

ANEURISMA DA VALVA MITRAL ASSOCIADO À PERSISTÊNCIA DO CANAL ATRIOVENTRICULAR COMUM FORMA PARCIAL. RELATO DE CASO

RONALDO DUCCESHI FONTES, LUIZ BORO PUIG, RAIMUNDA VIOLANTE CAMPOS DE ASSIS,
PABLO MARIA A. POMERANTZEFF, MAX GRINBERG, SERGIO ALMEIDA DE OLIVEIRA,
GERALDO VERGINELLI, FULVIO PILEGGI, ADIB D. JATENE

Durante operação para correção de persistência do canal atrioventricular comum parcial, foi detectado na cúspide anterior da valva mitral, nódulo com cerca de 1,5 cm de diâmetro, o qual levou à suspeita de aneurisma da valva mitral, diagnóstico confirmado pelo exame anátomo-patológico. Não havia história de endocardite infecciosa nem sinais de acometimento inflamatório agudo ou crônico do aneurisma.

São discutidos o diagnóstico, as alterações anátomo-patológicas e apresentados os dados da correção cirúrgica.

Uma das primeiras observações sobre aneurisma da valva mitral foi feita por Rokitanski ¹ em 1852, descrevendo o acometimento da cúspide anterior da valva mitral.

Posteriormente, vários autores chamaram atenção para essa alteração e mais recentemente, Mussallan e Mc Call, revisando a literatura sobre aneurisma da valva mitral, desde 1871, encontraram sete pacientes portadores desse tipo de aneurisma. Em seis, deles a endocardite infecciosa estava associada e, em um, não havia evidência de passado inflamatório ².

Relatamos o caso de paciente portadora de aneurisma da valva mitral encontrado durante operação para correção de atrioventricularis comunis forma parcial, em que a valva mitral não foi acometida por endocardite infecciosa.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Menina de 15 anos de idade foi atendida no ambulatório com sinais de insuficiência cardíaca classe III. Os sintomas começaram logo após o nascimento, com interrupção das mamadas, cansaço e sudorese abundante. Com um mês de idade, foi constatada cardiopatia, sendo medicada com digitálico. Obteve melhora clínica e, durante 14 anos, foi acompanhada por cardiologista, mantendo-se estável com medicação. Há um ano, porém, houve piora dos sintomas, referindo

dispnéia aos pequenos esforços, acompanhada de palpitações. Não relatou episódios de artrite migratória ou qualquer manifestação que suscitasse a suspeita de doença reumática.

No exame físico, apresentava impulsões sistólicas moderadas do ventrículo direito no 4.º e 5.º espaço intercostal esquerdo 1.ª bulha na área mitral e tricúspide, hiperfonética, 2.ª bulha na área pulmonar, hiperfonética, sopro holossistólico com irradiação para a axila, sopro sistólico na área tricúspide com manobra de Rivero-Carvalho positiva.

Feita hipótese de persistência do canal atrioventricular comum, a paciente foi submetida a estudo hemodinâmico que confirmou o diagnóstico, chamando atenção para uma “deformidade” na valva mitral. Foi indicada a operação para correção da persistência do canal atrioventricular comum parcial.

Durante o ato operatório, foi detectado o aneurisma ligeiramente transparente de consistência cística localizado na cúspide anterior da valva mitral, ao lado da fenda, medindo aproximadamente 15 mm. de diâmetro, contendo trombos em seu interior e um nódulo calcificado com aproximadamente 3 mm de diâmetro (Fig 1).

Foi realizada a ressecção do aneurisma em torno de seu colo, suturando-se, em seguida, essa abertura e a fenda da valva mitral com pontos separados (Fig. 2).

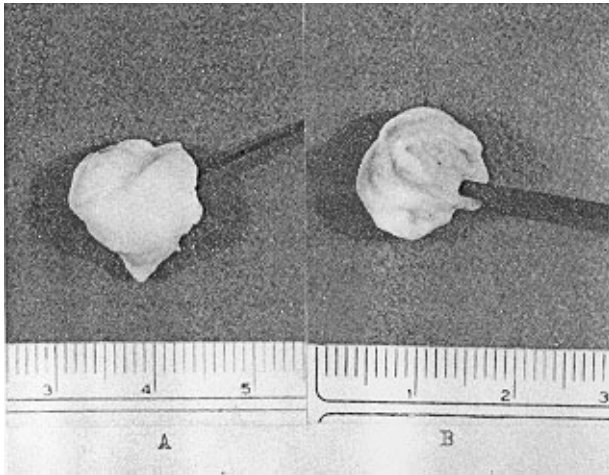


Fig. 1 - Aneurisma da valva mitral. Em A, face atrial e em B, face ventricular.

