complicação pouco frequente do infarto de parede inferior, porém, menos comumente, pode ocorrer após infarto de parede anterior.

Raramente o PAVE ocorre após troca de valva mitral, seja com uma apresentação clínica precoce ou tardia. Estima-se que o PAVE represente apenas 0,02% das complicações da troca de valva mitral,² como aconteceu no presente caso. A apresentação clínica pode cursar com dispneia leve, insuficiência cardíaca, dor precordial, endocardite e tamponamento cardíaco. No entanto, o paciente pode ser totalmente assintomático. Como a ruptura do PAVE está associada à alta mortalidade, o reconhecimento desta complicação, bem como a intervenção precoce, é essencial para um melhor prognóstico do paciente.^{1,2}

Relato do Caso

Relatamos o caso de uma paciente de 62 anos atendida em nossa instituição com história de dispneia súbita e lipotimia. Referia antecedente de hipertensão arterial sistêmica e de ter se submetido a duas trocas de valva mitral – em ambas, optou-se por bioprótese. A primeira troca de valva mitral foi realizada há 10 anos, e a segunda, 2 meses antes do atendimento, por conta de ruptura de folheto da prótese.

O exame físico inicial evidenciava estertores crepitantes nas bases de ambos os pulmões e sopro sistólico em foco mitral (4+/6+) irradiando para axila. No mesmo dia da admissão, evoluiu com insuficiência respiratória, com necessidade de intubação orotraqueal, além de choque cardiogênico, sendo necessário suporte hemodinâmico com drogas vasoativas (norepinefrina e dobutamina).

Foi transferida da emergência para a unidade de terapia intensiva. Uma das suspeitas diagnósticas iniciais foi Tromboembolismo Pulmonar (TEP), sendo realizada tomografia computadorizada de tórax (negativa para TEP).

Palavras-chave

Valva Mitral/Cirurgia; Valva Mitral/Complicações; Falso Aneurisma/Cirurgia; Ecocardiografia/Diagnóstico por Imagem.

Correspondência: Gustavo Henrique Belarmino de Góes •
Rua Arnóbio Marques, 310, Santo Amaro. CEP 50100-130, Recife, PE - Brasil
E-mail: gustavogoesmt@gmail.com
Artigo recebido em 6/12/2017; revisado em 13/12/2017; aceito em 24/1/2018

DOI: 10.5935/2318-8219.20180030

A suspeita de doença arterial coronariana foi afastada após avaliação seriada de troponina e creatininaquinase massa (CKMB). Também foi realizado Ecocardiograma Transtorácico (ETT), cujos principais achados foram o pseudoaneurisma (Figura 1), refluxo paraprotético importante (Figura 2) e rotura de cordas (Vídeos 1 e 2).

Foi levantada também a suspeita de pseudoaneurisma na base da parede inferolateral do VE. Em função do quadro clínico e dos achados ecocardiográficos, optou-se por tratamento cirúrgico, que confirmou a presença de PAVE de localização subvalvar. Foi realizada a plicatura do pseudoaneurisma com fio Prolene® 3.0, seguida de colocação de nova prótese biológica n.º 29. No pós-operatório, a paciente evoluiu clinicamente bem e recebeu alta hospitalar em uso de diurético, betabloqueador, inibidor da enzima conversora de angiotensina e anticoagulação após 14 dias da internação. O ETT pós-operatório mostrou prótese biológica bem posicionada e normofuncionante, sem evidência de *leaking*.

Discussão

O PAVE é uma condição rara e de apresentação clínica bastante variável, tornando o diagnóstico desafiador.¹ A etiologia mais frequente é o infarto agudo do miocárdio. Menos comumente, como no presente caso, pode ocorrer como uma complicação da troca de valva mitral, principalmente quando se trata de uma segunda substituição valvar. Outros fatores predisponentes são as endocardites e a colocação de prótese valvar com diâmetro maior que o recomendado para o paciente. Esses dois fatores estão relacionados à formação do PAVE por provocarem lesões no anel fibroso. Isso também é importante para diferenciar o PAVE do aneurisma verdadeiro. As paredes do pseudoaneurisma são formadas por tecido fibroso, enquanto no aneurisma verdadeiro, além do tecido fibroso, há também a presença de miocárdio.³

