

ANEURISMA DE FOLHETO ANTERIOR DE VALVA MITRAL

Anterior mitral valve aneurysm

Anne Elizabeth Andrade Sadala Marques*; Ana Cláudia Carvalho Prieto**, Kelly Simone Castro dos Santos**;
Eliny Machado Corrêa***; Mary Cristina Bentes Pontes***; Marlúcia do Nascimento Nobre****

*Médica Cardiologista e Ecocardiografista do Hospital Universitário Francisca Mendes

**Médica Cardiologista do Hospital Universitário Francisca Mendes

***Médica Residente do Hospital Universitário Francisca Mendes

****Chefe do Serviço de Cardiologia do Hospital Universitário Getúlio Vargas/UFAM

RESUMO

O aneurisma da valva mitral consiste em uma doença rara e em muitos casos associada à endocardite infecciosa, cardiopatia reumática e em alguns casos com a degeneração mixomatosa ou defeitos do colágeno. A principal complicação envolve a rotura, resultando em uma insuficiência mitral aguda, traduzindo-se em um quadro clínico grave. Nesse cenário o ecocardiograma ocupa papel de destaque no diagnóstico desses pacientes e na correta condução do caso.

Palavras-chave: Aneurisma; endocardite infecciosa; doença reumática; degeneração mixomatosa; rotura de cordoalha; insuficiência mitral; ecocardiograma.

ABSTRACT

The aneurysm of the mitral valve consists of a rare disease and in many cases associated with infective endocarditis and in some cases with myxoid degeneration or collagen defects. The main complication involves the rupture, resulting in an acute mitral insufficiency, translating in a serious clinical picture. In this scenario the echocardiogram occupies a prominent role in the diagnosis of these patients and the proper conduct of the case.

Key-words: Aneurysm; infective endocarditis; rheumatic heart disease; myxoid degeneration; rupture of chordae; mitral regurgitation; echocardiogram.

INTRODUÇÃO

Aneurisma de valva mitral foi descrito pela primeira vez por Morand, em 1729, consistindo em uma condição incomum e grave.³

Encontra-se frequentemente associado a endocardite infecciosa podendo induzir regurgitação mitral aguda. É definido como uma proeminência no folheto valvar mitral, invadindo o átrio, com expansão sistólica e colapso diastólico.^{1,2}

O ecocardiograma transtorácico e transesofágico têm sido ferramentas úteis no diagnóstico e na avaliação relacionada principalmente às complicações.³

RELATO DE CASO

A.A.C, 22 anos, sexo feminino, industriária, natural de Alenquer – PA e procedente de Manaus – AM. Procurou o Serviço de Cardiologia do Hospital Universitário Francisca Mendes onde esteve internada com relato de há 2 meses ter iniciado quadro de dispneia progressiva até os mínimos esforços e perda ponderal.

Negava doenças comuns da infância. Esquema vacinal completo. Negava alergia medicamentosa, estilismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas, cirurgia prévia ou transfusão sanguínea. Desenvolvimento neuropsicomotor normal.

Ao exame físico, encontrava-se emagrecida, ativa no leito, afebril, fâcies atípicas, acianótica, anictérica, corada, eupnéica em repouso, dispnéica aos pequenos esforços, hidratada, sem edemas, boa perfusão capilar. Marcha atípica. Baquetamento digital. Sinais Vitais: PA: 110 x 65mmHg Pulso: 94 bpm FR: 22 irpm IMC: 18,5.

Cabeça-pescoço: tireóide não palpável, ausência de adenomegalias ou abaulamentos palpáveis, sem turgência jugular. Dentição completa em bom estado de conservação, não utilizava próteses. Tórax atípico, simétrico, sem abaulamentos ou retrações. Expansibilidade preservada e à ausculta com murmúrio vesicular fisiológico e sem ruídos adventícios.

Aparelho cardiovascular: Ictus não visível, porém palpável no 5º espaço intercostal na linha hemiclavicular esquerda medindo 3,5 cm, ventrículo direito palpável e ausculta com ritmo cardíaco regular em 3 tempos com presença de terceira bulha e P2 > A2 com sopro sistólico rude em foco mitral de 3+/6 com irradiação para dorso e sopro sistólico em foco tricúspide de 1+/6+ com manobra Rivero-Carvalho positiva. Pulsos palpáveis, simétricos com boa amplitude. Abdome: plano, simétrico, sem abaulamentos ou retrações, flácido, com cicatriz umbilical centrada e retrátil, fígado palpável há 1cm do rebordo costal direito, ausência de massas palpáveis ou circulação colateral, indolor à palpação superficial e profunda. Ruídos hidro-aéreos presentes. Ausência de sopros abdominais. Hepatimetria 9cm. Espaço de Traube livre e sinal de Piparote positivo.

