

PROLAPSO VALVAR MITRAL E TRANSTORNO DO PÂNICO

TAKI A. CORDÁS, EDUARDO G. ROSSI, MAX GRINBERG, VALENTIN GENTIL, MÁRCIO A. BERNIK, GIOVANNI BELLOTTI, FULVIO PILEGGI.
São Paulo, SP

Objetivo - Verificar a incidência de prolapso valvar mitral (PVM) em portadores de transtorno do pânico (TP) com e sem agorafobia.

Casuística e Método - Sessenta e cinco pacientes (37 mulheres) com idades entre 19 e 67 (média 39,8) anos. O diagnóstico de PVM baseou-se na presença de estalido mesotelessistólico (EMS) e/ou d e sopro mesotelessistólico, como em dados ecocardiográficos: deslocamento mesotelessistólico de uma ou de ambas as cúspides da mitral, 2 mm ou mais, posteriormente à linha de união dos pontos C-D (modo "M") ou movimentação sistólica de pelo menos uma das cúspides da mitral, além do plano do anel valvar, nas incidências apical e para-esternal, eixo transversal (modo bi-dimensional).

Resultados - Sinais clínicos e/ou ecocardiográficos de PVM foram encontrados em 29 (44,6%) pacientes, sendo 12 (42,6%) dos homens e 17 (45,9%) das mulheres. EMS foi auscultado em 19 (29,2%) e sinais ecocardiográficos de PVM foram identificados (39,6%), ambos em 14 (23,6%) pacientes.

Conclusão - A incidência de PVM em portadores de TP é maior do que a da população em geral, de modo mais acentuado no sexo masculino.

Palavras-chaves—Transtorno do pânico, Agorafobia e Prolapso valvar mitral.

MITRAL VALVE PROLAPSE AND PANIC DISORDER

Purpose - To determine the incidence of mitral valve prolapse (MVP), using echocardiographic and auscultatory criteria, in cases of panic disorder (complicated or not with agoraphobia).

Patients and Methods - Sixty-five patients (37 women) with panic disorder and without known cardiac disease, mean age 39.8 years (range 19-67) were studied. MVP was diagnosed when there was a typical auscultatory click or when the echocardiographic study (echo) registered one mitral lacinea 2 mm behind the C-D line at the "M" study or a systolic billowing of mitral leaflets in two views to the two-dimensional study.

Results - MVP was found in 29 (44.6%) of the patients, 12 (42.7) men and 17 (49.5%) women. A click was found in 19 (24%) of the cases and the Echo was positive in 24 (39.6%) of the patients. Click and a positive Echo finding were identified in 14 patients.

Conclusion- MVP was found in panic cases, in incidence greater than in the general population.

Key words—Panic disorder, Agoraphobia, Mitral valve prolapse.

Arq Bras Cardiol 56/2:139-142—Fevereiro 1991

O transtorno do pânico (TP) é caracterizado por crises repetidas de ansiedade com manifesta-

ções autonômicas^{1,2}. Há freqüente esquivas das situações onde ocorreram, caracterizando associação com agorafobia³. Além dos prejuízos pessoais e do alto custo médico-social, TP está associada a suicídio e a moléstias cardiovasculares⁴, constituindo importante problema de Saúde Pública^{5,6}. Intoxicação e abstinência de drogas, hipertireoidismo, feocromocitoma, hipoglicemia e epilepsia⁷ são

Instituto de Psiquiatria e Instituto do Coração do Hospital das Clínicas—FMU9P.

Correspondência: Taki A. Cordás—Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas—FMUSP—Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, s/n°—05403—São Paulo, SP.

afecções que devem ser distinguidas do TP.

Admite-se incidência aumentada de TP em portadores de prolapso valvar mitral (PVM)⁸⁻¹¹, entidade de caracterização relativamente recente^{5,12}. No entanto, autores negam interrelação entre as duas entidades¹³⁻¹⁴. Objetivamos estudar a prevalência de PVM em pacientes com diagnóstico de TP estudados através do projeto AMBAN.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Sessenta e cinco pacientes (37 mulheres) com idades entre 19 e 67 (média 39,8) anos, sem antecedente de cardiopatia, atendidos de modo consecutivo no ambulatório de Ansiedade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, receberam diagnóstico de TP (17%) ou TP com agorafobia (83%). A seguir, procedeu-se a exame físico—com ênfase na ausculta cardíaca, realizada em posição deitada, sentada, em pé e de cócoras; a eletrocardiograma convencional e de esforço, a radiologia torácica, e a ecocardiograma no ambulatório do Instituto do Coração do HC-FMUSP.

