

PROLAPSO DA VALVA MITRAL, NÃO-DIAGNÓSTICO E JANELA INDISCRETA

MAX GRINBERG

Entende-se por janela uma abertura que ilumina, ventila e possibilita ao meio interior certas percepções do exterior.

A propedêutica médica utiliza várias janelas - que designamos semióticas - para, inversamente, de fora, conhecer o meio interior. Elas trazem à luz dados de interesse e ventilam hipóteses diagnósticas. Além disso, janelas de comunicação com o paciente e com familiares facilitam entendimentos sobre terapêutica, profilaxia e prognóstico, incluindo planejamento de vida.

O modo de informar o paciente tem muito de artesanal. Admite estilos diversos. Como parte do ato médico, pleno de decisões apesar de inevitáveis dúvidas, requer coragem (vocábulo curiosamente com raiz no coração) moral, bem como criatividade, para expressar de modo pragmático a coexistência de convicções e incertezas. Pois, a heterogeneidade de percepção por parte de cada médico e a multiplicidade de expressões clínicas de cada doença prejudicam quaisquer tentativas de hierarquizar rigidamente ciência e arte médicas e de homogeneizar condutas.

Neste contexto, uma questão polemiza: seria ético despistar sobre determinado diagnóstico quem lhe depositou confiança? Ou seja, um não-diagnóstico, certamente repreensível pela ciência médica, poderia ser tolerado pela arte médica? Como devem ser entendidas situações em que o médico julga improdutivo avançar na investigação e desvaloriza, para si e para o paciente, uma hipótese clínica ou, então, lança mão dos recursos propedêuticos pertinentes, mas não divulga a conclusão diagnóstica? Para complicar, há pacientes que se satisfazem com o não-diagnóstico e há os que exigem explicações ou neuroticamente perseguem receitas médicas.

Não parece haver definição ética e moral que faça o médico sentir-se sempre obrigado a dizer ao paciente que ele é portador de uma determinada anormalidade mas não necessita receber tratamento especializado. A decisão deverá ser ditada pelo senso crítico, evitando-se sobremaneira a eventual influência da escassez de tempo.

Entendo que o exercício do não-diagnóstico é eficaz como método de aliviar certos pacientes de

preocupações presentes ou de livrá-los de futura iatrogenia. Além disso, em muitas ocasiões constitui o hiato psicologicamente útil entre supor-se doente e aceitar um diagnóstico. Exige postura médica segura, não transparente, pois palavras hesitantes, afirmações dúbias, atitudes inábeis, desconsiderações sobre o momento psicológico que coincide com a erupção dos sintomas invariavelmente abalam o ato piedoso.

O não-diagnóstico pode ser diferentemente interpretado em cada especialidade médica. Em Cardiologia, o não-diagnóstico deve ser especialmente cogitado em casos de prolapso de valva mitral não associado à insuficiência mitral, uma entidade ainda jovem dentro da especialidade¹.

Aprendeu-se que a intensidade da manifestação clínica associada ao prolapso da valva mitral, não necessariamente é função do grau de anormalidade anátomo-funcional reconhecida. Alterações degenerativas significativas, com a formação de megacúspide mitral, bem como a presença de disritmias expressivas, podem ser oligo-sintomáticas. Por outro lado, exuberância de queixas pode ser observada em casos discretos.

O não-diagnóstico é uma opção que deve ser apreciada pelo cardiologista, após completar as decisões sobre os quatro itens primordiais de conduta no prolapso da valva mitral: prescrição de droga cárdio-ativa², atuação sobre fatores extracardiológicos³,⁴, aconselhamento sobre atividade física, esportiva ou não⁵ e prevenção da endocardite infecciosa⁶. Portanto, a prática do não-diagnóstico fundamenta-se na mesma sistematização que se utiliza na caracterização do prolapso da valva mitral.

TABELA I - Distribuição por subgrupos de 169 portadores de prolapso da valva mitral atendidos no Instituto do Coração.