Diante do quadro clínico de insuficiência mitral importante buscou-se a etiologia da valvopatia sendo aventadas as seguintes possibilidades diagnósticas: valvopatia reumática, prolapso de valva mitral, ruptura de cordoalha, insuficiência mitral pós traumática, endocardite infecciosa, degeneração mixomatosa mitral, porém o exame ecocardiográfico mostrou a presença de estrutura sacular no folheto anterior da valva mitral, de aspecto reumático com redução da mobilidade do folheto posterior, projetada para dentro do átrio esquerdo, com expansão sistólica e colapso diastólico, medindo 11,3cm², sugestiva aneurisma do folheto anterior da valva mitral com imagem de perfuração.

Esta estrutura causava comprometimento hemodinâmico com insuficiência de grau importante e estenose de grau moderado com área valvar de 1,3cm² e gradiente máximo AE-VE de 19mmHg e médio de 12 mmHg, sem acometimento valvar aórtico. Apresentava dimensões intracavitárias normais.

A paciente foi encaminhada ao Serviço de Cirurgia Cardiovascular. Inicialmente, obteve alívio dos sintomas com uso de diurético e beta-bloqueador enquanto aguardava procedimento cirúrgico de troca valvar, após o qual evoluiu com dispnéia, ascite, derrame pleural bilateral, trombose venosa de membro superior esquerdo e aumento importante de câmaras esquerdas.

O ecocardiograma transtorácico pré-operatório mostrava o aneurisma de anel mitral, relacionado à comissura antero-lateral, com septações e perfuração e refluxo de grau

importante ao doppler, hipertensão arterial pulmonar com pressão sistólica do ventrículo direito de 60 mmHg e insuficiência tricúspide discreta.

Aos 22 anos foi submetida à correção do aneurisma de anel mitral com placa de pericárdio bovino e anuloplastia. No 5º dia, pós-operatório evoluiu com náuseas, vômitos e leucocitose importante. Foi avaliada pela hematologia, que sugeriu tratar-se de uma reação leucemóide. Apresentou ainda alteração da função hepática sendo diagnosticada pancreatite.

Retornou à Unidade de Tratamento Intensivo onde recebeu nutrição parenteral total por 2 semanas e realizou exames de imagens que demonstraram lama biliar espessa com microcálculos. Optado por Colectomia. Recebeu alta no 20º dia pós-operatório em boas condições clínicas, estável, com ecocardiograma transtorácico pós-operatório com valva mitral normofuncionante, com programação de reavaliação periódica quanto a necessidade de troca valvar.

DISCUSSÃO

O aneurisma da válvula mitral é um achado ecocardiográfico raro⁴ ainda de etiologia incerta que ocorre mais comumente em associação com endocardite infecciosa da válvula aórtica^{5,6} podendo a imagem da vegetação estar presente ou ausente no momento do diagnóstico⁴. Acomete com maior frequência o folheto anterior. O provável mecanismo de sua formação pode estar relacionado ao acometimento infeccioso da válvula aórtica, resultando em um jato regurgitante que atinge diretamente o folheto anterior da válvula mitral, promovendo a lesão desse folheto⁴.

Os processos infecciosos e degenerativos resultantes podem levar à degeneração e adelgaçamento do tecido subjacente resultando na formação do aneurisma valvar⁷.

Raramente ocorrem na ausência de endocardite ou em pacientes com insuficiência aórtica pura. Outras causas comuns envolvem degeneração mixomatosa ou defeitos congênitos do colágeno⁸.

O caso que descrevemos mostra o desenvolvimento de um aneurisma da válvula mitral acometendo o folheto anterior e sem envolvimento valvar aórtico que evoluiu com perfuração do folheto resultando em insuficiência mitral aguda grave confirmada pelo ecocardiograma transtorácico. O recurso da ecocardiografia bidimensional é útil para o diagnóstico de uma dilatação do folheto da válvula mitral em direção ao átrio esquerdo que persiste ao longo o ciclo cardíaco⁵.