O diagnóstico clínico de PVM baseou-se na ausculta de estalido meso-telessistólico, mutável às manobras, ou de sopro meso-telessistólico típico. Ao ecocardiograma modo M, exigiu-se deslocamento meso-telessistólico—2 mm ou mais—de uma das cúspides da mitral, posteriormente à linha de união dos pontos C e D (não foram interpretados como PVM os casos com deslocamento exclusivamente holo-sistólicos). Ao ecocardiograma bidimensional, o diagnóstico requereu, em incidência apical, a movimentação para o átrio esquerdo de uma ou ambas cúspides durante a sístole, ultrapassando a linha que une as bordas do anel mitral e concomitantemente, em incidência para-esternal, eixo transversal, evidências de porções da cúspide anterior e/ou posterior dentro do átrio esquerdo, durante a sístole.

RESULTADOS

Estalido meso-telessistólico foi identificado em 29,2% dos casos e alterações ecocardiográficas em 39,6% dos pacientes. Dessa forma, 44,6% dos

* O Projeto AMBAN é administrado pelas fundações E. J. Zerbini e Faculdade de Medicina, com equipamentos, sistema ou verbas institucionais doadas pelas seguintes empresas: Rhodia S.A., soft Informática - SAS Metalúrgica Matarazzo, Itautec (Projeto Polo), Bardella, sharp e Banco Itau.

portadores de TP apresentaram alguns dos sinais de PVM, enquanto que ambos os critérios estiveram presentes em 14 (23,6%) pacientes. Não foram encontradas diferenças na prevalência entre os sexos (tab. I).

Não foram verificadas diferenças eletrocardiográficas entre os 29 portadores de PVM e os demais. Registraram-se raros casos de arritmia supra ventricular (1 nos casos de PVM e 3 nos sem PVM) alteração de repolarização (1 em cada grupo) no ECG simples, não se observaram alterações expressivas no teste de esforço de ambos os grupos. Os aspectos radiográficos foram superponíveis, com ou sem PVM.

DISCUSSÃO

A relação entre sintomas cardíacos e ansiedade tem sido notada desde o século XIX. Inicialmente, a “Síndrome do coração irritável”¹⁵ foi descrita entre combatentes da guerra civil americana, posteriormente, redefinida na primeira guerra mundial como “Síndrome do coração do soldado”, verificando-se ainda a “Síndrome do esforço”, quando ocorria em mulheres¹⁶. Quadro semelhante chamado de “neurastenia” foi observado na vida civil¹⁷. As descrições tinham em comum dor precordial atípica, palpitações, cansaço físico imotivado e “nervosismo”. Outros termos utilizados incluem “astenia neuro-circulatória” e “distonia neurovegetativa”¹⁸. Cardiologistas reconhecem como quadro clínico do PVM o que psiquiatras consideram as primeiras descrições de ataques de pânico^{6,11,19,20}.

Do ponto de vista epidemiológico, existe semelhança entre PVM e TP⁷. Ambos afetam cerca de 5% da população em geral, predominam em mulheres e há evidências de transmissão genética²¹.

A incidência de PVM em homens (3%) não varia com a faixa etária, discordante do que ocor-

TABELA I—Frequência de sinais de prolapso de valva mitral em portadores de transtorno do pânico.

	Homens N = 28	Mulheres N = 37
Eco (+)	8 (28,6%)	16 (42,9%)
SEM	7 (25,0%)	12 (32,4%)
Eco (+) e/ou EMS	12 (42,8%)	17 (45,7%)

EMS—Estalido meso-telessistólico.

re no sexo feminino. De fato, ocorre pico de frequência na terceira década de vida tanto em mulheres com PVM—17%^{22,23} quanto nas que apresentam TP. Esta semelhança, fundamentaria maior tendência de associação no sexo feminino. Nossa observação de semelhança de prevalência de TP entre homens e mulheres (tab. D, contudo, desfavorece esta postulação.

