

Trombo Atrial Gigante em Paciente com Estenose Mitral. Relato de Caso

Giant Atrial Thrombus in a Patient with Mitral Stenosis: A Case Report

Julia Garcia Leal Elias¹, Maurício Marson Lopes¹, Fernanda Betanho Mori¹, Luana Monferdini, Maria Ligia Ciscon¹, Guilherme Viana Barbosa¹

¹ Hospital da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Introdução

Trombos intracardíacos podem ocorrer em qualquer uma das câmaras cardíacas, sendo formados no próprio coração ou provenientes de outro local no corpo, e identificados no coração durante seu trânsito. A estenose mitral e a fibrilação atrial são fatores de risco importantes para a formação de trombos intracardíacos, com incidência de até 17% na estenose mitral, podendo ser duplicada na existência de fibrilação atrial concomitante.^{1,2} Em pacientes com estenose mitral associada à fibrilação atrial, a identificação de trombo intracardíaco é essencial para a abordagem terapêutica e programação cirúrgica, tendo em vista a elevada morbimortalidade associada a eventos embólicos no curso da doença e no intraoperatório.^{3,4}

Relato de caso

paciente do sexo feminino, 67 anos, branca, brasileira, natural de Aracajú (SE), procedente de Itatiba (SP), apresentando quadro de dispneia progressiva há 6 meses, atualmente aos mínimos esforços, associada a ortopneia, dispneia paroxística noturna, palpitações e lipotímia, compareceu ao setor de ecocardiografia do hospital da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (SP) em 17 em abril de 2019 para realização de ecocardiograma transtorácico solicitado pelo médico assistente para investigação clínica. História patológica pregressa positiva para hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito tipo 2, fibrilação atrial crônica sem anticoagulação e febre reumática na infância. Estava em uso de valsartana 320 mg ao dia, atenolol 50 mg ao dia, hidroclorotiazida 25 mg ao dia, metformina 1.700 mg ao dia, ácido acetilsalicílico 100 mg ao dia e sertralina 50 mg ao dia. Negava tabagismo, consumo de álcool ou drogas ilícitas. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, corada, hidratada, afebril, normotensa, normocárdica, Saturação de oxigênio de 94% em ar ambiente, exame pulmonar apresentando redução do murmúrio vesicular em base direita com estertores crepitantes em bases, bilateralmente, exame cardiovascular evidenciando bulhas arritmicas e sopro diastólico 2+/6+ em foco mitral, edema 1+/4+ simétrico em membros inferiores.

Palavras-chave

Estenose da Valva Mitral; Trombo; Fibrilação Atrial.

Correspondência: Julia Garcia Leal Elias •

E-mail: julialeal@hotmail.com

Artigo recebido em 4/11/2019; revisado em 24/11/2019; aceito em 20/1/2020

DOI: 10.5935/2318-8219.20200034

Ecocardiograma transtorácico evidenciou volume atrial esquerdo aumentado com massa ecogênica em seu interior, melhor visualizada em janela apical (4 câmaras), medindo 2,5 × 4,2 cm e ocupando toda a porção superior e média do átrio esquerdo. Associado a este achado, observou-se calcificação acentuada do anel valvar mitral, ventrículo esquerdo com função sistólica global normal (fração de ejeção 55,45% por Teicholz), sem alteração segmentar, ventrículo direito com hipocinesia difusa e disfunção sistólica leve (FAC 23%) e hipertensão pulmonar acentuada (PSAP 99mmHg). Com o intuito de elucidação diagnóstica da imagem encontrada, optou-se por realização de ecocardiograma transesofágico, o qual definiu a presença de trombo, visualizado em todas as projeções, especialmente a zero e a 120° (Figuras 1 e 2), ocupando praticamente toda a cavidade do átrio esquerdo, poupando apenas a região do septo interatrial e a face atrial da valva mitral. Confirmou-se a calcificação acentuada do anel valvar mitral com fusão de comissuras, área valvar 0,7 cm² pela planimetria bidimensional, gradiente diastólico médio, subestimado, de 9 mmHg e ausência de refluxo mitral. O apêndice atrial esquerdo se mostrava pouco desenvolvido, com fluxo lentificado em seu interior, sem evidência de trombo organizado. Tendo em vista o comprometimento do volume sistólico atrial esquerdo e o quadro clínico de insuficiência cardíaca descompensada compatível com perfil hemodinâmico B, solicitou-se internação hospitalar visando à compensação clínica e à avaliação de abordagem cirúrgica.