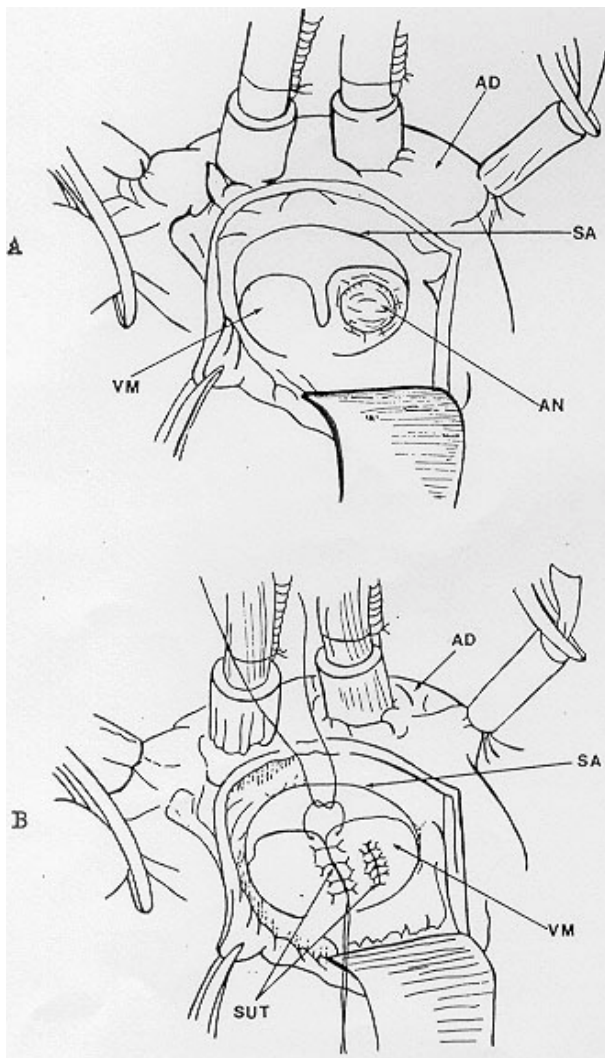


Fig. 2 - Desenho esquemático do átrio direito. Em A, aspecto antes da retirada do aneurisma. Em B, sutura da fenda mitral e no folheto para o sepultamento do colo do aneurisma. AD - átrio direito; AS - septo interatrial; NA - aneurisma da valva mitral; VM - valva mitral; SUT - suturas.

A comunicação interatrial foi fechada com retalho de pericárdio bovino tratado com glutaraldeído.

Não houve complicações e o resultado do estudo anátomo-patológico confirmou o diagnóstico operatório.

O estudo microscópico demonstrou a presença de tecido conjuntivo frouxo com áreas de degeneração mixomatosa e revestimento de células semelhante às endoteliais. Não se observou reação inflamatória recente ou neovascularização (Fig. 3).

A paciente, acompanhada por 52 meses, continuava assintomática, na classe funcional I. O exame radiológico revelou área cardíaca discretamente aumentada e o eletrocardiograma mantinha apenas o hemibloqueio anterior esquerdo (Fig. 4).



Fig. 3 - Aneurisma da valva mitral. Observar a borda irregular com revestimento endotelial, fibrose e focos de degeneração mixomatosa HE x 38,4.

COMENTÁRIOS

Ainda hoje admite-se que a endocardite infecciosa seja a causa mais freqüente de formação dos aneurismas da valva mitral, mesmo após a introdução dos agentes bactericidas, quando houve considerável redução de sua incidência³.

Esses aneurismas saculares se situam mais comumente na base da cúspide anterior da valva e variam entre 10 e 40 mm de diâmetro, podendo ter trombos^{4,5}. Às vezes, são confundidos com nódulos fibrosos que aparecem na degeneração mixomatosa, desenvolvendo a síndrome do prolapso valva mitral⁶, assim como com os hematomas valvulares. Entretanto, esses últimos podem alcançar tamanho máximo de um grão de milho, têm coloração roxa e são encontrados na infância, em geral desaparecendo com a idade, características que os distinguem dos aneurismas⁷.

Mais recentemente, Edward observou que a regurgitação aórtica, complicada por endocardite infecciosa, pode resultar em envolvimento secundário da valva mitral⁸.