Além desta diferenciação, também é importante delimitar a localização anatômica do PAVE, já que a proximidade com vasos coronarianos, por exemplo, pode modificar o planejamento cirúrgico.³ Embora a tomografia computadorizada seja capaz de mostrar tais detalhes, na prática clínica a investigação por imagem é iniciada com ecocardiograma, seja na modalidade transtorácica ou transesofágica. O principal achado do ecocardiograma é a imagem de descontinuidade do endocárdio.⁴ No presente caso foi observada, no entanto, a cavidade aneurismática na parede inferolateral do VE, o que, associado às condições clínicas da paciente, sugeriu fortemente o diagnóstico de PAVE. O exame de imagem mais sensível é a ressonância magnética, porém, devido à pouca disponibilidade, este exame é reservado para os casos de dúvida diagnóstica.⁵

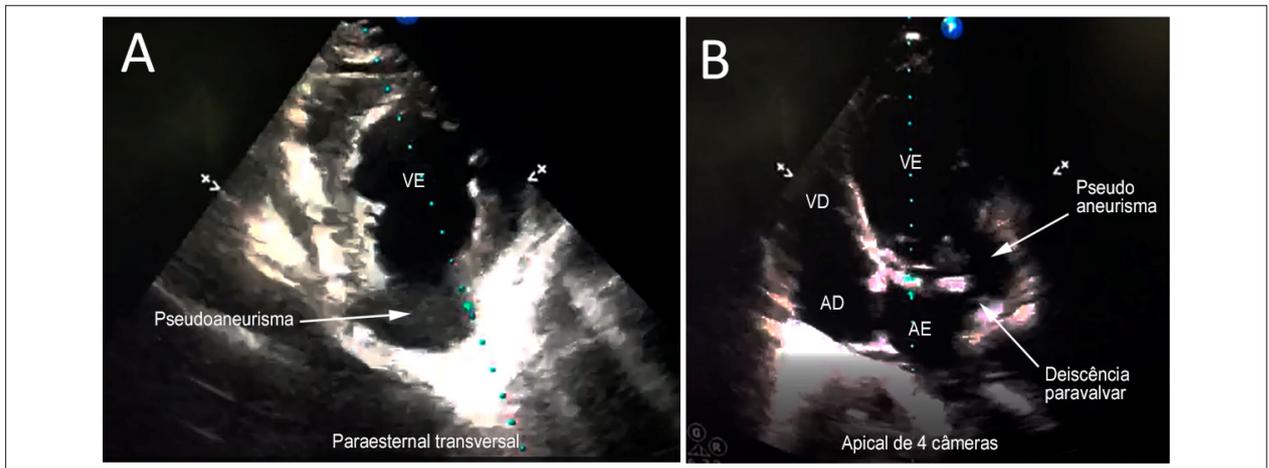


Figura 1 – Ecocardiograma transtorácico mostrando o pseudoaneurisma na parede inferolateral do ventrículo esquerdo (VE) nos cortes paraesternal transversal (A) e apical quatro câmaras (B). VD: ventrículo direito; AE: átrio esquerdo; AD: átrio direito.