Exames laboratoriais solicitados para avaliação de anemia, função renal e eletrólitos, disfunção orgânica e focos infecciosos se mostraram dentro da normalidade. Tendo em vista a descompensação da insuficiência cardíaca, foi realizada otimização terapêutica e furosemida endovenosa. No que tange ao trombo atrial esquerdo, foi introduzida anticoagulação plena com enoxaparina e houve indicação de intervenção cirúrgica associada à troca valvar mitral, realizada em 22 de abril de 2019.

No intraoperatório, evidenciou-se trombo organizado e calcificado (Figura 3) com infiltração na parede de átrio esquerdo e veias pulmonares, sendo este ressecado com sucesso. Foi realizada ainda troca valva mitral com implante de prótese biológica número 31. A paciente foi encaminhada à unidade coronariana para realização do pós-operatório. Evoluiu com oscilações do nível de consciência após o segundo dia de permanência em unidade coronariana, sendo indicada tomografia computadorizada de crânio, a qual não evidenciou sinais de hemorragia, isquemia ou quaisquer outras alterações. No 12º dia de pós-operatório, evoluiu com sepsis de foco

Relato de Caso

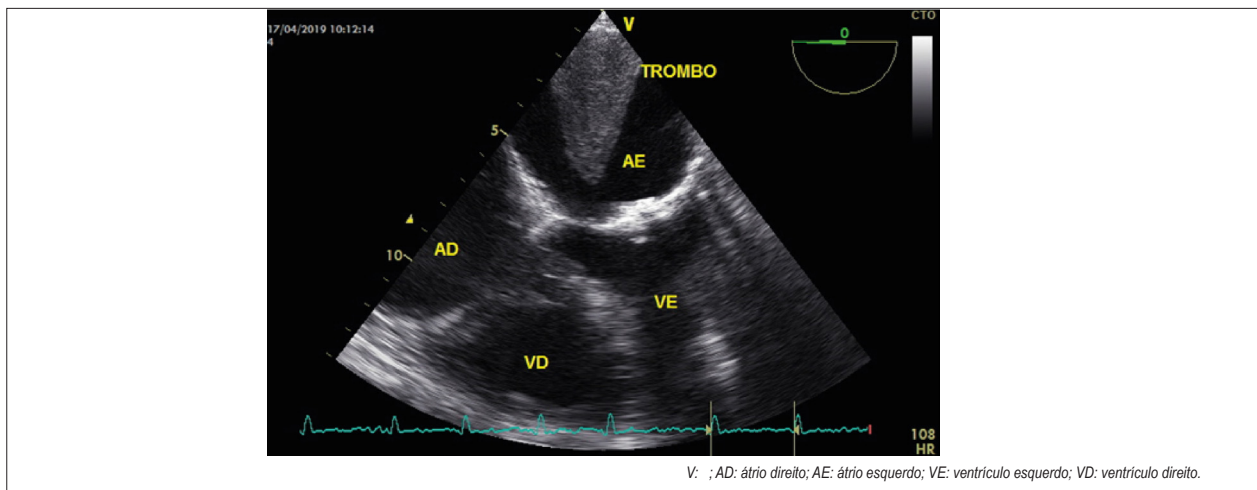


Figura 1 – Ecocardiograma transesofágico a 0° evidenciando trombo de grandes dimensões no átrio esquerdo, poupando septo interatrial e face atrial da valva mitral, esta última com calcificação acentuada de seu anel.