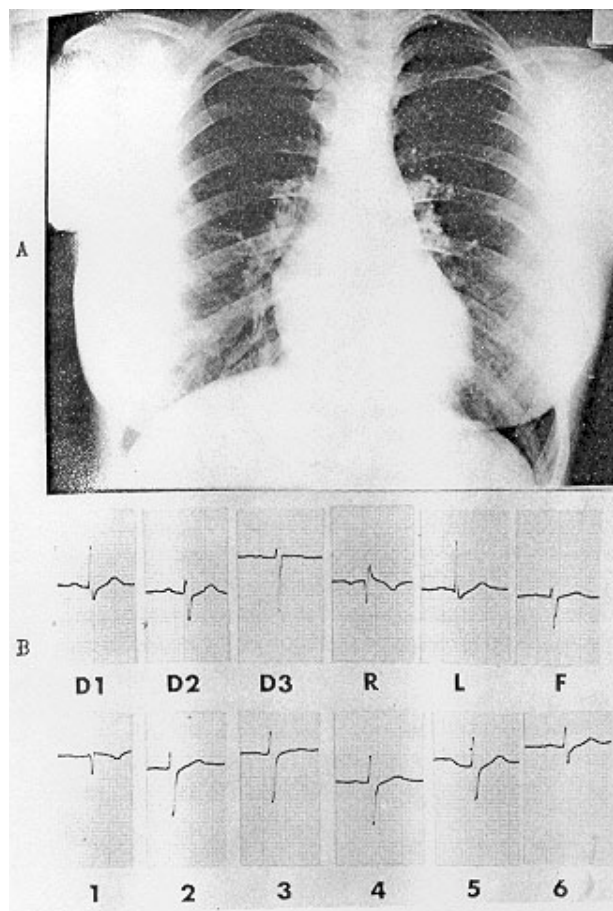


Fig. 4 - Em A, radiografia do tórax (pósterio-anterior) demonstrando discreto aumento da área cardíaca e da trama vascular discretamente aumentada nas bases pulmonares. Em B, eletrocardiografia evidenciando hemibloqueio anterior esquerdo.

Roturas de cordas, falsos aneurismas, micóticos ou não, podem ocasionar insuficiência mitral importante. Gonzales-Lavin e Ross revisaram as implicações cirúrgicas da endocardite infecciosa e, em dois casos, havia aneurisma da valva mitral⁹.

Johnson e Caulfield relataram alguns casos de prolapso da valva mitral associado a defeitos genéticos do colágeno como também com a síndrome de Marfan^{10,11}.

Sabemos que os pacientes portadores de defeitos cardíacos congênitos são mais freqüentemente acometidos pela endocardite infecciosa, entretanto, no caso de nossa paciente, isso não ocorreu. Demonstramos, porém, que a valva foi acometida por degeneração mixomatosa, o que nos levou a admitir que essa foi a causa da formação do aneurisma.

No tratamento cirúrgico dessa anomalia, devemos sempre visar à conservação da valva, mesmo que haja

rotura de cordas e perfuração de cúspide¹². O diagnóstico pode ser realizado através do ecocardiograma, possibilitando maior segurança para o ato cirúrgico¹³. O diagnóstico de aneurisma da valva mitral nem sempre pode ser feito através da cineangiocardiografia.

Em conclusão, assinalamos que a degeneração mixomatosa pode ser a causa de aneurisma da valva mitral, assim como a endocardite infecciosa¹⁴. Além disso, durante a correção cirúrgica desses aneurismas, pode-se conservar a valva, desde que não haja endocardite infecciosa aguda.

SUMMARY

During an operation to correct a partial "atrioventricularis communis", a nodular formation of approximately 1.5cm in diameter was detected in the anterior leaflet of the mitral valve, which led to the suspicion of an aneurysm of the mitral valve. This diagnosis was later confirmed by anatomico-pathological examination. The peculiarity of this case was the absence of bacterial endocarditis in the patient's history and of acute or chronic inflammatory signs when the aneurysm was studied.

The diagnosis and the anatomico-pathological alterations are discussed and the data of the surgical correction are presented.

REFERÊNCIAS

1. Rokitsansky, C. A. - Manual of pathologic anatomy. London, Sydenham Soc. 4: 236, 1852.
2. Mussallan, S. N.; Mc Call, M. - Aneurysm of the mitral valve. Oklahoma State Med. J. 74: 59, 1954.
3. Saphier, O.; Leroy, E.P. - The aneurysms of the mitral valve in subacute bacterial endocarditis. Br. Heart J. 19: 550, 1957.
4. Hudson, R. R. E. B. - Cardiovascular pathology. Edward Arnold, London, 1968. V 2. p. 1208.
5. Meitner, E. R. - Report of a rare case of mitral valve aneurysm. Zentralbl. Allg. Pathol. 124: 448, 1980.
6. Mc Clean, N.; Mc Donald, M.K. - Aneurysm of the mitral valve in subacute bacterial endocarditis. Br. Heart J. 19: 550, 1957.
7. Chiarucci, G. - Anatomia dell'uomo Milano. Tip. Società Editrice Libreria; 1935. v. 2. p. 318.
8. Edwards, J. E.; Burchell, H. B. - Endocardial and intimal lesions (Jet impact) as possible sites of origin of murmurs. Circulation, 18: 946, 1958.
9. Gonzales-Lavin, L.; Lise, M.; Ross, D. N. - The importance of the jet lesion in bacterial endocarditis involving the left heart. Surgical considerations. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 59: 185, 1970.
10. Chesler, E. M. D.; King, R.M.D.; Edward, J.M.D. - The myxomatous mitral valve and sudden death. Circulation, 67: 632, 1983.
11. Johnson, L.D.; Caulfield, J. B. - Morphology of myxomatous valve. Intern. Cardiol. 3: 373, 1983.
12. Mc Goon, D. C. - Repair of mitral insufficiency due to ruptured chordae tendinae. Thorac. Cardiovasc. Surg. 39: 157, 1960.