Essa variação na estimativa da prevalência da associação, entre TP e PVM deve-se em parte a fatores conceituais, de amostragem e a critérios de reconhecimento.

O diagnóstico de PVM apresenta nítidas dificuldades nos casos mais discretos, justamente os mais frequentemente descritos em séries de TP^{25,28}. Este fato poderia explicar, em parte, as diferenças extremas quanto à associação das duas entidades. Por outro lado, o diagnóstico de TP é quase que exclusivamente clínico, o que também limita sua precisão². Parece haver aumento da prevalência de TP entre os pacientes que buscam primariamente serviços de cardiologia, embora não restrito a portadores de PVM²⁷.

Admite-se maior prevalência (até 50%) de PVM em portadores de TP, em relação a população geral¹⁸⁻¹⁰. No entanto levantam-se dúvidas da real existência de comorbidade entre as duas entidades, alegando-se inadequadas na seleção dos pacientes e nos critérios diagnósticos^{13,14}.

Nossos resultados (tab. I) reforçam a afirmativa da maior incidência de PVM em portadores de TP, em relação à população em geral.

Em nosso meio, foi encontrada prevalência de 36% de alterações ecocardiográficas compatíveis com PVM em 60 pacientes com TP diagnosticados por ecocardiograma bidimensional²⁹. De modo inverso, verificou-se alta prevalência de TP em portadores de PVM (47% das mulheres e 20% dos homens)²⁹. No entanto, outros estudos não têm demonstrado incidência aumentada de TP em portadores de PVM^{13,14,22}.

Aceita a existência de real intercalação entre as duas entidades não está claro, qual o seu mecanismo. Neste contexto, uma tríade que inclui doença tireoidiana auto-imune, PVM e TP foi atribuída a base imunitária³⁰.

Sugere-se que tanto TP como PVM estejam ligados a uma disfunção comum do sistema nervoso autônomo³⁰. Contudo, não se verificam diferenças na resposta à infusão de lactato e à terapêutica com antidepressivos, nos pacientes com ou sem PVM, o que indica que a presença deste

não modifica significativamente o quadro clínico do TP”.

Alternativa a uma relação causal direta, o PVM poderia contribuir com outros fatores para a deflagração da crise de pânico em indivíduos com maior vulnerabilidade biológica². Um modelo cognitivo sugere que pacientes com TP tendem a apresentar interpretações catastróficas a partir de estímulos diversos ou sensações corporais³². Estes incluiriam, por exemplo, um diagnóstico cardiológico dado de maneira brusca ou a percepção de arritmia sem maior significado clínico, situações facilmente encontradas na população com PVM²². Esses estímulos podem ser interpretados como risco à vida e levar a mais ansiedade, com sintomas autonômicos, desencadeando crise de pânico, provavelmente em pessoa já predisposta.