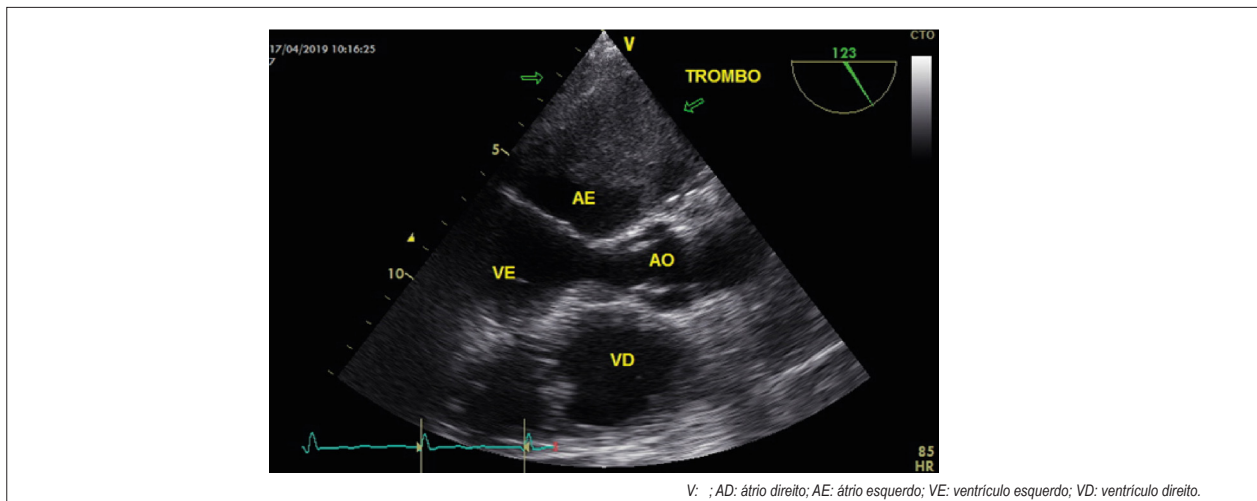


Figura 2 – Ecocardiograma transesofágico a 120° evidenciando massa ecogênica (trombo) de grandes dimensões em átrio esquerdo.

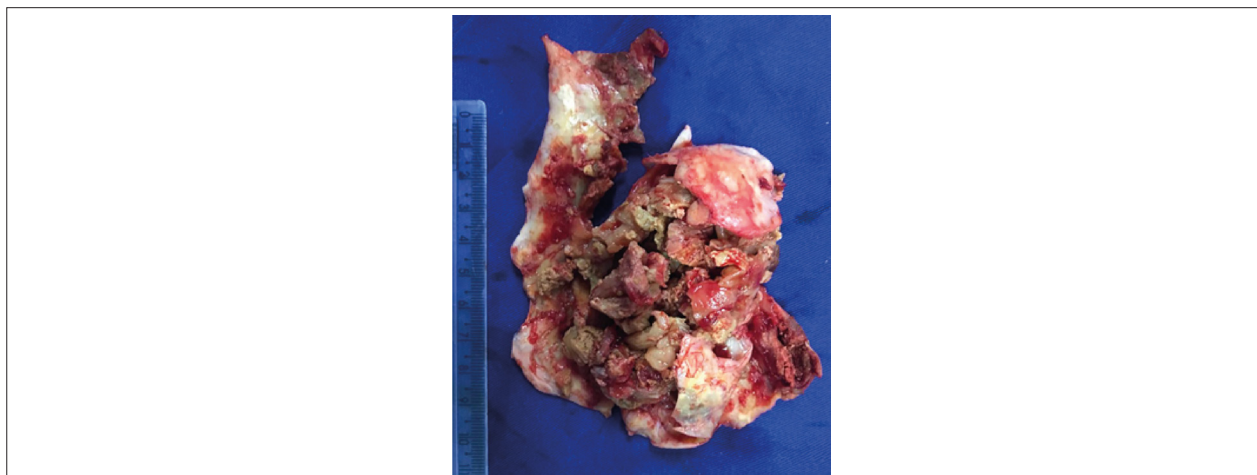


Figura 3 – Material ressecado do átrio esquerdo. Nota-se a característica organizada e infiltrativa do trombo, além de importante calcificação.