Subgrupo	Sintomáticos		Assintomáticos		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	101	65,6	12	80,0	113	66,8
2	12	7,8	1	6,7	13	7,7
3	40	26,0	2	13,3	42	24,9
4	1	0,6	0	0	1	0,6
Total	154	100,0	15	100,0	169	100,0

No Instituto do Coração, a análise crítica da experiência acumulada reforça que é imprescindível distinguir os dois conjuntos clássicos de portadores de prolapso da valva mitral em ausência de insuficiência mitral: sintomáticos e assintomáticos (tab. I). Em cada um deles, reconhecem-se quatro subgrupos, tendo por base as seguintes variáveis: a) aspectos morfológicos e funcionais da valva mitral, bem como da aorta, peculiarmente apontados pelo estudo ecocardiográfico; b) ritmo cardíaco, analisado pelo eletrocardiograma convencional ou ainda pela eletrocardiografia dinâmica; c) presença de isquemia miocárdica, avaliada pelo eletrocardiograma ou pelo teste ergométrico, ou mesmo por dados radioisotópicos ou de cinecoronariografia; d) modalidades anátomo-funcionais do miocárdio ventricular esquerdo identificados pelo ecocardiograma, eventualmente pelo cateterismo cardíaco e por radioisótopos. Essas variáveis combinam-se da seguinte maneira: subgrupo 1 - ausência de alterações estruturais significativas na valva mitral e/ou na aorta (tais, como megacúspide mitral, dilatação da aorta), de sinais de miocardiopatia, de disritmia expressiva e de isquemia miocárdica; subgrupo 2 - presença de alterações estruturais significativas na valva mitral e/ou na aorta e ausência de sinais de miocardiopatia, de, disritmia expressiva e de isquemia miocárdica; subgrupo 3 - presença ou não de alterações estruturais significativas na valva mitral e/ou aorta, presença de disritmia expressiva (como as ventriculares complexas e, a taquicardia paroxística supraventricular), ausência de sinais de miocardiopatia e de isquemia miocárdica; subgrupo 4 - presença ou não de alterações estruturais significativas na valva mitral e/ou na aorta, presença ou não de disritmia expressiva, presença de miocardiopatia e/ou sinais de isquemia miocárdica.

No grupo dos pacientes sintomáticos, especialmente se há dor precordial, palpitação freqüente ou síncope, os exames complementares impõem-se, e há maior probabilidade de indicação de medidas terapêuticas, não necessariamente farmacológicas.

Nos casos de exuberância de sintomas e pouca expressão objetiva do prolapso da valva mitral - portanto classificados no subgrupo 1 - uma visão estritamente técnica, atentando-se tão-somente ao diagnóstico do prolapso da valva mitral, parece-nos insuficiente. Ela atenderia o assim chamado pedido de consulta, ou seja uma comunicação entre médicos, e não entre médico e paciente. Nesse subgrupo de baixo risco, com sintomas carecendo de especificidade ⁷, idealizar a valva mitral ou como órgão de choque de somatização (fenômeno que seria catecolamina-dependente ⁸) ou até como isenta de participação fisiopatológica, parecem-nos colocações passíveis de serem adotadas pelo cardiologista que assume diretamente o caso. Mais envolvente, exige aprofundamento da relação médico-paciente, estudo de fatores de natureza extra-cardíaca e incursões no âmbito da medicina psicossomática. Essa linha de conduta admite a aplicação do não-diagnóstico.

Não deve ser olvidado, todavia, que o paciente necessita sentir que a origem dos seus sintomas foi de alguma forma identificada. A compreensão da benignidade do caso pode não bastar. Torna-se benéfica uma exposição complementar de apoio que evite que a opção pelo não-diagnóstico seja recebida como negação dos sintomas ou como “nada que explique o quadro clínico”. A expectativa do momento é por respostas que de fato ajudem. Mostra-se útil deslocar o núcleo do enfoque desde o coração para, por exemplo, hábitos pessoais, integração familiar, social e/ou profissional, com todas suas conotações de medicina preventiva.