AGRADECIMENTOS

Aos Drs. F. Lotufo Neto, L. H. Guerra de Andrade, R. Ramos, L. Maciel, colegas do Projeto AMBAN* que permitiram acesso a dados de pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Gentil V—Fisiopatologia da síndrome do pânico. Rev As Med Brasil, 1986; 32: 101-7.
2. Gentil V, Roso MC—Atualização sobre a síndrome do pânico. Parte 1: Conceito e bases biológicas. Rev Psiq RB, 1988; 9: 49-59.
3. American Psychiatric Association—Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd. ed. Revised APA Press, Washington, 1987.
4. Coryell W, Noyes R, Clancy J—Excess mortality in panic disorder: a comparison with primary unipolar depression. Arch Gen Psychiatry, 1982; 39: 701-3.
5. Von Korff RM, Eaton WW, Keyl PM—The epidemiology of panic attack and panic disorder. Am J Epidemiol, 1985; 122: 970-81.
6. Weissman MM, Merikangas RK—The epidemiology of anxiety panic disorders. An update. J Clin Psychiatry, 1986; 47: 11-7.
7. Cameron OG—The differential diagnosis of anxiety, psychiatric and medical disorders. Psychiatr Clin North Am, 1985; 8: 3-24.
8. Venkatesh A, Pauls DL, Crowe R et al—Mitral valve prolapse in anxiety neurosis (panic disorder). Am Heart J. 1980; 100: 305-7.
9. Kantor JS, Zitrin CM, Zeldis SM—Mitral valve prolapse syndrome in agoraphobic patients. Am J Psychiatry, 1980; 137: 467-70.
10. Pariser SF, Jones BA, Pinta ER et al—Panic attacks. Diagnostic evaluation of 17 patients. Am J Psychiatry, 1979; 136: 106-8.
11. Gorman JM, Bhear K, Devereaux RB, King DL, Klein DF—Prevalence of mitral valve prolapse in panic disorder: effect of echo-cardiographic criteria. Psychosom Med, 1986; 48: 167-71.
12. Barlow JB, Paeoek WA, Marchand P, Denny M—The significance of late systolic murmurs. Am Heart J, 1963; 66: 443-52.
13. Hickey AJ, Kramer R, Brown WT—Independence of mitral valve prolapse and neurosis. Br Heart J, 1983; 50: 333-6.
14. Devereux RB, Garrison RJ—Mitral valve prolapse in the general population. 3. Dysrhythmias. The Framingham study. Am Heart H, 1983; 106: 582-6.
15. Dacosta JM—On irritable heart: a clinical form of functional cardiac disorder and its consequences. Am J Med Sci, 1871; 61: 17-52.
16. Levis T—Diseases of Heart. New York, Macmillan Co, 1983. pp. 158-64.

17. Osler W—The irritable heart of civil life. *Can Prae*, 1887; 12: 156-7.
18. Cohen ME, White PD—Neurocirculatory asthenia. *Concept MD Med*. 1972;137: 142-4.
19. Boudoulas H, Reynolds JC, Mazzaferri E et al—Metabolic studies in mitral valve prolapse syndrome. A neuroendocrine-cardiovascular process. *Circulation*, 1980; 61: 1200-5.
20. Wooley CF—Where are the diseases of yesterday? Dacosta syndrome, neurocirculatory asthenia and the mitral valve prolapse syndrome. *Circulation*, 1976; 53: 749-51.
21. Crowe RR—Mitral valve prolapse and panic disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 1985; 8: 63-71.
22. Savage DD, Devereux RB, Oarrison RJ—Mitral valve prolapse in the general population. 1. Epidemiologic features. The Framingham study. *Am Heart J*. 1983; 106: 571-6.
23. Grinberg M, Rossi EG, Bellotti G, Jatene A, Pilleggi F—Prolapso valvar mitral: Aspectos comparativos no homem e na mulher. *Arq Bras Cardiol*, 1987;19:199-204.
24. Katon W—Panic disorder: Epidemiology, diagnosis and treatment in primary care. *J Clin Psychiatry*, 1986; 47: 21-7.
25. Perloff JK, Child JS, Edwards JE—New guidelines for the clinical diagnosis of mitral valve prolapse. *Am J Cardiol*, 1986; 57: 1124-9.
26. Libberthson R, shechan D, King ME et al—The prevalence of mitral valve prolapse in patients with panic disorders. *Am J Psychiatry*, 1986; 143: 511-5.
27. Margrd J, Ehlers A, Roth WT—Mitral valve prolapse and panic disorder: a review of their relationship. *Psychosom Med*. 1980; 50: 93-113.
28. Grinberg M, Quadros CSO, Zaccarelli LM, Lamosa BWRL, Pilleggi F—Triade prolapso valvar mitral, ataque de pânico e agorafobia. *Arq Bras Cardiol*, 1985; 44: 41-3.
29. Caetano D—Comparação entre pacientes com desordem do pânico e prolapso da valva mitral e aqueles com desordem de pânico e sem prolapso de valva mitral. *J Bras Psiq*, 1986; 35: 53-9.
30. Matuzas W, Al-Sadir J, Glass RH—Mitral valve prolapse and thyroid abnormalities in patients with panic attacks. *Am J Psychiatry*, 1987;144: 493-6.
31. Gffanney FA, Bruce BB, Lane LL et al—Abnormal cardiovascular regulation in the mitral valve prolapse syndrome. *Am J Cardiol*, 1979; 52: 316-20.
32. Clark DM—A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther*, 1986;24:461-470