A detecção precoce e intervenção imediata são importantes para evitar as complicações de aneurismas valvares, como a rotura para dentro da cavidade atrial esquerda com uma regurgitação mitral aguda severa⁶, além da formação de fístula cavitária, como no caso descrito, embolia e endocardite. O diagnóstico de endocardite deve ser sempre lembrado nesses casos, mesmo que na ausência de critérios diagnósticos ecocardiográficos maiores, como vegetações ou abscessos^{4,7}, de modo que já foi descrito na literatura um caso de aneurisma valvular mitral com antecedente de traumatismo torácico ocorrido dois anos antes e complicado por bacteremia por MSSA (*Staphylococcus aureus* resistente à meticiclina).⁵

Consoante com as complicações descritas, sempre ao diagnóstico de um aneurisma valvar mitral deve ser procedida a uma investigação de todo o aparelho valvar aórtico de forma concomitante, incluindo o anel fibroso intervalvular mitro-aórtico, à procura de

vegetações ou abscessos⁶. Ao Doppler pode ser possível o encontro de fístula intracárdica associada⁶ que não se encontrava presente no caso descrito.

O diagnóstico diferencial inclui outras doenças como degeneração mixomatosa, prolapso valvar, tumores como papilo fibroelastomas e mixomas, doenças do tecido conjuntivo, osteogênese imperfeita, síndrome de Marfan¹, além de divertículo do folheto anterior da valva mitral, uma condição congênita e que raramente sofre rotura⁶.

Dissecção do folheto posterior da valva mitral tem sido normalmente descrita em casos de doença reumática e ausência de endocardite infecciosa⁶. No caso em questão, o aneurisma da válvula mitral ocorreu em associação com doença reumática sem acometimento valvar aórtico confirmado pelo ecocardiograma transtorácico.

CONCLUSÃO

Este caso mostra a importância da ecocardiografia na avaliação dos aneurismas da válvula mitral e suas complicações, colaborando na identificação da etiologia primária da lesão valvar, no mecanismo de formação do aneurisma e também na tomada de decisões⁷, como a indicação de tratamento cirúrgico no caso apresentado, antes que o quadro clínico se agravasse com o surgimento de rotura, aumentando assim a mortalidade⁹.

O reparo cirúrgico da valva mitral com pericárdio autólogo ou troca valvar está indicado na rotura do aneurisma ou nos aneurismas com importante refluxo valvar¹. O seguimento ecocardiográfico, com repetição do exame logo após a ressecção cirúrgica da valva mitral faz-se necessário para avaliar a qualidade do reparo ou a presença de regurgitações valvares residuais⁶.

REFERÊNCIAS

1. Jarcho S. Aneurysm of heart valves. *Am J Cardiol.* 1968; 22: 273-6.
2. Cai TH, Moody JM Jr, Sako EY. Mitral valve aneurysm due to severe aortic valve regurgitation. *Circulation.* 1999;100:e53– e56.
3. Ali Kassen OMAIS,; Aneurisma de folheto posterior de valva mitral secundário à endocardite Infecciosa- *Revista brasileira ecocardiografia imagem cardiovasc* 22 (1): 53 - 56, 2009.
4. René A. Mattos RICCA3, Maria Carolina Antunes de Oliveira TENUTA5
5. Azevedo O, Ferreira F, Guardado J, Durães C, Quelhas I, Pereira A, Almeida J. Mitral and aortic valve aneurysms secondary to infective endocarditis. Impressive images of a rare echocardiographic finding. *European Journal of Echocardiography.* 2010; 11, E28.
6. Michelena HI, Suri RM, Enriquez-Sarano M, Dearani J. Ruptured Mycotic Aneurysm of the Mitral Valve on Real-Time 3-Dimensional Transesophageal Echocardiography ;*Journal of the American College of Cardiology* Vol. 56, No. 2, 2010.
7. Martin M, Pletcher J, Tseng E, Martin L. Aneurysm of the Anterior Mitral Valve. *Anesthesia & Analgesia.* 2012; Volume 114 - Issue 1 - p 86–88.

8. Zhang L, Nguyen J, Epelman S, Prichett A, Dokainish H. Enterococcal endocarditis presenting as an isolated aortic valve aneurysm: case report and review of literature. *J Am Soc Echocardiogr*. 2008; Dec;21(12):1391.
9. Stolf NAG, Pêgo PM, Mansur AJ, Grinberg M, Assis RV et al. Aneurisma da valva mitral associado aneurisma do seio de Valsalva em paciente com Síndrome de Marfan: relato de caso. 1987; *Arq. Bras. Cardiol*; 48(1):53-6.
10. Dominguez JCC, Sánchez MA, Moreno AR, Rubio JRS, Rubio MDM, Belsué FV. Aneurisma de La valva mitral en un caso de endocarditis aórtica en un paciente diagnosticado de colitis ulcerosa. 1998; *Rev Esp Cardiol*; 51:604-606.