Nessa óptica, deve-se recordar que a relação entre cardiopatia, aspectos emocionais e hábitos de vida tem sido sugerido desde 1871, quando Da Costa publicou a observação de militares da Guerra da Secessão, com idades de 16 a 25 anos, que se queixavam de palpitação e dor precordial, acompanhadas por sensação de angústia¹⁰. Os episódios estavam relacionados aos esforços e podiam acompanhar-se de cefaléia, vertigem e escurecimento da visão. Foram observadas ainda disritmias cardíacas, ruídos sistólicos de timbre agudo e sopro sistólico em área mitral. Durante outro conflito bélico, a 1.^a Grande Guerra Mundial, Lewis verificou uma síndrome de esforço que compreendia palpitação, fadiga, dor precordial, inclusive extra-sístoles e taquicardia paroxística. A maioria dos soldados tinha ocupação sedentária antes de serem convocados e um porcentual deles, mais cedo ou mais tarde, seria classificado como portador de neurastenia. O mesmo Lewis postulou, em 1933, que não somente soldados apresentavam a síndrome do esforço, mas também habitantes da cidade com vida sedentária. Deslocava-se portanto a correlação coração-ansiedade da situação estressante de uma guerra para o âmbito da vida comum. Mais tarde, Wood¹¹ reforçou que a síndrome de Da Costa era uma modalidade de reação emocional associada a certos tipos de personalidade, situação que seria denominada posteriormente também de astenia neurocirculatória¹². Como sugerido por Wooley¹³, síndrome de Da Costa, síndrome do esforço e astenia neurocirculatória devem ser interpretadas como entidades similares e muitos dos seus aspectos - subjetivos e objetivos - superpõem-se à síndrome do prolapso da valva mitral.

Em relação ao paciente que sabe ser portador do prolapso da valva mitral, não cabe desmentir o diagnóstico. Mais importante, a sensibilidade do médico deverá captar até que ponto o simples conhecimento da presença da anomalia valvar estaria influenciando na expressão clínica. Em caso positivo, o diálogo franco parece-nos o melhor caminho para a convivência mais tranqüila com o diagnóstico.

No subgrupo 2, o não-diagnóstico é de utilização mais restrita. É passível de escolha apenas em casos nos quais o estado do paciente permite que se decida por não prescrição de droga cardio-ativa e não restri-

ção de atividade física. Já os subgrupos 3 e 4 não comportam o não-diagnóstico.

No grupo dos pacientes assintomáticos, até que ponto justifica-se dar conhecimento ao paciente da presença silente - para o portador - do prolapso da valva mitral? Poder-se-ia admitir que o simples registro em prontuário bastaria. Preservar-se-ia o presente, sem se omitir para o futuro. Desde que o paciente não seja classificável nos subgrupos 3 e 4, o não diagnóstico deve sempre ser cogitado nos casos em que o reconhecimento do estalido mesossistólico é mero achado do exame físico. Considero medida coerente que não deve ser descartada, pela possibilidade de interpelações futuras por parte do paciente ou de parentes.

Se a ficha clínica pode permanecer fora do alcance da curiosidade do interessado, um exame complementar dificilmente ficará. O paciente certamente inquirirá sobre o ecocardiograma a que se submeteu, documento que passa altamente valorizado por suas mãos e pelas de familiares. Tentativas “científicas” de explicar o prolapso da valva mitral nem sempre são bem-sucedidas, propiciam interpretações fantasiosas (por exemplo, “se nasci com ele e só agora, que sou adulto, incomoda-me, é porque está havendo uma evolução in crescendo”) e a iatrogenia pode encontrar campo fértil, o que obviamente anularia qualquer satisfação profissional pela descoberta. Em consequência, podem-se reforçar indevidamente mecanismos de retroalimentação de neurose cardíaca. Ainda mais, quando se verifica que movimentos sistólicos discretos ou moderados da cúspide anterior, ou da anterior e da posterior, poderiam ser considerados variações normais da dinâmica da valva mitral ¹⁴.