pulmonar e insuficiência respiratória aguda, sendo submetida à intubação orotraqueal e antibioticoterapia endovenosa. Manteve-se sem nível neurológico a despeito do tratamento adequado, e nova tomografia de crânio detectou hipodensidade córtico-subcortical temporal à direita em território de artéria cerebral média direita, compatível com evento isquêmico subagudo, e hipodensidades lacunares núcleo-capsulares e talâmica à esquerda, compatíveis com isquemias lacunares. Eletroencefalograma evidenciou depressão difusa acentuada da atividade elétrica cerebral. Em 21 de maio de 2019 (29^o dia pós-operatório), evoluiu à óbito, em decorrência de instabilidade hemodinâmica refratária ao tratamento clínico.

Discussão

Estenose mitral e fibrilação atrial são importantes fatores de risco para a formação de trombos intracardíacos, cuja incidência é de cerca de 17% em pacientes com estenose mitral, tendo a fibrilação atrial como fator duplicador do risco. Em relação à fibrilação atrial isolada, a incidência de trombo intracardíaco é desconhecida, tendo em vista que os estudos se concentram nos eventos embólicos sintomáticos. A maioria dos trombos localiza-se no apêndice atrial esquerdo, podendo se estender à cavidade atrial esquerda em 2% dos casos, sendo raros os trombos que ocupam quase toda a extensão atrial como no caso clínico descrito.^{1,2}

A estenose mitral gera obstrução do fluxo atrial esquerdo resultando em aumento do volume atrial e estase sanguínea local. Alterações estruturais, inflamatórias e fibróticas

associadas à valvopatia contribuem para o desenvolvimento de fibrilação atrial, a qual potencializa o aumento do volume atrial e estase de sangue. Pacientes com estenose mitral apresentam ainda diminuição da atividade da antitrombina III e aumento do fator VIII, adesão e agregação plaquetária, aumentando o potencial trombogênico.^{2,5}

O ecocardiograma é a modalidade de imagem mais utilizada para diagnóstico, sendo o ecocardiograma transtorácico recomendado para detecção de trombo ventricular e o transesofágico ideal para detecção de trombo atrial.^{1,6} A base do tratamento é a anticoagulação, a qual é capaz de prevenir o desenvolvimento e a progressão do trombo. A remoção percutânea ou cirúrgica pode ser uma opção em pacientes com alto risco de embolização, no entanto, abordagem cirúrgica em pacientes com extenso trombo atrial esquerdo associa-se à elevada mortalidade decorrente de embolização intraoperatória.^{1,4,6}

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Elias JGL; Obtenção de dados: Lopes MM; Análise e interpretação de dados: Mori FB; Redação do Manuscrito: Mori FB, Monferdini L, Ciscun ML, Barbosa GV; Revisão Crítica do Manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Elias JGL.

Conflito de interesses

Os autores declararam não terem conflito de interesse.

Referências

1. Egolum UO, Stover DC, Anthony R, Wasserman AM, Lenihan D, Damp JB. Intracardiac thrombus: diagnosis, complications and management. *Am J Med Sci.* 2013;345(5):391-5.
2. Rost C, Daniel WG, Schmid M. Giant left atrial thrombus in moderate mitral stenosis. *Eur J Echocardiogr.* 2009;10(2):358-9.
3. Dawn B, Varma J, Singh P, Longaker RA, Stoddard MF. Cardiovascular death in patients with atrial fibrillation is better predicted by left atrial thrombus and spontaneous echocardiographic contrast as compared with clinical parameters. *J Am Soc Echocardiogr.* 2005;18(3):199-205.
4. Gallo JJ, Ruiz B, Duran CM. A safe Technique for removal of massive left atrial thrombus. *Ann Thorac Surg.* 1981;31(3):283-4.
5. Davison G, Greenland P. Predictors of left atrial thrombus in mitral valve disease. *J Gen Intern Med.* 1991;6(2):108-12.
6. Lin AN, Lin S, Lin K, Gokhroo R. A giant left atrial thrombus. *BMJ Case Rep.* 2017;2017. pii: bcr-2017-219792.