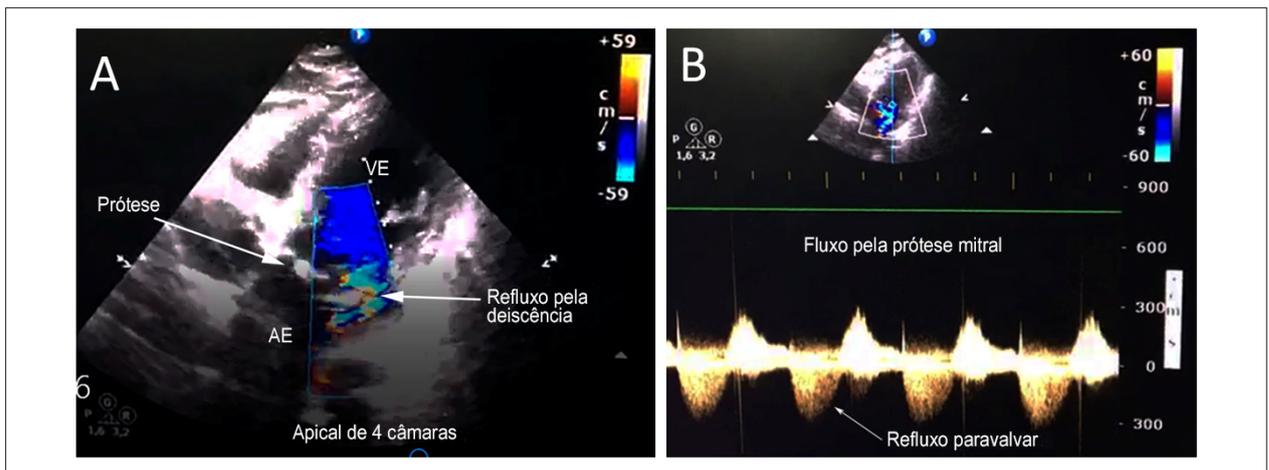


Figura 2 – Ecocardiograma transtorácico mostrando a prótese mitral, deiscência paravalvar e refluxo paraprotético importante (A e B). VE: ventrículo esquerdo; AE: átrio esquerdo.

A abordagem cirúrgica é o tratamento de escolha, sendo realizada, entre outras opções, a sutura primária para correção do pseudoaneurisma.⁴ Porém pode-se optar pelo tratamento conservador, a partir do qual são tratadas as possíveis complicações. Em um curto estudo com oito pacientes com PAVE após troca de valva mitral, Sakai et al.⁶ conduziram conservadoramente todos os pacientes, dos quais sete não apresentaram quaisquer complicações. Sakai et al.,⁶ no entanto, enfatizaram que a conduta conservadora só deve ser considerada em pseudoaneurismas de pequeno diâmetro e quando esta correção fosse a única indicação da cirurgia. Em pacientes com pseudoaneurisma de grande diâmetro e que já tivessem outra indicação de cirurgia cardíaca, deve ser realizada a plicatura do pseudoaneurisma.⁶

O presente estudo mostra relevância por relatar um caso de formação de PAVE por uma etiologia pouco frequente: troca de valva mitral. O tratamento escolhido foi a abordagem cirúrgica, sendo realizadas a plicatura do pseudoaneurisma e a retroca de valva mitral.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Nascimento PRO, Góes GHB; obtenção de dados: Nascimento PRO, Góes GHB; análise e interpretação dos dados: Góes GHB, Sepulveda DPL, Lima RC, Del Castillo JM, Sobral Filho DC; redação do manuscrito: Nascimento PRO, Góes GHB; revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Góes GHB, Sepulveda DPL, Lima RC, Del Castillo JM, Sobral Filho DC.

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.

Relato de Caso



Video 1 – Corte apical 4 câmaras mostrando: prótese mitral, pseudoaneurisma na parede inferolateral do ventrículo esquerdo, e o fluxo através da mesma. Acesse o vídeo aqui: http://departamentos.cardiol.br/dic/publicacoes/revistadic/2018/v31_3/video_v31_3_212_portugues.asp



Video 2 – Corte apical 4 câmaras mostrando: prótese mitral, pseudoaneurisma na parede inferolateral do ventrículo esquerdo, e o fluxo através da mesma. Acesse o vídeo aqui: http://departamentos.cardiol.br/dic/publicacoes/revistadic/2018/v31_3/video_v31_3_212_portugues.asp

Referências

1. Min SK, Sir JJ, Nah JC, Kim YL. Successful resection of a giant left ventricular pseudoaneurysm developed later after mitral valve replacement. *J Korean Med Sci.* 2010;25(7):1080-2.
2. Hirasawa Y, Tadamasu M, Sawamura T, Takiya H. Giant left ventricular pseudoaneurysm after mitral valve replacement and myocardial infarction. *Ann Thorac Surg.* 2004;78(5):1823-5.
3. Jung HS, Chung WB, Yang KS, Yang HK, Gweon TG, Lee CJ, et al. A case of left ventricular pseudoaneurysm in the left atrioventricular groove after mitral valve replacement. *J Cardiovasc Ultrasound.* 2010;18(4):157-60.
4. Şahan E, Şahan S, Karamanlioğlu M, Gül M, Tüfekçioğlu O. Left ventricular pseudoaneurysm after mitral valve replacement: review of pseudoaneurysms late after mitral valve replacement *Herz.* 2015;40(5):778-82.
5. Choi JB, Choi SH, Oh SK, Kim NH. Left ventricular pseudoaneurysm after coronary artery bypass and valve replacement for post-infarction mitral regurgitation. *Tex Heart Inst J.* 2006;33(4):505-7
6. Sakai K, Nakamura K, Ishizuka N, Nakagawa M, Hosoda S. Echocardiographic findings and clinical features of left ventricular pseudoaneurysm after mitral valve replacement. *Am Heart J.* 1992;124(4):975-82.