Diante de paciente assintomático, dependendo do motivo da consulta, da atividade profissional e da prática esportiva, a ausculta reveladora da movimentação valvar anômala, em ausência de qualquer outro sinal que possa gerar intranquilidade, poderia ser considerada como informação bastante. Desnecessário seria “documentar” o diagnóstico por exames complementares.

Uma discussão ampla e profunda, tecnicista e humanizada, está sendo reclamada com urgência. Visaria, entre outros itens analisar as variáveis envolvidas no não-diagnóstico do controverso prolapso da valva mitral e definir situações em que o ecocardiograma, ao permitir vislumbrar algo que, melhor seria se oculto permanecesse, poderia ser considerado como uma janela indiscreta.

REFERÊNCIAS

1. Barlow, J. B.; Pocock, W. A.; Marchand, P.; Denny, M. - The significance of late systolic murmur. *Am. Heart J.* 66: 443, 1986.
2. Winckle, R. A.; Lopes, M. G.; Goodman, D. S.; Fitzgerald, J. W.; Schroeder, J. S.; Harrison, D. C. - Propranolol for patients with mitral valve prolapse. *Am. Heart J.* 93: 422, 1977.
3. Channick, B. J.; Adlin, E. V.; Marks, A. D.; Denenberg, B. S.; McDonough, M. T.; Chakko, S.; Spann, F. F. - Hyperthyroidism and mitral valve prolapse. *N Engl J Med.* 305: 497, 1981.
4. Pariser, S. F.; Jones, B. A.; Pinta, E. R.; Young, E. A.; Fontana, M. E. - Panic attacks: diagnostic evaluation of 17 patients. *Am. J. Psychiatry*, 136: 105, 1979.
5. Jeresaty, R. M. - Mitral valve prolapse: definition and implications in athletes. *J. Am. Coll. Cardiol.* 7: 231, 1986.
6. Clemens, J. D.; Horwitz, R. I.; Jaffee, C. C.; Feinstein, A. R.; Stanton, B. F. - A controlled evaluation of the risk of bacterial endocarditis in persons with mitral valve prolapse. *N. Engl. J. Med.* 307: 776, 1982.
7. Uretsky, B. F. - Does mitral valve prolapse cause nonspecific symptoms? *Int. J. Cardiol.* 1: 435, 1982.
8. Boaudalas, H.; Reynolds, J. C.; Mazzaferrri, E.; Wooley, C. F. - Metabolic studies in mitral valve prolapse syndrome: a neuro-endocrine-cardiovascular process. *Circulation*, 61: 1200, 1980.
9. Savage, D. D.; Devereux, R. B.; Garrison, R. J.; Castelli, W. P.; Anderson, S. J.; Levy, D.; Thomas, E. M.; Kannel, W. B.; Feinleb, M. - Mitral valve prolapse in general population. 2. Clinical features: the Framingham study. *Am. Heart J.* 106: 577, 1983.
10. Da Costa, J. M. - On irritable heart: a clinical study of a form of functional disorder and its consequences. *Am. J. Med. Sci.* 61: 17, 1871.
11. Wood, P. - Da Costa's syndrome (or effort syndrome); the mechanism of the somatic manifestations; aetiology of Da Costa's syndrome. *Br. M. J.* 1: 767, 1941.
12. Cohen, M. E.; White, P. D.; Johnson, R. E. - Neurocirculatory asthenia, anxiety neurosis, or the effort syndrome. *Arch. Int. Med.* 81: 260, 1948.
13. Wooley, C. F. - Where are the diseases of Yesteryear? *Circulation*. 53: 749, 1976.
14. Perloff, J. K.; Child, J. S.; Edwards, J. E. - New guidelines for the clinical diagnosis of mitral valve prolapse. *Am. J. Cardiol.* 57, 1124, 1986.